



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

LARISSA DO NASCIMENTO LEMOS

**O SERVIÇO SOCIAL NA CASA DAS PALMEIRAS:
O PAPEL DA ARTE NA INTERVENÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL**

**RIO DE JANEIRO
2015**

LARISSA DO NASCIMENTO LEMOS

**O SERVIÇO SOCIAL NA CASA DAS PALMEIRAS:
O PAPEL DA ARTE NA INTERVENÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lustosa Bastos

**RIO DE JANEIRO
2015**

Monografia apresentada como requisito necessário para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social. Qualquer citação atenderá as normas da ética científica.

NOME DO ALUNO

Monografia apresentada em ____/____/____

Orientador Prof.Dr. Nome do Orientador

1ª Examinador (a) Prof.(a). Dr. (a) Nome do Examinador (a)

2ª Examinador (a) Prof.(a). Dr.(a) Nome do Examinador (a)

Coordenador (a) Prof.(a). Dr. (a) Nome do Coordenador (a)

Este trabalho é dedicado à memória de Renato Villar, a quem tive a satisfação de conviver durante o estágio na Casa das Palmeiras. Seu Renato ou Renatinho, como era chamado por todo/as. A essa incrível pessoa que lutou bravamente com garra e esperança até sua morte, é meu exemplo de vida, pois me ensinou que devagar e com muita paciência se consegue o que se almeja. Com imenso carinho e saudades.

AGRADECIMENTOS

Há cinco anos tomei a decisão mais importante da minha vida: saí de Dorândia e fui para o Rio de Janeiro estudar Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Decerto não foi uma escolha fácil, foi uma longa jornada de conhecimento, amadurecimento e abdicção. Porém, nesta caminhada estiveram comigo pessoas fundamentais para que hoje eu me tornasse Assistente Social, minha família (Dorvalina, Isabel, Heberon, Milena, Amélia, Silvana, Edmilson e Olavo). Sou privilegiada por ter recebido durante esses anos apoio incondicional dessas pessoas, em especial a minha amada Avó Dorvalina, que nunca mediu esforços para me ajudar.

A minha mãe Isabel e ao meu pai Heberon que da maneira que puderam, estiveram comigo quando os obstáculos pareciam intransponíveis, que abriram mão de momentos de convívio, que sofreram com a minha ausência, mas que acima de tudo compreenderam e me apoiaram.

À minha irmã Milena que tanto amo, dedico meus sinceros agradecimentos e estímulos para que continue estudando, pois a maior riqueza que um ser humano pode adquirir é sem dúvida, o conhecimento.

Às minhas tias Amélia e Silvana e aos meus tios Edmilson e Olavo, pessoas maravilhosas que estiveram nessa trajetória comigo. Obrigada pelas palavras de incentivo, pelo carinho, que dedicaram a mim.

Ao meu admirável orientador Prof. Dr. Rogério Lustosa Bastos pela valiosa orientação, pela motivação e pela dedicação.

Aos professores/as da Escola de Serviço Social pela formação crítica, política e humana.

Ao meu querido mestre e supervisor de estágio Anderson Ferreira e a equipe da Casa das Palmeiras: Cléa, Alexandre, Dona Maria, Maria Teresa, Jean Pierre, Terezinha, Durval, Patrícia, Rômulo, Leidiane, Rafael, Rodrigo, Isabel, Camila, Alice, etc.

Aos/As usuários/as (clientes) da Casa das Palmeiras que foram a força motriz deste trabalho.

À minha querida coordenadora de extensão do projeto “Clube dos Descobridores” Adriani Pinheiro que me deu grande apoio e que cultivo um imenso carinho.

Agradeço às minhas amigas Brena Moura, Camila Rodrigues, Leda Gusmão, Penélope Marques e Lilian Aguiar por estarem sempre comigo e acima de tudo por entenderem a minha ausência nesse período. Obrigada pelo incentivo e carinho.

A todos/as os/as amigos e amigas da graduação, em especial: Fabiano Ferreira, Gustavo Palmares, Evelyn Oliveira, Camilla Pinho, Bianca Abrahão, Pâmela Carvalho, Cris Fernandes, Renata Teixeira, José Ribamar, Delaine Aires e todos e todas que estiveram comigo nessa jornada.

“A arte não pode mudar o mundo, mas pode contribuir para a mudança da consciência e impulso dos homens e mulheres, que poderiam mudar o mundo”.

Herbert Marcuse, 1986

“Nosso enorme acervo de nada servirá, será coisa morta, se não for estudado. Cabe a vocês esta tarefa, que exige ter diante de si muitos anos pela frente. Cuidar, defender este patrimônio. Estudar, desenvolver nossos atuais métodos de pesquisa, tornando-os mais sistematizados e precisos, acompanhando sempre o desenvolvimento da Ciência, que não para. Vocês não perderão seu tempo. Estas imagens surgidas do inconsciente, do mundo primordial, têm muitas coisas a revelar sobre dinamismos da vida psíquica e sobre os mistérios da atividade criadora”.

Nise da Silveira, 1973

RESUMO

Esta monografia se propôs a discutir as expressões artísticas na tentativa de reabilitação de usuários/as da Casa das Palmeiras, instituição filantrópica prestadora de serviços na área de Saúde Mental. A médica psiquiatra Dr^a Nise da Silveira, fundadora da Casa, reforça sua subversividade por meio do estímulo artístico tornando-se uma legítima psiquiatra rebelde. Este trabalho teve como finalidade não apenas ressaltar um trabalho peculiar com os sujeitos, de auxílio na tomada de consciência de sua própria autonomia, como também, questionar a hegemonia da ordem psiquiátrica ao possibilitar a garantia de direitos sociais dos usuários/as. A presente pesquisa, baseada nos estudos da Dr^a Nise e em uma aproximação da estética de Marcuse, filósofo marxista, destacou algumas contribuições que podem enriquecer a prática do/da Assistente Social na Saúde Mental. Para tal, este trabalho utilizou a análise documental e a pesquisa bibliográfica como metodologia. Foi percorrida a trajetória da Reforma Psiquiátrica, tanto em nível nacional quanto internacional, para demonstrar como se constituiu o percurso da Saúde Mental até os dias de hoje. Por fim, procurou-se discutir até que ponto a autonomia advinda do trabalho artístico poderia auxiliar na busca dos direitos sociais dos/as usuários/as da Casa das Palmeiras, reinserindo-os/as na sociedade.

Palavras-chave: Arte. Casa das Palmeiras. Serviço Social.

ABSTRACT

This monograph aimed to discuss the artistic expressions like an attempt at user rehabilitation of Casa das Palmeiras, philanthropic institution that provides services to mental health. The psychiatrist Dr. Nise da Silveira, founder of Casa das Palmeiras, reinforces her rebellion through artistic stimulation. She became a legitimate rebel psychiatrist because of it. This work objectified not only highlight a peculiar work with the citizens, helping them with the awareness of their own autonomy, but also this work interrogated the order hegemony of psychiatric. The broken hegemony enables the guarantee of social rights of users. This research based on the work of doctor Nise and an approximation of Marcuse's aesthetics, Marxist philosopher, highlighted some contributions that can enrich the practice of the Social Worker on Mental Health. For this, this study used document analysis and bibliography research as methodology. It was through the national and international of psychiatric Reform trajectory this research demonstrated how seted the Mental Health route up to the present day. Finally, we tried to discuss how the autonomy from the artistic work could help with the search of social rights of the Casa das Palmeiras users reinserting them into society.

Keywords: Art. Casa das Palmeiras. Social Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: O PERCURSO DA REFORMA PSQUIÁTRICA	14
1.1 Breve Panorama da Reforma Psiquiátrica Internacional: a contribuição para a crítica asilar ao tratamento da loucura no Brasil	14
1.2 Contexto atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil	19
1.3 A Medicalização da loucura na Contemporaneidade	26
CAPÍTULO II: FOCOS DE RESISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	31
2.1 Dr^a Nise da Silveira: uma trajetória singular entre a arte e a psiquiatria	35
2.2 A Dimensão Estética de Herbert Marcuse e a Metodologia de Nise daSilveira	49
CAPÍTULO III: O PAPEL DA ARTE NO SERVIÇO SOCIAL	59
3.1 O perfil dos/as usuários/as do serviço de saúde mental da Casa das Palmeiras	60
3.2 Processos de trabalho do Serviço Social: uma abordagem entre a arte e os direitos sociais	64
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	80

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho se deu a partir da inserção no estágio em Saúde Mental na Casa das Palmeiras, onde foi realizado durante dois anos. Logo nas primeiras semanas, surgiu o encantamento pelas imagens/artes produzidas pelos usuários/as¹ e o interesse em participar do ateliê de pintura e desenho para entender a metodologia da instituição. Com isso, esse trabalho teve como principal objetivo pesquisar a possibilidade de desvelar os direitos sociais dos/as usuários/as a partir da metodologia da terapêutica ocupacional – atividades artísticas - desenvolvida pela Dr^a Nise.

No primeiro capítulo, será retratada a trajetória da Reforma Psiquiátrica nos países que foram pioneiros a respeito dessa temática. Buscará, para tanto, apresentar a contribuição desses países, em especial a Itália, que esteve em destaque por conta do psiquiatra Franco Basaglia que contribuiu e influenciou a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Além disso, procurará apresentar as críticas sobre os métodos invasivos da psiquiatria tradicional e também salientará as modificações do que era entendido por loucura através das mudanças sociais a partir de cada período histórico. Ainda neste capítulo, serão levantados questionamentos sobre a medicalização da loucura na contemporaneidade.

No segundo capítulo, descreverá o percurso de resistência e luta da psiquiatra e fundadora da Casa das Palmeiras Dr^a Nise. Nesse momento, serão abordados não só a trajetória *sui generis* desta psiquiatra, como sua metodologia que visa o afastamento dos remédios e a aproximação de seus/suas pacientes com a arte. Retratará a arte através dos trabalhos produzidos pelos/as usuários/as nos ateliês da Casa das Palmeiras sob a ótica das pesquisas de Marcuse, por entender que este tem ricas contribuições no que tange a dimensão estética da arte. Com isso, será de suma importância a contribuição de Marcuse para a compreensão do papel da arte na sociedade.

No terceiro capítulo, será tratado o papel da arte na intervenção do/a Assistente Social. Para isso, serão apresentados conceitos acerca da arte e do papel que desempenha na sociedade. Além disso, serão trabalhados conceitos sobre a metodologia da Dr^a Nise a qual tem por objetivo introduzir a arte no cotidiano terapêutico da Casa das Palmeiras a fim de apresentar resultados a reabilitação e a redução das reinternações

¹ Essa pesquisa foi adequada a linguagem de gênero, conforme deliberação do 39º Encontro Nacional organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social em conjunto com o Conselho Regional de Serviço Social. Essa informação se encontra em nota no Código de Ética do/a Assistente Social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf, p. 4. 1993, versão atualizada.

em Hospitais e Centros Psiquiátricos. Abordará também o perfil dos/das usuários/as dos serviços da Casa das Palmeiras e o processo de trabalho do/da Assistente Social nessa instituição. Realizará uma discussão sobre a arte a partir do viés de Marcuse correlacionando com o que a Dr^a Nise denomina de “imagens do inconsciente”.

Visto relevância da temática apresentada acerca do papel da arte na intervenção do/a Assistente Social, apresentará embasamento de uma pesquisa bibliográfica realizada em livros e periódicos que se relacionam com o tema. Também irá utilizar pesquisa documental em atas, relatórios e registros da Instituição a fim de propiciar melhor compreensão sobre a temática abordada.

CAPÍTULO I

O PERCURSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A loucura foi e continua sendo objeto de pesquisa para inúmeros/as profissionais, inclusive foi através de seu estudo que foi possível a reforma na psiquiatria. Contudo, para Amarante,

É necessário mudar as concepções sobre a loucura, tanto a dos profissionais de saúde quanto as dos familiares, da sociedade em geral e dos próprios sujeitos que vivenciam as experiências psíquicas da loucura. Em outras palavras, ficou claro para todos que reforma psiquiátrica não é sinônimo de reforma dos serviços, ou ainda, que seu objetivo maior não é a reorientação do modelo assistencial e sim a transformação do *lugar social* da loucura (AMARANTE, 2012, p. 9).

Há aqueles/as que definem a loucura como uma história contínua desde a antiguidade até os dias atuais. Já outros/as criam procedimentos que funcionam como uma espécie de fissura nessa continuidade ao evidenciar não só sentidos diferentes para a loucura, como também propõem um tratamento *sui generis*, ao criar um tratamento com imagens e artes. Este é o caso da Dr^a Nise da Silveira². Nesta parte do trabalho, faremos um resgate sobre o percurso da reforma psiquiátrica a nível internacional. Posteriormente, pensaremos a sua contribuição e influência para a reforma psiquiátrica brasileira. Além disso, exporemos o contexto atual da reforma psiquiátrica no Brasil.

1.1 Breve Panorama da Reforma Psiquiátrica Internacional: a contribuição para a crítica asilar ao tratamento da loucura no Brasil

Iniciamos este capítulo com destaque para alguns médicos psiquiatras que transformaram a psiquiatria e influenciaram a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, têm-se como nomes de grande importância: Ronald David Laing (Inglaterra), David Cooper (África do Sul), Thomas Stephen Szasz (Estados Unidos) e Franco Basaglia (Itália).

Esses psiquiatras estiveram à frente do movimento de antipsiquiatria que teve início na Inglaterra nas décadas de 50 e 60. Esse movimento se preocupou em denunciar, questionar a psiquiatria clássica. Esses psiquiatras se opuseram ao tratamento

²A perspectiva da Dr^a Nise da Silveira será desenvolvida no próximo capítulo.

dado pela psiquiatria para os/as esquizofrênicos/as. Na época, eram utilizadas práticas violentas e opressoras (AMARANTE, 1998, p. 42).

Embora o termo antipsiquiatria tenha sido inventado por David Cooper num contexto muito preciso, ele serviu para designar um movimento político de contestação radical do saber psiquiátrico, desenvolvido entre 1955 e 1975 na maioria dos grandes países em que se haviam implantado a psiquiatria e a psicanálise: na Grã-Bretanha, com Ronald Laing e David Cooper; na Itália, com Franco Basaglia; e nos Estados Unidos, com as comunidades terapêuticas, os trabalhos de Thomas Szasz e a escola de Palo Alto de Gregory Bateson (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 25-26).

A antipsiquiatria surge como crítica às práticas psiquiátricas no que tange o tratamento dado à loucura. Essas práticas psiquiátricas dominavam os hospitais sem a menor contestação e acabavam por exaltar e reafirmar o saber médico. Segundo Amarante (1998) a loucura pode ser vista sob a ótica de Laing (1982).

Crítica a psiquiatria, a ordem social e familiar (sendo que o núcleo 'familiar' é considerado o principal gerador da loucura), promove uma política de subversão ideológica e busca estruturas marginais, paralelas, livres ou 'anti'. A crise é antes referida como crise da humanidade do que como crise capitalista, que leva a uma exploração das classes dominadas, fruto de causalidades históricas mais precisas. A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é portanto uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (AMARANTE, 1998, p. 44).

A loucura deve ser compreendida não somente pelo viés social, ainda que, nas sociedades capitalistas, encontrem-se presentes a exploração da classe trabalhadora e o enriquecimento da classe dominante através do trabalho da classe explorada. A miséria, a exclusão, as precárias condições de vida, baixos salários, longa jornada de trabalho, a falta de acesso a bens e serviços pode ser um fator "enlouquecedor". Porém é necessário considerar fatores biológicos e psicológicos.

Nesse sentido, Bisneto (2011) reforça a importância de ampliar os conhecimentos, assim como a crítica do movimento de antipsiquiatria em relação ao

saber médico psiquiátrico no tratamento dado à loucura. O autor justifica o seu pensamento com a seguinte conclusão:

Em atividades como a de Serviço Social em Saúde Mental, em que entram fatores biológicos, psicológicos e sociais, e já não se acredita que apenas um ramo do conhecimento dê conta dessa problemática (BISNETO, 2011, p. 50).

Segundo Basaglia (1982), a loucura ou “surto” esquizofrênico, é tido como o contato profundo dentro de si mesmo, com a intenção de se proteger. A crise esquizofrênica é, então, a tentativa de uma vida diferente quando não se faz possível as relações sociais. Com isso, a crise psicótica tem a função de romper, de desestruturar a vida da pessoa que se encontra, há muito tempo, desgastada ou mesmo insuportável. É como se a crise fosse a situação limite de uma pessoa que não consegue mais administrar sua vida.

A antipsiquiatria através do desenvolvimento de uma prática em manicômio priorizou o respeito ao ser humano e fez com que não houvesse hierarquia entre pacientes, médicos e equipe. Em 1965, Cooper juntamente a Laing fundaram a Philadelphia Association, instituição que seguiu aos moldes da antipsiquiátrica. O objetivo dessa instituição era oferecer aos psicóticos/as acompanhamento para que eles/elas reconstituíssem o seu “eu” verdadeiro (a sua estrutura psíquica) e que fosse o lugar de acolhimento (BASAGLIA, 1982).

É inegável a contribuição desses médicos à psiquiatria, porém, o enfoque será em Franco Basaglia e a influência desse na reforma psiquiátrica do Brasil. Para introduzir o seu pensamento, o ponto de partida é a frase de Cooper que retrata o mais consistente desejo de mudança.

Acima de tudo, preocupei-me com a questão da violência na psiquiatria e concluí que, talvez, a mais chocante forma de violência em psiquiatria é nada menos do que a violência da psiquiatria (Cooper, 1967, p. 13).

Basaglia na Itália rompe com a psiquiatria convencional e dá início a grandes transformações no modelo de assistência à psiquiatria e nas relações entre a sociedade e a loucura. Leitor do filósofo francês Michel Foucault, ele formulou a "negação da psiquiatria". Ele não pretendia por fim a psiquiatria, mas, considerava que apenas a psiquiatria não era suficiente para dar conta do que é a loucura e para isso a busca de outros autores foi imprescindível (AMARANTE, 1998).

Foucault (2005), em “A História da Loucura” analisa as modificações do que era entendido por loucura através das mudanças sociais, ou seja, a partir do período histórico. Foram diversas interpretações sobre esse conceito. No século XVII houve uma profunda transformação. A ideia que se tinha acerca da loucura até o século XVI mudou. Até então, na época medieval, pensava-se a loucura como algo ligado ao misticismo ao se imaginar a transição da vida à morte. Havia nesse tempo navios também chamados de “nau dos loucos” que transportavam os/as loucos/as para outras cidades sob o discurso da busca da razão. A cidade que recebera os/as loucos/as dava o mais perverso acolhimento. Eles aprisionavam-nos, chicoteavam-nos, e ridicularizavam-nos publicamente. Neste período, a loucura passou a ser definida como a separação entre razão e a desrazão. Neste ponto, a ideia de misticismo foi superada.

No século XVII, que o/a louco/a passou a ser da responsabilidade do Estado e a cura era a internação. Nesse período, eles/elas eram considerados/as mendigos/as e vagabundos/as, pois não eram produtivos/as. Eram tratados/as como miseráveis e condicionados ao discurso moralista da época (FOUCAULT, 2005).

Com os avanços científicos do século XVIII, a loucura passou a ser encarada como patologia. Com isso, no final desse século, cresceu o número de casas de correção e controle da loucura. Essas casas de correção já demonstravam o aprisionamento dos/as loucos/as, que eram excluídos/as e retirados/as do convívio social. Já no século XIX, os loucos/as eram submetidos a trabalhos forçados, uma vez que desde o século anterior eram tidos como improdutivos/as e vagabundos/as.

As casas de correção e controle da loucura, bem como os hospitais psiquiátricos, eram considerados locais de aprisionamento (prisão) por Basaglia (1982). Para o autor, esse modelo de psiquiatria baseado na prisão e na exclusão social estava bem distante de ser terapêutico. Ele denunciava esses espaços e considerava-os manicômios, pois se baseavam na repressão e na tutela dos/as internos/as. Além disso, ele considerava que o resultado era o processo de institucionalização com o crescente número de internações.

