



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

**CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**

GRAZIELLY BRAGA DE AQUINO

**SOBRE OS EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NUMA INSTITUIÇÃO DE
SAÚDE MENTAL DE LONGA PERMANÊNCIA:
ACOLHENDO AS DISSONÂNCIAS**

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Orientadora: Márcia Moraes

NITERÓI

2009

GRAZIELLY BRAGA DE AQUINO

SOBRE OS EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NUMA INSTITUIÇÃO DE
SAÚDE MENTAL DE LONGA PERMANÊNCIA:
ACOLHENDO AS DISSONÂNCIAS

Orientadora: Márcia Moraes

Niterói
2009

GRAZIELLY BRAGA DE AQUINO

SOBRE OS EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NUMA INSTITUIÇÃO DE
SAÚDE MENTAL DE LONGA PERMANÊNCIA:
ACOLHENDO AS DISSONÂNCIAS

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

Prof^a Dr^a Cristina Mair Barros Rauter
UFF

Prof^a Dr^a Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro
UFRJ

À todas as moradoras do Núcleo Teixeira Brandão, com quem venho aprendendo tanto durante esses anos de convivência e as quais admiro imensamente.

Sem elas, esse encontro não se tornaria realidade.

Agradecimentos:

À minha muito especial orientadora, Márcia Moraes, pela tranquilidade e leveza de todos os nossos encontros. Sua companhia sempre foi uma luz que iluminou os caminhos que foram sendo seguidos nessa cartografia.

Ao meu, em breve esposo, Bernardo, aos muitos momentos de imensa alegria que tem me proporcionado. Espero que a música que fazemos juntos continue sempre em nossas vidas.

Aos meus queridos pais, Adir e Maria José, pelos exemplos incansáveis de fé, perseverança e dedicação.

À minha irmã, Giselle, pelo companheirismo e pelos estímulos que me fazem sempre transgredir limites.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho. De modo especial: Tania Fernandes, Julius Teixeira, Arnaldo Vidal, Mônica Marchese, Cláudia Lanfredi e Valderez Tavares, pela dedicação que sempre dispensaram à Saúde Mental e que me inspira a continuar o caminhar.

À diretora do Núcleo Teixeira Brandão, Alzira Célia Ferreira, pela confiança e pelo grande apoio.

Às queridas musicoterapeutas Marly Chagas e Raquel Siqueira, pelo companheirismo profissional e pelo imenso envolvimento com a musicoterapia.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo cartografar uma experimentação musicoterapêutica no âmbito da Saúde Mental, com ênfase em um grupo particular de usuários: mulheres com longos anos de internação. Esta pesquisa aconteceu no período de 2007 à 2008 no Núcleo Teixeira Brandão (HPGTB) do Instituto de Assistência à Saúde Juliano Moreira, no município do Rio de Janeiro. Os fios utilizados para tecer esta pesquisa foram heterogêneos, polifônicos: notas do diário de campo, canções, ritmos, conceitos filosóficos, poesias. Pretendeu-se pensar a clínica da musicoterapia longe dos especialismos, em uma perspectiva transdisciplinar, perpassada, principalmente, pela ética, pela política e pela estética. Nessa cartografia, o método da re-criação musical, em musicoterapia, foi pensado a partir do conceito de Ritornelo, de Deleuze e Guattari. Essa pesquisa mostra que movimentos desinstitucionalizantes foram possíveis dentro de um asilo e que o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com foco nos usuários de longa permanência, deve seguir as linhas que vão sendo traçadas a partir do desejo dessas pessoas. A dissertação conclui que a prática da musicoterapia, nesse campo, pôde caminhar no entre, aceitando as diferenças, nomadizando os limites instituídos, permitindo escolhas e produzindo desvios em busca de novos territórios.

Palavras-chave: Musicoterapia, cartografia, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This dissertation has the objective to cartography music therapy experimentation in the Mental Healthy context, with an emphasis on a particular group of users: woman with long-term internment period. This research has carried out during the 2007 and 2008 period, in Nucleo Teixeira Brandão (HPGTB) of Juliano Moreira Institute of Health Care, in Rio de Janeiro city. The threads used to weave this research were heterogeneous, polyphonic: notes of a field diary, songs, rhythms, philosophy concepts, poetry. It was intended to think of music therapy far away from specialism, in a transdisciplinary perspective, permeated, mainly, through ethic, politic, and esthetic. In this cartography, the musical recreation method, through music therapy, was thought from the concept of Ritornelo, from Deleuze and Guattari. This research shows that noninstitutionalized movements were possible in an asylum and that the process advance of the Brazilian Psychiatric Reform, with emphasis on the long-term permanence users, should follow the aims of these people. The dissertation concludes that the music therapy practice, in this field, could walk in the border, accepting the differences, nomadizing the instituted limits, allowing choices and producing deviations in order to reach new territories.

Key-words: music therapy, cartography, Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – DO MANICÔMIO ÀS PRÁTICAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	14
1.1 – A questão dos usuários com longos anos de internação.	23
1.2 – Os limites do dentro e do fora: nomadizando fronteiras.	28
1.3 – O surgimento da Colônia Juliano Moreira.	29
1.4 – O surgimento do Lar Jardim Florido.	33
CAPÍTULO II – MUSICOTERAPIA, CAOS, RITORNELO – CARTOGRAFIA DE UM POSSÍVEL ENCONTRO	38
2.1 – O Ritornelo.	39
2.2 – O Ritornelo e o Caos.	41
2.3 – A musicoterapia e a desterritorialização das formas.	48
2.4 – A cartografia como método.	52
CAPÍTULO III - TRAÇANDO REDES – A REFORMA PSIQUÁTRICA, SEUS MUROS E A RE-INVENÇÃO DAS RELAÇÕES	57
3.1 – Limites: Limitações e Possibilidades – <i>“A minha casa fica lá de traz do mundo, onde eu vou em um segundo quando começo a cantar”</i> .	58
3.2 – A internação – <i>“Eu perguntei a Deus do céu: - Por que tamanha judiação?”</i>	60
3.3 – O dinheiro possibilitando o vínculo com o mundo – <i>“Ei, você aí. Me dá um dinheiro aí. Me dá um dinheiro aí”</i> .	62
3.4 – Um importante vínculo com um não-humano: os instrumentos musicais – <i>“Violão, companheiro dileto, és meu único afeto. Tudo que me restou”</i> .	64
3.5 – A musicoterapia e a horizontalidade das relações – <i>“Tu me ensina a fazê renda, que eu te ensino a namora”</i> .	65
3.6 – A morte – <i>“Não deixe o samba morrer, não deixe o samba acabar”</i> .	66
3.7 – Saudades, Amores perdidos, Amores Impossíveis – <i>“A minha vida foi sempre assim, só chorando as mágoas que não tem fim”</i> .	69
3.8 – Recuperando o gosto pela vida – <i>“Panela velha é que faz comida boa”</i> .	71

3.9 – O Lar e as Seções – “ <i>Vou ficando por aqui. Que Deus do céu me ajude</i> ”.	72
CONCLUSÃO	75
ANEXO	81
BIBLIOGRAFIA	82

LISTA DE SIGLAS

IMASJM – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (antiga CJM)

CJM – Colônia Juliano Moreira

HPGTB – Hospital de Psiquiatria e Geriatria Teixeira Brandão (antigo NTB)

NTB – Núcleo Teixeira Brandão ou HPGTB

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

BAR – Bolsa de Apoio à Ressocialização

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

Introdução

Esta pesquisa pretendeu cartografar uma experimentação musicoterapêutica com usuárias de serviço de saúde mental do Núcleo Teixeira Brandão (NTB), do Instituto de Assistência à Saúde Juliano Moreira. Essas mulheres fazem parte de um grupo em particular de usuários, pois se trata de pessoas com longos anos de internação, média de quarenta anos.

O Núcleo Teixeira Brandão, hoje denominado Hospital de Geriatria e Psiquiatria Teixeira Brandão, é um núcleo de longa permanência que abriga cerca de duzentas mulheres, com média de idade de setenta anos, e conta com cinco grandes enfermarias (seções) e um lar protegido.

Os grupos de musicoterapia aconteceram em três dessas seções e no lar. Todos os encontros foram gravados em áudio e registrados em um diário de campo com o propósito de dar visibilidade às linhas que foram sendo traçadas pelos atores envolvidos na pesquisa. Nesses movimentos, encontros não pararam de acontecer, surgiram novos territórios antes imprevisíveis, desaparecem outros, negociações aconteceram e o presente foi sendo construído.

Os fios utilizados para tecer esta dissertação foram diversos, heterogêneos, polifônicos: notas do diário de campo, canções, ritmos, melodias, histórias e poesias.

Pretendeu-se pensar a clínica longe dos especialismos, ou seja, como sendo transdisciplinar; perpassada, principalmente, pela política, pela ética e pela estética.

A idéia de investigar a prática da musicoterapia numa instituição asilar de longa permanência surgiu a partir da função que exerço, há seis anos, como musicoterapeuta dessa instituição. Terminei a graduação em musicoterapia em dezembro de 2002 e em fevereiro de 2003 iniciei meu trabalho no Núcleo Teixeira Brandão. Portanto, essa foi minha primeira experiência institucional como musicoterapeuta. No primeiro contato fiquei muito mobilizada com as enormes seções que existem até hoje nessa instituição.

A princípio, o objetivo dessa dissertação consistia em comparar o fazer musical das moradoras que ainda vivem nas seções com o fazer musical das pacientes que hoje vivem no lar Jardim Florido. Este se encontra dentro da instituição, mas, ao contrário das seções, é uma casa. Minha pergunta era: A mudança para um ambiente mais humanizado, no caso o lar, implica na produção de efeitos subjetivos que podem ser percebidos pelo “fazer musical” dessas mulheres?

Esse interesse surgiu porque eu havia percebido que o fazer musical das moradoras que vivem no lar se mostrava mais dinâmico quando comparado ao fazer musical das moradoras que

vivem nas seções. Essa dinâmica foi detectada por mim através, principalmente, da expressão rítmica de cada grupo.

De fato o lar, ao se diferenciar das seções, parece ser um local aconchegante e seguro, apropriado para gerar no indivíduo condições de autonomia, autoconfiança, qualidade de vida e descobertas de potencialidades.

Mas, estaria eu fazendo um juízo de valor ao querer comparar esses dois espaços?

Colocando o problema da pesquisa naqueles termos não estaria eu reafirmando um dualismo do tipo bom x mal, melhor x pior? Não estaria eu entrando em campo já com uma oposição binária previamente estabelecida?

Veio à tona nesse momento a percepção de duas situações perigosas que eu deixava de perceber. A primeira em relação à minha própria oposição a esse ambiente asilar, com o meu próprio confronto com o instituído, pois eu acredito que existe uma divisão na Reforma Psiquiátrica Brasileira em relação aos usuários que podem sair do asilo, geralmente para uma Residência Terapêutica, e aqueles que nunca sairão. A clientela mais jovem e autônoma pode sair, já a mais idosa e dependente, não. E é com essa última que trabalho. A maioria das moradoras, que vivem nas seções, poderia sim sair dessa instituição, porém seria necessária a construção de Residências Terapêuticas de alta complexidade, ou seja, de cuidados intensivos, por se tratar de uma clientela bastante idosa. Não me parece que há um interesse, por parte do poder público, em proporcionar a essas pessoas uma maior qualidade de vida, um lugar melhor para viver, onde elas possam participar de um cotidiano.

A segunda situação estava ligada ao perigo de eu estar deixando de perceber que nas seções também existem rupturas, criações musicais intensas e falas incríveis. Ou seja, ao rever meu projeto, me dei conta de que havia nele um dualismo: produção musical das enfermarias X produção musical do lar. O contato com as perspectivas filosóficas e clínicas que problematizam a modernidade dualista, foram para mim ocasiões de rever o modo como eu delimitava o problema que orienta essa dissertação. De um lado estavam as seções, a cronificação, a equalização, a morte; e do outro, o lar, a criação, a diferença e a vida. Assim, com o meu trabalho, eu parecia estar mais uma vez produzindo e fabricando dualismos, oposições, binarismos.

Para pensar longe dos dualismos era preciso estar entre, no plano das multiplicidades, lugar de passagem. Mas, como habitar esse mundo do meio?

Portanto, eu precisei entrar em campo, abrindo mão, a priori, de qualquer binarismo. Eu precisava seguir as linhas que iam sendo traçadas em cada espaço, sem ter idéia de onde chegariam. Eu deveria aceitar o inantecipável!

Ser musicoterapeuta é estar num lugar mestiço, porque a musicoterapia é um híbrido transdisciplinar, que é arte e ciência ao mesmo tempo. Portanto, nessa cartografia os meus limites enquanto profissional também se refazem o tempo todo. Sou também pesquisadora. Penso que assumir uma postura clínica numa instituição como essa, me faz assumir simultaneamente uma postura política, pois não é possível fechar os olhos para as práticas. É preciso habitar o caminho do meio, pois somos nós, profissionais, os mediadores entre duas instâncias: os usuários e a administração institucional. Por muitas vezes fazemos da nossa voz, a voz do outro, daquele que não tem acesso, e lutamos para que esse seja escutado. Portanto, essa pesquisa também se trata de um comprometimento ético meu para com essas pessoas.

Penso que as mesmas deveriam ter prioridade no processo da Reforma Psiquiátrica do nosso país.

Esse trabalho pretende dar consistência às vozes dessas mulheres, a partir dos encontros que a musicoterapia pôde nos proporcionar, e perceber as linhas que vão sendo traçadas pelo desejo das mesmas.

Por uma questão ética todos os nomes que aparecem nessa dissertação são fictícios.

E todos os trechos de canções foram retirados das gravações em áudio das sessões de musicoterapia.

Poesias feitas por Stela do Patrocínio, que viveu no Núcleo Teixeira Brandão, foram utilizadas com o propósito de que o texto tivesse mais vida.

Capítulo 1 – Dos manicômios às práticas de desinstitucionalização

No céu
Me disseram que Deus mora no céu
No céu na terra em toda parte
Mas não sei se ele está em mim
Ou se ele não está
Eu sei que estou passando mal de boca
Passando muita fome comendo mal
E passando mal de boca
Me alimentando mal comendo mal
Passando muita fome
Sofrendo da cabeça
Sofrendo como doente mental
E no presídio de mulheres
Cumprindo a prisão perpétua
Correndo um processo
Sendo processada (PATROCÍNIO, 2001, p. 97)

O manicômio foi, na época clássica, um lugar que abrigava não apenas os loucos, mas todos os indivíduos que de alguma forma ameaçavam a ordem social, como os leprosos, as prostitutas, os ladrões e outros.

A prática do internamento com características médicas e terapêuticas tem sua origem entre os séculos XVIII e XIX, quando a loucura passa a ser considerada “como perturbação na maneira de agir, de querer, de ter paixões, de tomar decisões e de ser livre”. (FOUCAULT, 2006, p.48).

Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica. (AMARANTE, 2003, p.24).

Tudo o que foge às condutas regulares passa a ser visto como doença mental e não mais como desrazão. O hospital psiquiátrico surge nesse contexto com o objetivo de dar conta do que, nesse momento, passa a ser considerado doença. Era preciso descobrir a verdade sobre a mesma, e para isso foi necessário afastar o doente de seu convívio familiar e social. Nesse momento o louco passa a ter um lugar distinto diante das normas sociais, não se pode mais misturá-lo. “Eu estou num asilo de velhos. Num hospital de tudo que é doença. Num hospício, lugar de maluco louco doido”. (PATROCÍNIO, 2001, p.47).

Assim se estabelece a tão curiosa função do hospital psiquiátrico do século XIX; lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico, onde as espécies de doenças são repartidas em pátios, cuja disposição faz pensar numa grande horta; mas também espaço fechado para um afrontamento; lugar de uma luta; campo institucional, onde se trata de vitória e de submissão. (FOUCAULT, 2006, p. 49).

A partir desse momento o louco passa a ser considerado como um ser perigoso, alguém que coloca em risco a sociedade, e por esse motivo, precisa ser afastado e disciplinado.

Eu sou seguida acompanhada imitada
Assemelhada
Tomada conta fiscalizada examinada revistada
Tem esses que são iguaizinhos a mim
Tem esses que se vestem e se calçam iguais a mim
Mas que são diferentes da diferença entre nós
É tudo bom e nada presta. (PATROCÍNIO, 2001, p. 63)

Assim, partimos de uma leitura relevante: Stela do Patrocínio. A partir da poesia de Patrocínio, que viveu quase trinta anos internada no Núcleo Teixeira Brandão (HPGTB) do Instituto de Assistência à Saúde Juliano Moreira, onde escreveu suas poesias, podemos perceber o grau de rigidez e disciplina que um dia foi imposto aos pacientes psiquiátricos num asilo. Técnicas disciplinares que, segundo Foucault (1976), são centradas no corpo individual com o objetivo de torná-lo ao mesmo tempo útil e dócil. “Eu sou seguida, acompanhada... tomada conta, fiscalizada, examinada, revistada” (Patrocínio, 2001, p. 63). Foucault localiza essas

técnicas no século XVII e XVIII e as considera técnicas de poder impostas a partir de um sistema de vigilância e hierarquias.

Mas, percebe-se também, na fala de Patrocínio, que há algo da ordem do coletivo, centrado nas massas. Foucault (1976) denomina de mecanismos regulamentadores. “Imitada, assemelhada. Tem esses que são iguaizinhos a mim” (PATROCÍNIO, 2001, p. 63). Tais mecanismos surgem na metade do século XVIII, sem excluir as técnicas disciplinares. Segundo Foucault, essa segunda tomada de poder não é individualizante, mas massificante, visando a um equilíbrio global. A partir dessa nova tecnologia surge a noção de população.

A nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.... (FOUCAULT, 2002, p. 289).

Como já foi dito, uma não exclui a outra. Têm, como ponto de interseção, a norma.

Dessa forma, o asilo cumpre seu papel de vigilância, correção, mas, também de regulação. “As instituições disciplinares caracterizam-se por uma inclusão por exclusão, isto é, se excluem o indivíduo de um certo convívio, o fazem incluindo-o em um aparelho de produção ou de normalização”. (PASSOS e BARROS, 2001, p. 4)

Goffman (1961) nos apresenta o conceito de instituição total e também o associa diretamente à prática da exclusão social. “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrativa” (p. 11).

Ao primeiro período do movimento da Reforma Psiquiátrica, cabe a crítica em relação ao asilo enquanto instituição que deveria dar conta da recuperação dos doentes mentais, mas que, ao contrário, passava a ser cada vez mais responsabilizado pela piora dos mesmos. Surgem nesse momento, movimentos que têm por objetivo ressignificar o manicômio como instituição de tratamento. Os movimentos das comunidades terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos (EUA) e a psicoterapia institucional na França são exemplos desse momento, e têm como cenário o período pós segunda guerra mundial.

O que podemos perceber no segundo momento do processo da reforma é uma maior preocupação, não mais com a terapêutica da doença mental, mas com a promoção da saúde na sociedade. Sendo assim, esse período é marcado pela expansão da psiquiatria à comunidade, como é o caso da psiquiatria de setor, na França, e a psiquiatria comunitária e preventiva, nos EUA.

É somente na década de 60 que a reforma traz consigo uma crítica ao papel regulador desempenhado pelo manicômio sobre o doente mental. Surge o movimento da antipsiquiatria, que se mostra contrário às relações de poder existentes no manicômio, sobretudo a relação hierárquica médico-doente.

Bem antes do seu início no Brasil, a Reforma Psiquiátrica, como visto, já acontecia em outros países do mundo. Cabe destacar aqui a Itália, já que a reforma brasileira se inspirou no movimento realizado naquele país. Um de seus idealizadores foi o psiquiatra Franco Basaglia, que assume a direção do hospital de Gorizia em 1961 com o objetivo de transformá-lo numa comunidade terapêutica¹.

A comunidade terapêutica é um local em que todos os componentes (e isto é importante), doentes, enfermeiros e médicos, estão unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica recíproca. (BASAGLIA, 2001, p.118)

Com o tempo, Basaglia percebe que apenas isso não seria suficiente e, em 1970, em Trieste, inicia um processo de fechamento desse hospital e a substituição do mesmo por uma rede territorial de atendimento. Dessa forma, para Basaglia, é preciso acabar com os manicômios uma vez que: “... o manicômio destrói o doente mental”. (BASAGLIA, 2001, p. 101). Esse aniquilamento exercido por tal instituição encontra-se presente na fala de Patrocínio.

Eu estava com saúde

Adoeci

Eu não ia adoecer sozinha não

Mas eu estava com saúde

¹ “Processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (AMARANTE, 2003, 0. 28).

Estava com muita saúde
Me adoeceram
Me internaram no hospital
E me deixaram internada
E agora eu vivo no hospital como doente. (PATROCÍNIO, 2001, p. 51)

Para Basaglia, o manicômio é uma instituição que pode ser definida como *instituição de violência (101)*. E diz: “... o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm”. ((BASAGLIA, 2001,101).

Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital? (BASAGLIA, 2001, p.108).

Para Basaglia o sucesso da experiência em Trieste se deve ao fato de ter sido apoiada pela sociedade, principalmente pela classe trabalhadora.

Basaglia ressalta que este trabalho só foi possível na medida em que a classe trabalhadora, na Itália, abriu os espaços políticos para a sua implantação; na medida em que os sindicatos e os partidos políticos de esquerda, identificados com as lutas populares, começaram, através dos seus contatos com a equipe técnica do manicômio, a tomar consciência das relações entre política e saúde, a perceber que o hospício é construído para o controle e a repressão dos trabalhadores que, de alguma forma, perderam, ainda que temporariamente a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção. (BASAGLIA, 1979, p. 8).

