



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LINHA DE PESQUISA: PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM INSTITUIÇÕES

ANA ELIZABETH LISBOA NOGUEIRA CAVALCANTI

**Intervenção artística e transtornos psíquicos:  
possibilidades de diálogo**

RECIFE

2013

ANA ELIZABETH LISBOA NOGUEIRA CAVALCANTI

**Intervenção artística e transtornos psíquicos:  
possibilidades de diálogo**

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas Clínicas em Instituições.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Francisco

RECIFE  
2013

**C376i Cavalcanti, Ana Elizabeth Lisboa Nogueira**  
**Intervenção artística e transtornos psíquicos : possibilidades de diálogo / Ana Elizabeth Lisboa Nogueira Cavalcanti ; orientador Ana Lúcia Francisco, 2013.**  
**136 f. : il.**

**Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2013.**

**1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise. 3. Subjetividade. 4. Doenças mentais. 4. Artes - Aspectos psicológicos. I. Título.**

**CDU 159.964.2**

ANA ELIZABETH LISBOA NOGUEIRA CAVALCANTI

**INTERVENÇÃO ARTÍSTICA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS:  
POSSIBILIDADES DE DIÁLOGO**

Tese aprovada em 20 de dezembro de 2013, como requisito para obtenção do título de Doutor, no Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha | Universidade Católica de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Zuleica Dantas Pereira Campos | Universidade Católica de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup> Dr. João Ferreira Neto | Universidade Católica de Minas Gerais

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Patrícia Burrowes | Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Francisco(orientadora) | Universidade Católica de Pernambuco

Para o meu esposo Álvaro Cavalcanti e as minhas filhas Danielle  
Maria, Andrea Maria e Renata Maria.

## **Agradecimentos**

Foram quase quatro anos de intensidade, dedicação e muitos acontecimentos. Acreditar no desejo e realizá-lo com amor foi o que motivou o caminho. Apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, desde o início do Doutorado contei com a confiança e o apoio de inúmeras pessoas e instituições. A equipe foi grande, forte, alegre, responsável e cheia de afeto. Impossível fazer sozinha. Ao caminhar de peito aberto, somado aos encontros prováveis e improváveis e às misturas vindas das experiências de cada dia, muitas surpresas surgiram e foram muitos os desafios. Alguns medos no caminho, porém a força da experiência do ontem, do hoje e a expectativa do depois cruzaram-se e o corpo disse “amém”. Passou rápido e com desejo ampliado! É com muito carinho que agradeço a todos que participaram da construção da tese que, para mim, é uma realização de outrora.

A Deus, presente em todos os momentos, por guiar e proteger meus passos, dando-me força para seguir acreditando no próximo.

Aos meus pais, Demóstenes Lira Nogueira (em memória) e Teresinha de Andrade Lisboa Nogueira, pelo carinho, amor e dedicação recebidos e sobretudo pelo exemplo de vida, de ética, construindo a base que me caracteriza como pessoa.

Ao meu esposo, Álvaro Cavalcanti, amor e parceiro de vida e de sonhos, pela compreensão e apoio em todos os momentos desta realização.

Às filhas amadas, Danielle Maria, Andrea Maria e Renata Maria, e aos genros Anderson, Carlos e Veloso, pelo carinho recebido, fortalecendo minha motivação para seguir adiante.

À Professora Doutora Ana Lúcia Francisco, orientadora da tese, agradeço a amizade e o acolhimento desde quando aluna do Mestrado, acreditando na possibilidade da arte e saúde se cruzarem na academia. Apoiando a partilha do saber e oferecendo valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por acompanhar esta jornada e por estimular o meu interesse pela transdisciplinaridade.

Aos docentes que aceitaram e participaram da Qualificação do Projeto de Pesquisa, da Banca Prévia e da Banca da Tese, Professores Zeferino Rocha, Albenise de Oliveira Lima, Patrícia Cecília Burrowes, Sérgio Sezino Douets, Zuleica Dantas Pereira Campos e João Leite Ferreira Neto, agradeço as ricas contribuições dos múltiplos olhares, orientações que me possibilitaram acrescentar o que havia passado despercebido.

À amiga e professora/ educadora Maria da Graça de Vasconcelos Xavier Ferreira que no início de tudo me encaminhou para viver desejos e ajudou na potencialização de ações para ingressar na academia,

A Christina Malta, pelo seu carinho e amizade, toda dedicação e atenção, correções dos textos, conversas e afeto, me fazendo seguir acreditando no humano e na transformação através da força do querer bem.

Um agradecimento especial a Bemvinda Magalhães, Diretora do Hospital Ulysses Pernambucano, Beth Rocha, Coordenadora do Centro de Atividades Terapêuticas, aos funcionários, residentes em Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e pacientes, em especial a Ana Santiago e Ana Jesumari e aos funcionários do Pavilhão Adail Santos. Sem sua colaboração, seria impossível realizar a Residência Artística e a tese.

Aos competentes e dedicados professores do Programa de Doutorado em Psicologia Clínica da Unicap, que me transmitiram valiosos conhecimentos, responsáveis pelo enriquecimento de minha bagagem no tema da Tese. A eles, a minha gratidão.

Aos colegas da turma de 2010, por tantos momentos significativos e ricos de troca de experiências. Em especial a Sarah Vasconcelos, pela amizade e tradução dos textos para o inglês.

Aos colegas do Departamento de Teoria da Arte e Expressão Artística da Universidade Federal de Pernambuco (professores, servidores e alunos), pelo tempo que subtraí da minha dedicação exclusiva para me dedicar ao Doutorado e à tese. Em especial, às estudantes de Artes Plásticas deste Departamento, Camila Sobreira, Cecília Nóbrega, Veruschka Greenhalgh, Olívia de Melo, pela ajuda inestimável como voluntárias no HUP, no período da Residência Artística, sentindo e vivendo a experiência ao meu lado durante os nove meses da realização da experiência artística no HUP. Sofremos e nos alegamos juntas.

Sou muito grata à Psicóloga Soraya Fonseca de Albuquerque e à estudante de Psicologia Maria Chiappetta de Andrade Lima, por sua colaboração e apoio na Residência Artística, como voluntárias.

O meu profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta tese, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

“Qualquer amor já é um pouquinho de saúde,  
um descanso na loucura”.  
Guimarães Rosa  
 (“Grandes Sertão: veredas”)



## RESUMO

CAVALCANTI, Ana Elizabeth Lisboa Nogueira (2013). *Intervenção artística e transtornos psíquicos: possibilidades de diálogo*. Tese de Doutorado, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013.

A arte tem sido apontada como um possível instrumento no tratamento terapêutico de pacientes acometidos de transtornos psíquicos, na medida em que pode desencadear emoções e sentimentos represados no consciente e no inconsciente. Um instrumento que pode despertar subjetividades. Esta tese foi desenvolvida através de uma Residência Artística com pacientes adultos, de ambos os sexos, acometidos de transtornos psíquicos, internados no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) e que frequentavam o Centro de Atividades Terapêuticas (CAT), cujo objetivo é acolher os pacientes e estimular as várias linguagens artísticas. Para tanto, intencionamos, através da Residência Artística, identificar o uso da arte como dispositivo clínico de expressão de subjetividades para pessoas com transtornos psíquicos, com vistas à proposição desta modalidade de tratamento para esses pacientes. O método utilizado foi o cartográfico, adequado para pesquisa de campo visando o estudo de subjetividades. Também foi elaborado um Diário de Campo com o intuito de registrar o passo-a-passo da Residência Artística, do primeiro ao último momento. Fotografias e gravações foram realizadas e, neste último caso, transcrito o seu conteúdo para subsidiar a pesquisa, sendo as informações incluídas no Diário de Campo. A Residência Artística constou de sessões de pintura e desenho, três vezes por semana, no período de setembro de 2011 a maio de 2012, com participação inteiramente voluntária dos pacientes. Foram montados dois cavaletes itinerantes, inicialmente colocados na sala do CAT, sendo transferidos posteriormente para o pátio da instituição. A princípio tímidos e curiosos, os pacientes foram se chegando pouco a pouco, pintavam e desenhavam os motivos que desejavam, utilizando tintas, pinceis, lápis, madeira, papel e tecidos. Concomitante à realização das experiências artísticas, alguns dançavam, cantavam, reclamavam, contavam histórias, escreviam, xingavam, enfim, expressavam as mais diferentes maneiras de ser e estar naquele lugar; emoções represadas que iam sendo destravadas. Uma rica interação artística e interpessoal foi formada, fortes laços de amizade, confiança, motivação, companheirismo, amor. Enquanto pintavam, os pacientes conversavam sobre seus anseios, tristezas, experiências de vida, fatos e acontecimentos significantes para eles, dando contorno à palavra pela arte e à arte pela

palavra aos seus diferentes “estados de ser”. O trabalho artístico resultou em um total de 14 telas pintadas com tinta acrílica, tamanho 2,0x1,60, abordando motivos diversos; foi realizada uma instalação de parede com madeiras pintadas, bem como jogos em madeira, diversos desenhos sobre papel. Os resultados indicam uma sensível mudança no estado psíquico dos pacientes, interação com a equipe de arte/educação, criando laços de amizade e ajuda mútua. Ficou evidente uma melhoria substancial nas atitudes, na motivação e no comportamento de muitos pacientes, denotando que a arte pode ser um importante instrumento como coadjuvante no tratamento desses pacientes. Além disso, a experiência vivida possibilitou ampliar o olhar acerca da dinâmica institucional, sob a ótica das dificuldades enfrentadas para continuar a exercer sua missão, e as modificações necessárias em direção a uma reforma psiquiátrica não excludente, voltada à dignidade de todo ser humano, independente de seus estados de ser.

Palavras-chave: Residência Artística, transtorno psíquico, arte, clínica, subjetividade

## ABSTRACT

Cavalcanti, Ana Elizabeth Lisboa Nogueira (2013). *Artistic intervention and mental disorders: possibilities for dialogue*. Doctoral Thesis, Master and Doctoral Program in Clinical Psychology, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013.

The art has been implicated as a possible therapeutic tool in the treatment of patients suffering from mental disorders in that it can trigger emotions and feelings repressed in the conscious and in the unconscious. An instrument that can arouse subjectivities. This thesis work was developed through an Artistic Residency with adult patients of both sexes, suffering from mental disorders, internee in the Ulysses Pernambucano Hospital (HUP) and attending the Therapeutic Activities Center (CAT), whose goal is to host patients and stimulate the various artistic languages. To this end, we intend, through the artistic residency, identify the use of art as a clinical device of subjectivities' expression for people with mental disorders, with a view to proposing this treatment modality for these patients. The method used was the cartographic, suitable for the fieldwork that aims study subjectivities. It has also produced a Field Journal in order to register the step-by-step of the Artistic Residency, from first to last moment. Photographs and recordings were made and, in the latter case, transcribed its contents to subsidize the research, and its informations included in the Field Journal. The Artistic Residency consisted of painting and drawing sessions, three times a week, from September 2011 to May 2012, with entirely voluntary participation of patients. Two roving easels were built, initially placed in the CAT room, being transferred later to the courtyard of the institution. At first shy and curious, patients were coming up slowly, painted and sketched the reasons they wanted, using paints, brushes, pencils, wood, paper and fabrics. Concomitant with the realization of artistic experiences, some danced, sang, complained, told stories, wrote, cursed, finally, at long last, they expressed the most different ways of being and living in that place; repressed emotions that were being unlocked. A rich artistic and interpersonal interaction was formed, strong bonds of friendship, trust, motivation, companionship, love. While they painted, patients talk about their anxieties, sorrows, life experiences, facts and events significant to them, giving contour to the word by art and art by the word of their different "states of being". The artwork resulted in a total of 14 screens painted with acrylic paint, size 2,0 x 1,60 , addressing various reasons; a wall installation made of painted wood was done, games in wood, several drawings on paper were performed. The results indicate a

significant change in mental status of patients, interaction with the art/education team, creating bonds of friendship and mutual aid. It was evident a substantial improvement in attitudes, motivation and behavior of many patients, showing that art can be an important tool as an adjunct in the treatment of these patients. Moreover, the lived experience abled broaden perspectives on institutional dynamics, from the perspective of the difficulties faced in continuing to pursue its mission, and the necessary changes toward a psychiatric reform nonexclusive, facing the dignity of every human being, regardless of their state of being.