A crítica feita sobre a postura tradicional da psiquiatria era por conta da internação e dos procedimentos invasivos praticados pelos médicos. Não era isolando os/as loucos/as que resultariam em um atendimento terapêutico de qualidade. Ao contrário, esse procedimento reforçava o discurso moralista de que o/a louco/a era perigoso/a e por isso, deveria ser retirado/a do convívio em sociedade.

A atuação de Basaglia (1982) se pautou na busca de relações horizontais com pessoas em sofrimento mental. Esse estudo serviu de inspiração para muitos

profissionais da área. Ele também criou reuniões e assembleias diárias com usuários/as, médicos/as, psicólogos/as, enfermeiros/as e demais técnicos/as, dando liberdade de expressão àqueles/as que sempre foram reprimidos/as. Essas reuniões não se caracterizavam como momentos terapêuticos em si, mas, em um espaço de decisão, reflexão e sugestão para o grupo. Em suma, o usuário/a tinha condições de expor sobre suas escolhas e via-se respeitado/a, sua subjetividade era exteriorizada.

Essas assembleias ocorreram em Gorizia e alcançaram grandes avanços, ainda que com certos limites, pois era dentro do território institucional. Basaglia revolucionou quando desativou o manicômio de Trieste e gradualmente reinseriu os/as internados/as na sociedade. A fim de auxiliar os/as não mais internos/as foram elaborados centros de saúde mental (BASAGLIA, 1985).

Em Trieste criou uma rede de atendimento territorial, da qual faziam parte serviços de atenção à comunidade, urgências psiquiátricas em hospital de grande porte, cooperativas de trabalho protegido, centros de socialização e moradias assistidas ou “grupos-apartamento” para os/as loucos/as como ele o chamava (BASAGLIA, 1985).

Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) validou o Atendimento Psiquiátrico de Trieste como primordial referência mundial para uma nova concepção em assistência em saúde mental. O hospital de Trieste foi fechado em 1976, porém, a assistência à saúde mental foi expandida para a rede de atendimento territorial criada por Basaglia.

A experiência de Trieste e os debates levantados por Basaglia surtiram efeitos. O resultado disso foi a aprovação da “Lei 180”, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, também conhecida como “Lei Basaglia” em 1978 na Itália. Essa lei tinha como um dos objetivos garantir atendimento de qualidade, baseado na liberdade e acima de tudo sem violência (BASAGLIA, 1985).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira foi influenciado pelas ideias de Basaglia, pois, este esteve algumas vezes no Brasil realizando seminários e conferências. Dessa forma, Amarante que foi partícipe do movimento pela reforma da psiquiatria relata seu ideário.

Dessa forma, o ideal de uma Reforma Psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, uma sociedade capaz de abrigar os loucos, os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes, uma sociedade de inclusão e solidariedade! (AMARANTE, 2010, p. 1).

De forma sintética Amarante (2010) traduz os ideais de uma reforma que deve deixar contribuições para ir ainda mais longe, para seguir transformando de forma justa, igualitária e sem discriminação.

1.2 Contexto atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A bandeira levantada pelo movimento antimanicomial apontava, segundo Amarante (1998), a extinção dos hospitais, clínicas, instituições que utilizavam métodos de tortura no tratamento aos/as doentes mentais e que, além da violência, tiravam-lhes o direito de liberdade, pois, aprisionavam essas pessoas. A reforma psiquiátrica, além de modificar o “lugar social da loucura”, procurou proporcionar melhores condições de tratamento e serviços às pessoas em sofrimento mental. É certo que no meio desse debate outros interesses foram ganhando força como veremos a seguir.

O projeto de reforma psiquiátrica na contemporaneidade tem seu marco no período pós-guerra. Foi por conta desse cenário que os soldados ou mesmo civis precisaram de reabilitação. A guerra havia deixado profundas sequelas físicas, mentais e sociais. Os Estados Unidos e a Inglaterra criaram as comunidades terapêuticas durante a Segunda Guerra Mundial e as mantiveram após a guerra (AMARANTE, 1998; VASCONCELOS, 2010). Nota-se que as comunidades terapêuticas foram construídas por conta das sequelas da guerra. Será que antes da guerra não havia loucos ou os países não davam importância?

No Brasil, o século XIX, foi considerado o século dos “manicômios”, pois havia uma expressiva quantidade de hospitais psiquiátricos. A edificação se deu a partir da assinatura de autorização de D. Pedro II. Contudo, somente com Philippe Pinel, conforme Amarante (2012),

Desde o primeiro momento da constituição do saber psiquiátrico, quando a loucura foi medicalizada a partir do conceito de alienação mental, proposto por Philippe Pinel, o imaginário social ficou regado de idéias como periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incapacidade dentre outras (AMARANTE, 2012, p. 9).

Afinal, o conceito de “alienação mental” já induz ao preconceito e a discriminação. Entretanto, essa palavra foi modificada para que fosse superado esse conceito e então o que temos é transtorno mental que, embora quisesse demonstrar

algum avanço, acabava por reproduzir a mesma lógica. Os anos 60 e 70 no Brasil para Vasconcelos (2010, p.21) foi marcado pelo,

[...] desenvolvimento da antipsiquiatria no contexto dos movimentos dos anos 60; o desenvolvimento de movimentos de trabalhadores da saúde e da saúde mental nos anos 70 em conjunturas de avanço das forças de esquerda (Itália) e de redemocratização e reemergência dos movimentos sociais nos anos 70 (Brasil) (VASCONCELOS, 2010, p. 21).

Esse período teve influência de Basaglia a partir de seu pensamento sobre o movimento de antipsiquiatria o que proporcionou para o Brasil a abertura dos movimentos de trabalhadores da saúde mental. Esses trabalhadores reivindicavam por melhores condições de trabalho e por condições dignas de tratamento e a discussão do saber e poder psiquiátrico. De certo que ao mesmo tempo em que proporcionou avanços, como a melhoria nos atendimentos, também houve retrocessos, a loucura virou mercadoria para as indústrias e hospitais.

Uma vez que as indústrias e os hospitais se apropriaram da loucura transformando-a, ou melhor, reduzindo-a a um mercado altamente rentável. Essas pessoas em sofrimento mental estão cada dia mais dependentes desse mercado medicamentoso que tende a ver o/a paciente como consumidor/a. Os medicamentos as dopam, tiram sua capacidade cognitiva e de seu convívio social.

Desde os anos 50 com os psicofármacos o país assiste o avanço da indústria farmacêutica que teve seu apogeu e crescimento com a política neoliberal iniciada pelo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). No mercado existe desde calmantes a base de plantas medicinais a psicotrópicos que atuam diretamente no sistema cerebral. Assim como, instâncias voltadas para o estudo de doenças e outras que apenas gerenciam embora representem interesses diferentes, respondem ao modelo ideológico da psiquiatria tradicional (VASCONCELOS, 2010 e AMARANTE, 1998). Apesar de tentarem representar diferentes conceitos e objetivos no final o mercado medicamentoso retoma aos moldes convencionais e tende a não avançar.

Temos como pano de fundo alguns estados como: Rio de Janeiro, São Paulo, e Minas Gerais que, para Vasconcelos (2010, p. 22), possui “ [...] a maior rede de serviços psiquiátricos do país, além de constituírem o principal palco político das mudanças em curso”. O ano de 1978 foi marcado pela ditadura militar, que impedia a expressão

política e ideológica, e pelos principais movimentos sociais. Dentre os diversos movimentos sociais, tem-se como destaque o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) o qual se iniciou com questões latentes acerca das políticas de assistência psiquiátrica existentes naquele contexto.

O objetivo do MTSM é instituir-se como um espaço de luta independente de Instituições e que promova debates que gerem propostas para se pensar na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1998). O MTSM desde o início se preocupou com a independência do movimento, ou seja, preservou sua autonomia e não se vinculou ao Estado.

O MTSM, para Vasconcelos (2010, p.23), constituiu-se a partir “[...] do resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica [...]”, porém, ganhou consistência a partir da visita de Franco Basaglia (referência mundial em psiquiatria). Basaglia conseguiu aprovação da Lei 180 ou também conhecida por Lei Basaglia, a qual “estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália” (VASCONCELOS, 2010, p.23). O MTSM, após inspirar-se em Basaglia, promoveu debates, congressos, seminários para discutir sobre as condições dos hospitais psiquiátricos e a assistência dada aos/as usuários/as.

Como foi mencionado anteriormente o MTSM é um movimento de luta independente de Instituições e do aparelho do Estado. Ele está presente em mobilizações abertas de opinião pública e da imprensa. Nesse período temos as seguintes reivindicações: a humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e privados e denúncias, pois alguns hospitais foram identificados como campos de concentração, ou seja, locais que torturam com métodos invasivos (lobotomia, eletrochoque, remédios sedativos entre outros); denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados na época pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); melhorias nas condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos principalmente no Rio de Janeiro; e as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental. Porém, não tinham clareza de como poderiam ser organizados tais serviços (VASCONCELOS, 2010). Esse momento foi marcado por denúncias e reivindicações e conseguiu algumas mudanças principalmente nos hospitais.

Ainda nessa perspectiva de mudança, o sistema de saúde do país chamado PREV-SAÚDE que depois ficou conhecido por reforma sanitária iniciativa do movimento de trabalhadores da saúde em geral “[...] que apontava para o modelo

sanitarista de um sistema regionalizado, integrado e hierarquizado de saúde, o qual no início dos anos 80 iria configurar o que foi chamado de “Ações Integradas de Saúde” (VASCONCELOS, 2010, p. 23-24).

Foi uma trajetória de reivindicações dos movimentos de saúde que aos poucos foram avançando até chegar no que temos nos dias de hoje: Sistema Único de Saúde. Ele foi iniciado nos anos de 1990, sendo referência em sistema de saúde. Entretanto, o projeto do que seria o SUS é sem dúvida excelente, o problema é que na prática vemos a precarização desse sistema que vem retrocedendo com o neoliberalismo. É contraditório porque se antes o SUS era o sistema formidável hoje vemos a sua ruína.

O crescimento e a regularização do Modelo Sanitarista que ao longo dos anos se transformaram em “Ações Integradas” de Saúde e depois em SUS resultaram nas equipes multiprofissionais em ambulatórios de saúde mental, controle e humanização dos hospitais, ações a partir do Estado nesse período (VASCONCELOS, 2010). Em 1980 no Rio de Janeiro iniciou-se o processo chamado de “Co-Gestão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para administração dos hospitais públicos” (VASCONCELOS, 2010, p. 24).

A Co- Gestão foi importante, pois constituiu em um espaço de luta política dos líderes do MTSM que através desse processo puderam implementar reformas nos hospitais psiquiátricos públicos. Além disso, abriu-se o debate para a construção gradativa de um novo modelo de saúde o SUS este, por sua vez, foi aprovado em 1986 na I Conferência Nacional de Saúde e quatro anos depois se tornou parte da Constituição Federal em 1988 ao compor o artigo 6º referente aos direitos sociais (VASCONCELOS, 2010). A saúde é um direito de todos/as, ou seja, universal, mas, sabemos que a partir do neoliberalismo vivenciamos a privatização dos hospitais e a expansão dos planos de saúde privados. Isso indica que a universalidade da saúde existe, mas, não são todos/as que usufruem desse atendimento cabendo aos pobres a saúde pública precarizada e aos ricos a saúde privada de qualidade.

O MTSM, por conta da abertura política, traçou alguns objetivos como o fim da construção de leitos psiquiátricos, ações em saúde mental divididas por região, crescimento dos ambulatórios de saúde com a presença de equipes multiprofissionais com psiquiatras, psicólogos/as e assistentes sociais. Às vezes a equipe era composta por mais profissionais como enfermeiros/as, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos /as (VASCONCELOS, 2010). As equipes multiprofissionais vieram à tona nesse contexto com o intuito de uma abordagem em equipe, porém, nos hospitais em geral a autonomia

continua sendo do/a médico/a assim como o saber psiquiátrico, ou seja, as demais profissões ficam subordinadas à medicina psiquiátrica. A tentativa de um trabalho multidisciplinar é válida, contudo, se as profissões não forem encaradas de acordo com suas particularidades e sem uma se sobrepor a outra, o trabalho será mais consistente e os/as usuários/as serão de fato atendidos/as de acordo com suas demandas.

No final dos anos 80, o MTSM perdeu seu espaço político, pois, o Estado estava passando por mudanças, com isso deu-se a emergência da Luta Antimanicomial e a transição rumo ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica. Esse momento foi marcado pela perda do espaço político no que tange o MTSM e as Políticas de Saúde Mental. Se por um lado as políticas de saúde mental estagnavam por conta do Estado, por outro, a Constituição de 1988 teve sua consolidação e a partir dela a Lei Orgânica da Saúde levou a construção do SUS (Vasconcelos, 2010).

O MTSM segundo Vasconcelos (2010, p. 25) preocupou-se em fortalecer alianças “[...] com os movimentos populares e com a opinião pública em geral [...]”, porém percebeu os limites da luta no sistema de saúde mental. Este, por sua vez, se centrava no modelo sanitarista o qual visava controlar e humanizar os hospitais psiquiátricos, ampliar os serviços nos ambulatórios “propondo então um avanço dos objetivos estratégicos do movimento, ao se inspirar mais diretamente no modelo proposto por Basaglia e pelo Movimento de Psiquiatria Democrática na Itália [...]” (VASCONCELOS, 2010, p. 25-26). Dessa forma, o MTSM não era de todo uniforme, ele tinha uma parcela mais ativa de luta.

O MTSM, através de novas estratégias, teve-se como avanço o projeto de Lei Paulo Delgado que objetivava a substituição dos manicômios inspirado na luta de Basaglia. Basaglia lutava pelo fim dos manicômios e por serviços que substituíssem o hospital psiquiátrico tradicional (VASCONCELOS, 2010). Esse projeto foi o início do que seria a Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 foi “[...] considerada um marco na história da psiquiatria brasileira [...]” (VASCONCELOS, 2010, p. 26) ao possibilitar a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil. As redes municipais de cuidados em saúde mental foram as primeiras a serem implementadas, depois vieram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a perspectiva de se constituírem em serviços abertos que funcionassem 24 horas para a população usuária da saúde mental (VASCONCELOS, 2010). Os CAPS existem ainda hoje, porém, não são todos que possuem a mesma infra-estrutura, poucos

funcionam 24 horas. A maioria funciona oito horas por dia e cinco vezes por semana com bastante precariedade trabalhista por conta da terceirização com contratos instáveis. O espaço também é precário, por vezes sem telefone, computador, ar condicionado, bebedouro entre outros. A equipe em geral tem que utilizar seus próprios meios, como o celular pessoal para conseguir se comunicar com a rede de assistência.

Os anos 90 consolidaram-se com a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica colocando o país em evidência internacional como um dos centros de referência em assistência psiquiátrica. O movimento de reforma psiquiátrica pôde recuperar seu espaço político, com isso, passou a responder “[...] as principais iniciativas políticas formais da reforma psiquiátrica pelo menos até 1996 [...]” (VASCONCELOS, 2010, p. 27).

O Estado procurou financiar, controlar e supervisionar os novos serviços de atenção psicossocial com o objetivo de garantir melhoria assistencial aos/as usuários/as. Sabemos que foram reduzidos os leitos nos hospitais psiquiátricos, mas, não foram extintos e também os hospitais tradicionais mantiveram os serviços e as instalações e continuaram como “manicômios”. Apesar da perspectiva de desinstitucionalização, foram pequenas mudanças como o trabalho multiprofissional. O Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) é um dos hospitais que aparentemente possui infra-estrutura, no entanto, as enfermarias têm o modelo tradicional de psiquiatria com usuários/as dopados/as de medicação. Além disso, há leitos padrões com macas e armários uniformes sem nenhuma individualidade e o uso da roupa padrão do hospital para caracterizar o/a “paciente psiquiátrico/a” e o saber médico em alguns casos nas equipes multiprofissionais e no hospital.

O Estado prefere financiar os serviços de atenção psicossocial porque é menos custoso já que, com a inserção das políticas neoliberais, o Estado não investe em políticas sociais públicas por ser mais custosa principalmente em hospitais psiquiátricos que seguem o modelo tradicional. A ausência do Estado nas políticas sociais tende não só a gerar negligência social, desemprego, miséria, redução de verbas para os hospitais como o crescimento da população em situação de rua incluindo pessoas com sofrimento psíquico e usuários/as de álcool e outras drogas. Com isso, a sociedade assiste ao mesmo tempo algumas conquistas de direitos dos/as usuários/as de saúde mental como os serviços de residências terapêuticas. Por outro lado, retrocede aos moldes tradicionais psiquiátricos como a medicalização.

Com o programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, é trazida para a contemporaneidade a possibilidade dos cuidados em saúde mental comunitária a serem desenvolvidos pelas equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 1985). Mais uma vez esse programa de governo atende a sua própria lógica que é a desinstitucionalização psiquiátrica a qual vimos anteriormente que, por um lado, abre espaço para os serviços como o CAPS, pois é menos custoso para o Estado e, por outro, sucateiam os hospitais psiquiátricos.

O Movimento Antimanicomial ganhou reforço na atualidade, uma vez que aumentou a participação dos/as usuários/as e familiares nos encontros e debates do movimento (VASCONCELOS, 2010). Sem dúvida, o aumento dos/as usuários/as e familiares nos encontros e debates na participação dos encontros do movimento antimanicomial fortalece e contribui para a construção de uma sociedade sem discriminação e com tratamento digno para os/as usuários/as de saúde mental.

O percurso da reforma psiquiátrica brasileira trouxe profundas mudanças como o projeto de Lei Paulo Delgado e melhorias no tratamento aos/as usuários/as de saúde mental. Em contrapartida fez crescer o mercado medicamentoso a partir do discurso pró-luta antimanicomial que acabou por conduzir o aprisionamento dos psicotrópicos. O contexto atual do neoliberalismo acentuou e proporcionou a indústria da loucura a sua estabilidade e o seu incalculável lucro. Enquanto para a saúde mental a pessoa em sofrimento psíquico é vista como usuário/a dos serviços psiquiátricos. Para a indústria marqueteira são vistas como consumidores/as de medicamentos que aprisionam por anos ou por uma vida inteira com o discurso de estabilizar a doença ou mesmo de curar. No meio desse contexto surge a Dr^a Nise da Silveira que se posiciona contrária à indústria da loucura e desenvolve um método de reabilitação através das artes.

1.3 A Medicalização da Loucura na Contemporaneidade

Com o avanço tecnológico, a contemporaneidade se encaminha para novas experiências, conceitos e profundas mudanças. Na Saúde Mental, não é diferente esse processo. A questão da medicalização vem sendo tema de muitos estudos e também questionada por diversos autores.

Henriques (2014, p. 83) ressalta dois conceitos atuais acerca da medicalização: o primeiro se entende como “[...] extensão da racionalidade médica a uma ampla gama de atividades sociais [...]”, o segundo moraliza a doença como sendo ela gerada por problemas sociais e morais. A medicalização está direcionada a preceitos advindos de normas. Pode-se entender que, por um lado, a medicina se abre para o exercício de outras atividades (como a terapia ocupacional), por outro, relaciona a doença pela via moralizadora, como se a doença fosse o resultado de um desvio social.

É consenso entre os autores que discutem a temática, que a medicalização “[...] resulta de problemas sociais, freqüentemente associados ao corpo e que colocam dilemas morais [...]” (HENRIQUES, 2014, p. 83-84). Nesse caso, o saber médico está voltado a catalogar, diagnosticar e medicar. Ocorre que a medicação se tornou usual em grande parte das intervenções médicas. Um exemplo disso é: a criança que vai para a escola e, na sala de aula, se mostra desatenta, inquieta e a professora solicita os responsáveis pela criança e comunica-os o que observou; os pais então levam a criança ao médico que, ao ouvir o relato, diagnostica a criança como hiperativa e receita remédios tranquilizantes.

Ao refletirem os anúncios de televisão, as novelas, os jornais verão que há um grande apelo ao bem-estar. Uma das maneiras de se sentir bem é consumindo remédios, como antidepressivos, calmantes e os inibidores de apetite. A sociedade possui regras, normas, condutas morais e padrões físicos estereotipados. Pessoas que não se enquadram nos preceitos impostos pela sociedade burguesa tendem a fazer uso de medicamentos para atingir esse padrão. Porém, no meio a tantos padrões normatizadores, encontramos uma figura subversiva chamada Dr^a Nise da Silveira que, em meados de 1950, preocupou-se justamente com as internações e as intervenções medicamentosas – insulino-terapia, lobotomia, eletrochoque entre outros medicamentos psicotrópicos – nos Centros e Hospitais Psiquiátricos.