Essa passagem é bastante significativa quando consideramos a transdisciplinaridade da clínica, nesse caso perpassada de maneira veemente pela política. Afinal, não há dúvidas de que o processo da Reforma Psiquiátrica sempre se passou no “entre” clínica e política, principalmente, quando pensamos a reforma como um processo de produção. A idéia de que

toda clínica é transdisciplinar está apoiada na filosofia de Gilles Deleuze e na biologia da autopoiese de Humberto Maturana e Francisco Varela (PASSOS & BARROS, 2000). O conceito de transdisciplinaridade se une, ainda, à idéia de intercessor, de Deleuze.

Um conceito é um intercessor quando é capaz de produzir crise, intervir desestabilizando. Aqui a noção de transdisciplinaridade vai ganhando novos contornos. Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Os intercessores se fazem, então, em torno dos movimentos, esta é a aliança possível de ser construída quando falamos de transdisciplinaridade, quando falamos de clínica. (PASSOS & BARROS, 2000, p. 77)

O próprio movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo é transdisciplinar, e vai sendo produzido a partir da montagem de uma rede onde é preciso mobilizar atores²: políticos, médicos e outros profissionais, sociedade, familiares de pessoas com transtornos mentais.

A Itália foi o primeiro país do mundo a aprovar uma lei antimanicomial (Lei 180). Isso se deu no ano de 1978. No Brasil, isso acontece em 2001.

O processo da reforma psiquiátrica se inicia oficialmente no Brasil na segunda metade da década de 70, quando a cidadania do “louco” começa a ser reivindicada. É a partir dessa reivindicação que acontece o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978. Tal movimento tem, entre os objetivos, denunciar os maus tratos a pacientes e as péssimas condições de trabalho que eram impostas aos profissionais. Inicia-se uma luta pela melhoria e humanização da assistência psiquiátrica e a reivindicação de um aprimoramento das condições de trabalho, de remuneração dos trabalhadores em saúde mental e a realização de concursos públicos, assim como o fechamento de clínicas conveniadas através do antigo Inamps, hoje Sistema Único de Saúde (SUS). “O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades e consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacionais”. (AMARANTE, 2003, p. 52). O início desse processo é contemporâneo da eclosão do movimento sanitário de 1970. “Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os

² Ator – qualquer pessoa, instituição ou coisa que tenha agência, isto é, produza efeitos no mundo e sobre ele. (Aula da professora Márcia Moraes – UFF, agosto 2007).

acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial”. (TENÓRIO, 2002, p. 32)

Assim como na Itália, podemos perceber na Reforma Psiquiátrica brasileira o seu caráter político. Mas, é importante ressaltar, que embora o Brasil tenha se inspirado no movimento reformador italiano, ambos possuem suas especificidades por se tratar de países com realidades bastante diferentes.

Em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM, que acontece em Bauru, traz o lema – “Por uma sociedade sem manicômios”.

A crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. (TENÓRIO, 2002, p.27)

Nesse mesmo ano, surge o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, em São Paulo. No ano de 1989 é apresentado na Câmara Federal o projeto de lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, propondo explicitamente a extinção dos hospitais de psiquiatria no Brasil com justificativa na legislação italiana idealizada por Franco Basaglia. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a lei nº 10.216 é sancionada, em 6 de abril de 2001. Essa propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no nosso país. Com o sancionamento da lei e com a III Conferência Nacional em Saúde Mental, que acontece em Brasília nesse mesmo ano, o movimento da reforma no Brasil ganha mais impulso e passa a ser consolidado como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência.

Em 2002, o processo de redução de leitos ganha força. Segundo documento do Ministério da Saúde de 2005; em 1996 havia 72.514 leitos psiquiátricos no Brasil e em 2005, 9 anos depois, o total de leitos é de 42.076. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.11). Vale destacar que nesse mesmo ano, 60% dos leitos psiquiátricos encontram-se na região sudeste e 19,35%, no estado do Rio de Janeiro (p. 13). Ainda no mesmo documento, sobre os recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares, sabe-se que: em 1997, 93,14% dos recursos eram enviados para os hospitais, ficando 6,86% para os serviços extra-hospitalares. Já em 2004, os 93,14% diminuem para 63,84%, e 36,16% são repassados para os serviços substitutivos aos hospitais. (p. 9). Percebe-se um aumento de cerca de 30% em

investimentos para os projetos extra-hospitalares. Mas, a maior parte dos recursos financeiros continua sendo destinada aos hospitais.

A questão, portanto, não é apenas fechar os hospitais, mas substituí-los por uma rede de atendimentos extra-hospitalares. A rede substitutiva aos manicômios oferece hoje, além dos CAPS, o Programa de Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), principalmente.

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

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 27).

Segundo Furtado, com dados de 2004; “o percentual de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que acompanham egressos de longas internações em SRTs é de aproximadamente 6,7%, um percentual pequeno para serviços considerados estratégicos na organização da rede de cuidados”. (FURTADO, 2006, p. 43).

O Programa de Volta para Casa, criado pelo Ministério da Saúde, “é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Até 2005, o número de beneficiários no Brasil era de 1.747. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 18). Em 2009, o número é de 3.206.

Já as Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos:

constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas, há anos, em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para

garantir espaço adequado de moradia”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 7).

Na década de 80, anteriormente às Residências Terapêuticas, surgem moradias no interior dos asilos denominadas Lares de Acolhimento ou Lares Protegidos. Essas têm o objetivo de humanização intra-hospitalar. As primeiras residências extra-hospitalares surgiram no Brasil em 1990, passando a serem consideradas uma alternativa necessária para o processo de desinstitucionalização. No ano 2000, o Brasil contava com 40 Serviços Residenciais Terapêuticos. Nesse mesmo ano esses dispositivos são regulamentados pelo Ministério da Saúde. Até 2005 esse número é expandido para 357 serviços, atendendo aproximadamente 2.142 moradores. (FURTADO, 2006, p. 42). Considera-se uma média de seis moradores em cada Residência Terapêutica, mas o número pode variar de 1 a 8 moradores em cada SRT (Serviço Residencial Terapêutico).

Segundo estimativas do Ministério da Saúde (2005), “pelo menos 30% dos atuais 42 mil pacientes internados são de longa permanência (mais de dois anos ininterruptos de internação), bem como admite que esse número pode ser maior e que sua proporção no total de leitos tende a crescer”. (DELGADO, 2006, p. 22). Esses 30% correspondem, portanto, a aproximadamente 12.000 pacientes, que ainda vivem em instituições de longa permanência.

Somando o número de pessoas já atendidas por esse serviço substitutivo com o número de pessoas que ainda vivem dentro de asilos, temos uma média de 14.000 pacientes de longa permanência. Portanto, podemos perceber que os 2.142 moradores que já se beneficiaram dos Serviços Residenciais Terapêuticos, até 2005, consistem em cerca de 14% da clientela de beneficiários potenciais.

Existem hoje no Brasil 533 SRTs³ em funcionamento, e 138 em processo de implantação, totalizando o número de 2.829 moradores beneficiados⁴. Ou seja, o número ainda está muito aquém da necessidade.

Atualmente, no município do Rio de Janeiro, existem 50⁵ Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo que desses 50, 31 consistem em Residências Terapêuticas e 19 em Moradias Assistidas, que são casas ou apartamentos que se encontram na comunidade e são custeados com os recursos dos próprios moradores através de suas rendas pessoais. No entanto, ficam sob a supervisão e acompanhamento das equipes dos programas residenciais. No total são

³ Dados com data de 04 de junho de 2009 em: <http://www.saude.gov.br>.

⁴ Dados com data de 31 de janeiro de 2009 em: <http://www.saude.gov.br>.

⁵ Fonte: SUBHUE/SIMSM (Subsecretaria de Hospitais de Urgência e Emergência / Superintendência dos Institutos Municipais de Saúde Mental).

168 moradores que vivem nesses 50 SRTs, o que daria uma média de 3,5 moradores em cada SRT. Desses 50, apenas 2 são de alta complexidade, SRT II ⁶. Dado que este município possui hoje 1.114 ⁷ leitos de longa permanência, podemos calcular que ainda seriam necessários 318 SRT, com base na média de 3,5 moradores em cada um. Considerando a média de 6 moradores por SRT, o número de novos serviços necessários seria de 185.

Esse trabalho não pretende fazer críticas ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Pelo contrário, defendo todas essas práticas antimanicomiais e podemos perceber, embora lenta, uma considerável substituição dos serviços hospitalares por extra-hospitalares.

Tal pesquisa se desenvolve no âmbito da Reforma Psiquiátrica, mas com foco em um grupo em particular de usuários de saúde mental: os usuários de longa permanência. E nesse caso, o tempo gasto na substituição dos serviços oferecidos se torna um fator ainda mais importante. “Ainda assim, devemos ressaltar que a elevada média de idade dos moradores é um importante fator a ser considerado nos cronogramas de desinstitucionalização, pois há que se garantir tempo hábil para que os internos possam se beneficiar das iniciativas”. (FURTADO, 2006, p. 43)

Usuários com acima de dois anos de internação ininterruptas, são considerados usuários de longa permanência. Essa pesquisa é feita, no entanto, com enfoque em usuários com média de quarenta anos de internação. A meu ver, não seria mais longa permanência, mas longuíssima permanência.

Será que todos esses usuários poderão um dia se beneficiar de uma Residência Terapêutica?

1.1 – A questão dos usuários com longos anos de internação

Quinhentos milhões e quinhentos mil

A idade dos moradores do Núcleo Teixeira Brandão

Jacarepaguá (PATROCÍNIO, 2001, p. 148)

⁶ SRT II – Em geral, cuidamos de nossos velhos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: o SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia. (<http://bvsmms.saude.com.br>).

⁷ Fonte: SUBHUE/SIMSM (Subsecretaria de Hospitais de Urgência e Emergência / Superintendência dos Institutos Municipais de Saúde Mental).

O que se pretende aqui é pensar nos usuários com longo período de internação (média de 40 anos) e idosos. Muitos, dependentes de cuidados permanentes e com grandes dificuldades no desenvolvimento de AVD's (Atividades da Vida Diária).

Situação diferente é o tema dos pacientes considerados de muito baixa autonomia, seja pela grande dependência a que foram submetidos durante a vida asilar, seja pela gravidade do quadro psiquiátrico, especialmente da sintomatologia deficitária, ou por importante comprometimento físico. Para estes, tem sido discutida a organização de módulos residenciais ditos “de cuidados intensivos”, em que à equipe – ampliada – de cuidadores poderiam juntar-se outros profissionais (principalmente para cuidados específicos de enfermagem). (DELGADO, 2006, p.26).

Esse processo de desinstitucionalização não é apenas uma prática defendida por profissionais de saúde mental; ele é determinado por lei. O artigo 5º da lei nº 10.216 decide que:

os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo é a inclusão social de pacientes e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa de Volta para Casa).

O interesse de pensar em tal clientela surgiu a partir da função que exerço, há seis anos, como musicoterapeuta de uma das maiores instituições psiquiátricas de longa permanência do Rio de Janeiro, a Colônia Juliano Moreira, hoje denominada Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, que se divide em quatro núcleos: dois femininos e dois masculinos.

Desde 2003 faço parte da equipe técnica do Núcleo Teixeira Brandão, um dos núcleos femininos desse instituto, atualmente denominado Hospital de Psiquiatria e Geriatria Teixeira Brandão (HPGTB). O nome mudou em função da variação das necessidades da clientela. Essa vem sofrendo uma série de mudanças associadas ao processo de envelhecimento. Em relação ao

cuidado dispensado a essas mulheres, muita coisa mudou. Mas, em relação à estrutura física do espaço e da necessidade de inserção de novos profissionais ao quantitativo atual, pouca coisa aconteceu. Por esse motivo, a maioria dos funcionários do HPGTB não o considera como sendo um hospital, o mesmo continua sendo um dos núcleos de um instituto. Atualmente, vivem nesse núcleo cerca de duzentas mulheres, cuja média de idade é de setenta e cinco anos e o tempo médio de internação, quarenta anos.

Algumas dessas mulheres conseguiram sair para viver numa Residência Terapêutica ou mesmo em casas de familiares, mas a grande maioria da nossa clientela só poderia se beneficiar de Serviços Residenciais Terapêuticos de alta complexidade ou, dito de outro modo, de cuidados intensivos, o que me parece difícil de ser implantado no Brasil de acordo com as necessidades, dado o alto investimento financeiro. Não quero dizer com isso que tal prática seja impossível, apenas saliento que até o presente momento, no contexto da instituição na qual atuo, a consolidação de Serviços Residenciais Terapêuticos para a clientela totalmente dependente de cuidados intensivos, não foi efetivada.

E, assim como o processo da Reforma Psiquiátrica acontece no tempo, a vida dessas pessoas também. E trabalhamos hoje, com mulheres que têm entre 50 e 105 anos de idade, e cuja ‘doença mental’ já deixou, há muito tempo, de ser o principal foco dos cuidados. Essas mulheres são acometidas, principalmente, por uma série de processos clínicos associados ao envelhecimento. Algumas apresentam problemas associados à deglutição, devido à própria senilidade, sendo necessário que a alimentação seja feita através de sonda nasogástrica. Muitas sofreram Acidentes Vasculares Encefálicos. Algumas deambulam com extrema dificuldade, outras se encontram em cadeiras de rodas ou mesmo acamadas. Muitas vivem um processo de demência, inclusive com diagnósticos de Alzheimer. Devido à diminuição de massa óssea (osteoporose) muitas já sofreram fraturas. Muitas são diabéticas e hipertensas. Não são raros os casos de deficiência visual.

Essa clientela poderia sim se beneficiar de Serviços Residenciais Terapêuticos de alta complexidade, mas, considerando os problemas vividos por essas moradoras, teria que ser já, pois é visível que uma grande maioria não tem muito tempo de vida.

A experiência de desativação do Hospital Estadual Teixeira Brandão, no município de Carmo, mostrou ser possível desinstitucionalizar pacientes de longa permanência (média de 25 anos de internação) e com necessidades de cuidados intensivos. O desafio foi o de ter uma equipe de cuidadores, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas numa Residência Terapêutica de cuidados intensivos sem que isso caracterizasse uma enfermaria. A equipe apostou nos vínculos que poderiam ser criados com a cidade e a experiência gerou muitos ganhos para os usuários.

O dia-a-dia na casa era o desafio maior. Como não transformá-lo em uma rotina de procedimentos médicos? Era preciso não só assistir aos moradores com o olhar clínico no qual estão incluídos os cuidados da vida diária (higiene, alimentação, locomoção), mas principalmente estimular sua maior autonomia em relação a aspectos mais subjetivos do morar, como os desejos, as escolhas e a retomada da auto-estima. (TAVARES, ARGOLO, JAPUR, GAUDÊNCIO & TALLEMBERG, 2006, p.190)

Nos últimos seis anos, cerca de cem mulheres que viviam no Núcleo Teixeira Brandão (HPGTB), onde trabalho, morreram. Umas sem nunca terem tido a oportunidade de habitar um espaço mais digno, outras tiveram essa oportunidade, mas não quiseram. Tenho percebido que não são todas as moradoras que estão dispostas a viver numa Residência Terapêutica fora do núcleo. E muitas não querem. Depois de tanto tempo institucionalizadas, têm muito receio de viver fora do hospital. É necessário dizer, que também estão lá moradoras entre 50 e 65 anos de idade, bastante autônomas que podem se beneficiar de SRTs simples e que, nesse momento, não se interessam por essa alternativa. Mesmo assim, o trabalho visando a desinstitucionalização dessas mulheres não cessa por parte dos profissionais do núcleo. Atividades extra-hospitalares não param de acontecer como: saídas para lazer, compras, almoços, idas ao banco, ao médico (quando necessitam de alguma especialidade médica com a qual o núcleo não conta), festas. Porém, não são todas as moradoras que conseguem ou querem sair. Portanto, é necessário pensar em atividades dentro do próprio núcleo, principalmente, atividades cotidianas.

Diante dessa realidade, seria possível pensar numa desconstrução manicomial dentro do próprio manicômio?

Não quero dizer que não devemos estimular, a partir de uma abertura, de um desejo demonstrado, essas pessoas para uma vida fora “dos muros”. A desinstitucionalização é um processo, tanto para o usuário, quanto para a própria reforma, já que se precisa de tempo também para substituir os serviços hospitalares por outros. Portanto, será que a reforma não deve acontecer também dentro dos manicômios para que aqueles que estão internados há longos anos, por vezes, mais de quarenta anos, possam também experimentar a vida que pode habitar inclusive os lugares mais sombrios? A falta de investimentos financeiros gera um impasse que nos faz repensar o que é melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Nesse caminhar através das práticas e no encontro com essas mulheres que ainda vivem ali, novas possibilidades vão

surgindo, assim como outras vão desaparecendo. Mas, quero pensar aqui “muito mais a criação de novas entradas do que a “descoberta” de saídas”. (PASSOS & BARROS, 2003, p. 85). A clínica se encontra em um lugar a ser construído, portanto, não é possível traçar metas de desinstitucionalização que generalize todas as moradoras. Já que a única coisa que todos temos em comum é a capacidade de nos diferir, o processo de desinstitucionalização para cada uma dessas mulheres deve ter diferentes caminhos.

Embora no núcleo (HPGTB) o termo usado para se referir a essas mulheres seja a palavra paciente, o termo escolhido por mim será: moradoras. Creio que a palavra paciente ainda seja usada apenas por uma questão de hábito. Sem dúvida, esse é um assunto importante para ser pensado em equipe. Utilizarei o termo ‘moradora’ tanto para quem vive no lar, quanto nas seções⁸ pois, embora possuam uma estrutura asilar, essas seções consistem no local de moradia dessas pessoas e o ‘morar’ é um direito de todo cidadão, portanto, também dessas mulheres.

Acredito que muitas linhas do processo de desinstitucionalização atravessam essas seções, pois existe ali um constante trabalho de transformação do cuidado nas coisas cotidianas da vida. São exemplos dessas práticas: a escolha da roupa de cama e da roupa pessoal numa tentativa constante de extinguir os antigos uniformes e, dessa forma, ir contra as medidas massificantes onde tudo é padronizado. O sentar-se a mesa para comer. O uso de talheres adequados (garfo e faca). O cuidado com a higiene pessoal. Atividades culinárias na cozinha experimental das seções. A escolha de um espaço adequado para a convivência coletiva, seja para ouvir música, assistir TV ou conversar. A aquisição de objetos pessoais de acordo com a demanda de cada uma. A privacidade no uso do banheiro com a colocação de portas separando cada vaso sanitário e chuveiro. Dessa maneira linhas de fuga vão surgindo num desejo de transformação do asilo.

Acredito que seja imprescindível escutar o que essas pessoas têm a dizer. E é esse o objetivo dessa pesquisa: Cartografar os limites do dentro e do fora a partir das vozes de mulheres, com longos anos de internação, a maioria sem nenhuma referência familiar e idade média de setenta e cinco anos de idade, e tentar perceber como movimentos desinstitucionalizantes podem acontecer também dentro dessas instituições.

⁸ Esses espaços serão explicitados mais à frente.

1.2 – Os limites do dentro e do fora: nomadizando as fronteiras

Estar internada é ficar todo dia presa
Eu não posso sair, não deixam eu passar pelo portão
Maria do Socorro não deixa eu passar pelo portão
Eu estou aqui há vinte cinco anos ou mais. (PATROCÍNIO, 2001, p. 55).

Em seu livro, *A Instituição Negada*, Basaglia (2001) traz a idéia de uma “divisão entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável” (p. 101) ao considerar o poder da instituição sobre o doente mental.

A reforma, desde então, seguiu com o propósito da saída dessas pessoas do manicômio, pois somente a partir disso seria possível pôr fim a ele. Então, a reforma passa a ser um movimento de desconstrução do modelo manicomial. O que interessa agora é a reinserção psicossocial. Os pacientes são agora usuários de serviços de saúde mental. Portanto, cabe aqui também pensarmos numa outra divisão. A divisão entre o dentro e o fora.

Mas, como pensar o dentro e o fora longe dos dualismos que a própria instituição nos impõe? Seria o muro concreto entre manicômio e sociedade o limite divisor de dois mundos?

A reforma surge a partir de uma crítica ao pensamento binário da modernidade, aos especialismos, que davam ao médico total poder sobre o doente mental.

É preciso continuar com a crítica a esse modo de pensar dicotômico. Faz-se necessário pensar o próprio movimento da Reforma Psiquiátrica como sendo transdisciplinar, desestabilizador dos especialismos.

Problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar. (PASSOS & BARROS, 2000, p. 77).

Como já dito antes, não pretendo fazer críticas às práticas antimanicomiais. Mas, me parece ético permitir o aparecimento das grandes manifestações da vida, da criação e da desinstitucionalização que também acontecem do lado de ‘dentro’ desses asilos. Portanto,

tentando fugir da dicotomia ‘moderna’⁹, não poderíamos pensar em movimentos institucionalizantes no ‘fora’ e movimentos desinstitucionalizantes no ‘dentro’?

Como salienta Latour: “O navio está sem rumo: à esquerda o conhecimento das coisas, à direita o interesse, o poder e a política dos homens” (LATOURE, 1994, p. 8).