**Keywords:** Artistic residency, mental disorders, art, clinic, subjectivities.

## LISTA DE SIGLAS

CAT	Centro de Atividades Terapêuticas
EAR	Escolinha de Artes do Recife
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
IAC	Instituto de Arte Contemporânea
SPA	Semana de Artes Plástica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
Unicap	Universidade Católica de Pernambuco
TCLE	Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CAMPO-OBJETO DE ESTUDO .....	12
CAPÍTULO I – O HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO E O CENTRO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS – PERSPECTIVA HISTÓRICA .....	19
1.1 Introdução.....	22
1.2 O Hospital Ulysses Pernambucano .....	23
1.3 O Centro de Atividades Terapêuticas.....	26
1.4 Um olhar reflexivo sobre a instituição à luz dos ideários da Reforma Psiquiátrica.....	32
1.5 Considerações finais.....	36
Referências .....	37
CAPÍTULO 2 – ARTE COMO DISPOSITIVO CLÍNICO DE EXPRESSÃO DE SUBJETIVIDADES .....	41
2.1 Introdução.....	44
2.2 Arte como expressão de subjetividades.....	46
2.3 A experiência do corpo-próprio e do sensível e sua importância para a clínica e a saúde do psiquismo .....	49
2.4 Arte como dispositivo clínico em saúde mental.....	53
2.5 Considerações finais.....	59
Referências .....	60
CAPÍTULO III – POSSIBILIDADE DE UMA CLÍNICA DA ARTE .....	62
3.1 Introdução.....	65
3.2 Residência Artística.....	66
3.3 Trabalhando com arte.....	72
3.4 Os pacientes.....	88
3.5 A experiência sob o olhar da equipe participante.....	99
3.6 Considerações finais.....	103
Referências .....	104
CAPÍTULO IV – CAMINHOS PARA A INTERVENÇÃO – O CENTRO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO ATUAL.....	106
4.1 Introdução.....	109
4.2 O método .....	110
4.3 O diário de campo .....	111
4.4 O Centro de Atividades Terapêuticas e os desencontros .....	114
4.5 Considerações finais.....	117
Referências .....	119
ARTE E CLÍNICA: UM PROFÍCUO DIÁLOGO .....	121
REFERÊNCIAS .....	131
ANEXOS.....	133

## APRESENTAÇÃO DO CAMPO-OBJETO DE ESTUDO

Entre a palavra e aquilo que ela designa, arquiteta-se um espaço em que se tramam, ao infinito, o visível e o enunciável – todavia inexoravelmente insubordinados e irreduzíveis um ao outro, como disse Foucault.

É, talvez, em torno desse *colapso*, dessa falha fundamental, que se ensinam os discursos, que se atrevem as escritas, que se confrontam as inumeráveis leituras que, do texto, o animam. A palavra instala-se entre o silêncio e a imensa possibilidade da interpretação. Exercícios de sua possibilidade.

Marisa Flório César – Exercício da Possibilidade. In Rosana Ricalde, 2012, p. 90.

O interesse pelo tema Arte/transtorno mental remonta à infância: morando em frente ao Hospital Ulysses Pernambucano, da varanda de minha casa podia acompanhar um imaginário diferente do que era então considerado “normal”. Além da proximidade da moradia, minha mãe era professora do Colégio Ulysses Pernambucano e, ainda menina, algumas vezes eu a acompanhava ao seu local de trabalho, em ocasiões especiais.

O Hospital Ulysses Pernambucano, considerado um patrimônio vivo e histórico da Psiquiatria no Estado de Pernambuco, é o segundo hospital psiquiátrico criado no Brasil, localizado no bairro da Tamarineira, nome pelo qual é mais conhecido, na cidade do Recife, Pernambuco. Foi inaugurado em 8 de setembro de 1874, pelo Barão de Lucena, com o nome de Hospital de Alienados.

Até 1930, quando passou a ser dirigido pelo médico Ulysses Pernambucano, o HUP amargou um período de precariedade e má administração. Em sua gestão, Ulysses Pernambucano realizou um processo de restauração, visando reestruturar os serviços, o atendimento e o tratamento dos pacientes. Sua preocupação era fundamentalmente com a eficiência e humanização do tratamento oferecido aos pacientes e com a melhoria de sua qualidade de vida. Adotou práticas mais humanas no tratamento dos pacientes com transtornos psíquicos: aboliu os calabouços e a camisa de força, dentre outras ações dirigidas a este fim.

Atualmente, o HUP mantém tratamento em regime de internação, ambulatório e terapia ocupacional, constituindo a única unidade de emergência psiquiátrica de Pernambuco. O perfil dos pacientes é de pessoas em sofrimento psicótico e neurótico grave.

O CAT é um espaço de convivência e estimulação, onde são coordenadas e realizadas atividades, com auxílio de música, pintura, teatro e outras artes. Conta com uma equipe técnica de terapeutas ocupacionais, educadores físicos, artistas plásticos, arte-educadora, psicóloga, artesãos, músicos, cabeleireiras e assistente administrativo. Onze projetos terapêuticos foram ali desenvolvidos: Rock na Tamarineira, Ateliê Terapêutico, Atividade com Bola e Sala de Jogos, Música, Cinema no CAT, Jardinagem, Artesanato, Biodança, Oficina de Alimentação, Jornal Mural e Salão de Beleza – esse último, é importante ressaltar, ganhou o prêmio nacional “Loucos pela Diversidade”, concedido pela Fiocruz, em 2009.

Quando adulta, o primeiro contato com a arte produzida por pessoas em sofrimento psíquico aconteceu no Rio de Janeiro, em 1993, numa visita ao Museu do Inconsciente, que se define, segundo sua criadora Nise da Silveira (1981, p. 16), como um núcleo de pesquisa da esquizofrenia, cujo acervo contém obras produzidas no hospital, pelos “criadores incomuns”.



Os trabalhos realizados pela psiquiatra Nise da Silveira, com pacientes portadores de transtornos psíquicos, cujos resultados estão expostos no Museu do Inconsciente (Rio de Janeiro), e do psiquiatra e crítico de arte Osório César, com os usuários do Hospital do Juqueri, iniciados em 1923 (São Paulo), foram relatados pelo seu caráter pioneiro, no Brasil, no que concerne à importância da arte para a saúde psíquica.

Esses autores são reconhecidos pelo caráter inédito de suas propostas. Nise da Silveira busca o contexto teórico em Jung e Osório César em Freud, numa perspectiva da melhora clínico-médica dos pacientes. No nosso caso, o dispositivo avaliado é a potência de expressão possibilitada pela intervenção artística.

Outra influência para despertar o interesse em aprofundar o conhecimento do tema arte como dispositivo clínico de expressão para pessoas com transtornos psíquicos foi o trabalho desenvolvido na Escolinha de Arte do Recife (EAR) com alunos portadores de deficiência e doença psíquica. Uma experiência que muito me enriqueceu, possibilitou uma prática plástica e social muito intensa, na qual os potenciais estimulados permitiram o desabrochar da arte, tornando aqueles alunos mais felizes e sociáveis.

No HUP realizei algumas experiências, dentre as quais: Idealização e coordenação da exposição “Limite”, que se realizou no Instituto de Arte Contemporânea - IAC/UFPE, no período de 14/12/2004 a 28/02/2005. A mostra teve como objetivo expandir o reconhecimento social dos trabalhos de pintura, desenho, tapeçaria, escultura e poesia, realizados no CAT. A exposição incluiu mediações culturais, com visitas guiadas, e teve a participação de alunos do Curso de Licenciatura em Artes Plásticas, com acompanhamento de psicólogos e terapeutas ocupacionais do HUP, da artista, e de professores do Departamento de Teoria da Arte e Expressão Artística da UFPE. A partir desta exposição, o IAC começou a receber este grupo, em cada mostra, para realizar um trabalho educativo de inclusão social. Desta forma, cada vez mais crescia o desejo de estreitar os laços da artista e educadora com este público: pessoas portadoras de transtornos psíquicos.

Em arte, venho realizando uma pesquisa, que faz parte da Série: “Plantação e Colheita”. São livros de artistas, pinturas, objetos, desenhos e gravuras. Abordam questões do hibridismo nas linguagens plásticas. “Ocupação e desocupação de lugares: Como sair do silêncio?” Juntamente com o vídeo/documentário “Estou tão feliz que estou girando”, é mais uma experiência processual desta série. Esta experiência motivou o desenvolvimento de uma vivência artística no HUP, na perspectiva de levar a arte para outros lugares, além de museus e galerias, propondo um outro tipo de engajamento, por envolvimento, participação e emoção.

A proposta foi uma oportunidade de oferecer subsídios para tentar reverter a situação dos hospitais psiquiátricos como “depósitos de gente” e mostrar possibilidades de transformação desses espaços.

As escolhas e encaminhamentos destas ações basearam-se na proposição de construção de subjetividades, de acordo com o que pensa Félix Guattari (1992, p. 17):

O que importa aqui não é unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, é a constituição de complexos de subjetivação: Indivíduo-máquina-trocas múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se re-singularizar.

A experiência aconteceu em outubro de 2005, na Semana de Artes Plásticas - SPA, realização anual da Secretaria de Cultura da Prefeitura do Recife, cuja 4ª versão foi incluída na programação do SPA Tamarineira. Preparei intervenções nos espaços e convidei dez pessoas para ajudar na sua realização: sete usuários com diagnóstico médico de esquizofrenia, uma aluna do Curso de Artes Plásticas da UFPE, um profissional de gesso e um profissional para realizar um vídeo das ações em processo.

As idas solitárias ao hospital, para os entendimentos prévios, “dialogar” com os espaços arquitetônicos, compreender as pessoas, planejar e definir os materiais a serem utilizados, os lugares que iriam ser ocupados e desocupados e o número de pacientes que iriam participar constituíram os primeiros passos. O processo foi iniciado e concluído na enfermaria D, que se transformou num espaço iluminado, preenchido pelo branco imaculado, com 1000 rosas engessadas presas por esparadrapos, em todas as paredes. Um tapete de cal cobria o assoalho e as pessoas foram convidadas a desenhar com os pés, ao som de uma banda que, ao tocar, avivava os sentimentos guardados na memória, reminiscências do tempo de infância, da adolescência, da família, dos pais. Será desenho? Será gravura? Será arte? O que importa, diante do que vivemos?

A participação e os depoimentos dos usuários e funcionários revelaram aspectos positivos e motivadores e atestaram a importância da interação de profissionais de diversas áreas na realização de projetos coletivos desta natureza, indicando o quanto é importante e necessário um acompanhamento mais sistemático e aprofundado destas experiências.

As reminiscências de infância, ao lado das vivências de artista/educadora, fizeram surgir dúvidas e inquietações as mais diversas, ainda que centradas num mesmo tema: De que forma o uso da arte pode beneficiar as pessoas com necessidades especiais, mais

especificamente os portadores de transtornos psíquicos? Como, através da arte, é possível estimular pacientes com transtornos psíquicos a expressarem emoções e sentimentos? Será possível o uso da arte para essas pessoas ou ela só poderá ser utilizada como terapia ocupacional?

O exercício da arte constitui um dos processos transformadores do homem. Num mesmo momento, este exercício, do qual resulta a obra de arte, pode levar a um conflito e propor sua solução. Cada obra de arte constitui uma síntese da técnica (tudo que se ensina e se aprende) e da subjetividade (o inconsciente; poderíamos dizer: aquilo que não se sabe que se sabe).

A obra de arte tem o poder de provocar o espectador, levando-o a um processo de reconhecimento de si mesmo e do outro. Deste modo, ela sintetiza os tipos de relacionamento homem-mundo. É concreta e, ao mesmo tempo, abstrata. É linguagem, é fala, é mensagem explícita e implícita. Assim, a obra de arte se afirma como uma significativa expressão do ser, que, através dela, cria um mundo para si próprio e em relação com os outros.

Este trabalho faz parte do Projeto de Pesquisa da Professora Dra. Ana Lúcia Francisco, intitulado “Intervenções Clínicas Psicossociais”, cujo objetivo geral é cartografar o desenvolvimento de práticas institucionais em uma perspectiva clínica psicossocial, bem como propor dispositivos de intervenção.

Inserida nesse contexto, a pesquisa tem como objetivo geral identificar o uso da arte como dispositivo clínico de expressão de subjetividades para pessoas acometidas de transtornos psíquicos, com vistas à proposição desta modalidade clínica para esses pacientes. Trata-se de uma pesquisa interventiva, realizada no CAT do HUP, localizado no bairro da Tamarineira, Recife. Teve como objetivos específicos: Realizar um estudo histórico sobre o CAT do HUP, para melhor compreensão de sua gênese e identidade; desenvolver a expressão artística como dispositivo clínico de expressão; compreender como se processa a interação do usuário com a arte, suas mutações subjetivas, emoções, sentimentos e com a própria instituição.

A metodologia de condução na pesquisa-interventiva foi baseada na cartografia, um método utilizado em pesquisa de campo para o estudo da subjetividade (Kastrup, 2007; Kirst et al., 2003), cuja fundamentação se baseia nas ideias de Gilles Deleuze & Félix Guattari (Romagnoli, 2009).

O aporte teórico utilizado para a concepção de subjetividade adotou os postulados apresentados por Deleuze e Guattari. Do mesmo modo, a experiência pessoal da autora

como artista e educadora deu respaldo à crença de que a arte constitui um valioso instrumental que pode ser utilizado como coadjuvante no tratamento de pessoas com transtornos psíquicos. A partir destes fundamentos e de outros teóricos, a pesquisa se propôs realizar uma intervenção artística, durante nove meses, junto a pessoas com sofrimento psíquico, atendidas no HUP, avaliando suas ressonâncias para a saúde psíquica e considerando a importância social e humana do engajamento destes pacientes na sociedade.