A médica rompeu com a psiquiatria tradicional, que cataloga a doença mental com rótulos e estigmas. No Hospital Pedro II, onde trabalhava como psiquiatra,

manteve sua postura subversiva e isso custou-lhe o remanejamento para a Seção de Terapia Ocupacional. Porém, ela persistiu e no lugar das habituais tarefas de limpeza e manutenção, que os/as pacientes exerciam sob a denominação de terapia ocupacional, ela, então criou ateliês de pintura e modelagem com o objetivo de impulsionar as pessoas, em sofrimento mental, ao estabelecimento de vínculos – com a realidade por meio da expressão simbólica e da criatividade, tendo a terapêutica ocupacional como instrumento de reabilitação (SILVEIRA, 1981).

Quando se aborda a questão da medicalização, temos tanto autores que vão defender esse discurso, como os que são contrários, como é o caso da Dr^a Nise. Ela sempre defendeu um modelo de sociedade sem manicômios, sem internações e o último recurso sendo a medicação. A diferença desses autores para ela era a seguinte: enquanto a primeira medida deles era e continua sendo a medicação, a dela era em último caso. Dr^a Nise priorizava o giz, o lápis, o pincel, o barro e o papel. Porém, não se pode generalizar, sabe-se que existem psiquiatras ainda hoje, que possuem uma abordagem voltada para as atividades terapêuticas, um exemplo é Vitor Pordeus médico psiquiatra e criador do hotel da loucura no Instituto Municipal Nise da Silveira.

A Dr^a Nise fundou a Casa das Palmeiras em 1956, cujo objetivo era fazer a ponte entre o hospital e a vida na sociedade e também reduzir o índice de internações e reinternações, com enfoque na reabilitação e que fossem utilizadas atividades expressivas para conseguir que o/a paciente retornasse à realidade. Assim, os/as pacientes poderiam se estabilizar e retomar sua vida (Silveira, 1981). É um “pequeno território livre” (SILVEIRA, 1986, p. 11) a Casa das Palmeiras, como dizia a médica, é um modelo de reabilitação diferente. É lamentável que muitos serviços públicos sejam precários em sua estrutura física e arcaico em suas concepções, fortalecendo a medicalização e as indústrias farmacêuticas.

Segundo Henriques (2014)³ existem dois aspectos históricos que devem ser considerados para se compreender como o processo de fortalecimento da medicalização ocorreu antes da contemporaneidade. Primeiramente temos a tomada do saber médico como ideal e o distanciamento da religião. Antigamente, a cura das doenças, dos males da sociedade era por meio da fé, da religião e, em muitos casos, as doenças eram vistas como pecado. Com o enfraquecimento da Igreja, a medicina pôde avançar. Com isso, a

³ Henriques (2014) cita Conrad (1992).

medicina se transformou na instância responsável por catalogar e tratar as doenças alcançou a hegemonia e se tornou repressiva.

É nesse período que a medicina começa a ganhar maior visibilidade, a sociedade passa a atribuir a cura das doenças para os/as médicos/as. Até hoje, as pessoas têm a imagem de que o/a médico/a pode dar à vida e tirá-la na mesma medida. Quando ocorre o óbito, é como se tivesse ocorrido falha médica, claro que, em alguns casos ocorrem falhas, mas, tanto a sociedade, quanto os/as médicos/as, não sabem lidar com falhas e perdas. A Igreja a priori perde um pouco de espaço para as práticas médicas, porém, os/as médicos/as representam, para um quantitativo de pessoas, como uma espécie de “Deus” por salvarem vidas. Por mais que um significativo número de médicos/as quisessem se distanciar dos ideais religiosos, eles/as ficaram com essa imagem.

Henriques (2014)⁴ aponta também, como causa do avanço da medicalização, a geração de serviços e o aumento das oportunidades de serviços pela medicina, sua atuação vai de encontro às mudanças tecnológicas. Com isso, tem o maior controle dos surtos epidemiológicos, e então, se desloca o discurso para a promoção da saúde ao invés de enfatizar a doença. Os avanços trazidos pela medicina contemporânea têm como foco não mais incidir apenas sobre o patológico, o curativo e o preventivo, mas sim, sobre a chamada “população de risco” que está em situação de “vulnerabilidade social” sensíveis às patologias. Ocorre que, de uma prática curativa, a medicina contemporânea vai atuar de forma a “controlar a vida”. A medicina, nesse momento, naturaliza a doença e começa a propor o controle da vida como ensinar a sociedade se alimentar para evitar possíveis doenças, se vacinar para prevenir doenças e evitar a contaminação.

A “vulnerabilidade” e o “risco” são os principais conceitos acerca da amplitude da medicalização na sociedade contemporânea. Para Henriques (2014)⁵, tanto a medicina tradicional quanto a medicina contemporânea, possuem a moral ligada à medicina, porém, enquanto uma se utiliza de intervenções médicas para combater os desajustes morais, a outra encara a promoção da saúde e conceitua a saúde como a “nova moral”, tendo que alcançar padrões desejáveis de vida, seguindo o modelo novo de ideal de saúde. Na verdade a promoção da saúde é um conceito atual da tradicional medicalização. Para Henriques (2014)⁶, a medicalização pode ser substituída pelo termo

⁴ Henriques (2014) cita Conrad (1992).

⁵ Henriques (2014) cita Conrad (1992).

⁶ Henriques (2014) cita Clarke *et al.*, (2000).

“biomedicalização”, porém, ainda sim continuará não excluindo o conceito de medicalização, pois, apenas acrescenta algumas propostas.

A vulnerabilidade social, segundo a PNAS (2004), é entendida além dos aspectos econômicos de escassez de recursos e de pobreza material, sendo ampliada para a perda ou fragilidade dos vínculos sociais necessários para o exercício da cidadania. O conceito de vulnerabilidade, utilizado por Henriques (2014), considera vulneráveis aqueles/as que não possuem saúde ou que facilmente contraem alguma doença, esses/as devem ser cuidados/as e medicados/as.

Diferentemente da PNAS, a qual se atenta para a debilidade das relações sociais, existe uma pessoa além da doença e isso requer cuidados e direitos. A medicação por si mesma é insuficiente, pois não soluciona a questão de habitação, alimentação, transporte e benefícios assistenciais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define de forma ampliada o conceito de saúde como “completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/>, p.1, acesso em 10/10/2014). O questionamento feito é em relação ao conceito de “bem-estar”, pois dá margem a vastas interpretações. Remete inclusive a uma ilusão, algo longe de ser alcançado, distante de ser conceito e próximo a um ideário. Com isso, a saúde como ideal, abre espaço para prática em promoção de saúde, pois visa alcançá-la como uma mercadoria.

Para Henriques (2014)⁷, a medicalização não pode ser encarada como malévola nem mesmo como benévola. Ela deve ser estudada para que seja utilizada de forma a contribuir para erradicar doenças e não com a finalidade de impulsionar as pessoas a utilizarem intervenção medicamentosa para toda e qualquer situação.

As neurociências, segundo Henriques (2014, p. 88), são responsáveis por estudarem o cérebro e tem “[...] como ator social, isto é, do cérebro como objeto de identificação, semblante da subjetividade contemporânea [...]”. A nossa subjetividade e nosso descontentamento vem sendo construído desde o período do século XX até se chegar ao que o autor denomina de “sujeito somático”.

Esse conceito, segundo Henriques (2014, p. 88), está direcionado à “[...] nossa subjetividade em termos corporais, isto é, pensar a si próprio como “corporificado”,

⁷ Henriques (2014) cita Parens (2011).

entendendo o corpo na linguagem da biomedicina. Então, o “sujeito somático”, tenta se moldar de acordo com suas emoções, porém, as intervenções feitas serão pelas vias biomédicas.

A subjetivação, nesse sentido, deve ser compreendida a partir da ciência e da neurociência (a fusão da neurociência e psiquiatria), que vai resultar em “[...] conhecimento de si e conhecimento do cérebro, mente e cérebro, transformando o cérebro em ator social e em objeto de identificação [...]” (HENRIQUES, 2014, p.89).

Esse conceito das neurociências é o mais aceito pela sociedade. As neurociências mostram-se avançadas e permitem que todos/as pensem que detém o controle de si mesmo/a, entretanto, sabemos que, por trás desse discurso, tem uma gama de empresas farmacêuticas que vendem psicoterápicos, substâncias dopantes, entre outras. Essas empresas contribuem para o fortalecimento desse discurso, passando a imagem de que o cérebro é o ator social e que as pessoas possuem controle de si mesmas.

Para Henriques (2014, p. 91), “sujeito somático” é o “eu ideal” que alguns autores chamariam equivocadamente como “[...] causa de uma nova assunção subjetiva - como se fosse um novo sujeito”. O autor exemplifica o relato de uma consulta médica com o psiquiatra, o qual o médico indaga à paciente acerca da efetividade da medicação que ele havia lhe recomendado, então ela lhe disse: “Sim, eles estão funcionando bem... Sinto-me muito melhor. Porém, ainda estou casada com o mesmo alcoolista. Só que, agora, consigo suportá-lo” (HENRIQUES, 2014, p. 93)⁸.

Por fim, a medicalização não sana os problemas sociais, ela utiliza antidepressivos e outros medicamentos com a finalidade de amenizar a situação vivida. Esse discurso está instaurado na sociedade. Contudo, é preciso se colocar na contramão desse pensamento, principalmente atuar de forma subversiva, assim como fez a Dr^a Nise.

⁸ Henriques (2014, p. 93) cita Parens (2011, p. 3-4).

CAPÍTULO II

FOCOS DE RESISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Em 1944, no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II no Engenho de Dentro na cidade do Rio de Janeiro, foi dada a seguinte ordem: aperte o botão para dar início ao eletrochoque! Entretanto, uma médica ali presente, respondeu: “Nunca!” Neste momento surgiu a psiquiatra rebelde da Dr^a. Nise. Curiosamente, essa psiquiatria rebelde, surgindo através daquele marco, foi imaginada como um trabalho sem o uso do choque, da violência e do desrespeito à pessoa em sofrimento psíquico. Além disso, trazia-se à tona os tratamentos, para época, algo inovador: o choque deveria que ser substituído por atividades artísticas como a pintura, o desenho, a modelagem, a música, a xilogravura, o teatro e a poesia (II Colóquio Latino-Americano de Estética, 1997).

A trajetória da Dr^a Nise foi marcada por grandes resistências na primeira fase. Esta fase caracteriza-se pelo momento em que ela saiu de Alagoas, seu estado natal, em 1921, para estudar medicina na Faculdade da Bahia. Registre-se aqui que ela foi uma das primeiras mulheres a se formar em medicina no Brasil e a única mulher numa turma de 157 alunos. Em 1927, marco do início da segunda fase, ela se mudou para o Rio de Janeiro e logo se aproximou dos meios artísticos e literários, bem como passou a frequentar ativamente os círculos marxistas junto com o marido. Destaque-se, neste momento, que ela passou também a escrever artigos sobre medicina para o jornal A Manhã - artigos que eram reproduzidos no Jornal de Alagoas, o qual seu pai fora jornalista e diretor (CÂMARA, 2002). Em 1933 ingressou no Serviço de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental do Hospital da Praia Vermelha, por meio de concurso público no qual fora aprovada.

Em 1935 o Governo de Getúlio Vargas declarou estado de sítio e de guerra, bem como, no ano seguinte, suspendeu todos os direitos civis das pessoas que tivessem ligações com o comunismo. As pessoas, quando não conseguiam fugir, passaram a ser perseguidas e presas pela polícia da ditadura Vargas. Foi o que aconteceu com a psiquiatra Dr^a Nise. Ela foi denunciada por uma enfermeira que trabalhava com ela no Hospital da Praia Vermelha por ter a posse de livros marxistas em sua estante. A denúncia lhe custou 15 meses no presídio da Frei Caneca. Enfim, depois da prisão passou por um período na clandestinidade até o fim da ditadura quando foi novamente inserida no serviço público em 1944, porém em outro local no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II (CÂMARA, 2002).

Depois de seu ingresso no hospital psiquiátrico, Dr^a Nise permaneceu contrária aos métodos utilizados pela psiquiatria como o eletrochoque, a lobotomia, a insulino-terapia, a psicocirurgia, o isolamento, as camisas de força e os demais que faziam lembrar as torturas da prisão que ela conhecia muito bem. Por sua subversiva postura foi transferida para trabalhar com a terapia ocupacional que era a atividade menosprezada pelos/as médicos/as, pois o trabalho que se realizava era de limpeza e manutenção. Contudo, a médica não se intimidou e logo substituiu as vassouras, por pincéis, lápis e giz de cera e criou ateliês de pintura e modelagem com o intuito de proporcionar as pessoas em sofrimento psíquico os vínculos com o mundo exterior através de atividades simbólicas e criativas (CÂMARA, 2002).

Em meados de 1950, a psiquiatra Dr^a Nise que atuava no setor de terapêutica ocupacional preocupou-se com o numeroso índice de reinternações nos hospitais psiquiátricos principalmente na unidade em que trabalhava. Estima-se que para cada 25 internações nesses hospitais diárias, 17 eram reinternações (SILVEIRA, 1986).

A partir desse cenário, surgiu o interesse de fundar uma instituição que fosse a mediação entre o hospital e a sociedade. Porém, ela não dispunha de recursos financeiros para a fundação. A psiquiatra então reuniu alguns/as amigos/as e falou do projeto para que eles/as pudessem engajar-se e assim contribuir para a fundação da sonhada instituição (Disponível em casadaspalmeiras.blospot.com.br, acesso em 04 de novembro de 2014).

No meio desse projeto em fundar uma instituição que proporcionasse um elo entre o hospital e a vida na sociedade. Surgiu o Museu de Imagens do Inconsciente, fundado pela Dr^a Nise em 1952, no Engenho de Dentro com a finalidade de ser um acervo de trabalhos de pintura e modelagem produzidos pelos/as usuários/as do Centro Psiquiátrico Pedro II. O Museu também funcionava como centro de estudo e pesquisa, para se compreender a fundo o universo interior do/a esquizofrênico/a.

A Dr^a Nise preocupou-se em estudar a terapêutica ocupacional por diversos pontos de vista (Kraepelin, Bleuler, Schneider, Simon, Freud, Jung), porém, foi com Jung que ela conseguiu se embasar teoricamente (CÂMARA, 2002). Então, em 1955, criou o grupo de estudo C. G Jung em sua residência para se aproximar de seus conceitos e propagar as ideias de Jung. Este grupo só foi oficializado em 1968 e mantinha instável publicação, o nome dado as publicações era "Quatérnio" e foi presidido pela Dr^a Nise até sua morte em 1999.

Em 1956, o sonho da Dr^a Nise se concretizou e ela com a colaboração de alguns/as amigos/as fundou a Associação Civil Casa das Palmeiras uma instituição independente do poder público, com metodologia própria (terapêutica ocupacional), que não usa internação ou restrição de liberdade, voltada para atendimentos diários dos/as clientes⁹ que precisam de ajuda para retornar ao mundo exterior. Foi através das atividades como: teatro, música, artes aplicadas, xilogravura, grupo cultural, círculo filosófico, jardinagem, expressão corporal, contos de fada, passeio, baile, pintura, modelagem, clube caralâmpia, festa (junina, primavera e natal) que a filosofia do trabalho da Dr^a Nise subversivamente rompeu com a psiquiatria tradicional que cataloga a pessoa como doença estigmatizando-as¹⁰.

A terapêutica ocupacional para Silveira (1986) é uma psicoterapia utilizada na reabilitação de pessoas em sofrimento mental que não se propõe a trabalhar de forma verbal- prioriza a linguagem não verbal- por considerar a importância dos gestos, símbolos, pinturas. Para alcançar a comunicação com os/as esquizofrênicos/as graves, a Dr^a Nise constatou que inicialmente só poderia ser feita em nível não verbal, ou seja, por meio das atividades de pintura, modelagem e outras. Ela se negava a aceitar que os/as esquizofrênicos/as tivessem “embotamento afetivo¹¹”, pois, acreditava que a terapêutica ocupacional negava firmemente esta afirmação, por conta dos trabalhos artísticos produzidos por eles/as. Ela acreditava ainda que seria uma demonstração da preservação da afetividade, embora guardadas em seu interior, como que protegida. Dentro desta perspectiva, a pessoa em sofrimento psíquico não se resumia a uma relação de sintomas positivos e negativos, era preciso ir além e proporcionar a ela um ambiente onde pudesse encontrar o suporte afetivo¹² que a ajudasse a retornar ao mundo externo.

A Dr^a Nise não inovou apenas com a terapêutica ocupacional. Ela foi pioneira na pesquisa das relações emocionais entre usuários/as e animais, que tinha por hábito chamar de co-terapeutas. Acreditava que os animais possuíam sensibilidade e fragilidades por conta disso. Os/as usuários/as acabavam se sensibilizados/as. Com isso

⁹ Dr^a Nise se referia aos/as usuários/as de saúde mental como clientes, pois não queria rotulá-los/as com termos pacientes, pois os reduzia a doentes e a própria Casa das Palmeiras preocupou-se em nomeá-la sem palavras que remetessem a doença ou a psiquiatria.

¹⁰ Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada livro de GOFFMAN (1988) que reexamina os conceitos de estigma e identidade social.

¹¹ A psiquiatria tradicional utilizava desse termo “embotamento afetivo”, pois dizia que o /a esquizofrênico/a não era capaz de se expressar afetivamente, de cultivar afeto. A Dr^a Nise se opunha a tal discurso, defendendo que se o/a cliente for tratado/a com respeito e afeto ele/a retribuirá.

¹² QUATERNIO (2001) Suporte afetivo ou afeto catalisador está ligado ao vínculo, ao elo que é feito entre o/a profissional e a pessoa em sofrimento psíquico para que através deste suporte a pessoa consiga retornar ao mundo exterior.

a reabilitação e a aproximação com o mundo externo ficavam mais consistentes. A percepção sobre essa questão se deu quando ela observou como um paciente a quem deixara aos cuidados de uma cadela abandonada no hospital conseguiu se organizar tendo a responsabilidade de tratar do animal como um ponto de estabilidade afetiva em sua vida.¹³

Em 1963, a Casa das Palmeiras é reconhecida de Utilidade Pública e Filantrópica pela lei número 176 de 16/10/1963 atuando por meio da Terapêutica Ocupacional a partir da produção das imagens produzidas pelo inconsciente. Nesse ano a Instituição deixava de ser Associação Civil Casa das Palmeiras e passava a chamar-se Casa das Palmeiras Clínica de Reabilitação em Regime Aberto Reconhecida de Utilidade Pública e sem fins lucrativos (Disponível em casadaspalmeiras.blospot.com.br, acesso em 04 de novembro de 2014).

Com a Constituição Federal de 1988 e posteriores normativos que delimitam a Política de Seguridade Social brasileira na década de 1990, a Instituição a fim de manter sua característica preservando sua independência metodológica, decide por se inserir, através da filantropia, na rede socioassistencial, regulamentada pela lei Nº 8.742¹⁴ de 07 de dezembro de 1993, chamada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

No artigo 2º, inciso IV da LOAS, fica definido como objetivo da assistência social “a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”. Esse dispositivo da lei possibilita às instituições que atuam no sentido de prestar serviços assistenciais a sociedade a seguirem ao normativo legal da Assistência Social cabendo a instituição o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, CNPJ, como a Casa das Palmeiras – Clínica de Reabilitação. O grande desafio do método da psiquiatra que ela bem entendia, era o não verbal. Entretanto, ela explica o porquê de ser uma dificuldade em nossa sociedade a seguir.

Lidando com atividades manuais e expressivas, processando-se sobretudo em nível não verbal, compreende-se que este tipo de tratamento não goze de prestígio na nossa cultura tão deslumbrada pelas elucubrações do pensamento racional e tão fascinada pelo verbo. (Silveira, 1981, p. 66).