Para pensar longe dos dualismos é preciso estar entre, no plano das multiplicidades, lugar de passagem. Mas, como habitar esse mundo do meio? Não significa estar em cima do muro, pois já não importa se existe ou não um muro. Trata-se de habitar o lugar do limite, um estranho lugar que muda o tempo todo e por isso se torna um não-lugar. Um lugar a ser construído.

Latour (1994) traz a possibilidade de um mundo não-moderno quando afirma que a ontologia do nosso mundo contemporâneo é rizomática, em rede, isto é, “composta de séries heterogêneas de elementos animados e inanimados, conectados e agenciados” (MORAES, 2004, p. 322).

Deixar de ser moderno, não tendendo mais aos dualismos, não é tarefa fácil. Ocupar o lugar da não modernidade, compreendendo a complexidade das misturas e observando as semelhanças e as diferenças nos diversos grupos envolvidos no campo tem sido um desafio para mim. Percebo que um olhar não moderno deve ser exercitado constantemente. Um olhar que faz proliferar estas multiplicidades sem reduzi-las a dicotomias, aparentemente, mais fáceis.

É estranho, para alguns, saber que essas instituições ainda existem; mas elas são reais. E quando não irão mais existir?

Os portões dos asilos estão fechados hoje por motivos semelhantes aos que um dia existiram, pois talvez a sociedade ainda tenha muitas dificuldades em aceitar o encontro com essas pessoas e pelo fato de não interesse em se investir mais, financeiramente, na substituição dos serviços oferecidos. Mas, não podemos deixar de considerar o fato de que o portão também está fechado por motivos diferentes e atuais, talvez pelos mesmos que nos fazem fechar as portas e portões das nossas próprias casas.

O portão está fechado, mas diferentemente do passado, ele pode ser aberto.

1.3 – O surgimento da Colônia Juliano Moreira

Eu vim do Pronto Socorro do Rio de Janeiro

⁹ Quando falo da dicotomia moderna estou me referindo aos mecanismos classificatórios, à separação radical entre natureza e cultura, sujeito e objeto. Para Latour, a modernidade só existe enquanto paradoxo. Quanto mais prática de purificação, mais hibridação.

Onde a alimentação era eletrochoque, injeção e remédio
E era um banho de chuveiro, uma bandeja de alimentação
E viagem sem eu saber para onde ia
Vim parar aqui nessa obra, nessa construção nova. (PATROCÍNIO,
2001, p. 53)

A Colônia dos Alienados, atual Instituto de Assistência à Saúde Juliano Moreira (Colônia Juliano Moreira), surge em 1924 após a desapropriação da Fazenda Engenho Novo, em Jacarepaguá, com o propósito de receber os pacientes da Colônia Conde de Mesquita, localizada na Ilha do Governador. Esta se encontrava com uma questão relacionada à superlotação e, portanto, sem condições de receber novos pacientes, assim como de tratar os que já se encontravam lá. Essa superlotação se deu, pois durante alguns anos, o número de pacientes que entrou foi muito maior do que o número que saiu de alta ou foi a óbito. Não era possível fazer uma ampliação dos edifícios da Ilha, sendo necessário, portanto, o aparecimento de um outro lugar. “Na virada do século XX, a reforma psiquiátrica passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas”. (TENÓRIO, 2002, p. 27)

A impossibilidade de se continuar na Ilha foi argumentada por Rodrigues Caldas, diretor da antiga Colônia, na época, e por Juliano Moreira, diretor geral da assistência a alienados, a partir dos seguintes fatos:

- As terras da Ilha do Governador eram insalubres, já que se encontravam próximas de pântanos.
- Pertenciam aos padres Beneditinos, que as queriam de volta.
- A marinha do Brasil tinha o objetivo de construir nessas terras uma base aeronaval.
- O terreno era infértil.
- A arquitetura dos prédios era imprópria.
- O acesso era difícil, sendo o transporte feito por barcos nem sempre disponíveis.
- Começava a surgir uma possibilidade de mudança para Jacarepaguá, onde as terras eram férteis e garantiriam o desenvolvimento de atividades agropecuárias.

Um lugar próprio para essas atividades era de fundamental importância, pois para o pensamento da época era preciso manter os “doentes mentais” ocupados, já que o trabalho era considerado como um grande instrumento terapêutico. Ainda hoje se pode ler na entrada do Imas (Instituto Municipal de Assistência à Saúde) Juliano Moreira, o lema: PRAXIS OMNIA VINCIT – A prática sempre vence. “Todo manicômio moderno deve dispor de terrenos para

ocupação dos doentes ao ar livre, um serviço de horticultura, avicultura, apicultura, etc..., e um serviço de oficinas, nos quais é exigida uma relativa subordinação cerebral (Relatório do Min. Justiça e Neg. Interiores, 1928: 348)”. (ORIGENS, 2004)

Havia na colônia duas populações distintas, cujos espaços de atuação eram claramente definidos: a dos pacientes ditos loucos, que usavam roupa azul e não tinham direito a voz, e a de alguns moradores que, valendo-se das suas condições, exploravam a mão de obra barata desses pacientes fazendo-os trabalhar em atividades domésticas. A delimitação desses espaços de atuação era rígida, e os pacientes que ousavam transpor esses limites sentiam na carne os efeitos das punições. (CAMARINHA, p. 4, 1982)

Além disso, havia outra característica das terras de Jacarepaguá que fazia desse espaço um lugar ideal para abrigar essas pessoas: o mesmo se encontrava distante do centro urbano (40 quilômetros), permitindo dessa forma o não contato dos “doentes mentais” com a sociedade. “Ao isolar os degenerados, a Colônia bloqueia sua hereditariedade, e impedindo sua propagação na sociedade favorece a eugenia¹⁰, outro importante pilar do higienismo”. (ORIGENS, 2004)

Portanto, em dezembro de 1923, acontece a grande mudança, que só termina em 29 de março de 1924, já que inúmeras dificuldades foram surgindo pelo caminho. “A Colônia não tinha recursos próprios para esse pesadíssimo e longo transporte através do mar e 30 quilômetros por terra”. (CALDAS, p.19, 1988) Foi necessária a ajuda da marinha, da polícia militar, da saúde pública e do corpo de bombeiros.

A Colônia de Jacarepaguá possui uma área de sete quilômetros quadrados e já chegou a abrigar na década de 60, cinco mil pacientes.

Ao chegar a Jacarepaguá, Rodrigues Caldas se deparou com um número grande de necessidades materiais que precisavam ser atendidas. “A Colônia ficaria incompleta se não tratássemos, sem perda de tempo do fechamento do recinto, do abrigo para os doentes que não trabalham e do conserto dos caminhos”. (CALDAS, p.20, 1988)

Nas últimas décadas, como nos pontua Delgado, a crítica que era focada nas insuficiências asilares, passa a incidir sobre os pressupostos da psiquiatria.

¹⁰ Eugenia é um termo criado por Francis Galton (1822-1911), que a definiu como *o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente*.

As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos. (AMARANTE, 2003, p. 27).

A partir de então, como já dito, vem à tona a idéia de cidadania.

Tomando como ponto de partida a reivindicação dos direitos do “louco”, a reforma psiquiátrica, propriamente dita, tem seu início no Brasil, há pouco mais de vinte anos.

A partir do início dos anos 80, após um longo período de decadência, a Colônia Juliano Moreira passou por transformações que acompanhavam o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. São abolidos o eletrochoque, o confinamento de pacientes, as lobotomias e o uso abusivo de medicamentos. Novas internações de longa permanência deixam de ser aceitas e a assistência a novos pacientes em crise passa a ser feita pelo Hospital Jurandyr Manfredini, especialmente criado para este fim.

Houve o planejamento de um projeto assistencial e, pela primeira vez, os pacientes ganharam voz com o início dos grupos de escuta. Surge o programa da Bolsa de Apoio à Ressocialização (BAR), através do qual os pacientes começam a receber um salário pelos trabalhos realizados. Cria-se o centro de reabilitação e integração social, onde são desenvolvidas atividades produtivas remuneradas, em oficinas terapêuticas.

Segundo um estudo feito em 1980 ¹¹ (CAMARINHA, 1982), neste ano, 52% dos pacientes da Colônia tinham mais de 50 anos, o tempo médio de internação era de 21 anos, 60% não recebiam visitas, a relação de paciente solteiro para casado era de 5:1, 54% dos pacientes não estavam recebendo nenhum tipo de tratamento, 22% estavam em condições de receber alta e 20% precisavam de tratamento geriátrico.

Administrada pelo Governo Federal desde sua criação, a instituição é municipalizada em 1995 de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a chamar-se Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira.

¹¹ Projeto, com data provável de 1982, visando a reforma assistencial da Colônia Juliano Moreira.

Hoje, com seus 84 anos de existência, esse instituto vem tentando encaminhar para uma vida na sociedade o maior número de pacientes possível, seja para voltarem às suas famílias, seja para irem morar numa residência terapêutica, fora da instituição. Em 2004 havia 52 usuários vivendo nessas residências. Algumas dessas situam-se dentro da própria Colônia, outras no Remi e outras na Taquara.

O Instituto conta também com um Clube de Lazer, que oferece atividades culturais e recreativas aos usuários, funcionando aos sábados.

O cuidado vem deixando de ser massificado e passando a ser individualizado. Contamos com uma equipe de cuidadores que, em vez de fazer tudo para a clientela, trabalha com o objetivo de estimulá-la para que possa atuar com o máximo de autonomia possível. Com esse trabalho, várias mulheres que antes eram completamente dependentes dos cuidados da enfermagem, hoje tomam banho sozinhas, escolhem e vestem suas roupas, se alimentam adequadamente, cuidam dos seus pertences.

A equipe também vem investindo, de forma intensiva, na retirada de documentos para todas as moradoras do núcleo como: CPF, Carteira de Identidade, Carteira de Trabalho, Certidão de Nascimento Tardia, Rio Card e outros. Há cinco anos atrás apenas uma minoria possuía documentos. Hoje contamos com 90% de moradoras com documentação.

Cabe aqui dizer que hoje a Colônia (IMASJM) é um bairro habitado por gerações que se seguiram aos primeiros funcionários que viveram lá, por moradores que nunca tiveram ligação com o asilo e por comunidades que adentraram através de invasões de terra. Existe na colônia uma escola pública, muitas casas, salão de beleza, restaurantes, bares, campo de futebol e duas linhas de ônibus municipais que circulam pelo bairro.

1.4 – O surgimento do lar Jardim Florido

Embora a Colônia (IMASJM) venha passando por uma série de mudanças que acompanham a trajetória da reforma psiquiátrica no nosso país, o Núcleo Teixeira Brandão (HPGTB) ainda se mostra como um grande “monumento” do que se instituiu como a psiquiatria no Brasil, na década de 20. Esse núcleo surge em 1925, e, 82 anos depois, sua forma física continua a mesma. Aconteceram reformas prediais, mas não arquitetônicas.

Atualmente, o núcleo conta com cinco seções onde vivem 188 pacientes.

Essas seções consistem num enorme espaço dividido em dois ou três dormitórios. Cada dormitório possui uma média de 15 moradoras e possuem banheiros. Cada seção possui o seu refeitório. As camas ficam próximas umas das outras. Essas seções existem desde a criação do

núcleo e embora hoje exista um trabalho visando a desinstitucionalização e a singularidade de cada moradora, movimentos de desinstitucionalização e cronificação se perpassam o tempo todo.

As seções cronificam principalmente pelo fato de transformar o ritmo de cada moradora num único ritmo. Como são muitas pessoas vivendo num mesmo espaço, faz-se necessário um tipo de organização que, sem intenção de fazê-lo, acaba massificando um funcionamento. É preciso ter a hora “certa” para tomar banho, de almoçar, tomar café, jantar, dormir.

Há dez anos atrás surge, tímida, a idéia de se criar um espaço diferente, mesmo estando esse dentro do próprio território asilar, no interior do Núcleo Teixeira Brandão.

A idéia de se criar o Lar Jardim Florido (lar) surgiu em 1999 durante uma comemoração ao dia internacional da mulher no núcleo (HPGTB). Nesse dia uma pergunta foi colocada por alguns profissionais para um grupo de moradoras: -“O que vocês gostariam de mudar enquanto mulheres?”. Entre as respostas, uma tocou muito a equipe: -“*Gostaria de ter o meu canto, onde eu pudesse fazer as minhas coisas*”.¹²

A partir dessa fala, esses profissionais começaram a pensar na possibilidade de se construir uma casa no próprio núcleo com o objetivo de humanizar o espaço asilar.

Em 2001, o Lar Jardim Florido torna-se realidade. Surge no espaço onde antes funcionava o setor de terapia ocupacional, pois, não havendo verba para a construção de novos prédios, foi preciso utilizar uma estrutura já existente. Dessa maneira, foi preciso apenas providenciar as adaptações necessárias para que tal espaço se tornasse uma casa. Embora, como já disse, o lar se encontre dentro do território asilar, ele não possui nenhuma comunicação direta com as seções do núcleo. Esse lar, com o tempo, passa a ser considerado como um local de passagem; um lugar intermediário entre seções e Residências Terapêuticas, ou seja, entre asilo e sociedade.

Vale ressaltar que muitas discussões aconteceram nesse percurso, e é importante falar um pouco sobre ele. Enquanto a casa se concretizava, a equipe de cada seção pensava e indicava as moradoras que, devido ao grau de autonomia, poderiam viver no lar. Essa autonomia estava relacionada, principalmente, a três critérios necessários para o ingresso na casa. São eles: 1- autonomia nas atividades da vida diária: tomar banho, comer, andar, se vestir... sem ajuda profissional. 2- receber algum benefício, como Bolsa de Apoio à Ressocialização (BAR), LOAS ou pensão... e ter alguma idéia de como gerir o dinheiro recebido. 3- desejar sair da instituição para uma Residência Terapêutica, futuramente.

¹² Conversa informal da equipe com algumas moradoras do núcleo na comemoração ao dia internacional da mulher, em 1999.

Esses critérios foram e alguns continuam sendo importantes, pois o objetivo era de que o lar tivesse as características de uma casa, com seu funcionamento cotidiano. Ter uma equipe médica e de enfermagem no lar, faria com que ele perdesse tais características. Portanto, as moradoras ficariam ali sem uma equipe 24 horas, ao contrário do que ocorre nas seções. Os profissionais dessa área iriam até elas somente em situações de emergência, ao passo que as moradoras é que deveriam entrar em contato com esses profissionais, na supervisão de enfermagem do núcleo, para demandas de rotina. Portanto, cada uma deveria ter conhecimento das suas necessidades clínicas. Por exemplo, uma moradora que sofre de hipertensão arterial deveria saber que é necessário ir à supervisão de enfermagem diariamente para que sua pressão arterial seja aferida. Por esse motivo não se podia indicar moradoras acamadas e que precisassem de ajuda profissional em tempo integral. As atividades ligadas à higiene pessoal, autocuidado, lavagem de roupas seriam auxiliadas por uma cuidadora, mas, objetivando que as moradoras ficassem cada vez mais autônomas em relação a essas atividades.

O critério de se ter que receber algum benefício monetário se liga ao fato de que a casa teria gastos extras que não seriam pagos pelo município, como: sabão em pó, detergente e outros produtos de limpeza em geral, pó de café, açúcar, adoçante, alimentos para as oficinas culinárias e outros. O município oferece o serviço de limpeza e apenas alguns produtos básicos para a casa. E, além disso, quatro alimentações diárias. Sobre a capacidade de gerir o dinheiro recebido, pude perceber que se trata de uma forma diferente de gerência. Muitas moradoras do lar conhecem dinheiro, sabem o valor, de quanto precisam para comprar o que querem. Porém, a maioria não sabe, como acontece em todo núcleo. Então, como seria esse gerir? Seria mais no sentido de cuidar do dinheiro, guardar, conseguir juntar quando se pretender comprar algo mais caro, ou ir a um passeio, economizar quando necessário e não gastar compulsivamente com uma coisa só, como cigarros e doces. O que importante não é saber o valor do dinheiro, mas saber *do* valor do dinheiro. E isso é possível.

O fato de sair do lar¹³ para as residências¹⁴ é algo que a equipe continua trabalhando com as moradoras, respeitando o tempo e desejo de cada uma. O contato com a comunidade sempre foi estimulado. Algumas moradoras saem do lar, sozinhas, para irem ao salão de beleza, à igreja e ao clube de lazer da Colônia. Quando querem ir à Taquara (centro comercial mais próximo) a maioria prefere ir acompanhada de um técnico. Almoçam fora, fazem compras. Há também os passeios organizados pelo núcleo e pelo clube de lazer, através dos quais elas vão ao

¹³ Lar Jardim Florido, que se encontra no território do Núcleo Teixeira Brandão.

¹⁴ As Residências Terapêuticas são casas destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

cinema, praias, feiras, parques e museus. Cabe ressaltar aqui que essa prática de estimular as moradoras em relação ao contato com a comunidade não é exclusiva do lar. Isso acontece também nas seções quando alguma moradora tem o desejo de sair.

Voltando ao processo seletivo das candidatas a moradoras do lar Jardim Florido observamos que o número de candidatas era maior que o número de vagas. Dezenove moradoras foram indicadas, porém, só existiam nove vagas. O lar teria três quartos, cada um para três moradoras.

Durante o processo, das dezenove candidatas, quatro pararam de frequentar as reuniões para a escolha das moradoras, que aconteciam semanalmente, e começaram a participar das reuniões do Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS) com o objetivo de passarem por um processo mais rápido rumo às Residências Terapêuticas. Outras cinco desistiram de sair das seções. Portanto, ao final do processo, nove moradoras queriam ir para o lar. Felizmente, como já dito, esse era o número de vagas. Isso mostra, que muitas outras moradoras poderiam se beneficiar de lares como esse.

A equipe propôs que as futuras moradoras tivessem participação ativa na montagem da casa: na escolha dos móveis e da decoração. E, embora elas tenham participado dessas escolhas, a maior preocupação das mesmas foi em relação à segurança da casa, solicitando grades nas janelas, interfone, campainha e um muro que delimitasse o espaço da casa em relação ao núcleo. É interessante perceber que embora as moradoras tivessem uma preocupação com a segurança em relação à comunidade, agora mais próxima, já que existe uma rua bem perto do lar; a preocupação maior foi com o núcleo (HPGTB). Queriam que ficasse delimitado o que era o lar e o que era o núcleo (seções). Embora o lar esteja dentro do território asilar, parece que para essas mulheres é como se ele não estivesse.

O lar, portanto, passou a ser visto como um lugar de ‘vivência’ para obter a autonomia necessária para viver na comunidade. Porém, não foi isso o que aconteceu. Ou melhor, aconteceu com algumas moradoras, mas não da forma como se esperou. O lar Jardim Florido passou a ser um lugar de moradia permanente.

Observam-se nesse processo duas situações: algumas moradoras não quiseram sair do lar, por medo, receio de se perder, de ficarem sozinhas e outras se tornaram, devido ao processo de envelhecimento, não ‘indicadas’ para as Residências Terapêuticas.

Aconteceu também de algumas moradoras das seções saírem diretamente para as residências, sem precisarem desse lugar de passagem.

É importante dizer que a construção desse novo espaço foi uma atitude ousada já que a equipe não sabia o que de fato poderia acontecer. Tudo viria a partir de uma nova experiência. E

no meio dessa vivência coletiva havia também a forma singular de cada uma experienciar a novidade de viver numa casa. Algumas, por exemplo, passaram a administrar sozinhas a medicação que deveriam tomar. Outras precisam ir à supervisão de enfermagem, pois ainda se confundem com os remédios. Algumas aprenderam rapidamente a lidar com os eletrodomésticos, como cafeteira e máquina de lavar. Outras, mais lentamente. E o interessante é que uma moradora vai ajudando a outra naquilo que sabe fazer melhor. Morar numa casa permitiu a essas mulheres vivenciar coisas cotidianas que antes não eram possíveis, como colocar a mesa para o café, lavar alguma peça de roupa, assistir TV numa sala apropriada. E isso as deixa muito orgulhosas!

Falas colhidas nos prontuários individuais das moradoras apontam para uma opinião em que o lar aparece como um lugar diferente em relação às seções.

-*“Aqui no lar é melhor que na enfermaria, pois lá a gente não pode ter nada”.*

-*“Aqui é limpo”!*

-*“Não tem briga”.*

-*“Tem menos gente”.*

-*“Espero morar aqui na casinha¹⁵ para sempre”.*

-*“Na enfermaria era um amontoado, ia todo mundo pro banho junto”.*

-*“Aqui não tem roubo”.*

Para Saraceno e Sternai uma casa consiste em “um complexo de experiências concretas de reaquisição-aprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana”. (SARACENO, 1999, p. 117).

Esse lar, mesmo não estando fora do território hospitalar, parece ser um local de trocas importantes e de novas vivências: um terreno mais fértil para o surgimento de novos modos de subjetivar.

¹⁵ Algumas moradoras do lar se referem a ele, carinhosamente, como “a casinha”.

Capítulo 2 – Musicoterapia, Caos, Ritorno – Cartografia de um possível encontro.

A musicoterapia entra no contexto da saúde mental dando seguimento ao processo de humanização da psiquiatria, iniciado nos anos 80, no Brasil. A saúde mental, nessa perspectiva, continua se abrindo para novos campos de conhecimento. Durante anos, somente o psiquiatra era considerado profissional importante no tratamento dos transtornos mentais. Hoje, podemos contar com psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, cuidadores, musicoterapeutas e outros, e suas práticas têm se mostrado tão importantes quanto à prática médica.