Esta tese está estruturada em quatro capítulos.

O primeiro, denominado “O Hospital Ulysses Pernambucano e o Centro de Atividades Terapêuticas – perspectiva histórica”, objetiva oferecer uma síntese histórica do HUP, enfatizando o papel e a importância daquele hospital no tratamento de pessoas com transtornos psíquicos, no Estado de Pernambuco. Detem-se, em especial, no Centro de Atividades Terapêuticas, palco da experiência que constituiu o objeto do estudo, dedicado a humanizar a assistência aos pacientes, estimulando-os através de atividades de natureza diversa: jogos, oficinas de artes, exposições etc. O levantamento histórico incluiu pesquisa em arquivos do HUP/CAT, consulta a outras fontes bibliográficas (livros, teses, artigos de jornais e revistas), entrevistas com os que fazem/ fizeram o CAT, além da vivência e observações pessoais da autora e de seus colaboradores mais diretos (residentes).

O segundo capítulo, “A arte como dispositivo clínico de expressão de subjetividade”, apresenta a arte como obra aberta e relacional, visando refletir sobre sua utilização como um instrumento clínico de expressão de subjetividade. Para isso, com base na metodologia de revisão bibliográfica, foram abordados alguns conceitos de arte, tendo como enfoque a relação arte x subjetividades.

O terceiro capítulo, “Possibilidade de uma clínica da arte”, objetivou realizar uma Residência Artística no CAT, a fim de verificar até que ponto o fazer arte potencializa a expressão de subjetividades, constituindo-se como uma modalidade de cuidado para pacientes internos no HUP. Seu texto corresponde à narrativa da experiência propriamente dita, as atividades realizadas em cada etapa, os acontecimentos, a convivência com os pacientes e os resultados da experiência.

“Caminhos para a intervenção – o Centro de Atividades Terapêuticas no contexto atual”, constitui como o 4º capítulo desta tese, especificamente se detendo na metodologia utilizada – o método cartográfico – e o Diário de campo - seu conceito e importância para a sistematização das informações. Os principais obstáculos que o CAT enfrenta também são abordados neste capítulo.

Finalmente, nas conclusões, a que denominamos “Arte e clínica: um profícuo diálogo”, são rememorados, em rápidas pinceladas, os achados mais significativos do trabalho, as observações e inferências sobre o processo, evidenciando, em muitos aspectos, uma dicotomia entre a realidade e o que deveria ser. É possível, na leitura das conclusões, verificar alguns pontos frágeis no trabalho institucional, as ressonâncias da Residência Artística e se foram atingidos os objetivos propostos.

Os resultados, além de constituírem o cerne da tese de doutorado, serão apresentados em reuniões científicas sobre saúde psíquica, na UFPE e instituições de pesquisa e educacionais, como forma de divulgar a experiência, seus resultados, ressonâncias e implicações e servir de incentivo para profissionais que desejem trabalhar nesta área de atividade.

## **CAPÍTULO I – O HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO E O CENTRO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS – PERSPECTIVA HISTÓRICA**

O que é a muda para os pássaros, a época em que trocam de plumagem, é a adversidade ou a infelicidade, os tempos difíceis, para nós seres humanos. Uma pessoa pode fixar neste tempo de muda; também pode sair dele como que renovada.

Van Gogh. Cartas a Theo, 2002, p.133

## **Resumo**

Neste capítulo, apresentaremos aspectos da história e objetivos do Hospital Ulysses Pernambucano e do Centro de Atividades Terapêuticas, para melhor compreensão de sua gênese, identidade e missão. Estes dados foram coletados através de uma revisão bibliográfica, pesquisa no arquivo do Centro de Atividades Terapêuticas, entrevista com funcionárias que vivenciaram a história e a evolução do hospital, bem como a partir das observações da autora, que durante nove meses ali realizou Residência Artística, vivenciando o dia a dia dos pacientes internos no hospital. O hospital é tombado pelo Patrimônio Histórico Estadual há 20 anos; é especializado no tratamento de transtornos psíquicos, atende pacientes externos (emergência) e internos, em regime de internamento. O Centro de Atividades Terapêuticas, criado em 1996, objetiva a humanização da assistência através da realização de atividades que estimulem os pacientes: oficinas de artes, jogos, salão de beleza, exposições, shows, entre outras. Por se tratar de considerações acerca da instituição, consideramos pertinente trazer algumas reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica, iniciada nos anos 1980, visando contextualizar esta instituição à luz dos parâmetros desta reforma.

Palavras-chave: Transtorno Psíquico. Hospital Psiquiátrico. Reforma Psiquiátrica.

## THE ULYSSES PERNAMBUCO HOSPITAL AND THE THERAPEUTIC ACTIVITIES CENTER – HISTORICAL PERSPECTIVE

### **Abstract**

In this chapter, we will present aspects of the history and goals of Ulysses Pernambucano Hospital and the Therapeutic Activities Center for better understanding of its genesis, identity and mission. Those data were collected through a literature review, research at Therapeutic Activities Center's archive, interview with employees who experienced the history and evolution of the hospital, as well as from observations of the author, who held there for nine months Artist Residency, experiencing everyday life of inpatients of the hospital. The hospital was listed by the State Heritage 20 years ago; is specialized in treating mental disorders, meets external inpatients (emergency), and inpatient, under internment regime. The Therapeutic Activities Center, created in 1996, aims to humanize care by conducting activities

that encourage patients: art workshops, games, beauty salon, exhibitions, shows, among others. Because it is consideration of the institution, we consider pertinent to bring some reflections on the Psychiatric Reform, initiated in 1980, aiming to contextualize this institution in the light of the parameters of this reform.

**Keywords:** Psychic Disorder. Psychiatric Hospital. Psychiatric Reform.



“Estou aqui por causa da droga, sou viciado, comecei a fumar maconha aos 9 anos, aprendi com meu tio... Quando sair daqui voltarei a fumar, pois não tenho como sair, gosto da droga e também não tenho medo de morrer”.

Paciente do HUP, 2012.

## 1.1 Introdução

O Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), mais conhecido como Hospital da Tamarineira, é o segundo hospital psiquiátrico do Brasil. Teve como marco inicial o Hospital de Visitação de Santa Izabel, em Olinda, inaugurado em 1864, pertencente à Santa Casa da Misericórdia. Posteriormente, foi denominado Hospício de Alienados, fundado pelo desembargador Francisco de Assis de Oliveira Maciel, em 1º de janeiro de 1883, passando a funcionar, a partir desta época, em sua atual localização, no bairro da Tamarineira, nome pelo qual é mais conhecido. Era também chamado de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais. O HUP deve seu nome ao médico Ulysses Pernambucano, um dos grandes vultos da Psiquiatria em Pernambuco.

Está localizado no bairro da Tamarineira, numa área verdejante de 9 hectares, cinco dos quais cobertos de vegetação, incluindo palmeiras seculares. Área privilegiada e central da cidade, próxima a outros serviços de saúde, de fácil acesso aos pacientes, funcionários, familiares, estudantes e demais pessoas, órgãos, entidades com as quais as unidades de saúde estão interligadas.

Funciona também como Residência em diversas áreas de saúde mental, é um centro formador de profissionais especializados nesta área, desenvolvendo, atualmente, três programas de residência em medicina, psicologia e enfermagem. Tem tradição como hospital-escola; recebe alunos das mais diversas redes de ensino superior para atividades acadêmicas, estágios e aulas práticas, promove ações de ensino e pesquisa, eventos científicos e culturais de suma importância na formação de profissionais da área de saúde.

O HUP conta com um Centro de Atividades Terapêuticas (CAT), criado em 1996, em um momento de crise, de muito desânimo e inquietações, em que a equipe estava sem rumo e sem projeto terapêutico e, para agravar, sob a ameaça de fechamento do hospital. Para tentar reverter esta situação, alguns profissionais se deram as mãos, principalmente psicólogos e terapeutas ocupacionais, e elaboraram um projeto psicoterápico, tentando “...dar vida ao hospital, escrevendo uma outra lógica” (Manuscritos... [n. d.]).

O CAT foi criado com o objetivo de oferecer um espaço alternativo aos pacientes, com a função de propiciar acolhimento e humanizar a assistência. A ideia era retirar os pacientes

do isolamento dos pavilhões e trazê-los para um convívio com uma equipe multidisciplinar, intencionando a integração à comunidade. Quando implantado, contava com 4 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 1 psiquiatra, 1 educador físico, 5 agentes de saúde. Uma equipe que lhe propiciaria uma atuação transdisciplinar.

O CAT constituiu o palco onde foram realizadas todas as ações concernentes a este trabalho de pesquisa. Para compreender melhor sua gênese e identidade ao longo desses 17 anos de existência realizamos pesquisa em seus arquivos e entrevista com a Diretora do Hospital e com a Coordenadora do CAT, memórias vivas de valor inestimável que, em suas narrativas, refletem as experiências de sonhos, obstáculos, dedicação e competência.

## 1.2 O Hospital Ulysses Pernambucano

A história dos hospitais psiquiátricos em Pernambuco remonta à 2ª metade do século XIX. À época, viviam-se tempos difíceis, de exclusão de pessoas com transtornos psíquicos, de forma explícita e visível; o HUP era o que se poderia chamar de “um depósito de gente”. A demanda por tratamento era crescente, o atendimento e as condições de permanência eram péssimos, bem como a qualidade de vida dos que ali precisavam ser tratados.

Naquela época, os métodos de tratamento eram desumanos e inadequados, uma situação que perdurou por muitos anos, desde a Proclamação da República até o início do século XX.

Nos primórdios de sua atuação, o HUP funcionava mais como um lugar onde ficavam os excluídos – portanto, um lugar de exclusão –, do que propriamente um espaço para tratamento de transtornos psíquicos. À época, o tratamento era pouco eficaz, fato comprovado pela superlotação do quadro de pacientes internos (Facundes et al., 2010).

Neste contexto, Ulysses Pernambucano assumiu a direção do HUP. Enfrentou obstáculos e problemas os mais diversos e adotou medidas de grande repercussão: determinou internação apenas para os casos agudos, acabou com os calabouços e as camisas de força. Para cuidar dos casos não agudos, criou a Divisão de Assistência aos Psicopatas, para proporcionar àqueles pacientes as condições ambientais e terapêuticas necessárias à recuperação da saúde mental, de restabelecimento do equilíbrio mental, de modo a lhes possibilitar a reintegração social (Coelho Filho, 1983). Também incentivou a realização de estudos e pesquisas sobre doenças/doentes mentais, muitos deles publicados e/ou apresentados em reuniões científicas.

Ulysses Pernambucano nasceu em 6 de fevereiro de 1892, formou-se no Rio de Janeiro, onde foi aluno do Professor Juliano Moreira, considerado o fundador da moderna Psiquiatria brasileira sob orientação clínico-biológica, no Hospício Nacional de Alienados, localizado naquela cidade. Toda a sua vocação, sua motivação, seu saber e sua dedicação estavam voltados para a Psiquiatria (Coelho Filho, 1983).

Para Ulysses Pernambucano sua missão era tratar e proteger o doente mental. Coerente com esta postura extremamente responsável e dedicada aos pacientes, ele acreditava que: “Médicos que consentem que os seus doentes morram à míngua de medicamentos e até de alimentos e não elevam um protesto indignado não são psiquiatras [...]” (Coelho Filho, 1983).

Apenas para dar uma ideia das condições vigentes nos hospitais psiquiátricos há alguns séculos, vale referir o que mencionou Artaud (2013).

a sociedade mandou estrangular nos seus manicômios todos aqueles dos quais queria desembaraçar-se ou defender-se porque se recusavam a ser seus cúmplices de algumas imensas sujeiras. Pois o louco é o homem que a sociedade não quer ouvir e que é impedido de enunciar certas verdades intoleráveis.

Enquanto diretor da Tamarineira, Ulysses Pernambucano organizou quatro cursos: Psicologia, em 1932; Neuropsiquiatria Infantil, em 1933; Higiene Mental, em 1934; e, por fim, um curso oficial de Higiene Mental, na Faculdade de Medicina, em 1935 (Coelho Filho, 1983). Implementou também várias reformas, de acordo com as ocorridas no âmbito nacional. Muitas transformações aconteceram, a partir de 1930, em Pernambuco, no campo das doenças mentais, cujo estudo passou a ser de interesse primordial por parte dos psiquiatras (Campos, 2001).

Pelas lutas que enfrentou em defesa do doente mental, ele angariou inimigos poderosos, a ponto de ser condenado e preso, durante 40 dias, em cela comum. Faleceu precocemente, aos 51 anos, no Rio de Janeiro, em 5 de dezembro de 1943, “...longe de Pernambuco, a quem tanto amou e serviu e por quem tanto sofreu” (Coelho Filho, 1983, p. 131).