¹³*Gatos, A Emoção de Lidar*, livro de Nise da Silveira (1998) que discorre sobre a presença de animais em ambientes terapêuticos, pois os considera como parte da reabilitação dos pacientes.

¹⁴BRASIL. Decreto lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social.

2.1 Dr^a Nise da Silveira: uma trajetória singular entre a arte e a psiquiatria

Quando pensamos em arte vem a cabeça pinturas e pintores/as famosos/as: Claude Monet, Tarsila do Amaral, Edouard Manet, Henri Matisse, Leonardo da Vinci, Michelangelo, Vincent van Gogh e muitos/as outros/as. Ligamos arte não só a pintores/as e pinturas como também a talento, estética e agrado aos olhos. Em 1946, Dr^a Nise acreditou que a arte fosse muito além da estética. Elas seriam “imagens do inconsciente” que se materializavam através de telas, papéis, modelagem, xilogravura, colagem, teatro, ou seja, tudo aquilo que surgisse de forma espontânea e se colocassem através de imagens. Para ela eram verdadeiras obras de arte.

A psiquiatria nos métodos da Dr^a Nise foi envolvida pela arte, abandonando diagnóstico e definições acerca da loucura seguindo pelos caminhos artísticos onde a receita era uma folha de papel para desenhar, pintar, recortar e os medicamentos foram substituídos por tintas, lápis de cor, giz de cera, argila e madeira.

Neste tópico abordaremos os métodos desenvolvidos pela Dr^a Nise e ilustraremos as atividades desenvolvidas pela Casa das Palmeiras que foi fundada por ela e se mantém ainda hoje autônoma e intacta em relação à sua metodologia.

Iniciamos pelos métodos fundamentais de tratamento desenvolvidos por ela e postos em prática na Casa das Palmeiras, são eles: terapêutica ocupacional, afeto catalisador e psicologia de C. G. Jung. A terapêutica ocupacional desenvolveu-se em 1946, com o objetivo de ser um método diferente do que a psiquiatria tradicional proporcionava, mas não queria que esse método fosse visto apenas como um método auxiliar, ou seja, menos importante.

A Dr^a Nise negou que seu método como pensavam fosse uma distração para os/as doentes e muito menos uma forma de torná-los/as capazes para trabalhar no hospital a fim de substituir os/as funcionários/as que lá trabalhavam. Pelo contrário ela procurava através dos “agentes terapêuticos”- papel, giz, argila, entre outros/as - possibilitar que a pessoa em sofrimento psíquico retornasse ao mundo exterior. Mas, ela sabia que seu método teria grande dificuldade por ser não verbal, pois, nossa sociedade privilegia a linguagem verbal. Porém, justificou-se da seguinte maneira:

Lidando com atividades manuais e expressivas, processando-se, sobretudo em nível não verbal, compreende-se que este tipo de tratamento não goze de prestígio na nossa cultura tão deslumbrada

pelas elucubrações do pensamento racional e tão fascinada pelo verbo (SILVEIRA, 1981, p. 66).

O fato é que mesmo a sociedade privilegiando o discurso, ela preocupou-se em fundamentar teoricamente seu método e foi nos livros de Bleuler, H. Simon, Freud, Jung, Kraepelin, K. Schneider e P. Sivadon que pôde ampliar seus horizontes. Contudo, isso não foi o suficiente para que ela se satisfizesse.

A psiquiatra rebelde - Dr^a Nise - não desiste de seus estudos e adota a palavra “emoção de lidar” como substituto da terapêutica ocupacional. A nova palavra havia sido criada por um de seus clientes da Casa das Palmeiras ao manusear a lã, na atividade de artes aplicadas para criar um gato. Depois de sua criação ele escreveu: “Gato, simplesmente Angorá do mato, azul olhos nariz cinza Gato marrom Orelha castanho macho Agora rapidez Emoção de Lidar” (QUATERNIO, 2001, p. 24).

A palavra emoção de lidar, segundo Quaternio (2001, p. 24), reflete a emoção provocada pelo manuseio de um material da atividade que é “[...] uma das condições essenciais para a eficácia do tratamento”. Nesse contexto podemos observar a importância das atividades e seu caráter que não oprime o/a usuário/a com eletrochoque e muito menos os/as obriga a produzir nas atividades. Por mais que o ambiente da instituição seja acolhedor e facilite a interação com as atividades, o/a usuário/a quando não se sente a vontade para produzir algo, ele/a simplesmente participa observando, afinal, observar também é participar. O outro método de tratamento abordado é o “Afeto catalisador” que pode ser compreendido a partir da análise da Dr^a Nise quando diz:

Entre o pessoal que tem contato com o doente: médicos, enfermeiros, monitores de terapêutica ocupacional, há também os catalisadores e os inibidores. Sem dúvida o mesmo indivíduo poderá funcionar como catalisador para uma pessoa e inibidor para outra (SILVEIRA, 1981, p. 69).

O catalisador serve como estímulo ou mesmo como uma ponte que auxilia a pessoa em sofrimento mental a tomar contato com o mundo exterior. Catalisar é segundo Quaternio (2001, p. 25) “[...] o afeto emergente da relação interpessoal para a produção nas atividades expressivas”.

A reinserção social dessas pessoas passa primeiramente por esse método, pois, permite que ela estabeleça uma relação com o/a outro/a nesse caso o/a médico/a, o/a estagiário/a (pessoas que trabalham na instituição) enfim, quem ela conseguir ter afinidade e confiança. Posteriormente, estende-se a relação para o ambiente ao seu redor e para outras pessoas. A partir daí, o/a usuário/a não se limita ao/a profissional, agora

percebe o mundo que o/a cerca, amplia seus horizontes e se reinsere na sociedade. Como resultado desse processo tem-se o baixíssimo número de reinternações dos/as usuários/as da Casa das Palmeiras em hospitais psiquiátricos.

A Psicologia de Jung¹⁵ também é um método fundamental no tratamento da pessoa em sofrimento mental. Tanto Jung como a Dr^a Nise eram médico/a psiquiatras e se voltaram a pesquisar o que se passava no interior do/a esquizofrênico/a ao contrário de muitos psiquiatras ele/ela não se limitaram a diagnósticos, sintomas e estatísticas. Jung relata sua experiência profissional em Quaternio:

Através de meu trabalho com os pacientes, eu percebi que ideias paranóides e alucinações contêm um germe de significado. Uma personalidade, uma história de vida, um padrão de esperanças e desejos existe por trás da psicose. A falta é nossa se nós não os entendemos. No fundo nós não descobrimos nada de novo e de desconhecido no mentalmente doente; ou melhor, nós encontramos o substrato de suas próprias naturezas (QUATERNIO, 2001, p. 26)

Por detrás das alucinações, Jung assim como a Dr^a Nise encontraram significados para a vivência do/a esquizofrênico/a. A partir do estudo da mitologia Dr^a Nise pôde perceber com mais clareza a “linguagem do inconsciente” que se mostrava por imagens, sonhos, símbolos e arte.

Enfim, a Casa das Palmeiras possui esses três métodos fundamentais de tratamento criados pela Dr^a Nise (Terapêutica Ocupacional, Afeto Catalisador e Psicologia de Jung). Os referidos métodos podem ser visualizados nas atividades e nos ateliês que são direcionados às pessoas em sofrimento psíquico.

Buscamos com isso, definir com palavras-chaves o que é a Casa das Palmeiras. Para se chegar a essa definição estudamos, pesquisamos, vivenciamos o espaço institucional e chegamos à conclusão: A Casa das Palmeiras é história, legado, revolução psiquiátrica, pioneirismo, método próprio, emoção de lidar, afeto catalisador, psicologia de Jung tudo isso transformado em ateliês e atividades de pintura, modelagem, xilogravura, colagem, tapeçaria, arranjo floral, música, mitos e contos de fada, teatro, baile, poesia, grupo cultural, jornal arauto, passeios, festas, clube caralâmpia. Em uma única frase: “é um pequeno território livre” segundo a Dr^a Nise.

¹⁵ A psicologia de Jung será abordada de forma sucinta nesse tópico, pois o intuito dessa pesquisa é demonstrar os métodos fundamentais de tratamento desenvolvidos pela Dr^a Nise.

Vamos abordar todas as atividades e ateliês existentes na instituição a fim de visualizarmos as propostas de cada uma delas, para isso utilizaremos imagens como complemento.

O primeiro a ser citado é o ateliê de **pintura e desenho** que está localizado no segundo andar da Instituição. Ele é composto por uma mesa longa e coletiva, quatro mesas individuais para os/as usuários/as que preferem sentar sozinhos/as e três cavaletes para quem demonstra interesse pela pintura. Este é o ateliê mais solicitado, recebendo uma média de seis a doze usuários/as dependendo do dia. Há aqueles/as que permanecem apenas neste ateliê e outros/as que circulam entre as demais atividades que ocorrem no mesmo horário geralmente de 13h às 15:30h.

A Casa das Palmeiras dispõe de certa variedade de materiais, dentre lápis de cor, caneta colorida, giz de cera, pastel oleoso, pastel seco e grafite, destinados ao desenho; tinta guache, pincéis variados e aventais, destinados à pintura. A escolha do material utilizado é livre, só ocorre orientação da equipe em relação ao tipo de papel utilizado, sendo papéis mais grossos destinados geralmente à pintura. O aumento da produção ocorre geralmente quando chegam novos materiais como caneta colorida, pastel oleoso, giz de cera, bem como a procura por tipos e cores diferenciados de papéis.

Com relação ao modo que a produção se dá, há alguns/as usuários/as que passam um longo período em um só desenho ou pintura. Há ainda aqueles/as que fazem cerca de vinte desenhos em série. Alguns/as preferem a pintura, outros/as preferem utilizar o ateliê para escrever e ainda há os/as que preferem desenhar (COSTA, Cketherin, 2012 c).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

A atividade de **modelagem** localiza-se na área externa (varanda coberta), com ampla mesa para trabalho, ferramentas distintas para manuseio do barro, pincéis e tintas de variadas cores para pintura. Após a secagem das obras, a pintura é uma escolha do/a usuário/a, alguns/as preferem deixá-las sem pintar. Há um grande número de obras produzidas. Algumas peças possuem altíssima qualidade, podendo ser consideradas obra de arte.

O funcionamento da modelagem é de segunda à sexta, no horário de 13h às 15h30, após este horário, ocorre o intervalo para o lanche e em seguida, as atividades coletivas de cada dia.

A riqueza e diversidade das peças produzidas é bastante interessante, desenvolvendo cada usuário/a seu estilo próprio e característico, tanto em relação à

técnica quanto à temática das peças. As obras finalizadas ficam expostas no próprio ateliê.

No Ateliê contém compartimento com o nome de cada usuário/a e quando é feita a troca dos materiais expostos, estes são armazenados como material de estudo. É feita no Ateliê a reciclagem do barro. Este processo é realizado normalmente com resíduos de trabalhos de estagiários/as, colaboradores e peças que estiverem danificadas (quebradas) com autorização do/a usuário/a que produziu.

O estímulo ao silêncio no Ateliê é constantemente trabalhado, não há interferências e nem se dá opiniões, deixando o/a usuário/a livre e concentrado/a para o processo espontâneo de criação. Os/as estagiários/as de psicologia, durante a produção, observam as reações emocionais transmitidas e auxiliam os/as usuários/as a elaborar suas questões internas.

A modelagem permite ao/a usuário/a dar forma a essas emoções que tomam conta do seu interior. As obras são de grande valor de estudo e pesquisa, fazendo parte do prontuário do/a usuário/a, uma vez que são como um livro vivo de material plástico, simbólico indicando o que acontece no mundo interno e externo da vida dos seus/as frequentadores/as. Mesmo os/as usuários/as mais regredidos/as quando manuseiam o barro, observa-se a emoção nas expressões físicas. Este trabalho com o barro vai despotencializando as tensões internas (MAIA; BRITZ; RIBEIRO, 2012).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

A atividade de **xilogravura** fica localizada no 2º andar da instituição numa ampla sala arejada, com estantes onde estão guardadas as matrizes de madeira com o nome de cada usuário/a. Numa grande mesa ficam colocadas madeiras, cortadas em pequenos tamanhos, para serem talhadas com vários tipos de goivas.

As imagens quando impressas, em papéis especiais, surgem em dimensões que se possibilita ver onde a madeira foi talhada em sua profundidade. As gravuras são, quando necessário, objeto de pesquisa e estudo nas supervisões semanais. Os/as usuários/as se mantêm concentrados/as e cuidadosos/as na execução desta atividade, mais solicitada pelos homens. Ao trabalhar demonstraram tensões na expressão do rosto e satisfação em manusear as goivas ao fincá-las na madeira, observando sempre os cortes com toda a atenção. Esta atividade requer muitos cuidados, pois, envolve objetos cortantes (PIRES, 2012 a).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

A **colagem** é realizada no segundo andar ao lado do ateliê de pintura, nessa atividade o/a usuário/a possui jornal, revistas e papéis de diferentes modelos e cores podendo também escrever algo juntamente com a colagem que foi produzida. Para que essa atividade ocorra, o ambiente precisa ser acolhedor e silencioso propiciando a concentração para que possam expressar as imagens do inconsciente.

Vale lembrar que o caráter do que é desenhado, pintado ou escrito não tem fins artísticos, apenas expressivos, com isso não tem interferências da equipe quanto ao conteúdo do trabalho ou quanto à estética, pelo contrário, o trabalho da equipe é o de ajudar a lidar com a angústia que alguns/as sentem ao achar seu trabalho inferior ao de outros/as, lembrando que o importante ali é expressar-se. Esta atitude cooperativa se trata do afeto catalisador que permite um acolhimento para a expressão e projeção dos conteúdos inconscientes, que tem fins terapêuticos (COSTA, Cketherin, 2012 b).

Finalizados, os trabalhos são arquivados, em pastas, ou gavetas muitas vezes pelo/a estagiário/a ou até mesmo pelos/as usuários/as mais independentes que queiram guardar seus próprios trabalhos. Os trabalhos são expostos nas paredes do ateliê ou no salão central, o que muitas vezes é pedido pelo/a usuário/a. Uma vez arquivados, os

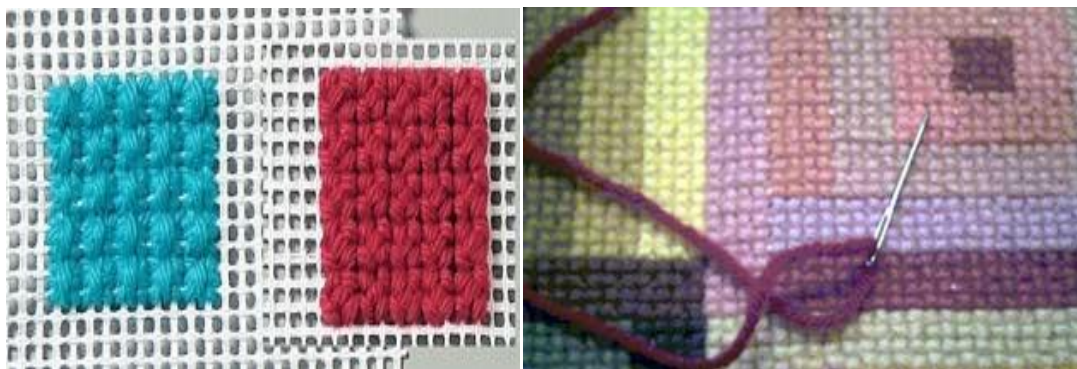
trabalhos são utilizados para estudo, em supervisão como história viva de cada usuário/a desde a época que entrou na Instituição até o dado momento (COSTA, Cketherin, 2012 b).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

O ateliê de **tapeçaria** mais conhecido por artes aplicadas também é localizado no segundo andar e utilizam-se vários materiais como: lãs e linhas de diferentes espessuras e cores, telas para bordados, diversas peças para a confecção de bijuterias, tecidos para produzir, toalhas de mesa, bonecos, sacolas e outros enfeites que os/as usuários/as desejem criar. Os trabalhos produzidos em geral são: bijuterias, crochê, tricô, bordados em telas e tecidos. Não é utilizado modelo de revista para bordar, a criação é espontânea e reflete os conteúdos do inconsciente do/a criador/a. Estes trabalhos ajudam a reduzir o nível de ansiedade e ajuda a se relacionar em grupo. A frequência nesse ateliê é em média de oito usuários/as por dia tanto do sexo feminino como do sexo masculino.

Os trabalhos de artes aplicadas podem ser expostos na decoração do ateliê e nos eventos festivos da Casa das Palmeiras, conforme a autorização do/a usuário/a. O silêncio no ateliê é fundamental para que cada usuário/a possa expressar sua criatividade. O tempo de execução de cada trabalho depende do ritmo próprio de cada usuário/a. Uns/as conseguem iniciar e terminar no mesmo dia, outros/as necessitam de um tempo maior. É observado nessa atividade a forma como cada frequentador/a executa o seu trabalho e o material de sua preferência. Todas as observações são devidamente anotadas, relatadas e discutidas no final do expediente com a equipe técnica, com objetivo de acompanhar o tratamento terapêutico (COSTA, Terezinha, 2012 b).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

O **arranjo floral** ocorre quinzenalmente às segundas-feiras no horário de 14h30 as 15h15, no salão principal da instituição, contando com a presença de cerca de 5 à 12 usuários/as. O grupo se reúne ao redor de mesas onde estão dispostos diversos jarros de formas e cores variadas nos quais usuários/as e equipe confeccionam seus arranjos. Ao iniciar a atividade em geral realiza-se uma votação para a escolha de um tema que irá nortear a confecção dos arranjos e tentar exprimi-lo através das flores. Pode-se também fazer a atividade livremente sem um tema específico. Muitas vezes, mesmo a maioria escolhendo um tema, há alguns/as que preferem escrever sobre o que lhe vem à mente.

Os/as usuários/as montam seus arranjos livremente, escrevem algo que queiram em um papel e anexam seu escrito ao arranjo. Depois que todos/as terminam de confeccionar seus jarros e escritos, cada um faz a leitura e apresentação do arranjo aos/as demais que podem fazer comentários e elogiar ou não o que foi apresentado. Finalizada a leitura de todos os escritos e mostra dos arranjos, pode oferecê-los a alguém ou utilizá-los para decorar a casa.

É importante que a equipe tente manter o espaço acolhedor para que seja possível a livre expressão. Nesta atividade a equipe também auxilia a cortar os caules, colocar água nos jarros, oferecer papel e caneta para os escritos, assim como fita crepe para anexá-los aos jarros. O objetivo dessa atividade é “[...] proporcionar um espaço onde através do simbolismo das flores, se possam expressar emoções e afetos” (COSTA, Cketherin, 2012, p.1 a).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

O **teatro** ocorre às quintas-feiras, das 16h às 17h30. Essa atividade consiste numa ferramenta de expressões pessoais e coletivas de cada participante, “[...] permitindo então o surgimento de imagens e questões arraigadas no mais profundo inconsciente, estimulando e facilitando processos terapêuticos e seus efeitos” (GOIS, 2012, p.1).

No segundo momento, ocorrem os jogos teatrais que proporcionam além do estímulo criativo, a socialização, a despotencialização de algumas cargas emocionais. Através desses jogos, “[...] trabalha-se a busca e o reforço das próprias individualidades e o modo como elas podem se inserir com suas particularidades em atitude de soma à coletividade sem destituir-se a si mesma [...]” (GOIS, 2012, p.1).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

A atividade de **música** ocorre às terças-feiras a partir das 15h30 no salão central da instituição. Os/as usuários/as se organizam em roda com cadeiras e mesas ao meio, os instrumentos (violão, flauta, pandeiro e outros) são postos ao centro. Para eles/as segundo Costa, Durval (2012, p.1) “[...] a atividade possibilita vivenciar uma experiência de catarse ou mesmo de criação”. Alguns/as usuários/as que antes não conseguiam interagir com o grupo, na atividade de musicoterapia, vão estreitando os vínculos afetivos.



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

Os **contos de fada** ocorrem todas as quintas-feiras com duração de 50 minutos e com média de dez usuários/as. No decorrer da leitura do conto, eles/as fazem comentários sobre os sentimentos despertados, que podem ser transformados em frases e poemas, ou desenhos sobre a história. Os contos “[...] auxiliam a trabalhar a memória, a lidar com suas limitações e os encorajam nas tomadas de decisões” (PEREIRA; FRAVOLINE, 2012, p. 1).