Em 1999 o Instituto Franco Basaglia celebrou um convênio com o Conservatório Brasileiro de Música, sede do curso de formação dos musicoterapeutas no Rio de Janeiro. Segundo o Dr. Domingos Sávio¹⁶, em entrevista concedida para o filme organizado pela AMT-RJ (Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro), os serviços de saúde mental estavam demandando profissionais de musicoterapia. A questão da música estava se fazendo presente em várias oficinas, em várias falas. Surgiu, então, a idéia de que a questão da música fosse abordada além do entretenimento, e que fosse através de um profissional que tivesse conhecimento elaborado nesse campo de saber. Com isso, os musicoterapeutas foram convidados a fazer parte dessa equipe, principalmente nos CAPS. A música passa a ser considerada um potente instrumento terapêutico que possibilita, entre outras coisas, a estimulação e expressão do potencial criativo, dentro do contexto oficial da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cabe aqui ressaltar que o uso da música com fins terapêuticos, acontece desde os primórdios da civilização. Mas, é no período pós guerra, em meados do século XX, nos Estados Unidos, que a utilização da música com objetivos terapêuticos ressurgiu; agora como uma ciência da saúde e denominada, musicoterapia.

Em 2001, é aprovada, na Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro, a inclusão da profissão de musicoterapeuta junto ao quadro dos servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde, através de concurso público.

A musicoterapia a partir disso, entra também, oficialmente, nos grandes institutos, como é o caso do IMAS Juliano Moreira, para propor um encontro com pessoas há muito tempo institucionalizadas. O que a musicoterapia sugere é um encontro coletivo, não atendimentos individuais, mas grupais; onde a musicalidade do grupo possa circular pelo mesmo. A

¹⁶ Esse filme foi lançado em 2006 com o nome – A musicoterapia fazendo a diferença. Na época, o Dr. Domingos Sávio era diretor do Instituto Franco Basaglia.

musicoterapia propõe um fazer falar diferente, através da música e também dos afetos que podem surgir a partir dessa experimentação. É através desses agenciamentos coletivos que novas subjetividades vão sendo produzidas.

É a partir disso, que eu cheguei ao IMAS Juliano Moreira, em fevereiro de 2003. Sou encaminhada ao Núcleo Teixeira Brandão. Lá encontro mais duas musicoterapeutas. Depois de dois meses, uma delas sai. Era contratada e pede demissão. Um ano depois, a outra musicoterapeuta, que é concursada, consegue uma transferência para um local mais próximo de sua residência. Apenas eu fico no núcleo, e nunca mais o mesmo pôde celebrar a entrada de novos musicoterapeutas.

Os grupos de musicoterapia no NTB (HPGTB) têm se mostrado como um espaço-tempo onde a música produzida pelo grupo pode se agenciar com novas formas de expressão.

As sessões de musicoterapia são propostas, nas seções e no lar, da mesma maneira. Contamos com alguns instrumentos musicais: violão, pandeiros, tam-tam, chocalhos, tamborins, clavias, reco-recos, triângulo e panderola. Sempre dispomos as cadeira de modo que formem um círculo. Os instrumentos ficam no meio do círculo e são escolhidos pelas moradoras que querem tocá-los. Geralmente, eu fico com o violão. Esse é o único instrumento harmônico usado nas sessões, ou seja, ele é responsável pela tonalidade do grupo. Os acordes tocados no violão convidam o grupo a cantar em um único tom. As músicas são trazidas pelas moradoras participantes e não por mim, com exceção de algumas poucas músicas que me vêm à mente durante a sessão e que podem ser usadas num momento de intervenção. Por exemplo: Uma moradora, um dia, estava triste e não queria falar nada. Eu sabia que uma de suas músicas favoritas era *Jardineira*¹⁷. Então, cantei: - *“Oh Jardineira, por que estás tão triste? Mas, o que foi que te aconteceu?”* Depois de cantarmos a música, ela pôde dizer o que estava acontecendo.

Os grupos são abertos, tanto para as moradoras, quanto para os funcionários que queiram deles participar junto das mesmas. Muitas participam ativamente, cantando, tocando, dançando; outras, preferem apenas observar. As sessões acontecem semanalmente, e duram cerca de uma hora e meia. Muitas falas surgem durante a sessão, e são escutadas. Porém, quando é possível, deixamos a expressão, exclusivamente verbal, para o final da sessão. É um momento em que recolocamos os instrumentos musicais no meio do círculo e permitimos que as falas venham à tona. Tentamos seguir uma regra que é: enquanto uma fala as outras escutam, podendo, obviamente, complementar a fala da colega.

¹⁷ Música de Benedito Lacerda e Humberto Porto, 1938.

2.1 – O Ritornelo

Deleuze e Guattari encontraram na música a inspiração para o surgimento de um novo conceito filosófico: o conceito de ritornelo. Ilustram o conceito com exemplos cotidianos, como o de uma criança que, sozinha no escuro, canta para se acalmar. Nesse sentido, para Deleuze e Guattari, essa canção “é como o esboço de um centro estável e calmo, estabilizador e calmante, no seio do caos”. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p.116). Ou, de uma dona de casa que cantarola enquanto se ocupa de seus afazeres. E, por último, a improvisação que “é ir ao encontro do Mundo, ou confundir-se com ele”. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p.117).

Para Deleuze e Guattari, esses três movimentos acontecem sucessivamente. Neles estabilidade e confusão se misturam.

Como conceito filosófico o ritornelo pode ser definido como:

Todo conjunto de matérias de expressão que traça um território, e que se desenvolve em motivos territoriais (há ritornelos motores, gestuais, ópticos, etc.) Num sentido restrito, falamos de ritornelo quando o agenciamento é sonoro ou ‘dominado’ pelo som. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 132)

Numa escrita musical, o ritornelo é convocado por um sinal de repetição. Isso significa que o trecho anterior deve ser executado novamente. Porém, mesmo na música erudita, onde a repetição de um trecho precisa “ser igual”, não é possível que essa repetição seja absoluta. A música acontece no tempo, por isso um ritornelo sempre virá acompanhado de novidade. A definição de ritornelo, na música, fica mais clara quando pensamos, por exemplo, no jazz. Numa partitura de música jazzística o sinal que indica o ritornelo vem acompanhado da palavra ‘free’ ou ‘solos’. Isso indica que a repetição deve trazer novos componentes musicais. Nesse momento, o músico deve ser ousado: usar notas da melodia em outra ordem e com outras durações rítmicas, novas harmonizações, novos timbres, etc. Não se quer dizer com isso que o músico possa fazer o que bem entender. Algumas regras devem ser seguidas, pois a intenção não é descaracterizar o trecho anterior; e por esse motivo alguns elementos devem permanecer. Ou seja, pode haver deslocamentos, porém, esses se dão sobre uma base. Em ambos os exemplos musicais, a repetição absoluta é impossível de acontecer, porém, o que se dá é que na música erudita essas diferenças podem passar imperceptíveis, pois o músico precisa tocar o que está escrito. Já na música jazzística, por exemplo, o músico tem o seu espaço para criar algo

novo, o que é chamado de improvisação. No momento do ritornelo, a regra não é mais seguir o que está escrito (instituído), mas, pelo contrário, o convite feito ao músico é que ele desloque a escrita musical permitindo a origem de novas formas.

Segundo Mário de Andrade, os elementos formais da música, o Som e o Ritmo, são tão velhos como o homem, por estarem presentes nele mesmo, nos movimentos do coração, no simples ato de respirar, no caminhar, nas mãos que percutem e na voz que produz som. Quando o homem se percebe como um instrumento, como um corpo sonoro, e descobre que estes sons podem ser organizados, nasce a música. Começa, ele, então, a manejá-los, combiná-los, convertendo-os em matéria nova, em um fantástico veículo expressivo. (MILLECCO, BRANDÃO & MILLECCO, 2001, p. 5).

Portanto, o ritornelo sempre traz consigo a diferença. O que muda é que em determinadas situações essa diferença pode ser mais ou menos alcançada, ou mais ou menos percebida. Parece-me que o conceito de ritornelo proposto por Deleuze e Guattari é também uma afirmação da diferença na repetição.

Num hospital às vezes é preciso suporta o tempo insípido como se agüenta uma chavinha triste e interminável, sabendo que lá na frente a água acumulada pode irromper numa nascente. Até pode jorrar um tempo, que nos casos felizes, e por um certo curso de rio, leva quem sabe a uma cascata de vida. (PELBART, 1993, p.46)

Cartografando as experiências musicoterapêuticas, com mulheres há longos anos internadas, pude perceber que essas diferenças, embora na maioria das vezes pequenas, existem. Para percebê-las há que se inventar novas formas de ver. O olhar, nesse processo, também vai se diferindo.

2.2 – O Ritornelo e o Caos

A repetição, quando acompanhada de diferença, nos faz abrir mão das formas previamente instituídas, e para isso o contato com o caos torna-se inevitável. O ritornelo relaciona-se diretamente ao caos. E “do caos nascem os Meios e os Ritmos”. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 118).

Deleuze e Guattari usam a palavra caosmose para significar a passagem do caos ao cosmos.

Em todos os grupos¹⁸ que participaram dessa pesquisa, pude perceber que a partir de um fazer musical caótico surgia o ritmo, e a partir deste, a canção. Foi quase sempre através das canções que as relações se tornaram possíveis nesses grupos.

A Canção, desenvolvida e aprimorada no século XVI, era um tipo de música erudita, de inspiração popular associando poesia e canto. A “Chanson” francesa baseava-se no lirismo grego e nos cantores trovadorescos. Na Itália, as canções foram denominadas “Madrigais” e eram compostas de várias vozes. Na Alemanha, o “Lied” era uma canção para piano e canto, sendo escolhidos textos dos mais consagrados poetas. (MILLECCO, BRANDÃO & MILLECCO, 2001, p. 17).

Existem quatro tipos de experiências em relação à música. São elas: escutar, improvisar, compor e re-criar. Essas quatro distintas experiências são consideradas os quatro métodos de musicoterapia. Porém cada um desses métodos possuirá muitas diferenciações. Por exemplo, existem várias formas de inserir o cliente na improvisação musical.

Escutar é uma experiência receptiva onde o cliente, escuta música. Na improvisação o cliente, sozinho ou em grupo, faz música de improviso, tocando ou cantando. É uma experiência musical onde a criatividade, a espontaneidade e o lúdico estão muito presentes. Na composição, o cliente cria músicas. Pode ser a criação de uma melodia ou letra, por exemplo, ou uma composição completa com ritmo, melodia, harmonia e letra.

Na musicoterapia, o surgimento de músicas pré-existentes, recebe o nome de re-criação musical. Isso acontece quando o cliente faz uso de uma canção popular ou melodia já existente e a interpreta à sua maneira.

¹⁸ Grupos: Lar Jardim Florido, estrutura domiciliar. 5ª seção, estrutura predial de enfermaria. 6ª seção, estrutura predial de enfermaria de cuidados permanentes. É onde se encontram as moradoras mais debilitadas clinicamente. 7ª seção, estrutura predial de enfermaria.

O termo re-criativo é aqui utilizado numa acepção mais ampla do que a de apresentar, porque apresentar implica cantar ou tocar para uma audiência. Re-criativo é um termo mais abrangente que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem uma audiência. (BRUSCIA, 2000, p.126).

Pensando em um dos movimentos do ritornelo de Deleuze e Guattari, se faz possível uma aproximação desse conceito com o método da re-criação musical em musicoterapia. Podemos pensar essa música pré-existente como sendo um território que pode ser re-inventado a partir da interpretação musical (o cantar ou o tocar). Tal interpretação consistiria numa desterritorialização¹⁹; já que nunca se repetirá da mesma forma, pois a música acontece no tempo. Re-cria-se. Essa re-criação sempre vem acompanhada de algo novo, nunca é idêntica. Vem agora carregada de outros afetos, nuances, emoções, enfim, de novidade. Essa mudança dará origem a uma reterritorialização, que não exclui totalmente o que lhe antecedeu, mas traz novas marcas, que por sua vez, também se desconstruirão com o tempo, objeto de mutações qualitativas. “Parece que o som, ao se desterritorializar, afina-se cada vez mais, especifica-se e torna-se autônomo” (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 166). A re-criação musical implica em criação, criativo, criatividade.

O ser repete e ao repetir se torna diferencial, engendra a diferença. O importante é perceber o que está acontecendo de raro. “A repetição só é diferenciadora quando e porque ela se dá numa série múltipla de afecções, pela ação de composição própria dos encontros”. (PASSOS & BARROS, 2003, p.7)

Maria Antônia²⁰, moradora do lar, em uma das sessões de musicoterapia me diz: “As moças me dizem: - *Você inventa cada cantiga! Eu digo: - Não invento não. Os homens sempre cantaram e eu aprendi e lembro até hoje*”. De fato, Maria Antônia não as inventa, ela as re-inventa. E para isso, também é necessário muita criatividade.

¹⁹ Movimentos de territorialização: intensidades se definindo através de certas matérias de expressão; nascimento de mundos. Movimentos de desterritorialização: territórios perdendo a força de encantamento; mundos que se acabam; partículas de afeto expatriadas, sem forma e sem rumo. (ROLNIK, 2006, p. 36).

²⁰ Maria Antônia viveu durante 63 anos no Imas Juliano Moreira. Faleceu no ano passado, aos 83 anos de idade. Viveu os últimos anos de sua vida no lar Jardim Florido.

Foi inevitável que eu me perguntasse o porquê de todas essas mulheres escolherem esse método para se expressarem musicalmente. O esboço de uma resposta, que nem de longe pretende responder essa questão, foi vindo à tona, através dos meus encontros com elas.

Acredito que para essas mulheres a mudança precisa vir acompanhada de muita segurança. A situação de longa internação em que vivem, faz do desconhecido algo apavorante e angustiante. Portanto, a re-criação de canções, a meu ver, lhes dá segurança, pois re-criá-las traz a possibilidade do novo sem que tenham que abandonar bruscamente um território já conhecido.

Angústia que tem uma face ontológica (medo de a vida se desagregar, de ela não conseguir perseverar, **medo de morrer**); uma face existencial (medo de a forma de exteriorização das intensidades perder credibilidade, ou seja, de certos mundos perderem legitimidade, desabarem; **medo de fracassar**); uma face psicológica (medo de perder a forma tal como vivida pelo ego; **medo de enlouquecer**)”. (ROLNIK, 2007, p. 51)

Do meu ponto de vista, a re-criação musical é um exemplo de um dos movimentos do conceito de ritornelo de Deleuze e Guattari (1997). E é a partir desse movimento, que desterritorializa e reterritorializa, que eu lido com a re-criação musical no meu campo de pesquisa. “O ritornelo fica num estado de fórmula que evoca um personagem ou uma paisagem, em vez de ele próprio fazer um personagem rítmico, uma paisagem melódica” (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 168).

Esse personagem (canção) evocado pela re-criação (repetição) parece dar a mão a essas pessoas para que, com segurança, algo possa variar.

Chagas nos fala sobre o aspecto improvisacional da utilização da canção. A re-criação é diferente da improvisação, mas há na re-criação musical um aspecto relacionado à invenção.

Quando uma pessoa canta, no setting musicoterapêutico, ele ou ela não reproduz simplesmente a canção, mas se apropria dela. A canção torna-se sua, passível de improvisos: re-criação. Utilizada como uma atividade projetiva, a canção toma uma nova forma, instantânea, produzida ali pelo indivíduo ou pelo grupo, não é possível de ser repetida, é única. Não se confunde com sua gravação oficial. Não

objetiva a qualidade técnica ou estética. Seu co-autor, o cliente cantor, pode transgredir a qualquer forma já estabelecida de acompanhamento, de andamento, de harmonia, de prosódia. A canção popular torna-se viva, re-criada, improvisada tanto pelo cliente como pela musicalidade clínica do musicoterapeuta que irá perceber novos sentidos e novas possibilidades de encaminhamentos musicais na conhecida canção popular. (CHAGAS, 2001, p. 122).

É de grande importância levar em conta o que está sendo dito na letra da canção. Não devemos com isso nos prender a interpretações e as considerar verdades absolutas. Podemos pensar em inúmeros sentidos para uma determinada letra, porém, o único que pode, de fato, dar sentido ao que está sendo dito, é o próprio cliente. Como musicoterapeutas podemos ajudar o cliente nesse entendimento, nunca oferecer-lhes nossas próprias interpretações. Não podemos desconsiderar que há ali, na letra daquela canção, uma mensagem que o cliente pretende expressar, pois em meio a tantas canções existentes, justamente uma veio à tona. Nem sempre o cliente tem consciência do que está cantando. Aliás, acredito que na grande maioria das vezes, ele não tem. Esse sentido deve ser construído e sempre conectado a uma história, a um contexto de experiências daquele que escolheu a canção.

Perguntamo-nos sobre os critérios que fazem com que as canções surjam em nosso pensamento e ocupem um espaço no fluxo das idéias. O canto que se canta sem pensar, que vem à mente, seja ele um refrão, um pedaço de estrofe, uma frase melódica repetindo-se insistentemente, de onde ele vem? Como podemos em um determinado tempo-espaço, pinçar dentre as milhares de canções já escutadas e arquivada na memória, esta, exatamente esta? (MILLECCO, BRANDÃO & MILLECCO, 2001, p. 82).

Ouvimos na voz de Milton Nascimento: “*Certas canções que ouço, cabem tão dentro de mim. Que perguntar carece: Como não fui eu que fiz?*”.²¹ Quem de nós nunca pensou isso?

Acredito na arte, e em especial na música, como possibilidade de operar aberturas subjetivas. A música, utilizada na clínica, pode criar dobras num certo processo de subjetivação,

²¹ Música de Tunai e Milton Nascimento.

tirando algo do “lugar”, ou seja, permitindo a saída de uma certa forma de organização instituída e produzindo novos territórios. “Neste tipo de registro, o tempo cessa de ser passivo; ele é agido, orientado, polarizado, objeto de mutações qualificativas”. (GUATTARI, 1990, p. 14). A experiência de re-criação de músicas pré-existentes pode se conectar a outras experiências de transformação.

A música nunca deixou de fazer passar suas linhas de fuga, como tantas outras “multiplicidades de transformação”, mesmo revertendo seus próprios códigos, os que a estruturam ou a arborificam; por isto a forma musical, até em suas rupturas e proliferações, é comparável à erva daninha, um rizoma. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 21)

A música permite a criação de novos territórios, de rompimento com o isolamento e a inserção no mundo da coletividade.

Portanto, se do caos surgem os ritmos, é necessário o mergulho no caos. No caos que existe entre os corpos. É no encontro com o outro que eu me transformo e me re-invento. Rolnik nos fala de uma abertura para a alteridade.

É uma abertura que depende da capacidade de suportarmos o fato de que não somos apenas um corpo que funciona isoladamente, uma individualidade igual a si mesma – em suma, uma identidade na qual nos reconhecemos -, mas que para além dessa individualidade somos também um permanente processo de subjetivação, um permanente devir-outro, em que mudam os contornos do campo em que nos conhecemos. Em outras palavras, é uma abertura que depende de suportarmos o caos, próprio da dimensão invisível da alteridade; de suportarmos a violência das diferenças que aí se engendram, sem associá-la ao perigo de desintegração, de modo que o caos deixe de ser tão aterrador. (ROLNIK, 1992, p.5)

Rauter, em seu trabalho intitulado *Clínica do Esquecimento: construção de uma superfície*, fala da experiência do brincar, na teoria de Winnicott, para pensar a vivência do caos. Lembra-nos que o brincar é algo relacionado à repetição e à diferença e diz: “a brincadeira

infantil, podemos dizê-lo, tem uma função de ritornello ou função existencializante. Este brincar winnicottiano não se refere à criança, mas ao infantil em nós, lençol do passado em nosso presente”. (RAUTER, 1998).

Para Winnicott, “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação”. (WINNICOTT, 1975, p.79). Winnicott localiza o brincar entre o sonho e a realidade. Define esse espaço como espaço transicional ou espaço potencial. “A vivência do caos é produtiva, na medida em que a partir de tais vivências é que se engendram formas criativas de viver, ou na medida em que, do não sentido, novos sentidos poderão emergir”. (RAUTER, 1998).

O brincar no sentido winnicottiano, ou seja, enquanto liberdade de criação conduz aos relacionamentos grupais e se liga à construção da vida. O espaço potencial existe entre o indivíduo e o mundo, assim como, segundo Winnicott, ele pode não existir. Ele depende das experiências de vida de cada um e é extremamente variável de indivíduo para indivíduo.

Winnicott afirma que é necessário que um sentimento exista para que o espaço potencial aconteça. Esse sentimento é a confiança.

Portanto, quero pensar a prática da musicoterapia com essas mulheres, como uma prática que estimula esse “brincar” através da música que fazemos juntas durante os encontros. Acredito, de fato, que do caos que muitas vezes encontramos nesses espaços, podem surgir os ritmos, e em seguida, as canções. Chagas nos traz a idéia de uma apropriação dessas canções pelo cliente. Poderíamos pensá-las a partir da teoria de Winnicott, enquanto fenômenos transicionais, assim como os instrumentos musicais, enquanto objetos transicionais.

Assim, penso que a apropriação desses instrumentos e dessas canções, assim como o bom uso desses pelo musicoterapeuta, podem criar um ambiente de segurança e confiança, tão necessário para a expressão do potencial criativo dessas pessoas. “Desde garota, desde menina, desde mocinha, até hoje na velhice, eu não largar a minha cantiga”.²²

“É preciso dar à loucura (sem substancializá-la) espaços de temporalidade diferenciada, lugares onde um outro regime de temporalidade permita outras coisa”. (PELBART, 1993, p. 45). Tais espaços só podem nascer a partir da criação de um sentimento de confiança e segurança, produzido nos encontros.