Fiel à sua postura ética, à sua extrema dedicação aos que sofriam de doenças mentais, afirmou, dois anos antes de sua morte: “O psiquiatra é o protetor do doente mental. Essa função é inerente à sua pessoa” (Coelho Filho, 1983, p. 131).

Pode-se afirmar que Ulysses Pernambucano foi um paradigma da medicina pernambucana, na área de Psiquiatria: até o fim de sua vida, lutou pela melhoria do atendimento e tratamento dos doentes mentais. Contudo, o homem, qualquer que seja o seu

nível cultural, sua inteligência, não pode ser dissociado de seu tempo, das influências da sociedade, de seu momento histórico. Ulysses Pernambucano vinha de uma escola clínico-biológica, considerada a mais moderna, na época, num período em que era dado ao médico o poder que antes era do Estado, em relação à loucura

Não obstante sua profícua produção acadêmica e sua preocupação com a doença mental, além da modernização do sistema de saúde pública de Pernambuco, Ulysses Pernambucano teve algumas atitudes preconceituosas. Campos (2001) relata alguns fatos que, embora coerentes com a mentalidade da época, demonstram que, em certos aspectos, ele tinha uma visão racista e preconceituosa.

A exemplo, em pesquisa sobre a saúde dos negros em Pernambuco, Ulysses Pernambucano aponta para a predominância, entre os negros e mestiços, das doenças mentais toxinfeciosas, que corroboravam a ideia de constituírem, os negros, uma raça inferior, portanto, causadora dos principais males que afetavam as populações pobres do Nordeste brasileiro. Também foram publicados, pelos colaboradores de Ulysses, na revista “Arquivos da Assistência a Psicopata”, artigos referentes a “práticas de baixo espiritismo” e a relação com a incidência da doença mental (Campos 2001, p. 81- 83).

O HUP é um patrimônio histórico e cultural da Psiquiatria e saúde mental, hoje especializado no atendimento a pacientes portadores de transtorno mental grave, em crise aguda. No hospital há 160 leitos e uma emergência psiquiátrica. A emergência psiquiátrica atualmente é única no Estado, responsável pela regulação dos leitos psiquiátricos da Região Metropolitana do Recife. Funciona em regime de 24 horas, com 25 leitos para pacientes em crise aguda e internações breves, atualmente de vital importância para que o sistema não entre em colapso, considerando-se a redução crescente dos leitos psiquiátricos, com o fechamento de vários hospitais da rede privada. Por dia, o setor atende uma média de 100 pacientes vindos de todo o Estado de Pernambuco. Conta, no total, com 353 profissionais, dos quais 43 são médicos. O tempo de permanência nas enfermarias é de 30 dias.

Atualmente, há um projeto para transformar o HUP num centro de lazer, convivência e comércio. Segundo este projeto, no espaço atualmente ocupado pelo HUP (8,31 hectares) serão instalados playground, museus, livrarias, anfiteatros, lojas de produtos naturais, estação de educação ambiental, casa de bem-estar (para atividades físicas e de meditação) e trilhas ecológicas. O HUP ficará restrito à emergência (Parque..., 2013).

### 1.3 O Centro de Atividades Terapêuticas

O Centro de Atividades Terapêuticas (CAT) foi criado em 1996, como resposta a uma necessidade de revitalizar o atendimento aos pacientes, há muito sentida no HUP: um setor estruturado como um espaço de convivência, onde se pudesse realizar um trabalho terapêutico visando “... promover a readaptação social, através de experiências socioterápicas, com vista à reintegração do paciente na família e na comunidade” (Manuscritos... [n.d.]).

À época em que o CAT foi criado, o HUP vivia um delicado momento de crise; então, se fazia necessário revitalizar ações para motivar a equipe, preencher os espaços vazios com atividades que estimulassem o querer, a vontade de fazer.

O CAT foi pensado como um espaço estratégico de concentração de forças dos profissionais interessados em refletir sobre suas práticas e renová-las, sempre que necessário, a fim de humanizar o atendimento aos pacientes (Manuscritos... [n. d.]). Teve como embrião o Espaço Azul, criado como Hospital-dia. Funcionou por algum tempo como apêndice do HUP, passando a ter, depois, identidade própria. No momento em que o CAT foi criado havia uma equipe multidisciplinar (psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatra, educador físico, agente de saúde); atualmente, a equipe está bastante reduzida, e não conta mais com a presença do psiquiatra.

A partir de sua criação, o CAT passou a centralizar atividades que eram anteriormente realizadas de forma desarticulada em cada pavilhão/enfermaria, aglutinando as ações de modo a constituir “...um campo de humanização, espaço de acolhimento e socialização, retirando o paciente da segregação dos pavilhões”. Na ocasião, a direção do hospital foi visionária, parceira das ações, programas e eventos que o CAT implantava, numa perspectiva de trazer outros profissionais e a comunidade para uma participação *in loco*, o que possibilitou o não isolamento e o fomento de discussões em uma área tão carente como é a doença mental (Manuscritos... [n. d.]).

Bemvinda Magalhães (2013) explica que o surgimento do CAT foi uma resposta à inquietação de alguns profissionais do HUP. Ela diz que estes profissionais, num momento de crise, de desânimo, sentiram a necessidade de unir esforços e ideias, implantar uma série de atividades que os estimulassem e aos pacientes. O momento era de dificuldades, falta de recursos, desmotivação. Estes profissionais estavam à procura de resultados, de realizações, contando com os poucos recursos disponíveis. Daí surgiu a ideia desse espaço “pensado para o acolhimento, que fosse facilitador, estimulante, onde se pudesse usar vários recursos e linguagens que possibilitassem despertar, tocar, afetar os sujeitos”. Neste espaço, as mais

diversas atividades poderiam ser planejadas e realizadas, “conversas, troca de palavras, gestos, enfim, uma escuta, um olhar interessado no outro, um convite para compartilhar, trocar, construir” ou mesmo vivenciar. Na medida em que se instala uma atmosfera de acolhimento a pessoas “em sofrimento extremo, náufragos da própria existência trágica”, poder-se-á construir “pontes, laços, facilitar a conexão, despertar sensibilidades, afetos, a expressão, o contato”, o que constitui o objetivo do CAT.

Para efetivar este propósito foi necessário contar com pessoas de diversas áreas, inclusive artistas, “como via de acesso às linguagens da arte... canais para as diversas possibilidades de expressão”. E finaliza:

Os mais diversos olhares e sensibilidades viriam contribuir na desconstrução de paradigmas, concepções e leituras, na abertura de novas abordagens, na composição de ações criativas, diversificadas e descoladas do olhar viciado e concepções fechadas dos profissionais de saúde, muitas vezes presos aos diagnósticos, aprisionavam também os sujeitos, em relações estéreis (Magalhães, 2012).

Os profissionais que atuam no CAT “devem ser olhados com muita atenção, respeito e cuidado”, pelo que investem em educação especializada e dedicação aos pacientes. Porque “...não se forma facilmente um músico, um arte educador que tenha habilidade para trabalhar com pessoas em crise. É preciso um cuidado especial, uma atenção, uma valorização mesmo dessa categoria” (Rocha, 2013).

Várias são as atividades disponíveis no programa do CAT: “grupo operativo, vídeo, passeio, dança, musicoterapia, futebol, atividade física, atividades manuais – costura, tapeçaria, desenho, pintura, salão de beleza” (Manuscritos... [n.d.]). “Os pacientes participavam de peças teatrais, pintavam, costuravam, dançavam e conseguiram surpreender médicos e enfermeiros de um hospital pouco acostumado a muitas atividades artísticas” (Leal, 2000). Um espaço criativo, com oficinas terapêuticas, socioculturais, facilitadoras da expressão e criação que potencializam a produção da saúde e o sentido da vida, como forma de promover a reabilitação social.

Dentre os projetos idealizados e executados pelo CAT ou no CAT podem ser mencionados:

“Autorretrato”, de autoria de Gyzia Pimentel, em 1996; Exposição de fotografias, resultado de uma oficina realizada no HUP, os pacientes foram fotógrafos e modelos. A própria Gyzia escreve, no catálogo da exposição Autorretrato: “Fotografar é poder enxergar o invisível. Foi com essa visão que percorri os labirintos do HUP” [...]

Os participantes deixam de ser pacientes para virarem fotógrafos, modelos, intérpretes de uma viagem também cheia de afeto, beleza, doçura e fragilidade. Autorretrato não é o retrato da loucura, mas da vida, da emoção, dos sonhos. É o meu retrato, e o de cada um de nós. O retrato de nossa alma (Pimentel, 1996).

Projeto “ConscientizArte”, idealizado por Oliveira (1996), objetivando tornar os pacientes do HUP “aptos a trabalhar sua percepção interpessoal e intersocial”. A ideia inicial era fazer uma sondagem a partir de um trabalho com sucata, no qual todos os pacientes seriam convidados a participar. Através da observação desta sondagem seriam selecionados os pacientes que tivessem condições de trabalhar com pintura a óleo, tela e pincel, visando uma posterior exposição das telas elaboradas.

“Projeto Tecendo a vida”, (1997), com a participação do artista plástico Joelson Gomes. Constou da realização de tapetes bordados com desenhos feitos na oficina de artes, pelos pacientes. “Desejo despertado de tornarem-se artesãos. Cumprindo um papel terapêutico na conquista da reabilitação e re-inserção social” (Manuscritos [n.d.]).

Projeto: “Apostando na força da palavra”, (1997), na perspectiva de inter-relacionar pensamento/linguagem, a fim de propor ao sujeito sua inserção na sociedade, objetivando proporcionar um espaço de comunicação para usuários, funcionários, residentes e estagiários do HUP. “Resgatando e produzindo reabilitação, dignidade, possibilitando, enfim, o exercício da tão almejada cidadania” (Manuscritos, [n.d.]).

Projeto – “Sistema de rádio-interno do Hospital Ulysses Pernambucano”, 1998, criado pelo professor Wilson e equipe do CAT, numa perspectiva de implantação de um sistema de radiofonia, possibilitando um veículo de comunicação entre os pacientes e os profissionais do hospital. O objetivo era: Contribuir para a reinserção social do paciente, criando um veículo de comunicação. mais amplo dentro da comunicação. Para o professor Wilson (1998), o projeto “é importante para o portador de sofrimento psíquico, no que diz respeito ao seu processo de reestruturação, realizar um trabalho criativo, onde possam estar em jogo suas potencialidades que, postas em prática, conduzam ao resgate de sua autoestima”.

Projeto “Jornal Ulysses Pernambucano”, 1998, que pretendeu “uma melhor perspectiva sócio-histórica e cultural; os sujeitos, construtores de uma subjetividade e de uma ética de autonomia, têm a possibilidade de adquirir significativa melhoria de qualidade de vida e reinserção social”. Os objetivos eram:

Criar um meio de comunicação interno, com periodicidade mensal, que promova a integração de todos que compõem esta instituição e a sociedade, através de temas como saúde, educação, família, atividades do CAT e outros assuntos afins; estimular autoestima, utilizando a construção de ideias, valores, elaboração de experiências e o resgate de potenciais capazes de transformar e produzir vidas; despertar criatividade (Araújo, Torres & Collier, 1998).

Projeto “Bloco de Carnaval”, importante, segundo Magalhães (2000), porque “...possibilita novas vivências aos pacientes. É uma oportunidade de fortalecer lembranças que se perdem no cotidiano dessas pessoas. Na semana antes do desfile, a ansiedade é grande e os pacientes só falam no bloco”.

Projeto “Plantando Sonhos – uma oficina terapêutica de jardim”, teve como objetivo “implantar uma oficina terapêutica de jardim, trabalho desenvolvido no Instituto de Psiquiatria da UFRJ” (Azevedo, 2001).

Projeto “Rock na Tamarineira”, iniciado em 2002: músicos se apresentam no Hospital Ulysses Pernambucano, dão “alegria, os internos do hospital psiquiátrico vibram com a banda” (Toledo, 2002).

Projeto “Limite: repertório dos usuários do Hospital Ulysses Pernambucano”, realizado pelo Instituto de Arte Contemporânea da UFPE, constando de exposição e palestras. Seu objetivo foi: “Expandir o reconhecimento social dos trabalhos de pintura, desenho, tapeçaria e escultura realizados nos ateliês do HUP” [...] imagens que “refletem o inconsciente, carregadas de simbolismo, além de harmoniosas, dramáticas e belas”. Na ocasião, foram realizadas palestras sobre arte e saúde mental: O inconsciente e o desejo: Freud a Lacan e Poiese (Cavalcanti, 2005).

Projeto “Plantação e Colheita – Estou tão feliz que estou girando”, 2005, de minha autoria, realizado na Semana do SPA das Artes, numa perspectiva de levar a arte para outros lugares, além de museus e galerias, como proposta de um outro tipo de engajamento – por envolvimento, participação e comoção. O propósito foi desmistificar o conceito de que os hospitais psiquiátricos constituem um ‘depósito de gente’, mostrando possibilidades de transformar esses espaços em algo produtivo (Cavalcanti, 2009).