O **baile** acontece sempre às sextas-feiras das 16h às 17h30. O objetivo dessa atividade é trabalhar a expressão corporal de cada usuário/a propiciando o entrosamento com a equipe (PESSOA, 2012).

A **poesia** ocorre uma vez ao mês sempre nas quartas-feiras. A proposta da atividade é escolher um/a poeta consagrado/a para se estudar, o coordenador começa lendo a biografia do/a autor/a escolhido/a e faz comentários incentivando a participação dos/as presentes.

As poesias são lidas pelos/as usuários/as e demais membros da equipe. Uma palavra ou um trecho de um poema é escolhido para que cada usuário/a faça um poema, depois de pronto são compartilhados (BASTOS, 2012).



(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

O **grupo cultural** acontece todas as quartas-feiras de 16h às 17 h, é proposto um tema com exposição breve sobre o assunto, seguida de conversa e expressão livre como desenhos ou escritas. Essa atividade visa estimular a memória e organizar as ideias sobre diversos assuntos que são trabalhados (TAVARES, 2012).

O **jornal arauto** ocorre toda terceira segunda-feira de cada mês de 16h as 17h30. Acontece no salão central da instituição, forma-se uma grande roda com mesas e cadeiras para facilitar a interação do grupo. O jornal tem como função a apresentação para amigos/as e familiares dos/as usuários/as, o conteúdo exposto fica a critério deles/as, em geral são colocados poesias, textos construídos coletivamente e individualmente, fotografias do passeio mensal, e das atividades institucionais, também são comunicados sobre mudanças na instituição.

A produção do jornal é feita quatro vezes ao ano, de acordo com cada estação (primavera, verão, outono e inverno). Funciona como um mecanismo de expressão para os/as usuários/as, pois, os/as dá voz, os/as deixa livres para construir o jornal de acordo com seus interesses (SILVA, Leandro 2012).



O ARAUTO

"Um dos remédios da Casa das Palmeiras."

José Bastos



Edição de Inverno

Jornal da Casa das Palmeiras,
Rio de Janeiro, Junho de 2013.

(imagens disponíveis em <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br>)

O **passeio** se realiza na última quarta-feira de cada mês, o local é decidido pelos/as usuários/as e se faz na atividade do clube caralâmpia que se realiza toda primeira segunda-feira do mês.

A saída do grupo no dia do passeio é da instituição. É mapeado como chegar ao local via ônibus ou metrô. No retorno os/as usuários/as vão direto para as suas residências, são poucos/as que retornam com a equipe para a instituição. A função dessa atividade é ampliar os horizontes e trabalhar a reinserção social. Se tratando de usuários/as que por anos encontravam-se nas enfermarias de hospitais psiquiátricos essa atividade se propôs a tentar fazer a ponte entre usuário/a e sociedade (MARTINS, 2012).

As **festas** são geralmente bastante aguardadas pelos/as usuários/as, pelas famílias e pela equipe. São organizadas quatro festas (a da Páscoa, a Junina, a Primavera e a do Natal) que são abertas aos/as que quiserem conhecer a instituição, a maioria são amigos/as de estagiários/as, de profissionais ou mesmo pessoas que conheceram a Dr^a Nise.

As festas ocorrem no salão central que é decorado com ornamentos típicos de cada comemoração. A equipe se mobiliza com antecedência para confeccionar e organizar os enfeites, as decorações, as peças teatrais, o coral, as apresentações individuais entre outras. Os convites da festa são elaborados pelos/as usuários/as nos ateliês. O objetivo

da festa é promover a interação entre usuários/as, familiares e equipe assim como divulgar o trabalho deles/as realizados nos ateliês (ENGIEL, 2012).

O **clube caralâmpia** ocorre na primeira segunda-feira de cada mês desde 1961, tem por objetivo dar voz a cada participante em suas questões pessoais, propostas ou reclamações institucionais e também visa promover maior aproximação entre todas as pessoas da instituição.

Cadeiras são colocadas em círculo, usuário/a e equipe formam uma roda. Logo no início, o grupo presente escolhe um/a Presidente para coordenar os trabalhos da mesa e um/a Secretário/a para a feitura das atas referentes aos assuntos que serão abordados. O Presidente é sempre um/a usuário/a e o/a Secretário/a geralmente alguém da equipe. Assim que são escolhidos, recebem aplausos, sempre há democracia nas escolhas, de mês para mês, de tal maneira que todos/as possam ter oportunidade de conduzir os trabalhos.

Na parede fica um quadro com uma caneta *pilot* para quem desejar escrever/anotar suas solicitações. Seguido a norma, os assuntos são colocados em ordem numérica. Formada a Assembléia cada um por sua vez poderá expressar suas ideias. As reuniões se iniciam e terminam, tradicionalmente com o canto do Hino do Clube Caralâmpia juntamente com um entusiasmado baterem de palmas (PIRES, 2012 c).

HINO DO CLUBE CARALÂMPIA

(Autor desconhecido)

Na nossa bandeira
Tem balança tem palmeira
Tem o sol pra iluminar
Nossa estrada a vida inteira

Trá lá lá
Nossa estrada a vida inteira

Vamos, vamos minha gente
Fazer nossa reunião
Presidente é o primeiro
Secretário agüenta mão

Trá lá lá
Secretário agüenta mão

Se você for o terceiro

Peço me dar atenção
Que eu também quero falar
Dar a minha opinião

Trá lá lá
Dar a minha opinião

Pois o Clube Caralâmpia
Todo mundo tem razão
Mas só vence a sugestão
Quem tiver mais votação

Trá lá lá
Quem tiver mais votação

Batam palmas companheiros
Acabou a discussão
Pois o Clube caralâmpia
Todo mundo é campeão

Trá lá lá
Todo mundo é campeão

2.2 A Dimensão Estética de Herbert Marcuse e a Metodologia de Nise da Silveira

As atividades terapêuticas retratadas pela Dr^a Nise, embora não revelassem que as pinturas realizadas pelos/as usuários/as em sofrimento mental eram artísticas, mas terapêuticas, elas apresentavam em alguns casos, forte rigor artístico. Isto se atesta, sobretudo, no fato de que alguns/as usuários/as que conheceram o trabalho da Dr^a. Nise, ganharam destaque no mundo da arte¹⁶ – como é o caso de Fernando Diniz, Adelina Gomes, Darcílio Lima entre outros/as – (MELLO, 2014). Mas, independentemente disto, o fato é que essas “técnicas artísticas” tanto se relacionavam com acontecimentos sociais, quanto com os conteúdos internos. Os acontecimentos sociais, por sua vez, expressos em formas artísticas serão discutidos aqui através da dimensão estética de Marcuse.

Marcuse é um pensador alemão, da Escola de Frankfurt, a qual partilha e estuda as ideias de Karl Marx. Ele se utiliza da estética marxista como base para entender o

¹⁶ Assim como alguns/as usuários/as que se dedicaram as atividades artísticas coordenadas pela Dr^a Nise acabaram se consagrando no meio artístico. Arthur Bispo do Rosário que era usuário da Colônia Juliano Moreira também teve uma trajetória artística que o consagrou como artista contemporâneo.

papel da arte (literatura, música, artes visuais) na sociedade. Mas, há aqui um detalhe: ele é um marxista, que critica o lado mais ortodoxo que se faz da obra de Marx, especialmente o que é realizado pela estética stalinista da antiga União Soviética (Marcuse, 1969). Dentre os vários exemplos, a propósito, vejamos um que se ressaltava contra essa leitura ortodoxa em sua obra: “[...] A obra de arte representa os interesses e a visão do mundo de determinadas classes sociais de um modo mais ou menos preciso” (MARCUSE, 1986 p. 11).

Como se vê, para Marcuse, debruçar-nos sobre a questão da arte e de seu papel frente aos poderes constituídos é nos depararmos com um processo que se opõe ao capitalismo, mas também contra todo tipo de autoritarismo, seja ele de direita - refere-se ao nazismo -, seja ele maquiado de esquerda - refere-se ao stalinismo -. Para Marcuse, independe das relações sociais predominantes, o fato é que a arte por si mesma pode retratar o seu potencial político e de criar rupturas, inclusive em uma sociedade classista e injusta como é a do atual capitalismo globalizado.

A arte não tem seu posicionamento na neutralidade, pelo contrário ela questiona as relações sociais e as supera. Em suma, como Marcuse e outros pensadores, os quais, adeptos das ideias marxistas, partilham do entendimento que a história não tem um ponto final, a arte tem uma estética que sempre estará a favor do homem/mulher e contra toda a tirania que queria subjugar-lo/a. Uma vez que ela existe e existirá, em todos os momentos históricos, para subverter a ordem dominante.

Essa contribuição de Marcuse sobre a arte nos remete aos pensamentos da Dr^a Nise que rompe com a psiquiatria tradicional, pois pretende meramente diagnosticar, catalogar e medicalizar a diferença, inclusive social, para “adaptá-la” ao saber e aos interesses dominantes. Sim, tudo isto sendo feito em nome da saúde e/ou do combate à doença. Obviamente o pensamento da Dr^a. Nise contesta esse modelo, e subverte o padrão dominante com o método da terapêutica ocupacional, o qual “[...] os agentes terapêuticos seriam a pintura, modelagem, música, trabalhos artesanais etc.”. (QUATERNIO, 2001, p. 24)

Assim como a metodologia da Dr^a Nise, subversiva e revolucionária, a arte também possui esse potencial, quando vai além do que está posto, ousa em mudar as técnicas, estilos e quase como um jogo acerta certo o alvo do está por vir. Como na derrocada do capitalismo monopolista, a arte se antecipou e retratou nas suas obras expressionistas e surrealistas a ruína dos monopólios.

Na obra do pintor surrealista Salvador Dalí, intitulada “A face da Guerra”¹⁷, é possível perceber o drama vivido em um período de Guerra, com escassez de alimentos e falta de água, ambos possíveis de identificar, pois, na obra aparece o deserto com uma imagem de um cadáver já decomposto. O cenário anuncia a miséria e a morte, mas também a decadência do sistema capitalista monopolista que embora fizesse crescer a indústria e a produção veio a falir pela falha na administração. Decerto que, a arte expressa nessa obra nos provoca, nos faz contestar, com isso, nos desperta o que Marcuse (1986) propõe ser a revolução da arte, sair da inércia e nos colocar a frente como sujeitos capazes de romper com a ordem social retrógrada. Mesmo que não dê para mudar o mundo em um dia, há sujeitos que mudaram seus conceitos e esses sujeitos juntos com mais sujeitos aos poucos poderão mudar o mundo.

Tanto na obra de Dalí quanto nas imagens produzidas pelos/as usuários/as de saúde mental da Casa das Palmeiras é possível perceber as questões relacionadas à opressão, à ausência de liberdade, à miséria, entre outras. Marcuse (1986) não se reduz a mera descrição da imagem, da obra, ele pontua que pra além da descrição, a arte retratada deve transcender. Nas imagens das pessoas em sofrimento psíquico essa transcendência poderia vir por meio da garantia dos direitos sociais.

Um exemplo desse processo: uma usuária desenhou um auto-retrato¹⁸ com dois fetos que estavam ligados ao cordão umbilical, a expressão da face do desenho demonstrava aparência tristonha e esses fetos pareciam estar dentro da placenta, porém, fora da barriga e ainda ligados ao cordão umbilical. Essa imagem foi apresentada na supervisão de equipe. Alguns dias após, a mesma usuária solicitou atendimento com o Serviço Social e relatou estar preocupada com seus dois filhos, um porque estava pensando em se matar por conta de não conseguir mais trabalhar e o outro porque estava internado em uma clínica psiquiátrica em Minas Gerais e há anos não conseguia ir visitá-lo, acrescentou ainda que seu maior desejo era estar com seus dois filhos. A imagem no papel demonstra o discurso da usuária nitidamente retratando o sofrimento, a angústia e a distância dos filhos. A transcendência da arte proposta pelo autor, nesse caso, ocorreu de forma que o Serviço Social percebeu a importância de garantir a visita da usuária à clínica onde se encontra o filho. Foi através dos telefonemas para os familiares que foi possível articular a visita, a qual proporcionou bons resultados como: o maior entrosamento dos familiares com a equipe, isso facilita pois o/a Assistente

¹⁷ Ver imagem em anexo 1

¹⁸ Ver imagem em anexo 2

Social pode conseguir mediações que pode vir a garantir direitos para a usuária e estreitou os laços da usuária com o filho, etc. E em relação ao seu outro filho o Serviço Social entrou em contato com ele e marcou um atendimento, o rapaz foi à instituição e relatou estar sem vontade de viver, pois não conseguia trabalhar e quando tentava arrumar um trabalho não conseguia ficar por muito tempo, pois sentia-se angustiado e não conseguia fazer amizade. Depois do relato foi perguntado se ele gostaria de trabalhar essas questões com um psicólogo/a, o rapaz demonstrou interesse e então foi feito o encaminhamento para uma psicóloga que por ventura já havia trabalhado na instituição.

A arte vai representar para cada sociedade um ponto de vista, pois há de se considerar os processos históricos e trans-históricos, as condições sociais e a opressão. A arte nos países Árabes não é mesma que no Brasil, o cenário é diferente, a opressão é vivenciada de forma diferente. No Brasil as mulheres não usam burca, mas se vestem roupas muito curtas sentem a opressão machista. Nesses outros países existem guerras armadas por disputa de território, riquezas minerais, religião etc. Já no Brasil o confronto existe, porém, é mais “velado”, ocorrem nas comunidades entre o aparato repressivo do Estado - a polícia - e aqueles/as que são vulgarmente chamados de “bandidos”. O conflito é a ocupação da polícia nas comunidades e o combate ao tráfico de drogas e de armas.

Contudo, a arte como representação da realidade e, sobretudo quando for discutida pela concepção da estética soviética, paradoxalmente, não será revolucionária. Ao contrário, aqui, sob essa concepção, a arte que, em tese, traz à tona seu potencial disruptor, acaba perdendo-o, pois, no fundamental, defende o discurso do mero enquadre a uma ordem. Está, mesmo falando em nome do dito socialismo stalinista, reduz o/a homem/mulher a uma caricatura de si mesmo/a, já que quer eliminar dele/a todo/a e qualquer ruído de subjetividade.

Enfim, diante deste quadro, para desvelar, melhor discutir, essas e outras lacunas estética, as quais surgem à tona a partir da perspectiva soviética, baseando-nos em Marcuse (1969), faz-se necessário esclarecer: 1º) a estética marxista, seja ela baseada em Marcuse ou em outros autores, tais como Lukács, Benjamin e outros, não é sinônima e nem se reduz a estética apregoada pelo marxismo soviético. 2º) A estética soviética, ao ter a pretensão de instituir uma estética dita realista, banindo todo tipo de produção de subjetividade, a partir do stalinismo, na realidade, não só ficou na contra mão da arte de então, como também cometeu o equívoco de se apresentar com as características de

uma “ciência comportamental”, contraditoriamente, tal fato colocou essa “estética soviética” bem próxima do behaviorismo em voga à época¹⁹.

Além disso, por trás dessa suposta ciência comportamental, segundo Marcuse (1969, 1986), entre outros problemas, há um reducionismo na arte em nome de uma mera ideologização, a qual, caso se quisesse de fato aumentar adeptos para as causas socialistas, tal procedimento acaba atingindo objetivos contrários. Em outras palavras, para a estética soviética, à época, só seria designado como arte, os procedimentos que falassem sobre o trabalhador em suas lutas de classe. Isto se traduziria, antes de tudo, pelo fato de que se mostrasse esse trabalhador no “chão” das fábricas, bem como o mostrasse exclusivamente os problemas daí decorrentes apenas deste prisma. Enfim, tudo aquilo que fugisse a tal padronização, tudo aquilo que fugisse desse “chão” ou dos problemas decorrentes do contexto de quem usasse o “macacão” das fábricas, era simplesmente acusado de estar capturado pelo subjetivismo burguês. Este era o padrão a ser copiado pelos/as artistas plásticos/as, pelos/as teatrólogos/as, pelos/as literatos/as.

Assim, sob tal simplismo, como se pode observar, ficavam de fora a obra de Kafka, os romances de Balzac, a obra de Dostoiévski, só para ficar em alguns exemplos. Sim, tais obras, tratando de questões existenciais do dia a dia do/a homem/mulher, como não falavam e nem adotavam uma linguagem objetiva desse “chão”, eram acusadas não só de defenderem os ruídos da subjetividade, mas também de serem contra-revolucionárias.

A verdade é que o Partido Bolchevista e a Revolução Bolchevista se desenvolveram dentro dos princípios marxistas; por sua vez a reconstrução stalinista da sociedade soviética se fez toda por base (o suposto) leninismo, o qual era uma interpretação específica da teoria e da prática marxista. Desta forma, a ideologia se tornou uma parte

¹⁹ Segundo o historiador Hobsbawm (2011), foi em função desses e de outros simplismos do domínio stalinista, que muitos artistas e intelectuais não só romperam, como também tiveram dificuldades em aceitar o marxismo. Sim, continua o historiador, se o advento da Revolução Russa, em 1917, trouxe praticamente uma nova aurora para o pensamento de Marx e para as lutas em prol do socialismo, de outro lado, particularmente a partir desse domínio, infelizmente trocou-se a aurora pelo crepúsculo. Tal crepúsculo se deu tanto por essas reduções feitas na área da arte, quanto pelo tratamento dispensado aos dissidentes, os quais, ainda sendo realmente adeptos dos preceitos marxista, eram expurgados ou perseguidos apenas por discordarem dos autoritarismos daquele contexto. Daí que, diante disto, muitos passaram a confundir o pensamento de Marx e as lutas pelo socialismo com o socialismo dito soviético. Desnecessário apontar que a referida diferença só passou a ficar mais clara, pelo menos para uma grande maioria da esquerda, a partir da “Queda do Muro de Berlim”. Enfim, no Brasil existe uma pesquisa, realizado por Leandro Konder que aponta que o stalinismo, bem como essa “Queda”, além de ter sido um soco no estomago ao corpo como um todo da esquerda mundial, foi também uma derrota da dialética. Mas, um detalhe: esta derrota não é a morte dela, pois foi derrota não a dialética marxista propriamente dita, mas de uma leitura autoritária sobre ela, sob os auspícios de Stalin (Konder, 1989).

decisiva da realidade, mesmo que tenha sido usada apenas como instrumento de dominação (Marcuse, 1969, p. 21).

Obviamente, Marcuse acreditava na organização da classe trabalhadora, no embate das lutas de classe, sobretudo, com o intuito de que se criassem condições para a ruptura social em prol do socialismo. Mas ele não concordava com tais simplismos, os quais, independentemente das boas intenções, tratava de uma ideologização autoritária. Apresentando de outro modo, além de discordar disto, Marcuse (1976) vai defender que a arte não faz a revolução, mas, antes de tudo, ela colabora com todo um trabalho sobre as consciências a fim de que, indiretamente, o processo revolucionário possa eclodir. Diante disto, esse trabalho em prol do processo revolucionário, deve contar com obras que trabalhem essa consciência histórica, a qual tem um aspecto material, mas também um subjetivo. Daí que obras como as de Dostoiévski, Balzac, Kafka, entre outras, podem dar uma relevante contribuição.

A questão da estética, para Marcuse, é que a arte pode fazer um trabalho em prol da consciência histórica do/a homem/mulher, inclusive a trabalhando a partir de sua subjetividade, principalmente porque ela sempre se colocará ao lado dele e contra os autoritarismos vigentes, seja do autoritarismo do capitalismo, seja do autoritarismo do dito socialismo stalinista.

Nesse sentido, nas pinturas realizadas pelas pessoas em sofrimento mental, é de certa forma exposta a realidade vivida que tanto pode ser os acontecimentos que vão se relacionar com o jugo que a pessoa vive com a ordem vigente burguesa, bem como, quiçá estivessem vivendo sob um dos Gulag da extinta União Soviética, seguindo aqui a esteira do pensamento de Marcuse.