²² Maria Antônia. Já apareceu anteriormente.

2.3 – A musicoterapia e a desterritorialização das formas

A musicoterapia não visa a estética tradicional da música, ou seja, não existe uma preocupação em relação à afinação, ao ritmo, à tonalidade. Ou seja, o objetivo não é tornar o cliente um músico com excelente percepção rítmica e harmônica ou num cantor afinado. O que se propõe na musicoterapia é a livre expressão musical, seja esta como for. Sendo assim, podemos pensar que, clínica, política e estética se articulam na prática da musicoterapia pois a música passa a ser um processo de produção que se confronta com formas musicais, tradicionalmente instituídas. O cliente toca, canta, improvisa, compõe... da maneira que quiser, de acordo com as suas possibilidades e com outras que surgirão. E nesse processo de relações e encontros, inúmeros agenciamentos se dão. Embora, como eu já disse, a musicoterapia não vise à estética musical tradicional, há na criação musical, seja ela como for, a estética da criação de si e do mundo, da variabilidade do viver. É justamente por apostar na criação de si e do mundo que a clínica musicoterapêutica está atrelada à estética. E é também por este viés que podemos indicar a dimensão política desta prática clínica, isto é, apostar na criação de si e do mundo implica uma política no sentido de promover ou fazer existir formas distintas de viver, ou dito em outras palavras, por este viés é possível problematizar certas formas de vida que se tomam como hegemônicas. Foucault nos propõe pensar a arte fora dos especialismos e nos convida a considerar a própria vida como uma produção artística, um objeto de arte.

O que me surpreende é o fato de que em nossa sociedade, a arte se tenha transformado em algo relacionado apenas a objetos e não a indivíduos ou à vida, que a arte seja algo especializado ou feita por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Porque deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida? (FOUCAULT, 1995, p.261)

Rolnik (1992) nos convida para um encontro com o homem da ética, operador da produção de nossa existência como obra de arte. É ele que vê além do visível, que escuta as dissonâncias, aceitando-as como diferenças a partir das quais a criação de novos mundos se torna possível.

A presença da música dentro de um hospital pode soar estranho, dissonante. Num primeiro momento parece que ambos não podem ocupar o mesmo espaço-tempo. Ao hospital sempre se associou o silêncio, não o som. Assim como se estranha a música, se estranha

também o musicoterapeuta, profissional híbrido de ciência e de arte. Nem todos os hospitais, asilos e clínicas estão preparados para o encontro com esse profissional. Cabe aqui ressaltar que os profissionais de saúde mental têm se aberto muito para esse mestiço que é o musicoterapeuta, aceitando a diferença e acreditando no surgimento de novas experiências.

Muitas vezes a grande novidade que a música traz para dentro de um asilo, é o simples fato de se tocar um instrumento musical ou mesmo de cantar. Por isso é preciso levar em conta a construção de novos territórios nas coisas mais simples e cotidianas da vida.

Um exemplo disso é visível quando uma moradora que não costuma falar, nem interagir com outros, canta uma música numa sessão de musicoterapia. A outra que fica distante no momento da sessão, mas que mesmo de longe bate o pé no andamento do que está sendo criado. De repente, outra se levanta e começa a dançar, e dançando convida uma outra, que aceita. Outra sorri. Outra chora emocionada com a música que a colega trouxe. A outra, incrivelmente, dança deitada no leito, e provavelmente cria para si um corpo sem órgãos. Há o surgimento de um novo território existencial!

Podemos dizer que a cada vez que isso acontece há uma violência, vivida por nosso corpo em sua forma atual, que nos desestabiliza e nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo em nossa existência, em nosso modo de sentir, de pensar, de agir, etc. – que venha encarnar o estado inédito que se fez em nós, a diferença que reverbera à espera de um corpo que a traga para o visível. (ROLNIK, 1992, p.3)

Nos encontros, vamos nos re-criando. Não nos descobrimos, pois não somos um todo fechado em si mesmo. É justamente por sermos incompletos, que podemos inventar, a cada dia, um novo corpo.

Esse corpo não é o corpo das formas prontas e fechadas, mas, ao contrário, ele é possibilidade, é processo de produção. Deleuze e Guattari o chamam, Corpo sem órgãos (CsO). “O CsO é o *campo de imanência do desejo, o plano de consistência* própria do desejo (ali onde o desejo se define como processo de produção, sem referência a qualquer instância exterior, falta que viria a torná-lo oco, prazer que viria preenchê-lo)”. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p.15).

O campo de imanência ou plano de consistência deve ser construído; ora ele pode sê-lo em formações sociais muito diferentes, e por

agenciamentos muito diferentes, perversos, artísticos, científicos, místicos, políticos, que não têm o mesmo tipo de corpo sem órgãos. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p.19)

Nesses momentos a música pode se tornar uma potência de afetação intensiva e pode operar desvio em algum modo de funcionamento. O que se passa?

Creio que, algumas vezes, o musicoterapeuta é participante na criação de corpos sem órgãos. Ocorre quando trabalha com pessoas portadoras de imensas dificuldades com seus corpos: impedimentos na fala, no movimento, na expressão, mas, movendo-se neste campo de imanência do desejo produzido pela música experimentam novos movimentos, outras expressões. (PINTO, 2006, p. 85)²³

A partir desse conceito penso em Marina ²⁴, moradora do núcleo com 72 anos de institucionalização. Sua primeira internação aconteceu quando ela tinha apenas seis anos de idade, no Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil, no Rio de Janeiro. Seu diagnóstico: paralisia infantil. Sua mãe havia falecido, e como o pai não tinha condições para dar conta de uma criança com inúmeras deficiências, ele considerou que não existia outra opção para Marina que não fosse a internação. Há 55 anos vive no Imas Juliano Moreira. À princípio, o único membro do corpo que Marina consegue movimentar é seu braço direito. E ela é capaz de fazer coisas incríveis com essa parte do seu corpo: come alguns alimentos sem ajuda e faz questão de segurar sua caneca. É com a mão direita que Marina toca as pessoas e faz questão disso quando alguém se aproxima de seu leito. Tem grandes dificuldades na fala e é deficiente visual. Mesmo com todas essas especificidades, Marina se expressa verbalmente. Fala com dificuldade e devagar. A partir do convívio com Marina todos se tornam capazes de entender o que ela diz. Adora música e sabe cantar várias canções. Ao escutar qualquer música, levanta seu braço e se põe a dançar. A força desse movimento é tamanha que aos poucos todo o corpo de Marina está em movimento, inclusive sua cama parece ganhar vida. Nesse momento, seu corpo não é mais o mesmo e Marina não é mais a mesma. Ela cria para si um novo corpo, repleto de possibilidades. Através da música, ela cria um campo de imanência do desejo que a faz experimentar aquilo que, antes, não parecia ser possível.

²³ Nas referências Pinto e Chagas são sobrenomes referentes ao mesmo autor.

²⁴ Marina, hoje com 78 anos de idade. Está internada há 72 anos, sendo 55 no IMASJM. Moradora da 6ª seção.

O caminho dessa pesquisa veio com o caminhar, numa cartografia onde a conjunção OU já não tinha mais importância, e sim a conjunção E, tal como num rizoma. ... a fala de uma que se conecta com o sentimento da outra e com o canto do grupo... tecendo uma rede onde as linhas vão se conectando, os encontros se agenciando de modo rizomático. “Qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. É muito diferente da árvore ou da raiz que fixam um ponto, uma ordem”. (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 15).

A visibilidade às linhas de fuga, como já dito antes, foi dada através das gravações em áudio das sessões de musicoterapia e de um diário de campo que foi escrito ao final de cada sessão. Nesse diário foi registrado, ao máximo, o que se passava no grupo e também de que forma essas conexões me afetaram. “O importante neste caso não é o resultado final, mas o fato de que o método cartográfico coexiste com o processo de subjetivação e torna então possível uma reapropriação, uma autopoiese dos meios de produção da subjetividade” (GUATTARI, 1990, p.10).

Essas mulheres, internadas há quarenta anos, não tiveram a possibilidade de escolha e foram sujeitadas a aceitar uma cronificação imposta, pois a grande maioria foi internada ainda adolescente e num momento em que as mulheres tinham grandes dificuldades em serem ouvidas. O tempo também parece cronificado, a maioria delas não sabe há quanto tempo estão ali. O tempo parece se arrastar. Maria Antônia diz: “*Estou aqui há uns mil anos*”.

Quando falo da música no tempo cronificado estou pensando a música como uma possibilidade de abertura para o tempo Aion, que é o tempo das hecceidades, da desterritorialização, do desvio, do devir, do fluxo. E penso o tempo cronificado sendo mesmo o tempo Cronos, das formas instituídas, rígidas, marcadas pela territorialização estabilizada, pelos sintomas, pelos monumentos, por aquilo que não se diferencia. Ambos são distintos embora não se separem.

“A erva existe exclusivamente entre os grandes espaços não cultivados. Ela preenche os vazios. *Ela cresce entre*, e no meio das outras coisas. A flor é bela, o repolho útil, a papoula enlouquece. Mas a erva é transbordamento” (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 30)

Portanto, acredito na prática da musicoterapia como a possibilidade de um desvio que resista a toda essa cronificação e equalização, produzindo saúde através da música que criamos juntas nos encontros, fazendo vidas se transformarem em obras de arte, criando novos territórios existenciais e produzindo diferença. “Eis, então, que o tema da vida assume uma posição de destaque, pois o paradoxo no contemporâneo parece que se realiza agora colocando a vida ao mesmo tempo como incidência do exercício do poder e ponto de resistência”. (PASSOS &

BARROS, 2001, p.91). Há que se inventar novas formas de resistência, para que a vida possa germinar.

2.4 – A cartografia como método

Eu sei que o meu passado
Eu prestei bem atenção como foi
O presente
Eu continuo prestando atenção como é
Mas o futuro
Eu não sei como vai ser
É difícil de eu descobrir
Como vai ser o meu futuro. (PATROCÍNIO, 2001, p. 74)

O que se pretende com essa pesquisa é cartografar..., desenhando os movimentos, seja nas seções ou no lar, no momento em que se criam, que se performam e compõem novos territórios. Para isso é preciso mergulhar em cada encontro e se abrir para o que ainda está por vir, para o inantecipável.

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que e os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (ROLNIK, 2007, p. 23).

Como se trata de uma cartografia, não existe determinação prévia da meta, não se sabe o que vai acontecer. “As cartografias vão se desenhando ao mesmo tempo (e indissocialmente) em que os territórios vão tomando corpo: um não existe sem o outro”. (ROLNIK, 2007, p.46).

Essa cartografia consiste num compromisso ético que é dar visibilidade a mulheres há muito tempo institucionalizadas, e perceber como vivem hoje e como se relacionam com o mundo.

Seguir movimentos dentro de um asilo pode ser, a princípio, uma proposta muito complicada, pois o que se encontra, à primeira vista, são paisagens estagnadas, cronificadas e vazias. Mas, como nos alerta Gilberto Gil: -“*É sempre bom lembrar, que um copo vazio está cheio de ar*”.²⁵

Mas, como enxergar o ar que existe no copo? Como perceber que existem movimentos incríveis mesmo em territórios cronificantes?

O copo cheio de ar vai ao encontro de conceitos que nos apresentam alguns autores.

Para Kastrup, numa pesquisa não há coleta de dados e sim produção de dados, porém uma produção do que, de certo modo, já estava lá.

Do ponto de vista dos recentes estudos acerca da cognição numa perspectiva construtivista, não há coleta de dados, mas, desde o início, uma produção dos dados da pesquisa. A formulação paradoxal de uma “produção de dados” visa ressaltar que há uma real produção, mas do que, em alguma medida, já estava lá de modo virtual. (KASTRUP, 2007, p.1)

É através da invenção de um outro olhar que se pode perceber o que já estava lá virtualmente. O cartógrafo, portanto, precisa ter esse olhar que vai se diferindo, um olhar que consegue ver além do visível, assim como só podemos perceber o vento através do balanço de uma árvore. E é esse o convite feito ao cartógrafo: o de não mais apenas enxergar com o olho-do-visível, vendo apenas o molar, o visível e audível num acontecimento, mas também e, principalmente, perceber o molecular, as forças do devir, as linhas de fuga, o que nos faz agir e experimentar, aquilo que não percebemos pelo campo da representação, mas nos afeta.

A passagem de que se trata aqui é a de um mergulho no invisível das sensações e de sua atualização em alguma forma de expressão a ser criada. Nessa travessia, o que acontece na consciência não tem nada a ver com uma incorporação de representações até então ocultas, mas sim

²⁵ Copo Vazio. Canção de 1971 (CD Gil Iluminado).

com uma necessidade de operar com novas formas de expressão, com cartografias até então inexistentes. (ROLNIK, 1992, p.7)

Visível e invisível são diferentes registros, porém indissociáveis. Atravessam-se o tempo todo num movimento pendular. E cartografar é perceber os movimentos molares e moleculares do desejo no campo social. “...o que captamos é que, através de movimentos do desejo visíveis e invisíveis, houve produção de real social; e que o desejo é, fundamentalmente, essa produção”. (ROLNIK, 2007, p. 45)³⁵

Para isso, é necessário começar tudo de novo, mergulhar em cada cena, de modo que você (seu corpo vibrátil) possa captar não mais os planos e sim os platôs, as regiões de intensidade contínua, feitas da latitude dos corpos que você for encontrando: corpos humanos, animais, sonoros... Corpo de uma idéia, de uma língua, de uma coletividade. (ROLNIK, 2007, p.39)

Rolnik simboliza esses dois diferentes registros a partir de dois personagens: o homem da moral e o homem da ética. O homem da moral representa o visível, o molar, os códigos, o consciente, enquanto o homem da ética transita pelo invisível, pelo molecular, pelas novas composições e pelo inconsciente. Ambos são responsáveis por nossas escolhas, sendo que o primeiro segue as regras vigentes na sociedade e o segundo seleciona aquilo que favorece e o que não favorece a vida, porém permitindo a nomadização das fronteiras, das formas. Assim como molar e molecular, eles se distinguem, mas não se separam. “Não se trata, no entanto, de alcançar uma coexistência pacífica entre esses dois vetores da subjetividade, mesmo porque isso é impossível; trata-se de suportar o caráter necessariamente tumultuado dessa co-ativação”. (ROLNIK, 1992, p. 11). Porém, é o homem da ética que pretendemos seguir nessa cartografia. É a ele que queremos dar as mãos, a fim de que se possa perceber a vida como obra de arte, como potência criadora de novos mundos.

O homem da ética é um tipo de homem que entendeu que ordem e caos são indissociáveis e que aquilo que inquieta sua consciência é uma diferença que se engendrou no caos, à sombra da ordem atual, por isso a inquietação para ele não é o aterrador sinal de sua possível destruição, mas o apelo de uma necessidade de criar que se impõem no invisível

campo dos afectos. E ele se dispõe a acolher esse apelo; mais do que isso, ele deseja acolhê-lo. (ROLNIK, 1992, p. 7)

Em consonância com essa perspectiva, o que Latour (1994) propõe é que vejamos as controvérsias, o discordante, e não o fato feito. É necessário olhar a ciência se fazendo. A realidade sendo construída. Se transformando. Não dada. Latour utiliza o conceito de rede para pensar essa construção e o surgimento dos híbridos.

A conexão dos heterogêneos não é centralizada, hierárquica ou garantida por qualquer determinismo, mas é capaz, por si só, de engendrar formas inéditas e inesperadas, que rompem com formas anteriores, sem o recurso de uma força externa. Um híbrido pode ser cartografado, em seu movimento criador e inventivo, além de poder ser tratado quanto a seus “pontos de estruturação”. (KASTRUP, 2003, p. 57).

Seguindo um caminho semelhante a estes apontados por Kastrup (2007) e por Latour (1994), Deleuze e Guattari nos dizem: “Não é fácil perceber as coisas pelo meio, e não de cima para baixo, da esquerda para a direita ou inversamente: tentem e verão que tudo muda” (DELEUZE & GUATTARI, 2007, p. 35). Conexões que acontecem num funcionamento rizomático. O conceito de rizoma criado por Deleuze e Guattari nos traz a idéia de um sistema aberto, em constante processo de modificação. Portanto, perceber as coisas pelo meio é estar entre as formas, partindo dos encontros. E para isso é preciso abandonar o pensamento binário e perceber as hibridações, pois o método cartográfico se faz além dos especialismos, é transdisciplinar. “É sempre por rizoma que o desejo se move e produz”. (p. 23). Não há uma forma, mas uma ética. A ética da afirmação da vida como potência criadora. Portanto, estar “entre” é aceitar as diferenças, o caos; e se deixar desestabilizar a partir do encontro com o outro. Dessa forma, somos também convidados a diferenciarmos de nós mesmos. “Toda transformação que atinge o domínio das formas passa sempre por esse outro domínio, rizomático, capilar, que corresponde ao domínio da inventividade”. (KASTRUP, 2003, p.56).

Porque aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do

mundo que não podem se realizar em sua função autopoiética, sem o risco constante da experiência de crise. (PASSOS & BARROS, 2004, p.165).

Essa pesquisa pretende mostrar os efeitos da musicoterapia, mostrando os movimentos, os agenciamentos, ou seja, o modo de funcionamento rizomático que se dá nesse espaço-tempo. Nesse movimento encontros não param de acontecer, surgem novos territórios, antes imprevisíveis, desaparecem outros, negociações acontecem e o presente vai se construindo.

O problema para o cartógrafo, não é o do falso-ou-verdadeiro, nem do teórico-ou-empírico, mas sim o do vitalizante-ou-destrutivo, ativo-ou-reactivo. O que ele quer é participar, embarcar na constituição de territórios existentes, constituição de realidade. (ROLNIK, 2006, p.66)

Nesses encontros a música tem se mostrado como uma potente agenciadora dos encontros.

Interdisciplinar híbrida muitas vezes a conceituação teórica em musicoterapia é bastante musical, outras psicológicas, outras médicas, ou educacional. Para dar conta de sua prática clínica, o musicoterapeuta se vê obrigado a buscar em uma enorme rede de idéias, pensamentos e objetos a compreensão para o seu trabalho. É assim que musicoterapeutas se diferem enormemente uns dos outros. Donos de suas próprias hibridações, cada um constrói as suas relações. Por outro lado, os musicoterapeutas se assemelham na busca da música como o fio principal desta rede complexa. (PINTO, 2001, p. 45)

É a partir do uso da música como instrumento de trabalho que eu me assemelho aos meus colegas musicoterapeutas, porém, é a partir do meu campo de pesquisa que eu me diferencio, pois é preciso seguir os fios que vão sendo tecidos, por diferentes atores, no lugar em que eu, enquanto musicoterapeuta e pesquisadora, me encontro.

Capítulo 3 - Traçando Redes – A Reforma Psiquiátrica, seus Muros e a Reinvenção das relações.

Foi através das vozes dessas mulheres, faladas e cantadas, que essa cartografia esperou seguir as linhas que foram sendo traçadas a cada encontro.

Em relação à Reforma Psiquiátrica, percebemos que o movimento feito por Basaglia na Itália, obteve sucesso a partir de sua experiência em Trieste e fez com que esse país abolisse, completamente, os manicômios. O sucesso de suas idéias foi possível devido, entre outras coisas, ao apoio que recebeu da sociedade e governo italianos.

Cabe aqui pensar na experiência do Brasil com a nossa Reforma, pois é preciso levar em conta as especificidades de cada país, sendo essas, políticas, econômicas, culturais, entre outras. Embora o Brasil tenha importado para o seu processo de Reforma as idéias surgidas na Itália, sua trajetória passa por singularidades, já que consideramos aqui a clínica como transdisciplinar. Portanto, podemos pensar, por exemplo, que a clínica da Reforma Psiquiátrica Brasileira é perpassada pela política do nosso país; e assim, vai tecendo seus próprios caminhos.

A nossa Reforma, por exemplo, ainda não chegou à completa substituição de serviços hospitalares por extra-hospitalares.

Entre o manicômio e os novos serviços oferecidos, como por exemplo, as Residências Terapêuticas, ainda há um divisor de águas, um “muro”. Muro esse que vai além do concreto, mas que se mostra também como uma construção subjetiva no próprio caminho da Reforma.

Mas, o que de fato existe no lado de “lá” da sociedade? Como estão vivendo hoje essas mulheres? Como se relacionam com o mundo?

Percebemos que a própria Reforma Psiquiátrica, no Brasil, se depara com situações que consistem em “muros”, em barreiras que a privam de chegar aos objetivos a que se propõe. Dentre essas privações podemos pensar na falta de recursos financeiros, sem os quais, a transformação dos serviços oferecidos se torna muito difícil. Cabe aqui também levar em conta as pessoas internadas que não conseguiriam mais, em meio à sociedade, produzir. Produção essa referida aos moldes exigidos pela atual sociedade capitalista. Como já foi apresentado, grande parte da nossa clientela apenas poderiam se beneficiaria de residências de cuidados intensivos. São pessoas muito idosas, acamadas e extremamente dependentes de cuidados clínicos. Portanto, não podemos ignorar a realidade dos serviços substitutivos com a qual, pelo menos até esse momento, precisamos conviver.