Projeto Exposição fotográfica (2008): De volta para casa, programa saúde mental: novos cenários, novas imagens”, do Centro Cultural da Saúde (CCS). Realização do HUP. Em paralelo, foram proferidas palestras sobre: A saúde mental em Pernambuco: debates sobre as diretrizes de modelo de atenção e gestão; Gestão e subjetividade: a cogestão e a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos do SUS.



O folder do projeto esclarecia seu objetivo: “Fomentar alguns temas fundamentais para a discussão das políticas de saúde mental, ampliar a capacidade de análise e, portanto, de intervenção nas redes de serviços e nas diretrizes de continuidade da reforma sanitária e também ter um espaço com função pedagógica e terapêutica”.

Projeto-piloto realizado por duas residentes em psicologia em saúde mental do CAT, em 2010. O objetivo foi fortalecer as relações entre as enfermarias e o CAT. Constou de uma oficina de fotografia, sob o tema: “O meu olhar sobre o hospital”, numa perspectiva de que, numa situação de hospitalização, o paciente fosse protagonista de seu trabalho. Na percepção das residentes de psicologia responsáveis pelo projeto,

o acompanhamento dos pacientes num espaço livre, sem marcas da ‘avaliação médica’, possibilitou uma maior aproximação com as expressões subjetivas dos mesmos. Queremos dizer com isso que, diferente do que ocorre nas enfermarias, onde os pacientes são convocados a prestar um depoimento de seu estado atual e de sua história para condução do tratamento, no CAT, estes conteúdos se expressam de modo espontâneo, intermediado por diversas formas de construção (Sales & Alencar, 2010).

Exposição “Minha cabeça, nossa natureza”, decorrente da realização de trabalhos em cerâmica da artista plástica Christina Machado, fruto do “Atelier- residência”. De 2009 até os dias atuais, Christina Machado vem realizando essas vivências com cerâmica, no CAT do HUP, “um espaço aberto a experiências estéticas, sensoriais e afetivas”, diz Lima (2012), no catálogo da exposição.

Exposição “A arte como expressão da fé”, 2012, realizada no Museu do Estado de Pernambuco (MEP), fruto da residência artística da autora deste artigo, realizada no HUP. Da mostra coletiva constam “...três quadros resultantes de sua experiência na Tamarineira. Sob os vários tons de verde, harmonizados com cores sóbrias, os pacientes do Hospital foram convidados a se expressar” (Braga, 2012). O autor acrescenta que “a pintura mostrou” [a Ana Lisboa] “o significado da comunhão, ao passar nove meses no Hospital Psiquiátrico da Tamarineira, a fim de interagir com os pacientes”.

Neste mesmo ano, 2012, realizei várias pinturas, juntamente com pacientes do HUP, no período de residência artística, a que denominamos “Série Comunhão”. Compõem o projeto de pesquisa do doutorado e refletem vivências subjetivas *in loco* (Cavalcanti, 2012).

Datas importantes e significativas, como Carnaval, Páscoa, São João, Natal, são comemoradas com muita motivação pela equipe do CAT, junto com os pacientes, “... uma

oportunidade de fortalecer lembranças que se perdem no cotidiano dessas pessoas” (Magalhães, 2000).

“Os transtornos mentais criam bloqueios. Essas atividades diminuem o isolamento, contribuindo para a reabilitação dos pacientes. Estamos estimulando a troca com o mundo social”, afirmou em entrevista ao Jornal do Commercio a psicóloga Bemvinda Magalhães, tentando explicar como atuam os mecanismos mentais de compensação e reabilitação (Tito, 2003).

“O resgate da saúde mental desses pacientes é feito através do fortalecimento dos laços culturais”, como acontece com as festas juninas: Ao vivenciar a festa de São João, eles trabalham com os referenciais da infância. Sendo assim, é mais fácil eles resgatarem a sanidade (Magalhães, 2001). A autora explica que as festas são organizadas para “aproximar nossos pacientes da sociedade e tornar a convivência deles durante a internação mais alegre”.

Em entrevista à Folha de Pernambuco Bemvinda Magalhães refere que: “As atividades, que são desenvolvidas há 9 anos, contribuem para a reinserção dos internos na sociedade. As pessoas de fora que participam da festa ajudam a quebrar o estigma que eles possuem. Isso melhora até a saúde deles” (Vasconcelos, 2003).

No CAT, o exercício da arte é considerado um instrumento extremamente valioso na terapia do doente com transtornos psíquicos. Um exercício através do qual os pacientes expressam suas expectativas, seus medos, suas esperanças, enfim, toda a complexa gama de sentimentos presentes na alma humana, desde os primórdios da humanidade.

Em convite para a exposição intitulada “Expressões – Pintura e tapeçaria”, Ana Santiago (2009), a facilitadora da Oficina de Pintura, escreveu:

Pinturas extraídas em horas de ‘saúde’, criação e terapia, onde o limite da sanidade e insanidade é a arte. Inspiradas no mais puro e singular do momento, o da emoção. A dor se transforma em cores, o ser se manifesta, se mostra, se reconhece como artista e até cientista. Através dessas obras de arte, pode-se ter uma maior compreensão das manifestações artísticas dos usuários do Hospital Ulysses Pernambucano. Lançar, quem sabe, um outro olhar sobre a expressão artística e arte como instrumento na comunicação paciente-mundo-vida.

Bemvinda Magalhães (2013), falando dos desafios do trabalho, reconhece que é necessário haver maior integração entre equipes do CAT e demais profissionais da assistência. No que concerne às perspectivas futuras, acredita que a instituição tem um grande desafio: garantir que, com o avanço da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos futuros, o CAT se torne um Centro de Convivência, com ações e oficinas abertas aos usuários, podendo contar,

em sua equipe, com profissionais especializados. Vale ressaltar que esses desdobramentos e transformações têm a ver diretamente com a política de saúde mental.

#### **1.4 Um olhar reflexivo sobre a instituição à luz dos ideários da Reforma Psiquiátrica**

O sistema psiquiátrico vem sofrendo mudanças, por não atender às necessidades daqueles pacientes carentes de cuidados e de uma reabilitação psicossocial. Nos anos 1960, na Itália, já se criticava a maneira como os internos eram tratados na psiquiatria, o que repercutiu e influenciou mudanças no campo da saúde mental no Brasil. O foco da reforma psiquiátrica brasileira está voltado para a reinserção social do doente mental através de serviços articulados para apoiá-lo e a seus familiares. Faz-se necessário a reconstrução do exercício da cidadania, a reabilitação psicossocial a partir da casa, do trabalho e da rede social, ou seja, o exercício de ações que fortaleçam os usuários e familiares para uma efetiva participação social (Saraceno, 1998). Essas ações devem ter como alicerce o exercício de uma ética do cuidado, que pode ser compreendida como um trabalho de natureza institucional e coletivo. Um trabalho que abra “...espaços para possibilidades e reflexões e busca de soluções em grupo” (Alves, 2009), sobretudo, um cuidado que seja reabilitador, não entretenedor (Saraceno, 2001). E acrescenta: “Reabilitação Psicossocial não pode ser uma empulhação, um pretexto para deixar pessoas entretidas, fazendo de conta que a vida está sendo vivida” (2001, p.10).

É forte o preconceito em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais, consideradas “loucas” e condenadas à exclusão pelo imaginário social. São crenças arraigadas de séculos, que somente poderão ser atenuadas por contínuos esforços visando uma mudança de mentalidade e revisão de preconceitos (Amarante, 1995).

Infelizmente, ainda hoje, as ações voltadas para pessoas com distúrbios psíquicos se reduzem ao enclausuramento e à medicalização, afastando-as do convívio social e, quando muito, com a oferta de atividades de entretenimento para ocupar um tempo ocioso e sofrido, nada condizente com a reabilitação psicossocial (Saraceno, 2001).

A esse respeito, diz o autor (2001, p.70): “A psiquiatria é o paradigma do entretenimento” como uma ação prazerosa para o tempo passar ou no sentido da etimologia, “ter dentro” [...] “A psiquiatria é expressa e se exprime oscilando entre a forma forte do ter dentro e a forma fraca do fazer passar o tempo. O manicômio realiza ambas as condições”. Coloca-se a favor do desaparecimento do manicômio sem que se menospreze a experiência

dos reabilitadores, o que contribuirá para a transformação de cenários institucionais sem vida para outros dotados de vida. Alerta para o fato de que isso significa não apenas humanizar “um lugar desumano”, mas também interromper a “convivência entre técnicos e ideologias da razão burguesa, crise da cientificidade fundada sobre a normativa paterna e a violência do dominador” (1998, p. 66).

Para uma melhor compreensão do problema da saúde e da doença mental, é imprescindível considerar os fatores macrossociais, as diferenças culturais, eventos externos, condições socioeconômicas, bem como o contexto microsocial (família) no surgimento e na evolução de muitos transtornos mentais (Saraceno, 2001). O autor é enfático ao considerar que a saúde mental sofre a influência de uma rede complexa de fenômenos sociais e, portanto, não é possível admitir que as intervenções a favor da saúde mental (preventiva ou curativa) devam limitar-se a uma única dimensão, a biomédica (2001, p.40). Para ele, uma abordagem mais ampla implicaria em romper com alguns paradigmas hoje existentes; com o avanço dos conhecimentos tecnológicos e sociais torna-se determinante para a transformação do modelo de saúde/doença uma proposta interativa e complexa.

Saraceno (2001) acredita que um programa de reabilitação psicossocial deve incluir, ao mesmo tempo, intervenções individuais e coletivas, considerando sua indissociabilidade e interdependência. O importante é que as ações terapêuticas e de promoção da saúde mental façam parte da estratégia de promoção da saúde do paciente, assim como de toda a comunidade ou grupo. A cidadania e a saúde mental estão intrinsecamente relacionadas, uma vez que a vulnerabilidade de uma põe em risco a outra, o que implica que cada ação para a saúde deve corresponder a uma ação para a cidadania.

O ano de 1980 marca um redirecionamento no modo de compreender o doente mental: a reforma psiquiátrica promove mudanças nas diretrizes e no modelo a ser seguido pelas instituições para tratamento de doenças mentais. Uma reforma que exige uma mudança de olhar, de postura, que escutemos além do sintoma (Lyra, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) hoje defende a reforma psiquiátrica, a partir do reconhecimento de que o modelo tradicional [de tratamento] formou uma população de pacientes crônicos e abandonados pela família.

Como afirmam Lima et al. (2001, p.6):

A transformação da assistência em um novo modelo implica num deslocamento do foco do tratamento do sintoma, inspirado no tradicional modelo médico sintomatológico centrado na doença, para dirigir-se à pessoa em sua complexidade, peculiaridade e singularidade. O sujeito social contextualizado, atravessado, marcado pela rede de relações intersubjetivas nas quais se constituiu, portador de uma história a ser resgatada.

Para o novo modelo assistencial, os autores propõem retirar o foco no saber e poder médico, para centrar-se “nas diversidades dos saberes, de olhares, de ações e intervenções múltiplas e integradas de uma equipe multidisciplinar” (2001, p.6). Com isso, abrir-se-ia a perspectiva de um cuidado integral do paciente, em toda a sua complexidade psicossocial.

Uma assistência voltada para a reinserção social, para a abertura de novos espaços de diálogo, de interlocução nas esferas sociais, culturais, políticas, em relação à família, à comunidade etc. O que se espera deste novo modelo é que dê condições ao sujeito adoecido de restabelecer os “laços fragilizados e empobrecidos”. Que eles possam ser “revitalizados e fortalecidos num processo de reconstrução e reestruturação como principal vetor terapêutico” (Lima et al., 2001).

No que diz respeito ao HUP, em 2001, começa a ser elaborado um Projeto Terapêutico para “...retomar o processo de mudança e implantação do complexo de Atenção Psicossocial do Hospital Ulysses Pernambucano em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica”. Este novo Projeto teve como metas: diminuir o número de leitos; transformar os leitos retirados da internação em leitos de hospital-dia; criar mais vagas de Lar Abrigado; ampliar vagas nas oficinas terapêuticas; atendimento ambulatorial, diminuição da taxa de reinternação; encaminhamento dos pacientes residentes para alternativas institucionais (Lima et al., 2001).

O objetivo geral do Projeto era o de estabelecer um conjunto de ações terapêuticas, administrativas, institucionais, físicas e de recursos humanos, que permitissem a passagem de um modelo assistencial asilar para uma assistência baseada nos princípios da atual reforma psiquiátrica.