Mas, há aqui também uma ponte do pensamento marcuseano com o trabalho da Dr^a. Nise. Em outras palavras, no trabalho da Dr^a Nise, como se pode observar, há também que se levar em conta as questões de subjetividades, as quais, entrelaçadas com a arte, poderão produzir rupturas a favor do sujeito. Rupturas, sobretudo, no sentido de que, trabalhando sua consciência, ou melhor, trabalhando seus conteúdos inconscientes, estes encontrarão uma forma de expressão artística e, a partir de tal trincheira, vindo à tona, através do “barro”, do teatro, da pintura, da colagem, da escrita, ajudarão esse sujeito a vencer o jugo da opressão social. Obviamente, tal “opressão” em cada ser humano é vivida de forma singular. Assim, alguns/as (alguns/as e não todos/as), além de serem simplesmente diagnosticados/as como psicóticos/as e se submeterem a todo um tratamento rubricado pela psiquiatria tradicional, com o trabalho da Dr^a. Nise, o

referido sintoma será uma oportunidade para que, através da arte, o/a usuário/a possa se expressar e através disto, tenhamos chances de ver como ele/a está vivenciado essa opressão. Sim, entre esses/as usuários/as, além de se recomporem e se voltarem a se tornar sujeitos de direito, eles/as se tornam artistas consagrados/as. Mas, aqui, curiosamente, principalmente para Dr^a. Nise, o mais relevante é eles/as acharem uma forma de expressão através da arte, a qual poderá ser expressa por desenhos, por exemplo, indicando as “imagens do inconsciente”. Sim, é através dessa e de outras formas de expressão artísticas que, a rigor, esses/as usuários/as aumentem suas chances de se reconstruir pelo processo de individuação.²⁰

A nosso ver, como se observa, encontra-se aqui, entre outros pontos de contato, uma das pontes entre o trabalho de Marcuse e o da Dr^a. Nise. Sim, se para Marcuse, como foi visto, a arte não faz a revolução social, mas dá elementos para que se possa trabalhar a consciência para que o próprio sujeito crie seu processo de libertação (seja ele em termos de rupturas macrossocial ou microssocial); a busca dessas formas de expressão para que venham à tona imagens do inconsciente, podem indicar aqui um processo próximo de Marcuse. Enfim, o desdobramento disso, notadamente a partir do trabalho da Dr^a Nise, do ponto de vista dos/as usuários/as gerou para eles/as mesmos/as uma oportunidade deles/as se gestarem como protagonistas de suas próprias vidas, aumentando as probabilidades de se apresentarem com autonomia, sujeitos em uma sociedade que os viam apenas destinados a serem asujeitados. De outro lado, do ponto de vista institucional, há também documentos indicando que o trabalho da Dr^a Nise cria não só uma “subjetividade rebelde”, daí ser caracterizado como “a psiquiatria rebelde”, como também é precursor do movimento de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica no Brasil (Mello, 2014).

A fim de manter seu posicionamento de desvalorização da subjetividade, a estética soviética vai fazer a defesa de uma suposta arte realista, designando-a com o que há de mais avançado e progressista sobre todos os pontos de vistas das artes até então. Na verdade, tal pressuposto é apoiado na crítica ao romantismo, pois, ainda de acordo com a referida estética, ele não transmite os pensamentos revolucionários. Como

²⁰ O processo de individuação segundo Jung “[...] não consiste num desenvolvimento linear. É um movimento de circunvolução que conduz a um novo centro psíquico”. Esse centro psíquico é o que Jung denominou de *self* (si mesmo). Indo mais além Jung diz: “Quando consciente e inconsciente vêm ordenar-se em torno do self, a personalidade completa-se. O self será o centro da personalidade total, como o ego é o centro do campo do consciente”. (Silveira, 2007, p.77)

exemplo de pintura realista, dizem esses senhores, temos “Os quebradores de pedra”²¹ de Gustave Courbet que retrata a realidade dos camponeses. Aqui, continuam, se está diante de verdadeira obra realista, pois é possível de identificar a negação da influência burguesa e do romantismo, já que só há única e exclusivamente a preocupação em espelhar a realidade vivida pela classe trabalhadora (imagem em anexo).

Já o romantismo representado na pintura de Caspar David Friedrich intitulada “Caminhante Sobre o Mar de Névoa”²², retrata um homem sozinho do alto de uma montanha observando o mar que se encontra coberto de névoa. Diferentemente do dito realismo, esse romantismo traz a subjetividade, centra-se no indivíduo, retratando as tragédias amorosas, desejos não alcançáveis, ideias utópicas. O marxismo soviético critica o romantismo por ele ser centrado no “eu” na questão individual do sujeito, pois acredita que a obra tem que promover a consciência de classe (imagem em anexo). Já Marcuse (1986) encara a arte da seguinte maneira:

[...] as qualidades radicais da arte, ou seja, a sua acusação da realidade estabelecida e a sua invocação da bela imagem da libertação baseiam-se precisamente nas dimensões em que a arte transcende a sua determinação social e se emancipa a partir do universo real do discurso e do comportamento, preservando, no entanto, a sua presença esmagadora (MARCUSE, 1986, p.19-20)

Para que se entenda a crítica de Marcuse ao dito realismo soviético, além do que já foi desenvolvido, ainda é necessário discutirmos algumas questões que aqui estão implicadas. Dentre elas, destacamos: a subjetividade do “homem unidimensional” *versus* a subjetividade rebelde; a questão da dimensão estética e o mundo de fora da unidimensionalidade; a questão da arte e o processo de rupturas permanentes da perspectiva de uma história “sem ponto final”.

A subjetividade do “homem unidimensional” *versus* a subjetividade rebelde, antes de tudo, trata-se de uma questão que pode ser debatida por dois momentos importantes. Em um primeiro momento, ela tem relação com o fato de que, já desde o fim dos anos 50 e começo dos anos 60, do século passado, além de ser crítico do dito socialismo soviético, Marcuse (1982) previu que ele viria abaixo e os Estados Unidos venceria a considerada Guerra Fria. O referido socialismo fracassaria não só devido a uma série de medidas autoritárias decorrentes do stalinismo, mas também pelo fato de

²¹ Ver imagem em anexo 3

²² Ver imagem em anexo 4

que, no fim das contas, esse suposto socialismo estava fazendo o jogo que beneficiaria a visão americana. Esta, como previu Marcuse viria a ser a preponderante, de forma que ela seria globalizada. Em outras palavras, isto implicaria no seguinte: de um lado, o capitalismo seria vitorioso porque iria impor ao mundo sua visão econômica do ponto de vista concreto. De outro, a partir disto, ele ocuparia os corações e mentes a favor da sociedade de consumo mundial: então, os indivíduos passariam a desejar, pensar, falar e querer tal modelo e suas marcas. Nesta última situação, seria o momento em que o capitalismo ocuparia a subjetividade, reproduzindo-a em “todos os lugares e em lugar algum” através das instituições sociais (família, escola, mídias, etc.). Marcuse defende que é este o capitalismo atual, o qual dita as condições materiais e subjetivas que se impõe na vida simbólica e na vida objetiva em todos os lugares, como uma espécie de modelo de vida: eis o “Homem unidimensional”. Este “modelo”, afora criar o dito consenso global em prol dos valores do capitalismo globalizado, é sinônimo também, metaforicamente falando, do “pensamento único” atual que se dissipa pelos quatros cantos do planeta, dizendo-nos: “Fora do mercado não há salvação!”

Em um segundo momento, ainda dentro dessa discussão, Marcuse se preocupa em como pensar o processo de resistência a essa “unidimensionalidade”, a qual, tanto ocupa agora os corações e mentes dos homens/mulheres, quanto os faz desejar, pensar e só ver com paixão cegante as grandes marcas comerciais e o próprio modo de vida do capitalismo globalizado. Então, ele se debruça sobre o estudo da subjetividade e da cultura, formulando entretanto não só que existe a subjetividade hegemônica que é a do capitalismo atual, mas também uma subjetividade rebelde. Esta, ainda que minoritária frente ao contexto global da unidimensionalidade, é a que nos dará chances de resistências. Em resumo, Marcuse (1977), chega a tais formulações a partir dos seguintes estudos: 1) o capitalismo institui entre nós a cultura afirmativa. Está, além de nos oferecer um cardápio de possibilidades para que sejamos mais felizes, mas imediatamente (adquirindo nossa felicidade através dos melhores carros, das roupas mais caras e bonitas; batalhando para nos transformar fisicamente e ter os melhores corpos, etc.), além disto, sugere ainda que poderemos ter a felicidade plena, principalmente se mergulharmos apenas na nossa vida interior. Obviamente, só não diz que mesmo tendo a total liberdade nessa vida interna, caso não nos organizemos e modifiquemos o mundo exterior, isto de nada valerá. 2) a resistência, segundo Marcuse, será usar da força do adversário contra ele mesmo, ou seja, criar tanto uma anti-cultura e um movimento anti-institucional ao modelo capitalista, bem como um “fora” ou um

mundo de uma subjetividade à parte, ou melhor, uma subjetividade rebelde a subjetividade unidimensional, a qual, deste lugar, se possa pensar a vida, mas contra a vida instituída.

Evidentemente, a discussão da “questão da dimensão estética e o mundo de fora da unidimensionalidade” trata disso. Aqui, visando desenvolver a resistência e a produção de uma subjetividade rebelde, Marcuse (1986) vai relacionar tal fator à dimensão estética. Esta, sob seu ponto de vista, visa principalmente se criar um “fora” para que se possa não só criticar o capitalismo à margem da unidimensionalidade citada, mas também para se trabalhar a emergência de uma consciência histórica pelo trabalho artístico.

Quanto *a questão da arte e o processo de rupturas permanentes da perspectiva de uma história “sem ponto final”*, neste particular, Marcuse (1978), quer chamar a atenção para um ponto importante na história, o qual está implicado com dois pontos anteriormente discutidos. Apresentando de outro modo, considerando que a história não tem um ponto final e não pode, a priori, ser determinada, a arte é um dos principais dispositivos que o ser humano pode e poderá sempre contar para combater os diferentes tipos de tiranias, em qualquer instante da história. Detalhe: combater as tiranias explícitas e implícitas. Se, por exemplo, diante do stalinismo, temos a obra o “Arquipélago Gulag”, de autoria de Alexander Soljenítsin, o qual não só cria um fora ao mundo hegemônico do totalitarismo daquele contexto. De outra parte, a obra de Balzac, de Kafka, de Nelson Rodrigues, entre outros, põe em xeque os valores da sociedade burguesa, a qual, ainda que se apresente a favor da liberdade na sociedade liberal, asfixiam o/a homem/mulher no seu dia a dia. Enfim, Marcuse aqui, antes de tudo quer chamar a atenção que a arte, independentemente dos regimes que poderão ser criados pelo/a homem/mulher, ela sempre criará um fora para que esse referido regime seja repensado, criticado. Sim, tal fato se dará, pois, além de o/a homem/mulher estar permanentemente sendo oprimido/a, não há regime perfeito nem um fim da história.

CAPÍTULO III

O PAPEL DA ARTE NO SERVIÇO SOCIAL

Neste capítulo abordaremos o papel da arte no Serviço Social. Será utilizado o termo “imagens do inconsciente” que é a terminologia utilizada pela Dr^a Nise quando se refere a todas as imagens sejam ela: pintura, colagem, xilogravura, desenho, modelagem tapeçaria, ou seja, o que está no alcance dos nossos olhos e mãos. Segundo a Dr^a Nise, as imagens possuem fins terapêuticos para a pessoa em sofrimento mental.

Lidando com as imagens do inconsciente, o doente pode confrontá-las e despotencializá-las da força desintegradora que elas possuem, das ameaças que encerram. Vi doentes melhorarem sem nenhum tratamento, somente modelando e pintando. (Disponível no blogspotcasadaspalmeiras em 12 de agosto de 2012)

Ainda que não fosse a intenção da Dr^a Nise considerar as imagens como arte, elas possuem potencial para serem. Segundo Marcuse (1986, p. 21), a obra artística “[...] é assim <<extraída>> do processo constante da realidade e assume um significado e uma verdade autônoma.” Ele ainda afirma que a verdade da expressão artística revela “as potencialidades reprimidas do homem e da natureza”. A Dr^a Nise talvez não expressasse exatamente o pensamento de Marcuse, porém, direcionava-o, pois assim dizia:

A linguagem plástica é uma forma de expressão. Eu não chamo de arte, nem de longe tal pretensão. Não garanto que sejam artistas os trabalhos das pessoas que freqüentam os ateliês. Não sou eu quem decide se é arte ou não. A função do trabalho não é artística, é expressiva. Atividade expressiva das emoções, dos conteúdos internos. (Disponível em blogpostcasadaspalmeiras15 de fevereiro de 2010).

Com isso, a fim de situar o conceito de imagens do inconsciente será utilizado a interpretação de Marcuse (1986) acerca da arte. Serão consideradas as imagens artísticas dos/as usuários/as da Casa das Palmeiras como arte na esteira de Marcuse, tendo em vista que elas possuem um universo subjetivo, retratando opressões, angústias, medo, ao mesmo tempo em que revelam desejos, paixões, sonhos. Nesse sentido, as imagens artísticas desenvolvidas pelos/as os/as usuários/as da Casa das Palmeiras são livres,

autônomas a não se preocuparem em transmitir valores sociais de uma classe. Ao contrário, elas transmitem a sua essência “[...] rompendo assim com a realidade social mistificada (e petrificada) e abrindo os horizontes da mudança (libertação)” (MARCUSE, 1986, p. 13).

3.1 O perfil dos (as) usuários (as) do serviço de Saúde Mental da Casa das Palmeiras

O perfil dos/as usuários/as da Casa das Palmeiras é: adultos/as em sofrimento mental em sua maioria, esquizofrênicos/as e em alguns casos bipolares, neuróticos/as graves e pessoas com depressão (esse diagnóstico se encontra no prontuário dos/as usuários/as). O diagnóstico é de menor importância, pois o intuito é trabalhar as potencialidades expressivas e a garantia dos direitos sociais.

Atualmente a instituição possui 34²³ usuários/as, sendo 27 do sexo masculino e sete do sexo feminino com idade entre 20 e 60 anos, sendo o maior quantitativo da faixa etária de 50 a 59 anos de idade correspondendo a 20 usuários/as. Além de frequentarem a Casa das Palmeiras, esses/as usuários/as fazem acompanhamento em hospitais psiquiátricos como: o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Hospital Universitário Pedro Ernesto e o Instituto Philippe Pinel; todos/as os/as usuários/as possuem um hospital de referência no qual fazem acompanhamento com médico/a psiquiatra.

A maior parte dos/as usuários/as possuem o ensino médio completo e alguns/as ensino superior. Alguns/as chegaram a atuar em suas profissões, porém, após a “crise psicótica”²⁴ foram interditados/as²⁵ pelos familiares e desde então não trabalham, com exceção de dois usuários, que trabalham na cooperativa do Instituto Philippe Pinel. Em geral os/as usuários/as residem com a família e moram próximo à instituição (Botafogo, Catete, Glória, Humaitá, Copacabana, Leblon, Ipanema e Lagoa). Há também os/as que moram na Tijuca, Niterói e Nova Iguaçu. A instituição não possui uma área de atuação, ou seja, atende usuários/as de qualquer bairro e cidade.

²³ O quantitativo de usuários/as e todas as informações que demonstrarem dados estão disponíveis nos prontuários da Casa das Palmeiras.

²⁴ Carvalho e Costa (2008, p.153) acreditam que a “crise psicótica se manifestam através da ansiedade, medo, isolamento social e desconfiança foram os pródromos identificados, e alucinação e delírio, os sintomas recorrentes”.

²⁵ Segundo Código do Processo Civil Livro IV, Título II, Capítulo VIII, Art. 1177 e 1178.

O autor Erving Goffman versa sobre esses/as usuários/as em seu livro, *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (1988), ao retratar a situação de pessoas incapazes de se confinarem aos padrões normalizadores da sociedade. São pessoas deficientes físicas e em sofrimento mental ou com qualquer outra característica que os torne, perante a sociedade, diferentes e até inferiores, e que lutam diariamente para se fortalecer e construir uma “identidade social”. Erving Goffman (1988) ainda analisa os sentimentos da pessoa estigmatizada sobre si própria e a sua relação com os/as outros/as ditos/as “normais”. E também retrata as diversas estratégias que os/as estigmatizados/as utilizam para lidar com a rejeição.

Em geral os/as usuários/as da Casa das Palmeiras sentem a rejeição, o preconceito da sociedade. Entretanto, alguns/as não deixam de ocupar os espaços e de se fazerem presentes e atuantes na sociedade. Alguns/as deles/as, por exemplo, participam de grupos ligados à saúde mental que promovem debates sobre essa temática. A instituição possui um usuário que conseguiu fazer da rejeição, do preconceito e do medo, peças teatrais que tem por objetivo desmistificar rótulos, estigmas, mito da periculosidade e a idéia de louco e loucura construída pela sociedade. Esse usuário participa de um grupo teatral vinculado ao Hospital Municipal Nise da Silveira.

Interessante citar que os/as usuários/as, em geral, possuem clareza de seu diagnóstico sabem a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e demonstram interesse em saber mais sobre seu diagnóstico, inclusive há um usuário específico que anota o que o médico psiquiatra diz no atendimento e depois pesquisa em livros e na internet. Todavia, há usuários/as ainda que possuem dificuldade em aceitar o diagnóstico ao se colocarem não como usuário/a, mas como, profissional da equipe. Sabe-se que não é fácil para esse/a usuário/a se perceber como uma pessoa que requer cuidados, que necessita de acompanhamento.

A Casa das Palmeiras não faz diagnóstico, ela recebe os diagnósticos quando o usuário/a vem encaminhado/a de outras instituições. O trabalho nesse sentido está também vinculado a como esse usuário/a se relaciona com a questão do laudo médico.

A instituição possui usuários/as engajados politicamente que participam de palestras, debates e estão integrados na luta antimanicomial, esses/as possuem o discurso organizado, estruturado e demandam mais da equipe, no caso, do Serviço Social. Eles/as possuem conhecimento sobre o trabalho exercido pelo/a profissional e tem compreensão de seus direitos sociais ao requisitarem o/a Assistente Social para

orientação. Por exemplo: o usuário tem clareza de que tem direito ao Rio Card e requisita informações como quais documentos precisa para dar entrada no cartão da passagem de ônibus, onde requerer e como chegar ao local. No caso desses usuários/as, o Serviço Social não vê a necessidade de acompanhar ao local de cadastramento pois considera que eles/as têm autonomia para irem e se o profissional o acompanha acaba tirando a autonomia deles/as.

Há também usuários/as que possuem o discurso desorganizado, tendo em vista que “a fala psicótica é, na maioria das vezes, incoerente e inadequada. Quando um esquizofrênico está delirando, ele se comporta como se *visse* ou *ouvisse* estímulos que não estão presentes” (BRITTO, 2004 disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>, acesso:10/10/14).

Para o/a Assistente Social, quando o/a usuário/a não possui a linguagem verbal organizada é possível que encontre dificuldades de entender a demanda desse /a usuário/a. Nesse sentido o/a profissional requisita um familiar a fim de conseguir entender e possivelmente atender a demanda desse usuário/a.

A instituição possui uma estreita relação com os familiares dos/as usuários/as, possuindo uma Associação de Amigos/as da Casa das Palmeiras a qual tanto os pais e as mães quanto aqueles/as que contribuem com recursos materiais e financeiros participam da Associação. O objetivo desta é discutir as questões institucionais, metodologia abordada na reabilitação dos/as usuários/as e aproximar-se dos familiares.

Em relação à visão dos/as usuários/as em relação ao Serviço Social, alguns/as pensam que o Serviço Social ajuda²⁶. Alguns/as veem o Serviço Social como meio para requisitar ajuda financeira. Para exemplificar temos um atendimento: uma senhora, mãe de um usuário, marcou atendimento com o Assistente Social e pediu 30 mil reais para agilizar seu inventário. Foi um caso isolado. No seu relato observamos que ela realmente desconhecia o papel do Assistente Social e da instituição. Vale ressaltar que a instituição é Filantrópica, ou seja, recebe doações de pessoas que conheceram o trabalho da Dr^a Nise, de familiares de alguns/as usuários/as e eventualmente de empresas. Além disso, a Casa das Palmeiras também inscreve-se em editais de captação de recursos como foi o caso de Furnas e da Petrobrás.