Por outro lado, pude perceber que existem várias entre essas mulheres que poderiam, quando pensamos em autonomia, viver em Residências Terapêuticas simples, mas que não querem, ou, ainda não querem. De certo modo, foi essa mesma sociedade que agora as pode acolher, que um dia as excluiu, que as exilou num lugar distante, proibindo qualquer tipo de relação com o mundo. É comum que o novo contato direto com essa sociedade traga-lhes certa insegurança. Parecem precisar, ainda, de mais tempo para esquecer tudo aquilo que lhes foi imposto nesses longos anos de internação.

Falando sobre a relação com a cidade, em um dos nossos encontros de musicoterapia surgiu a música Cidade Maravilhosa. “*Cidade maravilhosa, cheia de encantos mil. Cidade maravilhosa, coração do meu Brasil*”.²⁶ Nesse momento, Vânia, acamada, com cerca de quarenta anos de internação diz: - “*Essa cidade maravilhosa não se dá bem comigo não. Não fala direto comigo não. Essa cidade quase me matou*”.²⁷

Embora se trate de uma cidade maravilhosa e com mil encantos, ela parece estar repleta também, de grandes perigos.

3.1 – Limites: Limitações e Possibilidades – “A minha casa fica lá de traz do mundo onde eu vou em um segundo quando começo a cantar”.²⁸

É bastante comum para essas mulheres que o “fora” esteja relacionado com o lugar onde se encontra a família. Na maioria das vezes, as famílias tiveram seu papel crucial no momento da internação, mas quase nunca são lembradas a partir disso. A família continua sendo a grande referência em meio à sociedade, um território de pertencimento além do asilo, aquilo que bem ou mal se conhece em meio a tantas coisas novas. - “*Tenho cinco filhos. Acho que nem sabem que eu estou aqui*”.²⁹

Algumas nunca perderam o contato familiar através de visitas. - “*Vou passar o fim de semana com a minha filha, mas não vou morar lá não. Eu volto. Lá é pequeno, é um apartamento. Não dá pra eu morar não*”.³⁰ Para outras, esse contato pôde, em algum momento,

²⁶ Música composta por André Filho em 1934.

²⁷ Vânia, hoje com 86 anos de idade. Há 48 anos atrás foi internada no antigo Centro Psiquiátrico Pedro II – atual Instituto Nise da Silveira e há 46 está no Imas Juliano Moreira. É completamente acamada e moradora de uma das seções do núcleo, a 6ª seção.

²⁸ Felicidade, Lupicínio Rodrigues.

²⁹ Linda, hoje com 79 anos de idade e 50 de internação. Moradora da 5ª seção..

³⁰ Beth, hoje com 83 anos de idade e com 58 anos de internação, sendo 54 no Imas Juliano Moreira. Há 2 anos mora no lar Jardim Florido. Queria muito ir para o lar, mas no momento da mudança, quase desistiu. Atualmente, está muito bem no lar.

ser resgatado. Mas, a grande maioria não possui nenhum contato familiar desde que foi internada.

A vida asilar que um dia lhes foi imposta parece gerar, ao mesmo tempo, a estranha sensação de não pertencimento ... *“eu não sou daqui, eu não tenho amor, eu sou da Bahia, de São Salvador”* e de território ... *“só deixo o meu cariri no último pau-de-arara”*³¹. Mesmo na tentativa de esquecimento, existem histórias que, por vezes, são lembradas. São histórias familiares, de amores perdidos, de saudades, de tristezas, de alegrias e de decepções. O asilo mistura, hoje, na fala dessas mulheres, desencanto e gratidão. -*“Lugar ruim. Não dá nada certo aqui. Esse lugar ofende muito as pessoas. Estão todos vivendo aqui. Não é muito bom não. Quase tudo aqui sai errado”*.³² Ou: -*“Gosto daqui. Aqui tem a bondade e a caridade. O bom juízo e o bom amor”*.³³

Não é raro encontrar bom humor e leveza nas frases ditas. Mesmo nos momentos mais difíceis pelos quais um dia passaram é possível encontrar rastros de uma juventude que tentou, dentro dos limites do possível, resistir às inúmeras podas que constantemente foram infligidas a seus corpos. - *“Ela não sumiu, só deu uma fugidinha. No tempo em que eu era nova eu usei muito isso para ver os rapazes. Era animado de rapazes”*.³⁴

Pude perceber também, que dentro da própria instituição existem limites, demarcações que não “deveriam” ser ultrapassadas. Existem cinco seções no núcleo. Duas delas ficam na parte baixa do mesmo. As outras três ficam na parte de trás do núcleo e é preciso subir uma escada ou uma rampa para ter acesso às mesmas. Muitas vezes as moradoras que vivem na parte alta do núcleo não são bem vindas por outras que vivem na parte baixa, e vice-versa. Não é raro escutar: -*“Você não é daqui. Volte para o seu lugar que é lá embaixo”*. Às vezes essas fronteiras existem entre seções vizinhas. Há uma necessidade de demarcação de território, mesmo quando este é compartilhado com várias outras pessoas, como é o caso das seções. Por um lado, essa tentativa de demarcação parece-me interessante, pois é uma forma de resistir a uma lógica manicomial onde “quase tudo é de todo mundo”.

Outra fronteira bem delimitada é percebida entre o lar e as seções. Como já foi enfatizado no primeiro capítulo, quando o lar surgiu, a maior preocupação das moradoras em relação à segurança da casa, não era uma fronteira que as resguardasse da sociedade, mas ao contrário, que as protegesse do núcleo. Surge nesse momento, talvez, a fronteira do tempo.

³¹ Ambas as músicas aparecem sequencialmente em um dos encontros. 1ª - Marinheiro Só (Caetano Veloso), 2ª - Último Pau-de-arara (Marcos Cavalcante de Albuquerque).

³² Vânia, já apareceu anteriormente.

³³ Linda., já apareceu anteriormente.

³⁴ Maria Antônia, já apareceu anteriormente.

Uma linha que “divide” passado e presente. É como se o passado vivido precisasse ser esquecido, e uma das formas seria afastar tudo o que faça esse passado ser lembrado. É muito comum as moradoras do lar se referirem às moradoras das seções como “as doentes”. Parece que o poder habitar uma casa as “livra” da condição de doentes, enquanto que as que ainda vivem nas seções continuam nessa situação.

Pude perceber que os limites são muito mais invisíveis que concretos e que estão por toda parte. Encontram-se também em muitos dos nossos próprios modos de ver o mundo. É necessário percebê-los. Por vezes é preciso respeitá-los. Mas, limites também nos pedem, na medida do possível ou do impossível, para serem transgredidos.

É de bom tom que aceitemos o fato de que cada um tem seu tempo e suas próprias disponibilidades para fazê-lo, para lançar ao mar sua jangada. O trabalho com mulheres com longo tempo de internação me fez compreender isso. “*Minha jangada vai sair pro mar. Vou trabalhar, meu bem querer. Se Deus quiser quando eu voltar do mar um peixe bom eu vou trazer. Meus companheiros também vão voltar. E a Deus do céu vamos agradecer*”.³⁵ Transpor limites é se deparar com o novo, e nesse encontro há transformação. Há a possibilidade, nesse ritornelo, de se trazer do mar, um peixe bom.

Muitas vezes os limites a serem ultrapassados são os limites que existem dentro da própria instituição.

Seja lá como for, é preciso que nos preparemos para nos lançar rumo ao desconhecido. É isso, a meu ver, que pretendemos, nós que trabalhamos dentro desses asilos: atuar junto com estas pessoas para que se sintam mais fortalecidas e para que possam, a cada dia, transpor seus próprios limites. Superações pequenas aos olhos do visível, mas que se tornam verdadeiras jornadas para quem consegue ver com os olhos da emoção. “*Vou rezar pra ter bom tempo, meu bem. Pra não ter tempo ruim. Vou fazer sua caminha macia. Perfumada de alecrim*”.³⁶ Vale dizer aqui, que os meus limites enquanto profissional, também se refaz o tempo todo. Nesse processo já não sou mais apenas musicoterapeuta, sou também pesquisadora e também uma mulher trabalhando com mulheres. Não se trata de um sobrevôo. É um movimento que faço com o meu próprio corpo. Nos encontros eu também vou me transformando.

3.2 – A internação – “Eu perguntei a Deus do céu: Por que tamanha judiação?”³⁷

³⁵ Música muito cantada por todos os grupos: Canção da Partida, Dorival Caymmi.

³⁶ Canção da Partida.

³⁷ Asa Branca, Luiz Gonzaga e Humberto Teixeira. Canção muito cantada por todos os grupos.

A média do tempo de internação no Núcleo Teixeira Brandão é de 40 anos. Várias dessas moradoras foram internadas na década de 1920, quando ainda eram muito jovens, encontrando-se na faixa dos dezesseis anos de idade. A maioria tem como local de procedência o antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, hoje Instituto Municipal Nise da Silveira.

Depois de tantos anos de institucionalização, o que se percebe é que as histórias relacionadas com o momento da internação são bastante obscuras. A maioria não entende como chegou até o hospital, porque foi internada e quem as levou até esse lugar. *“Eu vim parar aqui, pois meu pai ia muito na rua comigo. Daí um dia, um homem chegou e me pegou. Me jogou aqui no Rio. Daí ele viu que eu era menor e me colocou dentro desse hospital aqui. Meu pai não me viu mais não. Sei que entrei como um gato dentro do saco. Não vi nada. Não entendi nada. Como um gato dentro do saco. Quem sabe é minha irmã, mas ela não gosta de falar nisso. Não gosta de conversa não. É muito difícil ver ela falar”*.³⁸ Não há na fala de Nélia a existência de algum argumento que justifique sua internação. A família, no caso o pai e a irmã, também são para ela pegos de surpresa, embora, possam ter alguma explicação para o ocorrido. Porém, não querem falar sobre o assunto. Dessa forma, Nélia talvez nunca entenderá o que aconteceu. A metáfora escolhida para tentar me explicar como foi para ela a internação é extremamente forte e me fez compreender, pela via da emoção e não da razão, esse momento da sua vida. E é dessa forma que quase todas as moradoras falam do momento em que entraram ali ou em outro hospital. Não há uma compreensão racional do que possa ter acontecido, mas é possível expressar a intensidade emocional de tal momento apenas com uma frase. –*“Como um gato dentro de um saco”*. Para mim, ela não precisava dizer mais nada. Essa frase dita por ela com naturalidade, me aproximou de Nélia como se em apenas um só segundo eu pudesse sentir a violência sofrida por ela.

É com a mesma falta de entendimento que Telma fala do momento em que foi para o hospital. –*“Você gosta de copacabana? Eu fui lá. Daí me trouxeram pra cá. Trouxeram porque trouxeram. Eu vim sentada numa cadeira pulando. Eu vim pulando e as moças me empurrando. Tem muito tempo. Eu estava vivendo lá e depois vim pra cá. Não foi mentira não. Foi verdade sim senhora. Botaram eu num carro. Era um carro branco. Eu pedi socorro”*.³⁹ Tudo isso soa como um rapto ou seqüestro. Dessa forma, foram arrancadas de suas próprias vidas e lhes impuseram uma outra. À essa nova vida não cabe mais nenhum contato com o passado. Para

³⁸ Nélia, 67 anos de idade. Há 47 anos está internada, sendo 43 no Imas Juliano Moreira. Moradora do lar Jardim Florido.

³⁹ Telma, hoje com 78 anos de idade e 58 anos de internação, sendo 44 no IMASJM. Há registros de altas nos primeiros anos de internação. Nunca recebeu visitas. Moradora da 7ª seção.

muitas, a única maneira de se fazer contato com as vivências anteriores, é através da memória. Perderam todos os contatos, e cabe-lhes agora, a partir do trauma, a criação de novos vínculos.

3.3 – O dinheiro possibilitando o vínculo com o mundo – “*Ei, você aí. Me dá um dinheiro aí, me dá um dinheiro aí*”.⁴⁰

Em um dos encontros da musicoterapia, no lar, surge o desejo de se conhecer uma nova cidade. O desejo, de início, é de uma das participantes do grupo, mas, rapidamente, se transforma em um desejo coletivo. Todas querem participar desse passeio. A cidade escolhida é Petrópolis. Maria Rita⁴¹ nos mostra que, embora vivendo dentro de uma instituição, está conectada com o mundo. Ela sabe que em Petrópolis tem um Palácio conhecido como Quitandinha; e tem muita vontade de conhecer o Palácio de Cristal, a Catedral e o Museu Imperial. Como ela sabia de tudo isso? Leu no jornal.

A idéia do passeio surge em janeiro de 2008. Todas as moradoras do lar recebem algum tipo de benefício e concordam em investir financeiramente no passeio. Mas, houve um impasse: o pagamento da Bolsa de Apoio à Ressocialização estava atrasado e a instituição não tinha outro recurso financeiro para viabilizar o passeio. A única saída foi esperar pelo pagamento. A espera gerou muita ansiedade para algumas moradoras, não apenas pelo passeio, mas também porque outras questões surgem com a falta do dinheiro.

Apenas no meio do ano a situação se estabilizou, e o passeio pôde acontecer em setembro. Na semana anterior ao mesmo, várias moradoras fizeram questão de sair do núcleo para comprar roupas novas, especialmente para a viagem.

Alugamos um ônibus com ar condicionado, TV e som. Às seis e trinta da manhã do grande dia, todas já estavam prontas. Saímos às sete horas. A maioria não saía para um lugar distante desde que haviam sido internadas. Tudo era novidade: o caminho, o aeroporto internacional com seus aviões pousando e levantando vôo, a serra, as paisagens, a cidade “nova”. Chegando a Petrópolis, fomos ao Quitandinha, à uma loja de chocolates, à Catedral, ao Palácio de Cristal, ao Museu Imperial e depois almoçamos num restaurante, em frente à Casa de Santos Dumont.

Algumas moradoras das seções também quiseram ir ao passeio. Uma delas quando entrou na Catedral ajoelhou-se e disse: - “*Meu Deus, muito obrigada pela oportunidade de estar*

⁴⁰ Me dá um dinheiro aí, Moacyr Franco.

⁴¹ Maria Rita, hoje com 68 anos de idade e 40 de internação. Há mais ou menos quatro anos atrás duas pessoas da equipe levaram Maria Rita até sua cidade natal a fim de encontrar algum familiar. Infelizmente, nenhum familiar foi contactado. Esse ano, Maria Rita foi para uma Residência Terapêutica.

aqui agora. Que Nossa Senhora da Guia abençoe e ilumine os caminhos das pessoas que me trouxeram aqui hoje".⁴²

Foi um passeio com momentos de muita emoção, e todas pareciam desfrutar de cada segundo dessa nova experiência. No museu uma surpresa: um quadro que mostrava D. Pedro II inaugurando a pedra angular da Igreja Nossa Senhora dos Remédios. Ao fundo da pintura, a Colônia Juliano Moreira com suas montanhas e com seu aqueduto. Maria Rita fica deslumbrada ao ver o quadro. Antes mesmo do passeio ela havia me dito que a princesa Isabel jogou no mar a pena com a qual havia assinado a Lei Áurea. Disse: *"Ela jogou a pena no mar para que não fosse possível desfazer a Lei que libertava os escravos"*. Quando, no museu, nos deparamos com a pena dourada, Maria Rita, rapidamente, diz: *"Essa não é a verdadeira pena. Essa apenas está simbolizando, pois a verdadeira ela jogou no mar"*.⁴³ É interessante pensar que, meses após esse passeio, Maria Rita decide ir morar em uma residência terapêutica. A equipe sempre apostou nessa possibilidade, já que se trata de uma pessoa extremamente autônoma, mas, Maria Rita nunca quis. Agora, decidiu assinar sua própria Lei Áurea. Vive na Taquara e está muito feliz. Às vezes nos visita. Está livre dessa instituição e esperamos que também tenha jogado sua pena no mar.

Enfim, essa importante experiência na vida dessas mulheres seria extremamente dificultada pela falta do dinheiro. Este tem sido muito importante nas relações de troca entre elas e a sociedade. O dinheiro é necessário para alguns passeios, para almoços em restaurantes, aquisição de bens-materiais, idas ao salão de beleza entre outras práticas. Para Rotelli, "a independência pessoal baseada na dependência material é a segunda forma importante na qual chega a constituir-se um sistema de trocas social geral, um sistema de relações universais, necessidades universais, capacidades universais". (ROTELLI, 1990, p. 62).

Ao perguntar a uma moradora se ela havia gostado do passeio e se gostaria de fazer um outro, ela respondeu: *"Foi longo. Muito longe, mas gostei. Não faria outro, pois gasta muito dinheiro. Esse passeio prá Petrópolis foi muito caro"*. Em seguida, pergunto se ela iria caso o passeio fosse gratuito, ao que ela responde: *"Ninguém faz nada de graça hoje em dia não"*.⁴⁴

Qualquer atraso no pagamento de algum benefício gera muita ansiedade entre elas. *"O pagamento não quer vir. Tá atrasado. Estou precisando comprar as minhas coisas"*.⁴⁵

O dinheiro traz a possibilidade também da singularidade, de poder adquirir aquilo que se quer. O que é oferecido pela instituição é igual para todas: lençol, sabonete, comida, vestido,

⁴² Catarina, hoje com 82 anos de idade e 54 anos de internação. Sem referências familiares. Moradora da 2ª seção.

⁴³ Maria Rita, já apareceu anteriormente.

⁴⁴ Nélia, já apareceu anteriormente.

⁴⁵ Linda, já apareceu anteriormente.

chinelo e outros. Através do dinheiro se torna possível a diferenciação em relação ao outro e a si próprio. – *“Eu quero dinheiro para comprar um vestido e um sapato do meu gosto”*.

Dessa forma o dinheiro tem o importante papel de fazer circular as trocas, mas consiste em um paradoxo: ele abre espaço fora dos muros institucionais, embora ele mesmo coloque outros muros. Ao mesmo tempo que o dinheiro liberta, ele aprisiona: é preciso tê-lo para conseguir circular em sociedade e experienciar novos lugares concretos, a partir dos quais, novas subjetividades podem ser produzidas. Estamos no capitalismo e nos confrontamos com ele. E é nesse paradoxo que nos produzimos. Cabe aqui seguir as linhas que vão sendo produzidas pelo desejo, pois somente assim nossas experiências estarão relacionadas à expansão da vida.

3.4 – Um importante vínculo com um não-humano: os instrumentos musicais – *“Violão, companheiro dileto, és meu único afeto. Tudo que me restou”*.⁴⁶

Pude perceber que os instrumentos musicais são muito importantes nas sessões de musicoterapia. Geralmente, depois de um tempo as participantes elegem aquele que será seu instrumento em todos os encontros, criando um forte vínculo com o mesmo. Maria Antônia, em um dos encontros diz, se referindo ao bumbo: - *“Meu coleguinha já está aqui comigo”*.⁴⁷ Os instrumentos portanto, chegam a ser não-humanos quase humanos, quando são articulados a afetos.

A escolha do instrumento costuma dizer muito sobre aquele que o escolheu. O bumbo de Maria Antônia, por exemplo, sempre sobressaiu durante a criação musical do grupo, que sempre seguiu a pulsação do mesmo, a marcação do tempo. Não é coincidência que Maria Antônia tenha sempre se mostrado como uma líder no núcleo. É interessante pensar aqui que ela sempre soube que nunca ficou doente e que só viveu todos esses anos no núcleo Teixeira Brandão para acompanhar a irmã. Maria Antônia conta que quando Maria Júlia adoeceu, aos 16 anos de idade, e a família decidiu interná-la, o pai reuniu os filhos e disse que alguém teria que acompanhá-la. Nesse momento, Maria Antônia se ofereceu para ir junto, e passou o resto da sua vida dentro de um manicômio.

O som constante da pulsação do seu bumbo sempre serviu como base para os outros instrumentos, e é sobre essa base que surgia a criação de novos ritmos. Benenzon (1985) denomina este instrumento líder como objeto integrador e diz: “O objeto integrador, então, é

⁴⁶ Meu dilema, Nelson Gonçalves.

⁴⁷ Maria Antônia, já apareceu anteriormente.

aquele instrumento musical que num grupo musicoterapêutico lidera sobre os demais instrumentos e absorve, em si mesmo, a dinâmica de um vínculo entre pacientes de um grupo e o musicoterapeuta”. (p. 49).

Em um dos encontros do lar não foi possível levar os instrumentos. Apenas levei o violão, que é o meu instrumento. Pude perceber o quanto os instrumentos são importantes, pois todas sentiram falta dos mesmos e perguntaram se no próximo encontro eu os levaria.

Num outro encontro, agora na 5ª seção, Gilda⁴⁸ se aproxima do grupo de musicoterapia. Não está muito bem. Anda agitada e por vezes agressiva com outras moradoras. Gilda se senta ao meu lado, encosta seu corpo no violão e sentindo a vibração do mesmo, relaxa. Não quer cantar, mas permanece durante todo o tempo da sessão.

A musicoterapia permite um embate direto com as formas instituídas e a possibilidade de novas formas. O manejo dos instrumentos musicais permite que outras maneiras de tocar um mesmo instrumento sejam experienciadas. Emília, um dia me disse: -“*Me ensina a tocar o afoxé*”.⁴⁹ Eu toquei do meu jeito e disse que ela poderia inventar uma nova maneira de tocar. Emília, então, tocou de um jeito diferente do meu. Ao entender que não há certo e errado, todas aos poucos vão se sentindo mais seguras para se expressarem musicalmente.