Como estratégias, este novo Projeto pretendeu: Ampliar e estruturar as oficinas terapêuticas, direcionando-as a uma abordagem pré-profissionalizante; viabilizar a criação e formação de instrumentos e mecanismos de reinserção social; estabelecer um canal permanente de comunicação com as famílias, orientando sobre os encaminhamentos dos usuários e inserindo-as como agentes do processo terapêutico; sistematizar as visitas

domiciliares; disponibilizar medicamentos mais eficazes, reduzindo assim o tempo de permanência no hospital (Lima et al., 2001).

Nesse contexto, o CAT tornar-se-ia um Centro de Convivência e, a princípio, o CAT seria o gérmen desse Centro. Contudo, houve uma mudança no perfil do HUP: à proporção que os pacientes crônicos, de longa permanência, iam tendo alta, ou, em outras palavras, crescia o número de pacientes dispensados, o HUP começou a disponibilizar espaço para pacientes agudos, com internação mais curta. Assim, a rotatividade cresceu. Os pacientes são pessoas em crise aguda, “ muitas vezes com comorbidades, a exemplo de usuários que fazem uso de substâncias, álcool e outras drogas, quadros de muita complexidade e desorganização social” (Magalhães, 2013).

É necessário ressaltar, portanto, que a reforma psiquiátrica não pode constituir um fato isolado, ela só se tornou possível através de mecanismos de cooperação e parcerias. Deve ser objeto de análises atentas e periódicas, vez que se trata de modificações em muitos serviços, “...cujas práticas e ações demandam processos avaliativos contínuos, considerando os sujeitos envolvidos como protagonistas. Assim, usuários, familiares e profissionais fazem parte desse cenário” (Alves, 2009, p. 64).

Em entrevista concedida a esta pesquisadora, Magalhães (2013) expressa sua concepção acerca do cuidado não manicomial. Indica que uma de suas características é o cuidado que olha as pessoas e não o enquadramento em um diagnóstico. Acredita que é necessário se romper com a maneira de tratar as pessoas em sofrimento psíquico como coitadinhas, doentes, o que poderia permitir que estas saíssem do lugar da passividade para o lugar de um maior empoderamento, de poder falar de si, de poder criar. Defende, então, a necessidade de usar o potencial da linguagem criativa, da arte como recurso de expansão da pessoa. Sair do lugar do doente para recuperar forças que estavam dentro de si, suas forças plásticas, sua criatividade.

Cuidar do ser humano portador de sofrimento psíquico (mas não só nessas circunstâncias), requer um trabalho coletivo que busque soluções para o fortalecimento da saúde, não apenas com intervenções, mas com prevenção, com foco na qualidade de vida, na reinserção social e na reconquista da cidadania.

A reforma psiquiátrica traz em seu bojo a importância dos familiares e profissionais para o cuidado dos pacientes, ficando a cargo dos profissionais não apenas a tarefa técnica específica de sua especialidade, mas um verdadeiro comprometimento profissional, o senso de

imparcialidade e equidade para reconhecer o direito de cada usuário à cidadania e à justiça social.

### 1.5 Considerações finais

A Psiquiatria e a saúde mental do Estado não teriam tanto destaque nacional se não houvesse o Hospital Ulysses Pernambucano como campo de ensino, pesquisa e prática. Estudantes de graduação ou pós-graduação circulam pelo hospital a cada semestre letivo, em atividades de aulas teóricas ou práticas supervisionadas dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia. Em sua jornada anual de Saúde Mental, o HUP abre espaço para a divulgação de trabalhos científicos realizados por docentes, estudantes e demais profissionais de saúde.

No contexto histórico do HUP tem destaque o papel do Centro de Atividades Terapêuticas, que em sua missão de humanizar a assistência aos pacientes com transtornos psíquicos atua como complemento às ações desenvolvidas pela instituição da qual faz parte.

Continuam em curso as ações concernentes à reforma psiquiátrica, dando rumos diferentes aos hospitais psiquiátricos do Brasil. No entanto, os desafios são enormes e, dentre eles, as resistências (via de regra por interesses) em promover, de fato, rupturas significativas com o modelo biomédico predominante no tratamento desta questão.

No que diz respeito ao nosso campo de pesquisa, fica, então, um conjunto de questões que nos convidam a uma profunda reflexão: Será que há, por parte dos profissionais de saúde do HUP, conscientização acerca do cuidado-ético e da necessidade de outro olhar para o CAT? Quais os motivos da robusta adesão de alguns e da anemia de outros em relação às atividades do CAT? Que verbas foram disponibilizadas para a implantação do movimento/experiência?

Uma retrospectiva da literatura sobre psiquiatria e saúde mental, acrescida dos subsídios das entrevistas realizadas, deixa perceber o quanto a história do HUP e do CAT, e certamente de outros hospitais psiquiátricos, “deve” aos pacientes portadores de sofrimentos psíquicos.

## Referências

- Alves, E. S. (2009). *A ação do estudante de psicologia nos centros de atenção psicossocial: desafios para a clínica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco.
- Amarante, P. (1995). A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In.: Amarante, P. (Org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (pp. 57 – 90). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Apostando na força da palavra*. (1997). Manuscrito encontrado nos arquivos do CAT. Recife.
- Araújo, D. M. A., Torres, J. N., Collier, J. C. (1998). *Projeto Jornal Ulysses Pernambucano: interfaces da comunicação*. Recife.
- Artaud, A. (2013). *Escritos de um louco. Coletivo Sabotagem*. Disponível em: <http://www.sabotagem.cib.net>.
- Azevedo, C. S. C. (2001). *Projeto Plantando sonhos – uma oficina terapêutica de jardim no HUP*. Recife.
- Braga, B. (2012). A arte como expressão da fé. *Jornal do Commercio*, Recife, 30 de agosto.
- Campos, Z. D. P. (2001). *O combate ao Catimbó: práticas repressivas às religiões afro-umbandistas nos anos trinta e quarenta*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em História, Recife.
- Cavalcanti, A. E. L. N. (2005). *Limite: repertório dos usuários do Hospital Ulysses Pernambucano*. Convite de exposição de artes plásticas realizada no Instituto de Arte Contemporânea da UFPE, Recife.
- Cavalcanti, A. E. L. N. (2009). *Plantação e colheita*. Recife: Gráfica Santa Marta.



- Cavalcanti, A. E. L. N. (2012). *Arte como prece: a religiosidade no trabalho de quatro artistas pernambucanos*. Recife: Gráfica Santa Marta.
- Cesar, V. (2012). Exercício da Possibilidade. In: Reis, P., Vinhosa, L., Cesar, M. F., Bueno, G. *Rosana Ricalde*. Santiago de Compostela: Artdardo S.L.
- Coelho Filho, H. (1983). *A psiquiatria no país do açúcar*. Recife: Abigraf.
- Exposição fotográfica: de volta para casa. (2008). Recife: CAT.
- Facundes, V. L. D., Bastos, O., Vasconcelos, M. G. L. de, Andrade Lima, I. Atenção à saúde mental em Pernambuco: perspectiva histórica e atual. (2010). *Neurologia*, 73(1), 183-205.
- Foucault, M. (1993). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Leal, G. (2000). Projeto Terapia vem substituindo com vantagem métodos tradicionais. *Jornal do Commercio*, Recife, 29 de outubro.
- Lima, M. D. C., Barros, M. H. S. M., Azevedo, G. M., Lira, E., Magalhães, B. M. C. (2001). *Projeto Terapêutico HUP*. Recife.
- Lima, J. D. (2012). Minha cabeça, nossa natureza. Catálogo de exposição. In: Machado, C. M. *Minha Cabeça nossa natureza Christina Machado*. Recife.
- Lyra, M. A. A. (1996). Dialogando com a loucura. *Jornal do Commercio*, Recife, 7 de dezembro.
- Magalhães, B. (2000). Animação: pacientes abusaram da criatividade nas fantasias. *Jornal do Commercio*, Recife, 2 de fevereiro.
- Magalhães, B. (2001). Pacientes com doenças mentais dançaram ao som da sanfona. *Jornal do Commercio*, Recife, julho.
- Magalhães, B. (2013). Entrevista a Ana Lisboa. Recife 31 de março.

Manuscritos encontrados nos arquivos do Centro de Atividades Terapêuticas. Recife. [n. d.].

Oliveira, M. C. (1996). *Projeto conscientizArte*. Manuscrito dos arquivos do CAT, Recife.

Parque da Jaqueira começa a ganhar forma. (2013). *Diário de Pernambuco*, Recife, 24 de abril. Cad. C5 – Vida Urbana, p. C2.

Pimentel, G. (1996). *Auto Retrato*; Catálogo da Exposição. Recife, 29 de outubro.

Rocha, E. (2013). Entrevista a Ana Lisboa. Recife, 5 de abril.

Sales, J. G., Alencar, L. J. C. (2010). Relatório de Experiência no Centro de Atividades Terapêuticas do HUP. Recife.

Santiago, A. (2009). Manuscrito encontrado nos arquivos do CAT, Recife.

Saraceno, B. A. (1998). Concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 9(1), 26-31.

Saraceno, B. A. (2001). *Libertando identidades; da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCoá.

*Tecendo vida*. (1997). Manuscrito encontrado nos arquivos do CAT, Recife.

Tito, M. (2003). Cultura como tratamento. *Folha de Pernambuco*, Recife, 13 de novembro.

Toledo, M. (2002). O rock da solidariedade. *Jornal do Commercio*, Recife, 8 de dezembro.

Van Gogh. V. (2002). *Vicent Van Gogh – cartas a Théo*. Tradução Pierre Ruprecht. L&PM Pocket.

Vasconcelos, C. (2003). Pacientes se esbanjam no forró. *Folha de Pernambuco*, Recife, 9 de junho.

Wilson. (1998). *Sistema de rádio-interno do Hospital Ulysses Pernambucano*. Manuscrito encontrado nos arquivos do CAT. Recife.

## CAPÍTULO 2 – ARTE COMO DISPOSITIVO CLÍNICO DE EXPRESSÃO DE SUBJETIVIDADES

Falando em nome de uma coletividade, instalavam-se muitas vezes no exterior da própria obra de arte, uma metanarrativa expulsando a palavra do seu interior, como na pintura formalista. Falando de um *topos* público, enunciavam *uma* direção para a arte. A era dos manifestos, como dirá Danto, termina por uma insuficiência: quando a questão *o que é arte* não encontra mais (apenas) *uma resposta* nas produções artísticas contemporâneas.

Marisa Flório Cesar – Exercício da Possibilidade. In: Rosana Ricalde, 2012, p. 99.

## Resumo

Este capítulo visa apresentar a arte como dispositivo clínico de expressão de subjetividades, na medida em que, como obra aberta e estética relacional, propicia a expressão através de experimentações, construindo e expressando, simultaneamente, subjetividades. Menciona algumas figuras marcantes da psicologia/psicoterapia brasileira, como Osório César e Nise da Silveira na utilização da arte no tratamento de pessoas acometidas de transtornos psíquicos. O trabalho se baseou em revisão bibliográfica para embasar teoricamente o tema, incluindo reflexões sobre o pensamento de alguns autores: Umberto Eco, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Patrícia Burrowes, Merleau-Ponty, Gilberto Safra e Ayres. A partir da leitura desses teóricos alguns pontos de divergência foram percebidos: enquanto Nise da Silveira e Osório César refletem sobre o papel e a importância da arte para a melhora clínico-médica, Deleuze, Guattari e Patrícia Burrowes estão preocupados com a arte como campo fértil de potência de expressão. Entretanto, todos concordam quanto à importância da arte como instrumental clínico junto a pessoas em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Arte. Subjetividade. Dispositivo clínico.

## ART AS CLINICAL DEVICE OF SUBJECTIVITIES' EXPRESSION

### **Abstract**

This article aims to present art as a clinical device of subjectivities' expression, in that, as an open and relational aesthetics work, promotes the expression through experimentation, building and expressing, simultaneously, subjectivities. It mentions some remarkable figures of Brazilian psychology/psychotherapy, as Osório Cesar and Nise da Silveira in the use of art in the treatment of people suffering from psychological disorders. The work was based on a literature review to explain theoretically the topic, including reflections on the thoughts of some authors: Umberto Eco, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Patricia Burrowes, Merleau - Ponty, Gilberto Safra and Ayres. From the reading of these theoretical some points of divergence were perceived: while Nise da Silveira and Osório Cesar reflect on the role and importance of art for the clinical- medical improvement, Deleuze, Guattari and Patricia

Burrowes are concerned with art as a fertile field power of expression. However, all agree on the importance of art as a clinical instrument of subjectivities' expression with the people in psychological suffering.

Keywords : Art . Subjectivity. Clinical device.

“O sonho ajuda nas horas de sofrimento”.

Paciente do HUP, 2011.

## 2.1 Introdução

O surgimento da arte é coincidente com o primeiro momento do ser humano na terra. A arte se presta às mais diversas representações e finalidades, variando conforme a cultura e o período em que foi produzida, bem como a bagagem psicossocial do artista que a produziu. A obra de arte representa um desafio à nossa compreensão, escapa totalmente a uma explicação unívoca.