²⁶ Ajuda é um termo utilizado por alguns/as usuários/as, porém se olharmos a história (trajetória) da profissão podemos concluir que os/as usuários/as não estão equivocados/as, mas um olhar para a atualidade veremos que o marco histórico é outro e que o/a Assistente Social, está inserido no campo das políticas e programas sociais, e a partir disso, viabilizará os direitos sociais para que o/a usuário/a tenha acesso a bens e serviços.

De acordo com Montaña (2003), as instituições Filantrópicas, as Organizações não Governamentais (ONGs) representam o terceiro setor, sobretudo, a implementação do projeto neoliberal que acaba por desresponsabilizar o Estado de intervir no social – políticas sociais -. O resultado disso tem rebatimento não só para as instituições como para os/as profissionais em especial para o/a Assistente Social.

Sua crítica se sustenta na seguinte direção: tem-se nas políticas sociais o caminho de intervenção e transformação da realidade frente a questão social, o Estado se ausentando, transferindo sua responsabilidade para terceiros, isso provocará inflexões que conduzirá à precarização destas mesmas políticas e também do trabalho de seus agentes, aqui o assistente social. (MONTAÑO, 2003, p. 255-256)

Em relação aos/as usuários/as com o Serviço Social, percebe-se nos relatos principalmente de alguns familiares constrangimento que se explica na frase de um usuário: “Me sinto humilhado ao pedir atendimento, porque, sinto-me incapaz de gerir minha própria vida”. Este relato encontra-se no relatório do Serviço Social do ano de 2013. O/A Assistente Social atua não só na garantia de direitos como na desconstrução cotidiana do senso comum, comprometendo-se crítica, ética e politicamente com a sociedade.

De acordo com os pressupostos da PNAS (2004), o/a usuário/a e a família têm papel fundamental na intervenção profissional, que pode ser estendida aos demais vínculos sócio-afetivos. Entende-se, que os vínculos sócio-afetivos não são apenas os familiares biológicos dos/as usuário/as. Pode ser também um/a amigo/a, um/a vizinho/a e um/a profissional de referência. Desta forma, o atendimento se realiza de forma periódica com o objetivo de inclusão, articulação, restabelecimento e estruturação dos vínculos sociais e familiares que possibilitem a melhoria da qualidade de vida, em consonância com a PNAS e em articulação com as demais políticas e programas sociais.

A Casa das Palmeiras funciona de segunda a sexta-feira de 13h as 17h30. Ela está localizada no bairro de Botafogo e delimita seus/as usuários/as. Ela não atende pessoas usuárias de álcool e/ou outras drogas. Tem a sua metodologia voltada para a reabilitação psiquiátrica através da terapêutica ocupacional. Por conta da localidade da instituição, a maior parte dos/as usuários/as são moradores do bairro ou do entorno.

Os/As usuários/as que frequentam a instituição apresentam maior autonomia, uma vez que transitam em ônibus e metrô sem acompanhantes. Podemos considerar

também que o trabalho de reabilitação desenvolvido pela instituição contribuiu para essa autonomia.

Frequentemente os/as usuários/as expressam livremente como se sentem na Casa das Palmeiras, alguns/as fazem poesias, textos curtos, pinturas e modelagem. Pode-se dizer que a Casa das Palmeiras tornou-se um lugar de encontro de pessoas que buscam se expressar livremente e também visam a garantia de direitos sociais. A citação abaixo é a síntese do perfil do usuário/a da Casa das Palmeiras relatado por um usuário:

A Casa das Palmeiras é uma obra de fé. É muito fácil acreditar no homem quando ele está em pleno gozo de sua saúde, quando ele encontrou felicidade, quando é realizado, enfim, quando é um homem “cuca legal”, é muito fácil acreditar. Agora, difícil mesmo é acreditar quando ele está numa situação meio difícil, que a gente não une uma coisa com outra, então a pessoa acredita em nós assim mesmo. E na nossa situação isto é muito importante. (QUATERNIO, 2001, p. 27)

3.2 Processos de trabalho do Serviço Social: uma abordagem entre a arte e os direitos sociais

Para abordarmos os processos de trabalho do Serviço Social deve-se considerar os processos históricos da inserção da profissão na prestação de serviços de assistência as pessoas em sofrimento mental. Segundo Vieira (1985),

O Serviço Social no campo psiquiátrico iniciou-se, nos Estados Unidos, pouco depois do Serviço Social nos hospitais em [1905]. Tinha como função, no início, ajudar o paciente a se reajustar à vida normal; depois foram incluindo nas funções do assistente social o estudo do ambiente familiar e profissional e a ajuda à sua família para aceitar o doente e prepará-la a recebê-lo depois da alta. (VIEIRA, 1985, p. 67)

O Serviço Social na área de Saúde Mental teve sua inserção em Boston nos Estados Unidos em 1912. Teve sua atuação profissional arraigada a prevenção de crises e no reajuste social, lembrando-se que o momento histórico era diferente e que a inserção nesta área era nova (BISNETO, 2011).

O Serviço Social brasileiro na área da Saúde Mental não alcançou espaço logo de início nessa área, pois era ínfimo o quantitativo de profissionais. Com isso, teve que atuar vinculado a emergência do capitalismo com enfoque na assistência aos/as trabalhadores/as, pois já se falava em escassez de recursos materiais a sobrevivência

humana. As diversas nunces das refrações da “questão social” encontravam-se postas na nossa sociedade (IAMAMOTO e CARVALHO, 1998).

Segundo Bisneto (2011), há registros da data de início do Serviço Social na área de Saúde Mental no Brasil. O autor faz referência a Sabóia, (1976, p. 51) que afirma o ano de 1946 como sendo o início do Serviço Social na Saúde Mental. “No Brasil, a organização de Serviços Sociais Psiquiátricos, iniciados em 1946 [...]”.

As reformas na saúde se deram após o golpe militar de 1964, nesse período a saúde começa a trilhar rumo a sua mercantilização e os leitos em hospitais psiquiátricos crescem consideravelmente. Entretanto, para receber atendimento a pessoa devia comprovar que trabalhava (carteira de trabalho) só assim ela e sua família poderiam ser atendidos. Para aqueles/as que não possuíam trabalho restava-lhes a caridade, em geral a assistência aos pobres ficavam por conta da Igreja Católica (AMARANTE, 1994).

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS. Com isso se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de Saúde Mental. (BISNETO, 2011, p. 23)

A reforma da saúde foi o verdadeiro “golpe do Estado”, pois trouxe privatizações de hospitais e ampliou o número de clínicas privadas, ou seja, a saúde tornou-se mercadoria. A Previdência Social chegou a reservar “97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar” (AMARANTE, 1994, p. 79).

Foi em 1970 que o Serviço Social foi efetivado em hospitais psiquiátricos a partir das normas do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (BISNETO, 2011).

Com o planejamento centralizado da saúde pelo Estado foi possível se estabelecer normas (e haver a fiscalização de cumprimento da norma), como a de que todo estabelecimento psiquiátrico que cobrasse do INPS tivesse que ter assistentes sociais. Portanto, só nos anos 1970 se iniciou uma atuação quantitativamente expressiva em termos de número de assistentes sociais na área psiquiátrica. (BISNETO, 2011, p. 24)

Na década de 1940, no mesmo período, que a Dr^a Nise iniciava sua trajetória na psiquiatria surgiu os primeiros passos do Serviço Social na Saúde Mental. Na verdade ela iniciou em 1933 com a aprovação no concurso público para atuar no Hospital da Praia Vermelha. Porém, pouco tempo depois, foi presa pela polícia da ditadura Vargas por terem encontrado livros Marxistas em seus pertences. Ela somente retomou em 1944 ao serviço público em outra unidade hospitalar, no Centro Psiquiátrico Pedro II no Engenho de Dentro.

Após a constatação de que “o índice de reinternações nos hospitais do Centro Psiquiátrico Pedro II era muito alto – entre 60 e 70% dos doentes retornavam após um novo surto psicótico” (Quaternio, 2001, p. 27). A Dr^a Nise se posicionava cada vez mais contrária aos métodos praticados pela psiquiatria (violentos e sub-humanos) e se negou a aplicá-los como é o caso do eletrochoque frequentemente utilizado pela psiquiatria.

Ela em recusa a esses métodos foi transferida para o setor de terapia ocupacional que era considerada a atividade subalterna (inferior) pelos/as médicos/as. Somente o nome da atividade remetia à terapia, pois as práticas exercidas pelos/as usuários/as eram de limpeza e manutenção. Dr^a Nise reverteu esse quadro e logo substituiu as vassouras por pincéis, lápis e giz de cera e criou ateliês de pintura e modelagem com o intuito de proporcionar as pessoas em sofrimento psíquico os vínculos com o mundo exterior através de atividades simbólicas e criativas. (SILVEIRA, 1986)

Depois de implementada as atividades terapêuticas percebeu-se que houve aceitação e interesse dos/as usuários/as pelas atividades artísticas. Com isso, aumentavam os acervos e então a Dr^a Nise resolveu ampliar esse espaço e, em 1956, fundou a Casa das Palmeiras.

A história da fundação da instituição retrata bem o cenário atual. Por seus ideais precursores e revolucionários para a época Dr^a Nise conseguiu manter uma instituição através de doações de amigos/as, artistas e pessoas que apoiavam seu trabalho. A casa onde ocorrem as atividades foi doada para ela manter esse trabalho. Seu interesse em se distanciar da psiquiatria tradicional fez com que ela se fechasse no método o qual criara (terapêutica ocupacional) e se posicionasse independente, para conseguir manter sua metodologia. A instituição não recebia e não recebe financiamento do Estado. A Dr^a Nise dizia que para manter seus ideais era preciso se distanciar do que pudessem interferir em seu método. Por mais que ela desejasse a liberdade metodológica e não utilizasse recursos públicos todo o atendimento realizado na instituição era e continua sendo revertido para a sociedade de forma gratuita (SILVEIRA, 1986).

A Casa das Palmeiras é reconhecida de Utilidade Pública e Filantrópica pela lei número 176 de 16/10/1963 atuando por meio da Terapêutica Ocupacional. Em 1963, a Instituição deixa de ser Associação Civil Casa das Palmeiras e passa a chamar-se Casa das Palmeiras Clínica de Reabilitação em Regime Aberto Reconhecida de Utilidade Pública e sem fins lucrativos. (disponível em casadaspalmeiras.blogspot.com.br)

A fim de preservar sua independência metodológica e seu trabalho direcionado para a “assistência em saúde”²⁷ os gestores da instituição decidiram inserir a instituição a partir da implementação da Constituição Federal Brasileira de 1988 no que tange a Política de Seguridade Social da década de 1990. Foi através da filantropia na rede socioassistencial regulamentada pela lei N° 8.742 de 07 de dezembro de 1993, chamada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (SILVA, Anderson, 2013).

As instituições filantrópicas que realizam ações de assistência em saúde foram inseridas aos normativos da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). No artigo 2º, inciso IV da LOAS, fica definido como objetivo da assistência social “a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”. Com isso, a instituição preserva sua característica de assistência em saúde, sua metodologia e escolha pela filantropia, cabendo se cadastrar no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, CNPJ, como (Casa das Palmeiras – Clínica de Reabilitação) (SILVA, Anderson, 2013).

A Casa das Palmeiras configura-se como “entidade beneficente de assistência social”, regulamentada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de 1993 até 2008, quando é publicada a Medida Provisória n° 446/2008²⁸ que passa a regulamentação das entidades filantrópicas para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

A partir dos requisitos impostos pelo MDS em 2008 a instituição passou a cumprir as exigências. Com isso, dois anos após a nova regulamentação das entidades

²⁷ A expressão assistência em saúde, refere-se às ações assistenciais em saúde pública anteriores a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da consolidação da Assistência Social como política pública componente da Seguridade Social brasileira. Essas ações não deixam de ocorrer após as mudanças constitucionais, mas passam a ser regulamentadas através de novos critérios e novos dispositivos legais.

²⁸ Essa medida provisória tem por objetivo “Acompanhar a regulamentação da certificação para entidades de assistência social”, a partir da edição da Medida Provisória n° 446, de 7 de novembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União em 10 de novembro de 2008.

filantrópicas. A instituição se aproxima do Serviço Social a partir das demandas apresentadas pelos/as usuários/as e insere em seu quadro técnico esse profissional.

E foi assim que se implementou o Serviço Social na Casa das Palmeiras. Se considerarmos a fundação da instituição em 1956 e a inserção do profissional são exatos 54 anos sem a atuação desse profissional. Como não há registros da existência de Assistentes Sociais e tão pouco o porque de não ter se incorporado a equipe técnica, podemos levantar hipóteses sobre essa temática.

A hipótese é sobre a metodologia da Dr^a Nise, a qual defende a autonomia de seu método e por ele está ligado as áreas da psiquiatria, da psicologia, da terapia ocupacional e das artes. Talvez por isso não tenha aprofundado em outras áreas. Essa hipótese justifica-se pela ocorrência desses/as profissionais das áreas citadas acima.

A partir de 2010 o Serviço Social conquistou seu espaço na instituição e também na equipe que atualmente relata a importância do trabalho realizado pelo profissional. Desde então o Serviço Social busca uma intervenção interdisciplinar, segundo Bisneto (2011, p. 50):

Em atividades como o Serviço Social em Saúde Mental, em que entram fatores biológicos, psicológicos e sociais, já não se acredita que apenas um ramo do conhecimento dê conta da problemática, somos interrogados quanto à relação entre as profissões e a questão da multidisciplinaridade e suas gradações (multi, pluri, inter, trans..).

O/A Assistente Social quando inserido/a na área de Saúde Mental, em geral realiza atendimentos em conjunto com outras áreas e levantam questões a serem intervindas. Porém, há uma separação de saberes na tomada de decisões de acordo com as profissões o que não exclui o fato dessas profissões se articularem, se tratando da área de saúde mental os/as profissionais tendem a conhecer o trabalho um do outro.

O assistente social em Saúde Mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental. Os médicos psiquiatras mais progressistas também tendem a aceitar o ponto de vista do Serviço Social crítico para explicar a exclusão social, mas dificilmente admitem as contribuições do marxismo para explicar a loucura ou para atuar na assistência psiquiátrica. (BISNETO, 2011, p. 24)

O processo de trabalho do Serviço Social observa os propósitos da metodologia criada pela Dr^a Nise principalmente no que se refere a três dos seus fundamentos: o rigor científico baseado no compromisso ético com a liberdade, o estímulo à livre expressão através das atividades expressivas – plásticas - e a construção de uma sociedade menos estigmatizante. (SILVEIRA, 1986)

Esses fundamentos metodológicos da Dr^a Nise têm estreita relação com o Código de Ética (1993, p. 23) da profissão do/a Assistente Social no que tange os princípios fundamentais: “reconhecimento da liberdade como valor ético central e a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”.

O Serviço Social na Casa das Palmeiras tem sua prática interventiva direcionada aos/as usuários/as e seus familiares que por ventura se encontrem em situação de vulnerabilidade social, familiar, programática ou comunitária, na observação, manutenção e garantia dos direitos sociais (PNAS, 2004).

A vulnerabilidade social, segundo a PNAS (2004), é entendida além dos aspectos econômicos de escassez de recursos e de pobreza material, sendo ampliada para a perda ou fragilidade dos vínculos sociais necessários para o exercício da cidadania e do bem estar social. O que terá uma influência direta nas ações do/a profissional de Serviço Social no enfrentamento das “expressões da questão social”. Segundo Yamamoto (1999, p. 27), a questão social pode ser definida como: “O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura”.

A partir dos pressupostos da PNAS (2004) o/a usuário/a dos serviços e a família têm papel fundamental na intervenção profissional, que pode ser estendida aos demais vínculos sócio-afetivos. Entende-se, que os vínculos sócio-afetivos não são apenas os familiares consangüíneos do/a usuário/a, mas, um/uma amigo/a, um/uma vizinho/a, um/uma profissional de referência, no caso, uma pessoa que possui vínculos de afetividade com esse usuário/a. Desta forma, o atendimento realizado pelo/a Assistente Social acontece de forma periódica com o objetivo de inclusão, articulação, restabelecimento e estruturação dos vínculos sociais e familiares que possibilitem a melhoria da qualidade de vida, em consonância com a PNAS e em articulação com as demais políticas e programas sociais.

Para que a intervenção do/a Assistente Social ocorra dialogando (encaminhando) com as políticas e ou programas sociais é necessário que a demanda seja colocada por meio da linguagem oral ou direta. Segundo SOUSA (2008, p.125) “Considera-se que a

linguagem é o instrumento número um de todos os profissionais, pois ela possibilita a comunicação entre estes e aqueles com quem interagem.”

Sendo a linguagem o instrumento de trabalho do/a profissional, como podemos intervir quando o/a usuário/a requisita o/a profissional, mas, a linguagem verbal encontra-se desconexa, delirante e com alucinações. De acordo com Sousa (2008, p.125) “se a linguagem é um meio através do qual um determinado grupo social cria uma identidade social, não será diferente para uma profissão que tem a linguagem como o principal recurso de trabalho”.

Considerando as singularidades dos/as usuários/as, por que não considerar a linguagem não verbal, ou seja, o que não é falado? Pode ser escrito ou visual. Se considerarmos o que Sousa (2008) relata poderemos adaptar os instrumentos profissionais às necessidades dos/as usuários/as.

[...] os instrumentos e técnicas de intervenção não podem ser mais importantes que os objetivos da ação profissional. Se partirmos do pressuposto que cabe ao profissional apenas ter habilidade técnica de manusear um instrumento de trabalho, o Assistente Social perderá a dimensão do porquê ele está utilizando determinado instrumento. Sua prática se torna mecânica, repetitiva, burocrática. Mais do que meramente aplicar técnicas “prontas” – como se fossem “receitas de bolo”, o diferencial de um profissional é saber adaptar um determinado instrumento às necessidades que precisa responder no seu cotidiano (SOUSA, 2008, p.124).

Se não considerarmos como fator central as técnicas e os instrumentos de trabalho e sim focar no objetivo da execução do “fazer” profissional pode-se atingir os/as usuários/as em sofrimento mental. Sousa (2008) demonstra que mais vale a capacidade criativa na atualidade do que se prender a métodos.

Ora, isso pressupõe que, mais do que copiar e seguir manuais de instruções, o que se coloca para o Assistente Social hoje é sua capacidade criativa, o que inclui o potencial de utilizar instrumentos consagrados da profissão, mas também de criar outros tantos que possam produzir mudanças na realidade social, tanto em curto quanto em médio e longo prazos (SOUSA, 2008, p.124).

Ao pensar que são inúmeras as possibilidades interventivas do Serviço Social se levanta a questão da arte produzida pelos/as usuários/as da Casa das Palmeiras como forma de expressão de sentimentos (medos, angustias, paixões, sonhos) e de como

eles/as veem e se relacionam com a sociedade. Se a “linguagem plástica”²⁹ ou não verbal, segundo Silveira (1967) poderia substituir tratamento psiquiátricos e organizar a estrutura psíquica porque não considerarmos que a arte pode contribuir para a intervenção do/a assistente social.

Lidando com as imagens do inconsciente, o doente pode confrontá-las e despotencializá-las da força desintegradora que elas possuem, das ameaças que encerram. Vi doentes melhorarem sem nenhum tratamento, somente modelando e pintando. Vi, por exemplo, um rapaz altamente dotado, que teve de ser internado quando estava terminando o curso complementar. Ele foi espatifado por dentro e rompeu suas relações com o mundo exterior. Vi-o reorganizar-se através da pintura. De início, pintava um amontoado de objetos díspares, inteiramente desorganizados, sem nenhuma estruturação do espaço. Pouco a pouco, por assim dizer, foi retirando esses objetos daquele caos, enquadrando, destacando, isolando. Ele arrumou, então, a sala da casa onde gostaria de morar. Mas, para chegar aí, fez centenas de pinturas, mostrando de início somente soalhos, dando grande ênfase aos rodapés. Depois, punha sobre o piso um aquário, um piano, uma mesa, até que pudesse agrupar todos esses objetos numa estrutura organizada. Ele saiu, realmente, do caos, porque dispunha dessa maneira de se apropriar dos objetos e de situá-los organizadamente no mundo real. (SILVEIRA, Nise. Minha vida na Casa da Solidão – ensaio assinado por Nise da Silveira – Revista Manchete, Rio de Janeiro, 1967)

Como explica a Dr^a Nise no trecho acima, a arte pode estruturar e estabilizar o usuário/a, sendo assim o instrumento de trabalho da psiquiatra e das demais áreas profissionais da Casa das Palmeiras, tem a arte como instrumento profissional.