É importante ressaltar que escolher um instrumento, nas primeiras sessões musicoterapêuticas, não foi fácil para a grande maioria. Parece que a possibilidade de escolha as tira de um certo modo de funcionamento que se acostumou em não ter preferências e sim em aceitar aquilo que é oferecido. Escutei várias vezes: -“*Eu não sei escolher. Posso tocar qualquer um*”. Portanto, a apropriação de certo instrumento musical só é possível quando se pode fazer escolhas. Com as canções, o mesmo acontece.

3.5 – A musicoterapia e a horizontalidade das relações – “*Tu me ensina a fazê renda, que eu te ensino a namora*”.⁵⁰

Marina⁵¹, está acamada há muitos anos e possui dificuldades na fala. Porém, nada disso a impede de cantar. Num dos encontros de musicoterapia, Marina canta e emociona a cuidadora que a ouve. Os enfermeiros aplaudem. E, de repente, somos um só grupo: moradoras,

⁴⁸ Gilda, hoje com 66 anos de idade e 50 anos de internação. Recebe visitas periódicas da irmã. Moradora da 5ª seção.

⁴⁹ Emília, moradora da 7ª seção. Hoje com 55 anos de idade. Foi internada pela polícia no Hospital Municipal Jurandir Manfredini, há 23 anos atrás. Em seguida, foi transferida para o NTB.

⁵⁰ Mulher Rendeira, Alfredo Ricardo do Nascimento. Canção muito cantada por todos os grupos.

⁵¹ Marina, já apareceu anteriormente.

musicoterapeuta, enfermeiros e cuidadora. A música flui e vai levando com ela todos os que passam por ali.

Esse momento é importante para toda a equipe. Uma enfermeira quer saber quando acontecerá o grupo da 5ª seção e diz que está torcendo para que seja no plantão dela.

No lar, a copeira chega durante a sessão para servir o suco. Diz que o grupo está muito bonito. Pergunto se ela quer pedir uma música. Ela pede Trem das Onze⁵² e o grupo começa a cantar. Ela também canta e se emociona. Nesse momento, já não é mais a mesma.

Já não existe mais, moradoras, copeira, musicoterapeuta, enfermeiros e cuidadores, mas, um grupo de pessoas unidas com o mesmo propósito: fazer música.

Ainda no lar, Nélia⁵³, uma das moradoras, pede uma música. Não conheço a música sugerida, portanto peço a Nélia que me ensine. Ela vai cantando bem devagar para eu aprender. Canta de novo. Depois pede para eu cantar para saber se eu aprendi. Eu canto e Nélia sorrindo diz: -“*Tá certo*”. Parece ficar contente por poder me ensinar a música.

As misturas permitem essa horizontalidade. Parece que, quanto mais nos misturamos, mais conseguimos nos aproximar um dos outros. Ao contrário, o modo de funcionamento arborescente não permite que as conexões aconteçam.

É também respeitando as diferenças que percebemos as semelhanças, as identificações. Margarida, num determinado dia, quis participar de uma sessão de musicoterapia que aconteceria em uma seção que não era a dela. Foi comigo até a seção e eu a apresentei para todas as moradoras. Nesse dia, uma delas cantou: -“*Eu sou mineira de Minas, mineira de Minas Gerais*”.⁵⁴ Margarida ficou admirada, pois aquela música era sua preferida. Cantaram juntas. Ao terminarem Margarida me disse: -“*Ela gosta da mesma música que eu gosto. E eu nunca tinha visto ela antes, hein*”.⁵⁵

Vamos percebendo que é possível, em meio a tantas diferenças, estarmos juntos num coletivo e o quanto essa experiência de trocas é valiosa.

3.6 – A morte – “*Não deixe o samba morrer, não deixe o samba acabar*”.

A morte está sempre presente no cotidiano do núcleo, de forma concreta ou não. Por se tratar de uma instituição onde a maior parte da clientela é bastante idosa, não é raro que mortes aconteçam num pequeno intervalo de tempo.

⁵² Trem das Onze, Adoniram Barbosa, 1964.

⁵³ Nélia, já apareceu anteriormente.

⁵⁴ Mineira de Minas – Cantiga Popular, compositor indisponível.

⁵⁵ Margarida, moradora da 3ª seção. Hoje com 67 anos de idade e 49 de internação.

Ficou claro para mim que quando há o falecimento de uma moradora do núcleo, o fato gera uma repercussão que abala, em diferentes proporções, a maioria das moradoras. Muitas vezes, moradoras de outras seções, que não tinham nenhum contato direto com aquela que morreu, se mostram muito sentidas com o acontecimento. Deleuze fala da impessoalidade da vida que vem à tona em determinadas situações, sendo uma delas, a morte. Enquanto seres humanos, vivenciamos com a morte uma relação de proximidade, pois sabemos que da morte concreta não podemos fugir. Ao experienciar a concretude da morte de alguém próximo, é inevitável que experienciemos também o fato de estarmos sujeitos a ela.

A vida do indivíduo é substituída por uma vida impessoal, embora singular, que produz um puro acontecimento livre dos acidentes da vida interior e exterior, ou seja, da subjetividade e da objetividade do que acontece. É uma hecceidade, que não é mais de individuação, mais sim de singularização: vida de pura imanência, neutra, além do bem e do mal, já que só o sujeito que o encarnava no meio das coisas a tornava boa ou mal. (DELEUZE, 1997, p. 17).

As moradoras mais próximas, geralmente fazem questão de participar de todos os rituais do sepultamento. É como se perdessem alguém da família. E, de fato, talvez seja isso mesmo.

No mês de maio retorno das minhas férias e fico sabendo que Maria Antônia está internada no Hospital Municipal Álvaro Ramos, pois não estava passando bem. Estava muito fraca e não aceitava nenhum tipo de comida. Maria Júlia⁵⁶, irmã de Maria Antônia está arrasada e quer ver a irmã o tempo todo. Alguns profissionais a levam todo dia na hora da visita. Depois de alguns dias, recebemos a triste notícia da morte de Maria Antônia. Todos no núcleo sentem muito pelo ocorrido. Maria Antônia sempre circulou muito pelo mesmo e se relacionava com todos. Esse é um exemplo da morte que afeta todo um coletivo, sem distinções. Quando Maria Júlia recebeu a notícia ficou muito abalada. Disse não saber viver sem a irmã e que também vai parar de comer, pois quer morrer. Sabemos que não vai ser fácil para Maria Júlia. Várias pessoas querem ir ao enterro, entre elas quase todas as moradoras do lar. Eu também vou. Chegando ao cemitério todas decidem comprar flores para Maria Antônia e acompanham todo o velório. No momento do sepultamento todas querem participar, mesmo tendo que subir um morro bastante íngreme. Familiares de Maria Antônia aparecem e isso é bastante importante

⁵⁶ Maria Júlia, hoje com 83 anos de idade. Há 63 anos internada no IMASJM. Moradora do lar.

para Maria Júlia. Já no núcleo, ela permanece muito triste e de fato não quer comer. Com o cuidado da equipe, Maria Júlia, aos poucos, vai aceitando novamente a comida. Na primeira sessão de musicoterapia, após a morte de Maria Antônia, Maria Júlia não aparece. Essa é a primeira vez que ela não participa. As moradoras se mostram preocupadas, e dizem que Maria Júlia tem chorado muito, não tem se alimentado bem e que não está no grupo. Conversamos e percebemos que isso era esperado devido ao acontecimento, mas que seria necessário que todas ajudassem Maria Júlia nesse momento, embora todo o grupo também estivesse bastante mobilizado com o ocorrido. Laura me conta que os pertences de Maria Antônia foram retirados do lar e que ela rezou muito pela mesma.

Ao sair do lar encontro Maria Júlia pelo caminho. Digo que senti sua falta no grupo. Ela diz que esqueceu que nosso encontro era hoje, e diz que irá na próxima semana. Ressalto o quanto ela é importante no grupo. Combinamos de almoçar fora na próxima semana, pois Maria Júlia tem expressado o desejo de solicitar comida do restaurante. Mais uma vez o fora adentra o asilo e traz a possibilidade de vida. Aos poucos, Maria Júlia vai se animando.

Maria Júlia parece estar mais conformada e me conta que até aceitou ir a um passeio para São Pedro da Aldeia. Diz que está precisando se distrair um pouco. Assim, a atitude de Maria Júlia vai surpreendendo toda a equipe. Ela vai se levantando mais a cada dia e criando para ela um novo mundo que precisa ser vivido sem a presença da irmã. Maria Júlia vai preenchendo os espaços-tempo com viagens, comidas diferentes, novas amizades, novas músicas. Parece que a relação com o fora também vai tecendo outros modos de estar ali.

Na semana seguinte ela aparece na sessão de musicoterapia e pede uma música que nunca foi cantada em nenhum dos grupos. Pede da seguinte maneira: -“*Grazielly, não deixe o samba morrer, não deixe o samba acabar*”⁵⁷. Nesse momento eu percebo que Maria Júlia desistiu de morrer e não quer que o samba, assim como sua vida, acabem. Maria Júlia sabe que a presença de sua irmã representava uma liderança no grupo e parece pedir, à princípio, que eu assumo esse lugar e que não permita que nosso grupo se acabe. De certo modo, Maria Júlia também parece pedir para que a ajudemos a não desistir da vida e que continuemos ativamente com nossos encontros enquanto ela, de uma maneira mais passiva, vai se fortalecendo. É uma música que fala de esperança, de recomeço, de passagem. Essa torna-se a música de Maria Júlia. “*Quando eu não puder pisar mais na avenida. Quando as minhas pernas não puderem agüentar. Levar meu corpo junto com meu samba, o meu anel de bamba entrego a quem mereça*

⁵⁷ Não deixe o samba morrer, Edson Gomes da Conceição e Aloísio Silva, 1975.

usar... Não deixe o samba morrer. Não deixe o samba acabar. O morro foi feito de samba. De samba pra gente sambar”.

A morte também pode dar origem a linhas de fuga que seguem movimentos de vida. Vamos aprendendo que a morte concreta não pode ser evitada, mas somos potentes para resistir a outras mortes. A morte da esperança de uma vida melhor, a morte da própria vontade de viver, a morte dos bons momentos da vida, a morte das amizades que cultivamos a cada dia... essas mortes nós podemos e devemos impedir. É uma questão ética de escolhas de caminhos: o que queremos deixar morrer e o que não devemos deixar morrer nesse caminhar.

Está chegando a festa junina do núcleo e pergunto se Maria Júlia quer participar. Diz que vai, mas que não vai dançar quadrilha esse ano. Fala que sua irmã está no céu e, que por esse motivo, ela só vai olhar a festa. Para Maria Júlia esses rituais são necessários, embora ela pareça estar muito bem. Maria Júlia, aos poucos vai percebendo que é possível experienciar novos desvios, a partir dos quais, novos caminhos poderão surgir.

Seguindo as linhas que vão sendo traçadas pelas ausências, pude perceber outras questões relacionadas à morte. Não é raro o atraso de um familiar, que costuma fazer visitas a uma moradora, ser associado a possível morte do mesmo. Nélia⁵⁸ falando sobre a visita da família diz: -“*Bom, eu gostei porque já fazia muito tempo que eles não vinham. Apareceram, né! Eu até pensei que tinham morrido. Não vinham há uns dois meses*”. Há uma tendência em se pensar o ausente como morto. Será melhor pensar que a família morreu a pensar que a mesma não se preocupa tanto com Nélia? Ou, seria difícil para ela pensar que a família poderia estar passando por algum problema cotidiano que impeça essa visita? Bom, não é possível concluir o que de fato de passa. A única verdade momentânea se refere ao fato de Nélia estar aliviada por saber que os familiares ainda estão vivos. Ainda existe um vínculo familiar e afetivo entre Nélia e a sociedade.

3.7 – Saudades, Amores perdidos e Amores impossíveis – “A minha vida foi sempre assim, só chorando as mágoas que não tem fim”.⁵⁹

As recordações em relação a algo vivido ou que não pôde ser vivido, antes da internação, permanecem bastante vivas até hoje. Essas falas se apresentam muito através das canções.

Existem histórias de amores proibidos: “*Você vive a meu lado. E eu não tenho você. Você vive pra outra que também nunca lhe quis. E certamente faz pouco do seu viver infeliz.*

⁵⁸ Nélia, já apareceu anteriormente.

⁵⁹ Ta-hi, Joubert de Carvalho, 1930.

Enquanto eu, quase louca, procurei meu próprio fim. Definhando pouco a pouco. E você não gosta de mim".⁶⁰ Maria Antônia cantava essa música em todas as sessões e, sempre a dedicava ao seu ex-namorado. Desde que foi internada, aos dezessete anos de idade, nunca mais o viu. O pai de Maria Antônia nunca aprovou o relacionamento. Ela diz: *"Isso era um namorado que eu tinha. Ele me deixava e eu nunca esqueci essa música até hoje. Depois de velha, até hoje, ainda não esqueço. E nunca me esquecerei. Nem morta"*.

Maria Antônia não teve a escolha de viver ou não esse relacionamento. A ela só foi oferecido o manicômio. Parece-me que "o não querer" esquecer se torna um ato de resistência a tudo o que lhe foi tirado de forma violenta. E é com muita força e segurança que Maria Antônia diz: *"E nunca esquecerei. Nem morta"*. Essas recordações ninguém jamais poderia arrancar dela. E era cantando que ela se recordava e, dessa maneira, ia re-criando sua história. Cantava, cantava e cantava, como num ritornelo. E a cada repetição, uma linha de sua história ia sendo seguida, trazendo sempre uma novidade para o grupo. Um dia rindo disse: *"Eu sempre cantando isso"*.

Ao contrário de Maria Antônia, outras tiveram a oportunidade de viverem um relacionamento e até se casaram. Porém, depois de um tempo, foram internadas pelos próprios maridos. Ana dedica uma música ao marido que não vê há muitos anos: *"Vivo só sem você que não posso esquecer, um momento sequer. Vivo pobre de amor, à espera de alguém e esse alguém não me quer. Vejo o tempo passar, o inverno chegar. Só não vejo você"*.⁶¹ Há anos está internada sem receber nenhuma visita. A saudade, por vezes, invade todas as participantes de um determinado grupo. Já aconteceu de numa mesma sessão apenas surgirem músicas falando desse sentimento: *"Bandeira Branca, amor. Não posso mais. Pela saudade que me invade eu peço paz"*⁶², *"Quem parte leva saudade de alguém que fica chorando de dor. Por isso eu não quero lembrar quando partiu meu grande amor"*⁶³, *"Ai, meu Deus, que saudade da Amélia. Aquilo sim é que era mulher"*⁶⁴.

A saudade também traz boas recordações. Uma dessas lembranças, apresentada pela maioria, é o carnaval. Esse, sempre é lembrado de maneira muito especial. As músicas carnavalescas parecem trazer consigo a lembrança de um tempo em que se podia transgredir limites sem que se fosse condenado por isso. Um tempo bom, onde havia espaço para a criatividade, a invenção de novas formas de brincar e a horizontalidade das relações. Havia um

⁶⁰ Não tenho você. Ary Monteiro e Paulo Marques, 1961.

⁶¹ De cigarro em cigarro, Luiz Bonfá.

⁶² Bandeira Branca, Max Nunes e Laércio Alves.

⁶³ Quem parte leva saudade. (composição indisponível)

⁶⁴ Saudades da Amélia, Mário Lago e Ataulfo Alves, 1941.

lugar para todos, sem preconceitos e com o desmanchamento de hierarquias. “*Atravessamos o deserto do Saara. O sol estava quente e queimou a nossa cara. Ala-la-oh, ôôôôô. Mas que calor*”⁶⁵.

Acredito que, mesmo hoje, essas mulheres conseguem transformar o muito pouco em muita coisa. “*Com pandeiro ou sem pandeiro, ê ê ê ê, eu brinco. Com dinheiro ou sem dinheiro, ê ê ê ê, eu brinco*”.⁶⁶ É possível perceber movimentos de resistência em relação à cronificação em coisas simples da vida. Na minha opinião, o cantar é um exemplo desses movimentos. Maria Júlia em uma sessão diz: “*Quem canta seus males espanta*”. Todas concordam.

3.8 – Recuperando o gosto pela vida – “*Panela velha é que faz comida boa*”.

Até o ano de 2007, a comida de todas as moradoras chegava ao núcleo distribuídas em quentinhas. Isso acontecia tanto nas seções quanto no lar. Não era raro a comida já estar fria no momento em que seria ingerida. As reclamações em relação à alimentação eram inúmeras. Manuela⁶⁷, com bom humor, às vezes cantava na hora do almoço: “*Lá vem a bóia do pessoal. Arroz cru e feijão sem sal. Logo mais vem a sobremesa: banana podre pra botar na mesa. E depois vem o macarrão: parece cola de colar balão*”⁶⁸. E sempre dizia: “*Ninguém merece*”.

A partir do investimento da equipe em relação ao desejo de várias moradoras em saírem para comer fora da instituição, houve a percepção de que muitas delas, que não aceitavam bem a comida do núcleo, comiam muito bem nos restaurantes. Além disso, tinham um prazer maior em comer e comiam devagar, sem pressa, aproveitando aquele momento. A equipe começou a perceber também que os comentários das moradoras depois de uma saída para almoço não eram apenas em relação à comida. O que mais se ouvia era: “*Eu comi no prato, com garfo e faca. Não era quentinha não. Eu escolhi o que eu queria comer*”. Essas informações sempre eram passadas para a nutricionista do núcleo, que a partir disso sustentou uma luta com a empresa responsável pela distribuição da alimentação (empresa terceirizada pela prefeitura), para que se mudasse a forma de distribuição da comida. As saídas para comer em restaurantes deveriam continuar, mas o objetivo era que essa mudança estivesse presente, principalmente, no cotidiano do núcleo, já que esse é o local de moradia dessas pessoas. A princípio, a empresa colocou

⁶⁵ Alala oh, Aroldo Lobo e Nassara.

⁶⁶ Eu brinco, Pedro Caetano e Claudionor Cruz, 1944.

⁶⁷ Manuela, hoje com 72 anos de idade e 36 anos de internação, sendo 30 no IMASJM. Chegou a ter um companheiro e com esse teve dois filhos, antes da internação. Há quatro anos atrás, a equipe do núcleo conseguiu contato com um dos filhos de Manuela. Mãe e filho se encontraram depois de mais de 40 anos sem nenhum contato. Manuela foi obrigada a deixar esse filho quando o mesmo tinha apenas três meses de idade. Moradora da 5ª seção.

⁶⁸ Não consegui nenhuma referência dessa música.

inúmeras dificuldades, mas, depois aceitou com a condição de que essa mudança acontecesse lentamente. Começou-se pelo lar e, como a experiência obteve grande sucesso, aos poucos foi sendo ampliada para as seções. Atualmente, a comida chega ao núcleo em caixas térmicas e é servida em pratos. A partir disso, a comida passou a ter uma temperatura agradável ao paladar e cada moradora pode escolher o que quer comer e se quer repetir alguma porção.

Carminha ⁶⁹, numa sessão de musicoterapia me diz: *“No dia dezenove de abril a comida vai vir no pratinho. Vai ser bom, porque não vai vir mais na quentinha e vai ter salada”*.

A satisfação foi geral. As reclamações se transformaram em elogios e, por todo o núcleo, podíamos escutar: *“A comida está muito boa. Nunca comi uma comida tão gostosa aqui”*.

O interessante de tudo isso é que a comida continuou sendo preparada na mesma cozinha e pelas mesmas pessoas. O que mudou foi a forma de ser servida. Esse foi um movimento desinstitucionalizante importante dentro do núcleo. Aconteceu ali um desvio em relação ao que, até aquele momento, era instituído. Esse movimento foi feito pelas próprias moradoras. A equipe teve a disponibilidade de seguir essas linhas, sem saber ainda onde poderiam chegar.

A partir das falas sobre a “nova comida” do núcleo, surge também o desejo de cozinhar. Linda, durante a musicoterapia diz que quer combinar um dia para fazer arroz, feijão bem temperadinho, tutu e macarrão. O prazer experienciado pelo novo paladar da comida se associa ao desejo de criação da mesma. Muitas moradoras começaram a lembrar de seus dotes culinários. Linda canta: *“Não interessa se ela é coroa. Panela velha é que faz comida boa”*. ⁷⁰

A partir de uma transformação no cotidiano, essas mulheres passam a se ver como pessoas capazes de fazer a diferença circular naquele espaço. E para isso, não importa a idade, diagnóstico ou qualquer outra informação fria. Essa especificidade já não cabe nem mais à comida. Assim como a panela velha é que faz comida boa, aos poucos vamos descobrindo as possibilidades existentes em cada uma dessas mulheres.

Aprendi que o trabalho da equipe deve ser o de seguir as linhas que vão sendo traçadas a partir do desejo dessas pessoas. Nesse caminhar não devemos ir atrás, mas ao lado, ajudando-as na construção de um plano de consistência que as faça recuperar o gosto pela vida.

3.9 – O Lar e as Seções – “Vou ficando por aqui. Que Deus do céu me ajude”. ⁷¹

⁶⁹ Carminha, hoje com 59 anos de idade e 30 anos de internação. É muito conhecida por trazer na memória inúmeras canções. Moradora da 5ª seção.

⁷⁰ Panela Velha, Auri Silvestre da Luz e Celmar Gomes de Moraes.

⁷¹ Último pau-de-arara, Marcos Cavalcanti de Albuquerque.

Como, então, pensar os limites que existem dentro da instituição sem o risco de cair numa dicotomia? Como pensar o lar e as seções sem a intenção de fazer um juízo de valores referentes a ambos?

Percebi que não é possível separar. As misturas vieram à tona e movimentos desinstitucionalizantes e cronificantes muitas vezes se misturaram num mesmo espaço.