Umberto Eco, em seus ensaios, escritos entre 1955 e 1963, que culminaram na chamada “Obra aberta” (2007), questiona a definição de arte nas diversas linguagens artísticas. Para ele, o tempo que vivemos é marcado por uma evolução rápida e, assim, o conceito de arte deve fugir das definições “estáveis e catedráticas”. O autor discute o conceito de arte e adota a noção de que a obra de arte “é uma mensagem fundamentalmente ambígua, uma pluralidade de significados que convivem num só significante” (p. 22).

A arte sofre modificações relativas ao tempo e ao espaço em que se encontra. Antigos valores são agregados e formam uma aparente teia que se vai tecendo pelo acréscimo de valores próprios do momento, resultantes de uma pressão do tempo, da sociedade, dos costumes, do mundo enfim.

O ser humano é influenciado pelo seu tempo e vive em constante mutação de pensamentos e atitudes; se hoje sente e se sensibiliza por algo, amanhã pode sofrer modificações, transformações, que se refletem em sua sensibilidade, desejos, anseios. Pode-se então pensar numa atitude artística que se expresse numa obra que possibilite múltiplas interpretações. “A obra vive apenas nas infinitas interpretações possíveis”, afirmou Pareyson, citado por Eco (2006, p. 32).

A forma como a arte se apresenta revela o modo de ser de uma sociedade e, em cada momento da história humana, ela retrata, nas mãos do artista, como a sociedade foi, é, e poderá ser. Há, no imaginário dos que pensam e produzem arte, um impulso para, muitas vezes, adiantar um tempo, premunir um período, o que nem sempre é compreendido pelos seus pares.

A arte segue o ritmo da ciência, respeita o nosso modo de estar no mundo e ensina que não se deve adquirir hábitos e, sim, “habituar-se à sucessão, a nunca descansar sobre um modelo estabelecido” (Eco, 2006, p. 214).

Como responder às novas abordagens da arte no campo das experimentações sociais? Borriaud (2009, p. 11) investiga a sensibilidade coletiva através de artistas que se situam na esfera inter-humana desenvolvida em função de noções “interativa, conviviais e relacionais”. E segue acreditando que a arte pode abrir passagens obstruídas e, através dela, pode-se perceber um desejo de realização de um projeto político através da problematização das relações humanas.

O autor acredita que a história da arte pode ser vista como o relato dos sucessivos campos relacionais externos, que se transformam pela evolução interna das suas práticas, ou seja: “é a história da produção das relações com o mundo, intermediada por uma classe de objetos e práticas específicas”.

A arte toma um novo rumo por volta de 1990, quando as práticas artísticas se concentram nas esferas inter-humanas; nas relações entre o trabalho e o público e, neste caso, “além do caráter relacional intrínseco da obra de arte, as figuras de referência da esfera das relações humanas agora se tornaram ‘formas’ integralmente artísticas” (Bourriaud, 2009, p. 40). Sendo assim, reuniões, festas, encontros, manifestações, contatos e intervenções entre as pessoas representam objetos estéticos.

A geração dos anos 1990 retoma a problemática histórica sobre formação de relação e convívio, tão presente nos anos 1960 e 1970, embora não mais houvesse a preocupação com a definição da arte, mas, sim, a de verificar até que ponto ela resistiria em um campo social global (Bourriaud, 2009).

A partir dos estudos de Bourriaud (2009), baseados nos trabalhos dos diversos artistas que ele acompanhou, é possível perceber a condição relacional como um possível sintoma na arte contemporânea. As condições atuais do mundo, caracterizado por um desenvolvimento tecnológico galopante e por uma sociedade do espetáculo, entre outros aspectos, dificultam o convívio humano. Porém, mesmo com este contexto, o autor acredita que a prática artística pode constituir um campo fértil de experimentações sociais, constituindo-se como um instrumento através do qual poderá ser questionada a possibilidade de gerar relações de convívio no mundo. Ainda conforme o seu pensamento, o que vivemos hoje é a apresentação, através da arte, de um universo possível, ocupando-se de aprender a habitar melhor o mundo, ao invés de modificá-lo. A arte hoje é eclética, trata do público e do artista no mesmo lugar.

Na perspectiva de dar sentido às realizações plásticas, na atualidade, e sendo a “arte uma atividade que consiste em produzir relações com o mundo, com auxílio de signos, formas, gestos ou objetos” (Bourriaud, 2009, p.147), a estética relacional seria uma



possibilidade de troca, encontro, transformação, experimentos diversos, quando a arte autônoma fica sem sentido. A arte relacional, acrescenta o autor, toma “...como ponto de partida teórico e prático o grupo das relações humanas e seus contextos sociais, em vez de um espaço autônomo e privativo” (p. 51).

As obras de arte não são submetidas a uma única interpretação e, sim, enfocadas sob uma ótica variada, dependendo do observador, da perspectiva e do contexto, possibilitando uma discussão rica de ideias entre diferentes grupos ou pessoas.

Na arte, diferentes estilos convivem juntos, caracterizando um ecletismo e pluralismo cultural. Não há grupos nem movimentos unificados e, sim, uma gama de experiências que expressam as poéticas de cada artista. Essas subjetividades resultam em produções que tratam de diferentes temas e contextos, materializados em múltiplas linguagens. Há um jogo de estranhamento do familiar e familiarização do exótico, ampliando o entendimento das diferenças culturais, das subjetividades e do papel de cada pessoa na sociedade.

## **2.2 Arte como expressão de subjetividades**

A subjetividade é um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem, dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social. É compreendida como “dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética, definida como espaço ontológico” (González-Rey, 2003, p. 75). O autor chama a atenção para a capacidade criadora do homem que produz sentidos subjetivos e propõe que a Psicologia se volte efetivamente para a investigação da experiência subjetiva, entendendo-a nesses moldes e superando os reducionismos presentes na história dessa ciência.

Guattari (1992, p. 129) define a obra de arte como “uma produção de afeto e de perceptos”, afirmando que a arte mantém juntos momentos de subjetividades ligados a experiências singulares e a finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de subjetividade que autoenriqueça continuamente sua relação com o mundo. Para ele, era evidente que:

A arte não detém o monopólio da criação, mas ela leva ao ponto extremo uma capacidade de invenção de coordenadas mutantes, de engendramento de qualidades de ser inéditas, jamais vistas, jamais pensadas. O limiar decisivo de constituição desse novo paradigma estético reside na aptidão desses processos de criação para se autoafirmar como fonte existencial, como máquina autopoietica (p. 135).

O autor propõe descentralizar a discussão do sujeito para a subjetividade com o mundo, com os outros, com os devires. A subjetividade não como uma essência imutável, pois, para ele, “a existência desta ou daquela subjetividade depende de um agenciamento de enunciação produzida ou não. [...] Atrás da aparência da subjetividade individuada, convém procurar o que são os reais processos de subjetivação” (Guattari & Rolnik, 2005, p. 387). Para estes autores, separar o sujeito em subjetividades implicaria multiplicar os universos de referências, tornar as experiências mais ricas, exercitar o processo contínuo de autocriação. Não se pode centralizar ou totalizar a subjetividade no indivíduo: “Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no social” (Guattari & Rolnik, 2005, p. 40).

Uma forma de pensar e acrescentar algo aos múltiplos conceitos de subjetividade é através do acréscimo da herança adquirida pelas reflexões no passado e da soma de outros elementos adequados ao momento sociocultural-histórico. A respeito de subjetividade e processos de subjetivação, assim se expressam Guattari e Rolnik (2005, p. 39):

A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação ou de semiotização não são centrados em agentes individuais (ou funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egoicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extraindividual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, etnológicos, de mídia, ou seja, sistemas que são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor), modos de memorização e de produção de idéias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos [...].

Ao longo dos momentos históricos, a subjetividade se produz de modo diferente; ela depende das relações e dos movimentos entre saber e poder e, deste modo, algumas formas de funcionamento social e de subjetividades alteram-se em relação aos já configurados. A subjetividade, então, não se situa apenas no psiquismo individual, mas, sim, no campo de todos os processos de produção social, no coletivo e no impessoal, conforme preconizam Guattari e Rolnik (2005).

Segundo Francisco (2000, p. 15):

Tratar-se-ia, pois, de uma subjetividade heterogenética, dada a diversidade dos componentes que concorrem para a sua produção, em incessante processo de conexões e disjunções, de fluxos e refluxos, gerando produtos, eles mesmos compondo novas produções – máquinas, cujo regime de funcionamento difere daquilo que produzem: máquinas de produção da produção.

Nesta direção, Francisco indaga sobre o lugar do desejo, questionando suas possibilidades ao se considerar a perspectiva adotada por Deleuze e Guattari, de subjetividade polifônica, múltipla e de ordem coletiva. Como o indivíduo situa os seus desejos? Esclarece que o pensamento de Deleuze e Guattari se refere a: “Uma só realidade essencial: a do produtor e do produto. A produção como processo não cabe nas categorias ideais e forma um ciclo cujo princípio imanente é o desejo” (2000, p. 15).

Guattari (1992) nos fala do porvir e de um novo paradigma estético que trabalha pela mudança da vida no planeta, uma percepção de existência em seu construtivismo. Uma experimentação acerca de nossa subjetividade, a capacidade subjetiva de acolher o estranho ou o processual. Guattari e Rolnik (2005, p. 387) propõem um paradigma estético processual no sentido “de ruptura permanente dos equilíbrios estabelecidos”, um reconquistar da criatividade a partir dos paradigmas científicos e éticos. Na realidade, um movimento de criação processual. A ideia de uma nova prática criativa significaria novas maneiras de expressar a criação ou o ser que cria. Nada está pronto. Tudo deve ser retomado do zero. Uma experiência da ruptura de sentido, da desterritorialização, do estranho, do viver as novas formas (Guattari, 1992).

O autor defende o paradigma estético para se contrapor à hegemonia do “superego cientista”. A estética, para ele, possui um arranjo maleável, sendo capaz de funcionar em diversos planos do saber. Ele pretende remodelar o conjunto das ciências e técnicas a partir do paradigma estético:

O novo paradigma estético tem implicações ético-políticas porque quem fala em criação, fala em responsabilidade da instância criadora em relação à coisa criada, em inflexão de estado de coisas, em bifurcação para além de esquemas pré-estabelecidos e aqui, mais uma vez, em consideração ao destino da alteridade em suas modalidades extremas. Mas essa escolha ética não mais emana de uma enunciação transcendente, de um código de lei ou de um deus único e todo poderoso. A própria gênese da anunciação encontra-se tomada pelo movimento de criação processual (p. 137).

Somos todos bricoleurs, no sentido que Deleuze e Guattari (1996) empregam, considerando o termo como uma criação a partir de fragmentos diversos encontrados pelo

mundo e pela vida. Um convite para vivermos o devir subjetivo e processual com sabor e sabores das descobertas. Consoante o pensamento de Gilberto Safra (2004, p. 154): “O ser humano é devir e o processo clínico é devir”

Então, podemos pensar a arte como expressão de subjetividades que pulsam e acreditar que, através dela, podemos perceber as coisas do mundo em que vivemos, mesmo que ela não seja engajada com assuntos históricos e sociológicos. Isso é mais do que conhecer o mundo, pois a arte produz complementos do mundo, formas autônomas que se acrescentam às existentes, mostrando leis próprias e vida pessoal.

### **2.3 A experiência do corpo-próprio e do sensível e sua importância para a clínica e a saúde do psiquismo**

Na medida em que a arte, enquanto aberta e relacional, é capaz de expressar subjetividades e, neste sentido, constituir-se como dispositivo para expressão, as reflexões de Merleau-Ponty (1980) sobre o campo do sensível podem nos auxiliar quanto à importância deste recurso. De acordo com os objetivos desta pesquisa, faremos um recorte da obra de Merleau-Ponty, centrando-nos especialmente em seus textos “O olho e o espírito” e “A dúvida de Cézanne”.

Para ele, a consciência perceptiva é fundante com relação à representativa. Um conhecimento originado no nível do sensível. Uma consciência solidária com o corpo, enquanto corpo-próprio e vivido, maneira pela qual nos instalamos no mundo, ganhando e doando significação. Ele propõe a conexão indissolúvel do eu e o mundo, do sujeito e o objeto, uma maneira de formular o problema ontológico que vai marcar todo o seu pensamento filosófico.

Das influências com a filosofia de Husserl, conserva a ideia de que o pensamento não existe sem estar voltado para o objeto-pensamento: é a intencionalidade. E o pensamento é sempre percepção. A partir do não pensado se faz o pensamento (Huisman, 2001).

Merleau-Ponty (1999, p. 18) afirma:

O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na interseção de minha experiência com aquelas do outro, pela engrenagem de uma nas outras; ele é portanto inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha.

O autor busca uma Fenomenologia que não seja da consciência, e sim do corpo. Sua originalidade foi combater o empirismo e o intelectualismo. O novo cogito é o corpo, não sendo entendido como “corpo-objeto”. Meu corpo não está ao lado dos objetos; ele é intenção para os objetos.