Para o/a Assistente Social que também desenvolve seu trabalho em equipe tem um retorno privilegiado dessas áreas (psicologia, psiquiatria e artes plásticas), pois elas conseguem significativos resultados a partir da inserção dos/as usuários/as nos ateliês de arte. É possível acompanhá-los/as no desenvolvimento e elaboração. Pode-se ver os/as usuários/as pintar, por exemplo, um auto-retrato³⁰ da internação. Essa internação representa uma prisão e gradualmente essa prisão se transforma em um pássaro³¹ que voa livremente. Este desenho pode representar a liberdade não só pela não hospitalização, mas de pensamento, pois conseguiu de forma autônoma - independente - se expressar.

²⁹ Termo frequente utilizado pela Dr^a Nise quando se falava das pinturas, desenhos, colagem entre outros.

³⁰ Ver imagem em anexo 5

³¹ Ver imagem em anexo 6

Essa metodologia da Nise da Silveira de desenhar, pintar, colar, modelar o que se sente e não consegue ainda externar com palavras é enriquecedora. É possível ver em alguns casos usuários/as se estruturarem psiquicamente, afetivamente e socialmente. O desenho, a pintura ou qualquer outra expressão artística é o primeiro passo para a estruturação verbal. Para o Serviço Social é um exercício de análise subjetiva, o profissional deve ter um olhar atento e sensível, é como se ele estivesse entrando na casa dessas pessoas, na vida delas. A visita domiciliar³², por exemplo, é uma análise da realidade social, a pintura também é, porém, para o/a Assistente Social – que tem sua prática voltada para o social, para questões coletivas da sociedade – é realmente mais desafiador. O trabalho em equipe proporciona trocas que vão auxiliar a intervenção do/a profissional. Quando se tem supervisão de equipe e é possível ver as imagens, tem-se mais clareza da demanda do/a usuário/a facilitando a intervenção que conseqüentemente resulta na garantia (viabilização) de direitos sociais. A arte é forma mais livre, liberta das grades das prisões dos hospitais, porque ela é independente, autônoma por não se prender a formas. As pessoas se utilizam da arte para se comunicar, para pintar o mundo que deseja, inventar lugares, pessoas, construir uma sociedade diferente, porque a arte transcende e revoluciona.

³² SOUSA, 2008, p. 128

CONCLUSÃO

O trabalho aponta que, a rigor, existe uma dicotomia entre a vida interna *versus* vida social. O trabalho da Dr^a Nise tenta superar essa dicotomia. A superação dessa dicotomia para Dr^a Nise se dá, sobretudo, a partir de um trabalho voltado para expressões artísticas terapêuticas. O que significa segundo suas palavras, em síntese, o seguinte: “a terapêutica ocupacional que procurei adotar era de atividades expressivas que pudessem dizer algo sobre o interior do indivíduo e, ao mesmo tempo, falar das relações deste com o meio” (MELLO, 2014, p. 92).

Outra reflexão conclusiva reside no fato que nossa pesquisa apontou que a dimensão estética de Marcuse pode ser discutida em três pontos: o primeiro ponto, a arte trabalha com as consciências - isso repensa o sujeito -, ou seja, quando repensa o sujeito pode-se levar a uma subjetividade rebelde³³. Essa consciência se aproxima da metodologia da Dr^a Nise principalmente, no aspecto de repensar o sujeito que está a margem, na tentativa de reabilitação através da arte. O segundo ponto a ser discutido refere-se ao Serviço Social, a partir do trabalho da Dr^a Nise, o qual obtém ricos elementos que, auxilia os/as usuários/as no retorno ao mundo exterior através da arte. Essa proximidade entre Marcuse e Dr^a Nise pode contribuir para enriquecer a prática do/a Assistente Social na Saúde Mental. Nosso trabalho apontou as imagens – arte produzida pelos/as usuários/as nos ateliês da Casa das Palmeiras – como forma de desvelar os direitos sociais. A terapêutica ocupacional – método de trabalho da Dr^a Nise - quando possível, tende a estabilizar³⁴ a crise psicótica através dos ateliês de atividades artísticas terapêuticas. Assim, é possível que o/a Assistente Social desenvolva seu trabalho, pois o/a usuário/a estará articulado, com o discurso organizado e autônomo. Enfim, neste sentido a arte produzida pelos/as usuários/as possui uma consciência rebelde, que pode desvelar direitos sociais.

O terceiro ponto conclusivo apontou que há uma questão quanto à metodologia da Dr^a Nise. Isso significa que embora ela tenha trazido à tona toda uma técnica singular

³³ Subjetividade rebelde está ligada a postura revolucionária da Dr^a Nise perante a psiquiatria e a sociedade. Ela considera que a arte, assim como Marcuse, repensa o sujeito e a partir disso, ele toma consciência de suas subjetividades e questiona a sociedade através da arte que produzem. Com isso, essa arte torna-se rebelde, pois é fruto dessa subjetividade rebelde.

³⁴ O interessante no trabalho da Dr^a Nise é que em alguns casos seu método é possível, mas em casos em que o/a usuário/a se encontra cronicado, catatônico seu método encontra barreiras, não sendo possível.

aos/as usuários/as inclusive sendo reconhecida por alguns/as profissionais, ela não foi ainda reconhecida como precursora da Reforma Psiquiátrica no Brasil (MELLO, 2014).

A metodologia da Dr^a Nise foi rebelde, pois, se opunha à psiquiatria que se tinha na época. A Reforma Psiquiátrica data-se dos anos 1970 com o MTSM, porém, a Dr^a Nise já apresentava indícios de reforma desde 1940. No primeiro capítulo foi realizado a pesquisa sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no exterior, contudo a intenção foi mostrar que a metodologia dela sempre esteve a frente (revolucionária) dos movimentos pela Reforma e da própria Reforma.

Ressalte-se ainda que o objetivo discutido, neste trabalho, apesar de ter sido importante, sobretudo, para a profissão de Serviço Social e prática profissional na área de Saúde Mental, não tem a pretensão de esgotar o assunto. Em outras palavras, é o início de futuras pesquisas que estão por vir no que tange a intervenção do/a Assistente Social na Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Arte – Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo: Zagodoni, 2012.

AMARANTE, Paulo, citação disponível em: saudentalecidadania.blogspot.com.br/2010/01, publicado em 22/01/2010, p. 1, acesso em 10/10/2014.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, Franco. (Org.) *A Instituição Negada – Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BASTOS, Augusto Sérgio. *Relatório de Atividade: grupo de Poesia*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2011.

BUEY, Francisco Fernández. *Marx (sem ismos)*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

BRASIL. Decreto lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Lei Orgânica da Assistência Social*, Brasília, 7 de dezembro de 1993.

BRITTO, Ilma A Goulart de Souza. Sobre delírios e alucinações. São Paulo: Ver. [Brás.ter.comport.cogn.v.6](http://brás.ter.comport.cogn.v.6), n.1, 2004, disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>, acesso: 10/10/14, acesso em: 10/10/14).

CÂMARA, Fernando Portela. *Vida e Obra de Nise da Silveira*. História da Psiquiatria. 7. vol, nº 9, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, 2007.

CARVALHO, Nerícia Regina de; COSTA, Ileno Izídio da. *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares*. Rio de Janeiro: Psic. Clin., v.20, n.1, p.153-164, 2008.

CASA DAS PALMEIRAS. *Casa das Palmeiras Blog*. In: Casa das Palmeiras. Blogspot, 2008. Disponível em: < <http://casadaspalmeiras.blogspot.com.br/>>. Acesso em 04 nov. 2014.

CASTRO, Eliane Dias de; LIMA, Elisabeth Maria Freire de Araújo. *Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira*. Botucatu: Interface, v.11, n.22, 2007.

CLARKE, Adèle. et al. *Techonosciences ET nouvelle biomédicalisation: racines occidentales, rhizomes mondiaux*. Sciences Sociales ET Santé, v. 18(2), p. 11-40, 2000.
CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, 2007.

CÓDIGO DO PROCESSO CIVIL. *Da Curatela dos Interditos*. Brasília: Código do Processo Civil, Livro IV, Título II, Capítulo VIII, Art. 1177 e 1178, Lei n. 5869 de 11 de janeiro de 1973.

CONRAD, Peter. *Medicalization and Social Control*. Annual Review of Sociology, v. 18, p. 209-232, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética do/a Assistente Social*. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social - Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Medida Provisória n. 446 de 7 de novembro de 2008*. Brasília: Diário Oficial da União em 10 de novembro de 2008.

COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1967.

COSTA, Cketherin Carla Oliveira da.. *Relatório Anual da atividade de Arranjo Floral*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012 a.

COSTA, Cketherin Carla Oliveira da. *Relatório Anual do Ateliê de Colagem*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012 b.

COSTA, Cketherin Carla Oliveira da. *Relatório Anual do Ateliê de Pintura e Desenho*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012 c.

COSTA, Durval Martins da. *Relatório de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

COSTA, Terezinha de Souza. *Relatório Atividade de Coral*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012 a.

COSTA, Terezinha de Souza. *Relatório da Atividade das Artes Aplicadas*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012 b.

COURBET, Gustave. *Os quebradores de pedras*. In: Trabalho de Arte: Gustave Courbet. Blogspot, 2013. Disponível em:

<http://aboutgustavecourbet.blogspot.com.br/2013/03/os-quebradores-de-pedras.html>. Acesso em 04 nov. 2014.

DALÍ, Salvador. *A Face da Guerra*. In: *Contra Alienação, Somente Cultura e Educação*. Blogspot, 2013. Disponível em: <<http://culturaeducacaocontraalienacao.blogspot.com.br/2013/04/salvador-dali-face-da-guerra-1940.html>>. Acesso em 04 nov. 2014.

ENGIEL, Marisa. *Relatório das Festas*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRIEDRICH, Caspar David. *Caminhante Sobre o Mar de Névoa*. In: *Estórias da Histórias*. Blogspot, 2013. Disponível em: <<http://estoriasdahistoria12.blogspot.com.br/2013/08/analise-da-obra-viajante-sobre-o-mar-de.html>>. Acesso em 04 nov. 2014.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOIS, Patrícia Casqueiro. *Relatório de Desenvolvimento de Atividades em Artes Cênicas*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

HENRIQUES Rogério, *O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos "novos sujeitos"?* In: BIRMAN, Joel. et al. (Org.). *A Fabricação do Humano: Psicanálise, Subjetivação e Cultura*. São Paulo: Zagodoni, 2014, p. 83-94.

HOBBSAWM, Eric. *Como mudar o mundo: Marx e o marxismo, 1840-2011*. São Paulo: Companhia das Letras, (2011).

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela.; CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 28. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 2009.

KONDER, Leandro. *A derrota da dialética*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

MAIA, Bianca Novaretti; BRITZ, Rita; RIBEIRO, Daniel de Castro. *Relatório de modelagem-anual*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

MARCUSE, Herbert. *Sobre o caráter afirmativo da cultura*. In: Marcuse, Herbert. *Cultura e sociedade*_(v. 1). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

MARCUSE, Herbert. *A Dimensão Estética*. Lisboa: Edições 70, 1986.

MARCUSE, Herbert. *A ideologia da sociedade industrial: o homem unidimensional*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MARCUSE, Herbert. *Arte e revolução*. In: ___. *Contrarrevolução e revolta*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

MARCUSE, Herbert. *Marxismo soviético: uma análise crítica*. Rio de Janeiro: Editora Saga, 1969.

MARTINS, Maria Teresa Barbosa. *Relatório do Passeio*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

MELLO, Luiz Carlos. *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatria rebelde*. Rio de Janeiro: Automática edições, 2014.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, Norma Operacional Básica – NOB/SUAS*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Politica Nacional de Assistencia Social 2013 PNAS 2004 e 2013 NOBSUAS-sem marca.pdf](http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Politica_Nacional_de_Assistencia_Social_2013_PNAS_2004_e_2013_NOBSUAS-sem_marca.pdf)>. Acesso em 04 nov. 2014.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2003.

NETO, Cacildo Teixeira de Carvalho. *Demandas históricas e as respostas profissionais do serviço social: as relações com as esferas socioinstitucionais*. Franca: Sem. de Saúde do Trabalhador de Franca, 2010.

OLIVEIRA, Willian Vaz de. *A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria*. Rio de Janeiro: Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos, v.18, n.1, 2011.

OMS, disponível em: www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/, acesso em 10/10/2014.

PARENS, Erik. *On Good and Bad Forms of Medicalization*. *Bioethics*. v 27(1), p. 28-35, 2011.

PEREIRA, Fernanda Rodrigues; FRAVOLINE, Priscila Bravo. *Relatório da Atividade de Conto de Fadas*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

PESSOA, Isabel. *Relatório do Baile*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

PIRES, Martha. *Relatório Ateliê de Xilogravura*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012 a.

PIRES, Martha; TAVARES, Edgar. *Relatório Atividade Círculo Filosófico*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012 b.

PIRES, Martha; TAVARES, Edgar. *Relatório Clube Caralâmpia*. Rio de Janeiro. Casa das Palmeiras, 2012 c.

QUATERNIO, Revista do Grupo de Estudos C. G. Jung. *Homenagem Nise da Silveira*. Rio de Janeiro, n.8, p.23- 28, 2001.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*. Tradução Vera Ribeiro; Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SABÓIA, Maria Laertina de. *Formação e Treinamento da Equipe Psiquiátrica: papel do Assistente Social*. Rio de Janeiro: Debates Sociais, n. 22. CBCISS, 1976.

SILVA, Anderson Ferreira da. *Casa das Palmeiras: uma análise institucional*. Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, Leandro Ricardo Jesus da. *Relatório Anual da Atividade de Jornal*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

SILVEIRA, Nise da. *Casa das Palmeiras A Emoção de Lidar uma experiência em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986.

SILVEIRA, Nise da. *Imagens do inconsciente*. 7.ed. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SILVEIRA, Nise da. *Jung Vida e Obra*. 21.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

SOUSA, Charles Toniolo de. *A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional*. Ponta Grossa: Emancipação, v.8, n. 1, 2008.

TAVARES, Edgar. *Relatório anual do grupo Cultural*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *O que é Psicologia Comunitária*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

VIEIRA, Balbina Otoni. *História do Serviço Social*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Agir, 1985.

II Colóquio Latino- Americano de Estética - Estética em Questão e o Museu da República. *A Estética da Casa das Palmeiras*. Rio de Janeiro: Museu da República, 1997.

Anexo 1



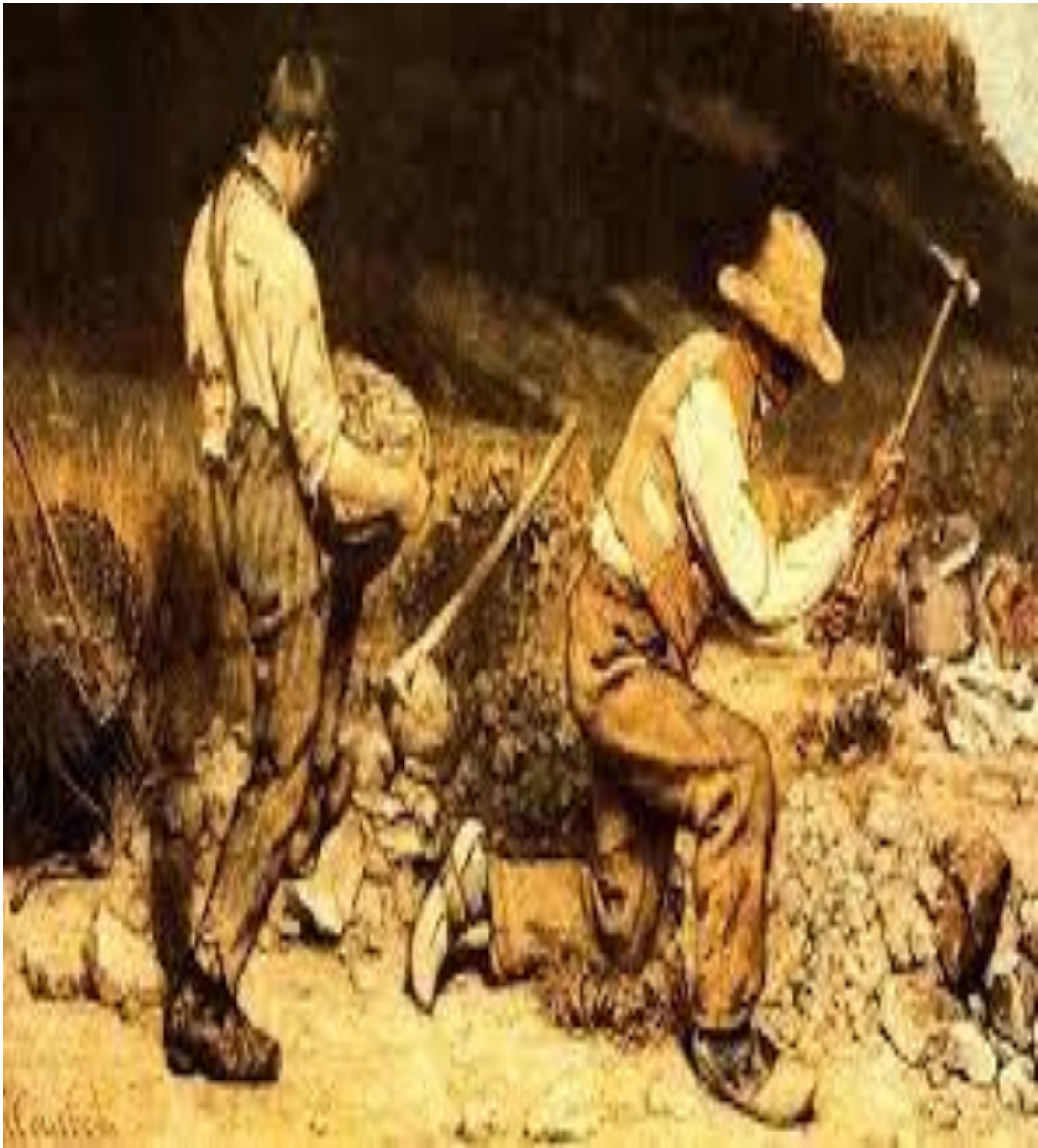
(DALÍ, Salvador. A Face da Guerra. In: *Contra Alienação, Somente Cultura e Educação*. Blogspot, 2013. Disponível em: <<http://culturaeducacaocontraalienacao.blogspot.com.br/2013/04/salvador-dali-face-da-guerra-1940.html>>. Acesso em 04 nov. 2014.)

Anexo 2



(Casa das Palmeiras. Ateliê de Pintura. In: Arquivo de pintura da Casa das Palmeiras. Rio de Janeiro, 2013)

Anexo 3



(COURBET, Gustave. Os quebradores de pedras. In: Trabalho de Arte: Gustave Courbet. Blogspot, 2013. Disponível em: <http://aboutgustavecourbet.blogspot.com.br/2013/03/os-quebradores-de-pedras.html>. Acesso em 04 nov. 2014)

Anexo 4



(FRIEDRICH, Caspar David. Caminhante Sobre o Mar de Névoa. In: Estórias da Histórias. Blogspot, 2013. Disponível em: < <http://estoriasdahistoria12.blogspot.com.br/2013/08/analise-da-obra-viajante-sobre-o-mar-de.html>. Acesso em 04 nov. 2014)

Anexo 5



(Casa das Palmeiras. Ateliê de Pintura. In: Arquivo de pintura da Casa das Palmeiras. Rio de Janeiro, 2013)

Anexo 6



(Casa das Palmeiras. Ateliê de Pintura. In: Arquivo de pintura da Casa das Palmeiras. Rio de Janeiro, 2013)