Porém, é preciso admitir que a própria instituição impõe seus limites, e as vezes o faz de forma dicotômica. Embora linhas de fuga possam acontecer em territórios variados, há talvez uma intensidade maior em determinados lugares, que permite uma variabilidade mais dinâmica de movimentos. Não pude deixar de perceber que esses movimentos ficam mais nítidos no lar.

Saraceno nos fala sobre a idéia de casa dizendo que a mesma traz experiências concretas e complexas de reaprendizagem do uso de tempo e espaço. Fala dos ritmos domésticos e das demandas singulares de cada morador.

Parece-me que a experiência de habitar uma casa traz para essas mulheres a possibilidade de uma vivência onde os ritmos internos e externos a cada pessoa se misturam, se confundem, se perpassam. Dessa forma podemos admitir a expressão rítmica de cada uma como expressão do que se tem, do que se vive. Enfatizo o elemento musical ritmo pois foi ele que, para mim, traduziu esses movimentos de fuga e captura, flexibilidade e rigidez.

Tais experiências concretas e complexas de reaprendizagem do uso do tempo que vemos numa casa, cujos horários não são rígidos e onde o tempo de cada uma pode ser respeitado, é traduzido na música de suas moradoras, que flui mais livremente.

Não quero com isso dizer que nas seções não aconteceram movimentos incríveis. Talvez o que haja no lar seja uma possibilidade maior da criação constante de um cotidiano.

Mas, enquanto não é possível que todas se beneficiem de uma casa, vamos inventando novos territórios existenciais através da música que fazemos juntas, para que a vida possa germinar inclusive nos lugares mais desérticos. Afinal, “*com pandeiro ou sem pandeiro, eu brinco*”. Quer fazendo casas, quer fazendo músicas, estamos envolvidos num processo de construção.

Calvino disse:

O inferno dos vivos não é algo que será; é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos. Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para a maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e

aprendizagem contínuas: tentar saber reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço. (PELBART, 2000, p.49).

É preciso abrir espaço para que potencialidades possam se manifestar. A clínica da musicoterapia também se encontra em um lugar a ser construído e por isso se faz necessário pensá-la enquanto experiência de desvio e de trocas. Sendo assim, é preciso levar em consideração a construção de novos territórios nas coisas mais simples e cotidianas da vida.

A musicoterapia tem permitido que essas mulheres se movimentem ritmicamente no tempo e no espaço, não apenas no setting musicoterápico, mas também em suas próprias vidas. O que se pretende é que tal setting seja apenas o espaço de uma experiência que possa germinar e se espalhar para outros territórios, onde se possa fazer uso do tempo de forma criativa.

Poderíamos pensar aqui a musicoterapia como uma micro reforma dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica? Acredito que sim, pois quando um musicoterapeuta se propõe a fazer música dentro de um asilo, ele está envolvido num processo de criação que visa mudanças.

Alguns dos sentidos do verbo reformar são⁷²: dar melhor forma; reformar as leis, os costumes; reconstruir; reformar uma casa velha; renovar; substituir; modificar; restaurar; reparar; mudar.

Portanto, é no encontro com essas pessoas que nos deparamos com as possibilidades necessárias para que tais reformas aconteçam. Tudo é um processo, é tempo: musicoterapia, Reforma Psiquiátrica, produção de subjetividade. Saber respeitar o tempo de cada uma é saber aceitar as diferenças.

Porém, é preciso que existam possibilidades de escolhas, pois sem elas corremos o grande risco de nos depararmos com a cronificação.

Se nesse momento, o desejo de algumas aponta para um permanecer na instituição, é preciso seguir essas linhas. Se muitas querem viver numa casa, mas não se permitem até o momento sair da instituição: que casas sejam construídas nesse espaço. Um desejo não deve excluir o outro, pois é preciso perceber essas linhas do desejo em seu movimento rizomático.

Considerar Reforma Psiquiátrica apenas o que acontece fora dos asilos é excluir e ignorar os movimentos desejantes daqueles que, até o momento, mais sofreram as imposições da exclusão: as pessoas com longuíssimos anos de internação.

⁷² Segundo o Dicionário Aurélio.

Conclusão

Essa pesquisa se desenvolveu no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas com ênfase em um grupo particular de usuários em Saúde Mental: os usuários com longos anos de internação. Cabe dizer que as linhas que foram seguidas nessa cartografia se referem a uma amarração local, e provavelmente, teriam sido outras se essa pesquisa tivesse acontecido num outro campo.

A prática do internamento teve no passado o objetivo de afastar as pessoas ditas “loucas”, da vida em sociedade. Hoje, os asilos ainda são necessários por outros motivos. Sua existência se deve ao fato, de não terem para onde ir, as pessoas que um dia foram excluídas do mundo. O asilo não é mais, como apresentado na fala de Stela do Patrocínio, “*lugar de maluco louco doido*”. Hoje o que encontramos nesses locais são pessoas idosas, fragilizadas por uma série de questões. Pessoas sem nenhum vínculo familiar e que dependem totalmente dessa instituição, em primeiro lugar, para terem onde viver. Para a grande maioria das moradoras do Núcleo Teixeira Brandão, o asilo é o único referencial, é apenas com ele que elas podem contar. Não mais se encontram ali por serem possuidoras de um diagnóstico, mas por não possuírem nenhum vínculo afetivo em meio à sociedade. Estranhamente, pouco escutamos sobre essas pessoas. E elas têm tanto a nos ensinar! Será que a sociedade ainda as exclui? Serão consideradas como aquilo que restou de uma prática que todos querem esquecer que um dia existiu? Por que temos medo em admitir que os asilos, assim como as pessoas que nele se encontram, ainda existem? Pois me parece que são excluídas inclusive de algumas práticas da Reforma Psiquiátrica. Será que não vale à pena investir nessas pessoas que provavelmente, não viverão muitos anos, por se encontrarem já bastante idosas? Não deveriam ser as primeiras beneficiadas no processo de desinstitucionalização, por esse motivo e pelo fato de terem sido institucionalizadas há tantos anos? Por que considerá-las fora de possibilidades terapêuticas? O que se passa nesse processo? Por que quase ninguém se interessa em escutar os profissionais que trabalham com essas pessoas nos congressos de saúde mental? Por que tão poucos trabalhos escritos sobre as mesmas?

Todas essas perguntas motivaram muito a minha entrada em campo, não mais apenas como musicoterapeuta, mas também como pesquisadora. Espero muito que outros profissionais que trabalham com os ditos “crônicos” também possam compartilhar suas incríveis experiências que acontecem nesses territórios, bem menos cronificados do que se imagina.

Ainda existem cerca de mil e cem leitos de longa permanência no município do Rio de Janeiro, ou seja, mil e cem pessoas que deveriam ser prioridade para as políticas públicas.

Portanto, essa pesquisa é, antes de tudo, um compromisso ético que considero ter com essas mulheres que tanto têm me ensinado durante esses anos de convivência. O compromisso de dar consistência a essas vidas e suas vozes.

Minha entrada em campo se iniciou e eu não sabia ainda o que, de fato, eu iria cartografar. Em minhas andanças pelos diferentes territórios do núcleo, lar e seções eu levava comigo um desafio: tentar escapar das possíveis dicotomias. Esse cuidado foi, a priori, o meu ponto de partida. Mas, estranhamente, binarismos começaram a aparecer de forma bastante nítida. Será que eu não estava conseguindo exercitar um olhar não moderno?

Apreendi que tentar escapar das dicotomias como ponto de partida não me pouparia de, possivelmente, encontrá-las pelo caminho que ia sendo construído. E eu as encontrei. Fiquei aliviada, quando através de outro olhar, pude perceber que tais dicotomias não eram minhas, e sim da própria instituição que as produz o tempo todo, pois as relações de poder apenas vão se expressando de formas diferentes, mas continuam ali. Por isso, eu não poderia ignorá-las.

Inicialmente, quando pensamos no contexto da saúde mental encontramos o binarismo: hospitalar e extra-hospitalar. No lar, pude perceber que existem, também, fronteiras dentro do próprio núcleo. Muitas moradoras do lar não permitem a aproximação de moradoras que ainda se encontram nas seções. E entre as próprias seções existem fronteiras demarcadas.

Os próprios sentimentos expressos nos grupos de musicoterapia se mostravam opositivos: ora desencanto, ora gratidão por estarem vivendo ali. A vida que tinham antes da internação, e a que veio depois da mesma. A comida boa e a comida mal feita. A vida e a morte.

Então, eram os limites e as possíveis nomadizações dos mesmos que eu deveria cartografar.

A musicoterapia pôde circular por esses diferentes espaços e se deparou com misturas. Quantas misturas! Foi preciso aceitar as dissonâncias.

Com o tempo, fui percebendo que tais fronteiras não eram tão nítidas assim, e a medida que as diferenças se perpassavam, as fronteiras se moviam. Tais limites foram sendo transgredidos: as saídas do núcleo, a viagem para Petrópolis, moradoras das seções sendo convidadas por moradoras do lar para um café, a comida do restaurante adentrando o núcleo. Foi através dos encontros que esses limites foram sendo desestabilizados.

Portanto, caminhar pelos limites, é estar no entre, justo no lugar onde um território termina e o outro pode começar. É estar no não-lugar, no encontro dos mundos.

Esse lugar é um lugar de muitas intensidades, lugar do caos, do estranhamento. Portanto, não é raro ser assustador.

Pude perceber que essas pessoas se sentem muito ameaçadas quando um outro, um estranho, quer se aproximar. Surge o risco da perda de território ou de compartilhamento do mesmo. É importante lembrar que elas já perderam, um dia, um território importante em suas vidas e tiveram que aceitar um outro de forma impositiva, sem a possibilidade de escolhas. Proteger seus espaços na instituição, se faz necessário.

O lar parece ser um território que deve ser muito bem resguardado. Afinal, não foi fácil chegar até ali, e não foram todas que conseguiram. Estar no lar, para suas moradoras, é deixar de ser “doente”. E a saúde é um tesouro que não pode ser perdido.

Para aquelas que se aproximam do lar, o limite também se torna amedrontador. Talvez, ainda mais. Nesse não-lugar, medos e desejos se misturam. Eis ali uma abertura para o novo, o desconhecido, aquilo que ainda não foi experienciado. E, muitas vezes, se lançar rumo a novos territórios, significa abrir mão dos atuais. E vimos o quanto o sentimento de segurança é fundamental para essas pessoas. Escutei: - *“Elas parecem bem felizes ali. Mas, será que eu vou me adaptar?”*, - *“Estou bem na seção. Estou com medo de não me adaptar na casa”*.

Aconteceu, em 2007, a reforma de uma das seções do núcleo. Essa seção é dividida em dois grandes ambientes. Enquanto a reforma acontecia em um deles, todas as moradoras ficaram no outro. Depois de um dos lados pronto, elas iriam para esse, já reformado, para que a outra parte fosse também transformada. Nesse processo, várias moradoras ficaram muito confusas. Uma delas me disse um dia chorando muito: - *“Onde a gente vai ficar? Não vai ter lugar não. A senhora acha que isso aqui é brincadeira? Isso aqui não é brincadeira não”*.⁷³ Pequenas mudanças se mostraram como enormes transformações. Toda mudança vem acompanhada de caos. Mesmo quando o desejo de transformação é visível e até mesmo verbalizado, o processo de desterritorialização é intenso, confuso.

Em meio a tudo, também pude perceber olhares desejantes, em busca de algo novo.

Creio que o trabalho da equipe é o de dar consistência a esses pequenos devires, a essas aberturas para o novo; sempre no esforço de construir entre as relações, a confiança necessária para esse “lançar-se no mundo”.

Percebi que o território do lar permite novas vivências cotidianas, que por sua vez, permitem a abertura para um processo de produção de autonomia e segurança. Não quero dizer com isso que o lar seja melhor que as seções. Para algumas pode não ser. É o caso de Ana, que quis, depois de anos morando no lar, retornar para a seção onde viveu. Ana se encontrava muito obesa e já sentia alguns sintomas relacionados ao seu estado clínico. Não conseguia parar de

⁷³ Geralda, 73 anos de idade e 60 anos de internação. Moradora da 7ª seção.

comer e disse claramente para a equipe que precisava retornar para a seção, pois não estava conseguindo se dar limites em relação à sua alimentação, e que ela sabia que se não mudasse seus próprios hábitos, morreria. Voltou para a seção, pois precisava do olhar de um outro, nesse caso, da equipe de enfermagem. Foi em busca de limites e de segurança. É paradoxal, pois ao mesmo tempo que parece estar sendo capturada novamente pelo asilo, ela está indo em busca da sua própria vida.

Talvez, precisemos de novos lares, para que as moradoras das seções, ao se depararem com novas possibilidades, possam fazer suas escolhas. E talvez, alguns deles precisarão contar com uma equipe que ajude essas pessoas a se sentirem seguras diante de suas próprias fragilidades.

Assim, fui convidada pelo homem da ética, para essa viagem. É ele que permite a nomadização das fronteiras, das formas dadas e instituídas.

Penso também que a própria re-criação musical se passa no entre. A música feita por alguém que se mistura com a re-invenção de um outro. A re-criação musical é um encontro com um outro, não concretamente. Artista e obra se misturam, suas fronteiras se embaçam. Portanto, uma canção só existe porque alguém a compôs, e fazer uso de certa canção é também relacionar-se com aquele que a criou, ou com aquele que a re-criou. É muito comum pensarmos que uma determinada música foi feita por aquele que a canta e depois descobriremos, pasmados, que na verdade, o compositor é alguém que nem imaginávamos. *“Hoje quero cantar Emilinha Borba”*. *“Ela gosta é de cantar Carmem Miranda”*.

De fato, quando re-criamos uma canção, também estamos nos apropriando dela. E essa experiência pode ser muito intensa. A repetição evocada a cada movimento do ritornelo pode trazer consigo a diferença. O ritornelo de canções parece ser um centro estável e seguro a partir do qual um *espaço potencial* pode ser produzido.

Foi re-criando canções que essas mulheres puderam contar algumas de suas histórias. Essa é uma experiência que, a meu ver, está na passagem, no limiar. Entre o que foi e o que ainda será. Seguimos assim re-criando nossas próprias vidas e transformando-as em obras de arte. E é no encontro com o outro que eu me transformo. A musicoterapia só é diferenciadora quando há, em sua prática, encontros, quando há vínculo. Caso contrário, ela também pode cronificar. A musicoterapia pôde também se encontrar com outras especialidades e essas trocas foram de extrema importância para que a diferença fosse potente. Pelbart nos fala sobre essa potência que surge nos encontros e somente nos encontros.

Um plus de potência, isto é, uma nova *qualidade* de força, só se dá quando nos expomos à diferença que a origina, portanto ao “espaço” em que essa diferença é possível, o Fora. Apenas se estivermos abertos ao Fora e as Entre-forças que o constituem, estaremos disponíveis para um a mais de força, isto é, para uma nova qualidade de força. (PELBART, 1989, p. 122).

Portanto, o encontro com o outro é o primeiro Fora ao qual devemos nos abrir. A partir disso outros “Foras”, inclusive concretos, poderão também ser conquistados.

Qual será o futuro das mulheres moradoras do Núcleo Teixeira Brandão? Que espaços poderão ocupar no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira? Quais linhas serão seguidas nesse processo: as da própria Reforma Psiquiátrica ou as dos desejos daqueles para os quais essa Reforma teve seu início um dia? Será que essas mulheres terão a possibilidade de escolher seus próprios rumos, seus próprios desvios? Quais interesses estarão em jogo nesse processo?

É preciso aceitar que cada um de nós é tempo, é processo, e as aberturas para que limites sejam transgredidos acontecerá em momentos diferentes e de maneiras diferentes, embora em instâncias coletivas, por se tratar de formas distintas de viver.

Espero que esse caminhar não termine aqui e que possamos continuar seguindo as linhas traçadas pela vida e abrindo espaço para o transbordamento da mesma.

Meu passado foi um passado de areia

Em mar de Copacabana

Cachoeira de Paulo Afonso

Bem dentro da Lagoa Rodrigo de Freitas

No Rio de Janeiro

O futuro eu queria

Ser feliz

E encontrar a felicidade sempre

E não perder nunca o gosto de estar gostando

O que eu penso em fazer da minha vida

É encontrar a felicidade, ser feliz

Ficar gostando e não perder o gosto

Ser feliz

Encontrar a felicidade

E não perder o gosto de estar gostando. (PATROCÍNIO, 2001,
p.73)

ANEXO

Segue com a dissertação um CD- Rom contendo o Diário de Campo.

Referências Bibliográficas:

AMARANTE, P. (2003) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BASAGLIA, F. (1979) *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*, São Paulo: Ed. Brasil Debates.

_____ (2001) *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: edições Graal.

BENENZON, R. (1975) *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.

BRUSCIA, K. (2000) *Definindo Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.

CALDAS, R. (1988) *O fim das velhas Colônias da Ilha do Governador e suas transferências para a nova Colônia no continente*, Cadernos do NUPSO, Ano 1, nº 1.

CAMARINHA, H. (1982) *Colônia Juliano Moreira: Um asilo em transformação*, Rio de Janeiro: Colônia Juliano Moreira – Biblioteca Stela do Patrocínio, mimeo.

CHAGAS, M. (2001) “*Cantar é mover o som*”. In: II Fórum Paranaense de Musicoterapia, Encontro Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Anais.

DELEUZE, G. (1997) *A imanência uma vida...* Em: Gilles Deleuze: Imagens de um Filósofo da Imanência. Londrina: Editora UEL.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (1976) *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (2007) *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. I*. São Paulo: 34.

_____. (2007) *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. III*. São Paulo: 34.

_____. (2007) *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. IV*. São Paulo: 34.

DELGADO, P. (2006) “*Instituir a desinstitucionalização*”: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. Em: *Desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos*. Cadernos IPUB: nº 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB.

FOUCAULT, M. (2002) *Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2006) *O poder psiquiátrico. Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Jorge Zahar.

FURTADO, J. (2006) *A ampliação dos serviços residenciais terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns atores*. Em: *Desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos*. Cadernos IPUB: nº 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB.

GOFFMAN, E. (1961) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

GUATTARI, F. (1990) *Linguagem, consciência e sociedade*. Em: *Saúde e Loucura*. nº 2, São Paulo: Hucitec.

KAHI, K., MOUTELLA, A. H., TAVARES, V. (1999) *Projeto Moradias do Núcleo Teixeira Brandão*. Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira.

KASTRUP, V. (2003) *A rede: uma figura empírica da ontologia do presente*. In: Fonseca, T. M. G. & Kirst, P. G. *Cartografias e Devires: a construção do presente*, Porto Alegre: editora da UFRGS.

_____. (2007) *O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo*. *Psicol. Soc.*, vol 19, nº 1. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 2008.

LATOUR, B. (1994) *Jamais fomos modernos*, Rio de Janeiro, Ed. 34.

MILLECCO, L. A., BRANDÃO, M. R., MILLECCO, R. (2001) *É preciso cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções*, Rio de Janeiro, Enelivros.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) *Programa De Volta para Casa: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) *Residências Terapêuticas. O que são, para que servem*. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, Brasília.

MORAES, M. (2004) *A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas*. Em: *História, Ciências, Saúde*. Manginhos, RJ, vol. 11(2): 321-333, maio-ago.

ORIGENS da *Colônia Juliano Moreira* (2004) Rio de Janeiro: Colônia Juliano Moreira – Biblioteca Stela do Patrocínio, mimeo.

PASSOS, E. & BARROS, R. (2000) *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, pp. 071-079.

_____. (2001) *Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo*. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC-RJ)*, PUC-RJ, v. 13, n. 1, pp. 89-99.

_____. (2003) *Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade*. In: Fonseca, T. M. G. & Kirst, P. G. *Cartografias e Devires: a construção do presente*, Porto Alegre: editora da UFRGS.

_____. (2004) *Clínica, política e as modulações do capitalismo*. In Lugar comum, Rio de Janeiro.

_____. (2004) *O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo*. Disponível em <http://www.slab.uff.br>. Acesso em 2008.

PATROCÍNIO, S. (2001) *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial.

PELBART, P. (1989) *Da clausura do fora ao fora da clausura. Loucura e Desrazão*. São Paulo: editora brasiliense.

_____. (1993) *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (2000) *Cidade, lugar do possível*. In: *A vertigem por um fio. Políticas de subjetividade contemporânea*. São Paulo: Iluminuras.

PINTO, M. C. O. (2001) *Musicoterapia desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade*. Dissertação de mestrado. UFRJ-EICOS.

RAUTER, C. (1998) *Clínica do esquecimento: construção de uma superfície*. Tese (Doutorado), PUC São Paulo, São Paulo.

ROLNIK, S. (1992) *À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia*. São Paulo: Versão modificada da comunicação oral proferida no IV Encontro Regional da ABRAPSO, Mimeo.

_____. (2007) *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.

ROTELLI, F. (1990) *O inventário das subtrações*. In: *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec.

SARACENO, B. (1999) *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Cora / Instituto Franco Basaglia.

TAVARES, T.; ARGOLO, M.; JAPUR, R.; GAUDÊNCIO, A; TALLEMBERG, C. (2006) *Residência Terapêutica de cuidados intensivos: um desafio constante*. In: Cadernos do IPUB: nº 22. Rio de Janeiro:UFRJ/IPUB.

TENÓRIO, F, (2002) *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59, jan.-abr. 2002.

WINNICOTT, D. (1975) *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