As reflexões nascidas na região originária da *aesthesis* possuem dinamismo e simbolismo próprios, que se desenvolvem historicamente, constituindo a região do ‘logos do mundo cultural’ da prática inter-humana mediada pelo trabalho e pelas relações sociais e pelas coisas aí produzidas (Merleau-Ponty, 1980, p. 7).

Um dos postulados de Merleau-Ponty é a Redução Fenomenológica que, ao invés de adotar a perspectiva de um Ego Puro, tal como formulada por Husserl, leva à percepção de um sujeito encarnado, situado no mundo, que antecede a reflexão. O autor preconiza a renovação da Fenomenologia, que passa de ciência estrita para se tornar uma orientação para o irrefletido.

Segundo Chauí (2009), Merleau-Ponty acreditava que a filosofia tem a finalidade de ensinar a ver o mundo, porque é neste exercício de entender o mundo que o homem começa a existir. Um mundo vivido e irrefletido, anterior a toda e qualquer reflexão, no qual o homem vai construir os seus conhecimentos, as suas experiências.

A abertura para o mundo se faz através do corpo próprio e do agir corporal. O corpo é a maneira pela qual o sujeito está no mundo, então ele não tem um corpo, ele é o corpo, um corpo sujeito, que se torna um corpo próprio: um corpo visível, um corpo tocável e um corpo sensível. Um corpo físico e psíquico, uma unidade. O corpo próprio expressa a experiência do homem com o mundo, os desejos, os sentidos, os objetivos de um sujeito encarnado. A ação do corpo ocupa ativamente o espaço antes de ter um conhecimento sobre ele. No corpo está a origem do sentido da linguagem, que não apenas reproduz o pensamento: ela é fonte de sentido do pensamento. O corpo expressa em movimentos, em gestos silenciosos e em gestos falantes toda a potencialidade criadora de viver e de dizer o mundo. Um corpo compreendido como “um nó de significações vivas” (Merleau-Ponty, 1999, p. 210).

Merleau-Ponty parte desta perspectiva do corpo como carne do mundo: meu corpo próprio constitui uma unidade, não há nada que separe o físico do psíquico, o interior do exterior, o dentro do fora, o sujeito do objeto. Para expressar este conceito ele criou a expressão “*chair*”, com o sentido de “carne viva”, que se opõe à “carne morta” dos corpos desencarnados. A “*chair*” não é nem matéria nem espírito, é uma espécie de intermediário que articula ambos. É o meio em que o homem e o mundo estão entrelaçados. O homem constitui

o mundo como o mundo o constitui. O homem é um ser no mundo, em um processo de mútua constituição com o mundo (Merleau-Ponty, 1992).

Ao relacionar corpo e ação humana, sobretudo na atividade criativa, Merleau-Ponty (1980), em “O olho e o espírito”, tece considerações sobre o racionalismo bruto, criticando as pretensões da ciência do início do século XX. Rende tributo à experiência estética e à produção artística, em especial a pintura. Aborda também o papel do corpo na realização das coisas, analisando de que modo o pintor vê e realiza sua obra, através de seu corpo e de seu olho, a “janela da alma”. O pintor se funde com a pintura ao usar o corpo para pintar. O corpo nem é sujeito nem objeto, é um entrelaçamento de visão e movimento.

A percepção do primordial, do ser bruto, tão difícil de ser compreendida pelo racionalismo bruto, é a práxis elementar da experiência estética e da produção artística: a arte e, em especial, a pintura, se nutrem desta percepção de sentido bruto da qual o ativismo nada quer saber. O pintor utiliza o seu corpo porque não se pode considerar que o espírito possa pintar. Empréstado seu corpo ao mundo é que o pintor transforma o mundo em pintura (Merleau-Ponty, 1980).

O enigma é exatamente este: meu corpo é vidente e visível, a um só tempo. Ele olha todas as coisas e também pode olhar a si mesmo e reconhecer no que está vendo o outro lado do seu poder vidente (Merleau-Ponty, 1980). Luz, cor, profundidade despertam um eco em nosso corpo, porque estes lhe estão acolhidos. Pode-se, então, afirmar que há um olhar interior, que vê as imagens físicas e as imagens mentais.

Segundo Merleau-Ponty (1980), o mundo do pintor é um mundo visível, quase louco, porque é completo e, no entanto, parcial. O papel do pintor é projetar o que ele vê, sua visão é um nascimento contínuo. Imaginário e real, visível e invisível, a pintura mistura todas essas categorias ao desdobrar o universo onírico, semelhanças eficazes, mudas significações. A alma pensa segundo o corpo e não segundo ela mesma.

Através do olho, a beleza do universo é revelada à nossa contemplação. Sem ele, o homem estaria privado de conhecer todas as belezas da natureza, cuja visão alegre a alma, prisioneira do corpo. Através dos olhos, a alma se abre àquilo que não é alma, o domínio das coisas. A alma pode assim “tocar” o sol, as estrelas, estar em todas as partes, tão perto do que é longínquo como do que está próximo. Pela visão se dá o encontro, como numa encruzilhada, de todos os aspectos do ser (Merleau-Ponty, 1980).

Em “A dúvida de Cézanne” (1980), o autor faz uma analogia entre sua filosofia e a pintura de Cézanne. Ele mostra que Cézanne, em sua pintura, faz uma mistura entre o real e o

que ele imagina ser real, uma maneira de deformar a realidade. Mesmo assim, Merleau-Ponty considera a pintura de Cézanne mais real que uma fotografia, vez que esta não tem movimento e não separa o real do imaginário. Isso a transforma em algo fictício, irreal, porque a realidade está sempre em movimento, em transformação, não existe uma demarcação definida entre o real e o imaginário.

A pintura de Cézanne de certa forma retrata o pensamento de Merleau-Ponty pela ruptura definitiva das dicotomias, pelo reconhecimento das ambiguidades do ser humano “...sem contornos absolutos”. “Cézanne renunciou a ter uma vida para realizar sua obra, ou melhor, fez da obra a sua vida” (Argan, 1993, p. 109).

“Em sua pintura nada é invenção, tudo é pesquisa”, afirma Argan (1993, p. 110). Para ele, “Cézanne nunca poderia dispensar o modelo ou o tema, isto é, a sensação visual [...] Seus esforços são inteiramente dedicados a manter a sensação viva durante um processo analítico de pesquisa estrutural” (Argan, 1993, p. 109).

Merleau-Ponty (1980) considerava que a pintura representava o mundo de Cézanne e abrangia toda sua maneira de existir, renunciando a tudo por ela. Emprestou seu corpo ao mundo para que a pintura transformasse esse mundo num quadro. Cézanne dizia que se devia pintar um rosto como se fosse um objeto; o caráter inumano de sua pintura poderia representar uma fuga do mundo humano, a alienação de sua humanidade. Devido aos seus “distúrbios nervosos”, ele concebeu uma forma de arte própria, sempre tentou fugir das alternativas prontas, acabadas. Para ele, a arte respondia a uma percepção pessoal.

Merleau-Ponty considera que a luta não está entre os sentidos e a inteligência, mas entre a ordem espontânea das coisas percebidas e a ordem humana das ideias e das ciências. É este mundo que Cézanne quer pintar, a razão de seus quadros darem a impressão da natureza em sua origem. Sua pintura revela a natureza inumana em que vive o homem. “Há um minuto do mundo que passa, é preciso pintá-lo em sua realidade”, dizia Cézanne (Merleau-Ponty, 1980, p. 119).

A arte não é uma imitação ou uma fabricação, segundo o instinto e o bom gosto. É uma forma de expressão. Com certeza, a vida não explica a obra, mas as duas se comunicam. No testemunho de Cézanne, é no mundo, numa tela com cores, que é possível expressar sua liberdade (Merleau-Ponty, 1980). Na mesma obra, o autor faz uma abordagem que poderia ser expressa em suas próprias palavras: “A linguagem diz e as vozes da pintura são vozes do silêncio” (p. 173).

Contudo, a linguagem não está a serviço do sentido, nem o governa. O escritor preocupa-se unicamente com a linguagem e, à medida que escreve, vê-se rodeado de estilo. Nesta direção, seu trabalho e o do pintor guardam muitas semelhanças: o pintor trabalha com o mundo das cores e das linhas, o que ele realiza exige uma capacidade de decifração [...] A mão do pintor opera no mundo físico, no qual há inúmeras opções possíveis. A seu modo, a pintura “fala”, diz muita coisa, expressa uma linguagem tácita (Merleau-Ponty, 1980).

Tudo acontece no mundo da percepção e do gesto, obedecendo, contudo, ao corpo “geográfico” ou “físico” Ao escrever ou pintar, o artista deixa perceber o seu estilo até nas fibras das matérias que trabalha. Nem mesmo os pintores clássicos, que pretendiam a objetividade, puderam se ausentar do mundo; sua percepção já estava imbuída de sua cultura.

#### **2.4 Arte como dispositivo clínico em saúde mental**

Cronologicamente, as relações da arte com a Psiquiatria e a Psicologia datam do século XIX, quando aparecem as primeiras referências teóricas sobre o assunto e foram introduzidas nos hospitais psiquiátricos algumas atividades de natureza artística ou artesanal (Ferraz, 1998).

O conceito de arte como dispositivo clínico de expressão de subjetividades é relativamente recente, do mesmo modo que a admissão de que os doentes mentais têm capacidade de produzir arte. Pensar a arte como dispositivo, no conceito foucaultiano, leva-nos a percebê-la como:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (Foucault, 1995, p. 244).

Entretanto, somente no final do século XIX e primórdios do século XX houve interesse de se estudar as questões relativas às novas formas de tratamento de pessoas com transtornos psíquicos. Neste período, a arte realizada por estas pessoas representava não apenas o mundo perdido da infância, mas também a utopia da experimentação estética. Nas primeiras décadas do século XX, quando o expressionismo alemão voltou-se para o exótico, a “descoberta” da arte africana correspondeu à descoberta da arte dos “loucos”, feita por escritores e poetas.



Os “insanos” passaram a ser acolhidos pelos artistas que, neles e em suas produções, viam a confirmação do mito da loucura dentro de sua imagem de um mundo ideal. Mário Pedrosa (1964, p. 115) se refere ao preconceito que havia quanto às expressões plásticas dos esquizofrênicos. Defendeu, na ocasião, o que chamou de “arte virgem”, uma arte que foge às convenções acadêmicas, a “quaisquer rotinas da visão naturalista e fotográfica”, “uma arte que pertence a todo ser sensível, como estes que, além de artistas, são alienados”. “Artistas espontâneos, esses criadores virgens começam a pintar depois de adultos e ‘doentes’. E nada, no plano da arte, permite distingui-los dos normais”.

Osório César e Nise da Silveira, ambos psiquiatras, são pioneiros, no Brasil, na utilização de uma perspectiva multidisciplinar, introduzindo a arte no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Ainda nos anos 1940, Nise da Silveira se negou a usar os tratamentos convencionais da época, iniciando uma abertura à humanização e à socialização nas instituições que abrigavam doentes mentais.

Ana Lúcia Francisco e Sonia Sinimbu (2001, p. 59) abordam alguns aspectos do pensamento de Nise da Silveira sobre o delírio e a alucinação que, para ela, “...não significavam meramente um afastamento da realidade, mas a necessidade de expressão, em outros códigos, dos conteúdos internos dos chamados doentes”.

Nise da Silveira, segundo as autoras, “...foi buscar nos escritos de Carl Jung sobre inconsciente coletivo e como ele se expressa através dos mitos, inspiração para seguir adiante”. Nas sessões de terapia ocupacional, ao observar as atitudes e produção artística dos pacientes sob seus cuidados, ela verificou “que o inconsciente não só se expressa no mito, como também o mito se ritualiza na expressão artística”. Neste sentido há um diálogo entre Arte e Clínica e é possível produzir um “híbrido de potência e intensividade” (Leal, 2001, p. 41).

Para Nise da Silveira, “dentre as várias atividades ocupacionais, a pintura e a modelagem foram as que permitiram mais fácil acesso ao mundo interno do esquizofrênico” (1981, p. 17). Ela procurou defender o que há de mais valioso na experiência do ser humano: a liberdade. Liberdade enquanto indivíduo e liberdade de modificar as relações interpessoais nesta caminhada da arte de viver. A cada dia que trabalhava com aqueles seres considerados “loucos” mais aprendia a lidar com os estados do ser. Sua sensibilidade e coragem eram consideradas, à época, como um desafio à ditadura instalada no país. No lugar da terapia ocupacional criou o conceito de Emoção de Lidar; passava suas orientações aos terapeutas

ocupacionais para que a atuação funcional fosse realizada com afeto catalisador, estar ao lado, ter uma horizontalidade, abolindo a hierarquia entre a razão e a desrazão.

Um outro importante encontro na perspectiva arte e transtornos mentais se deu através do trabalho desenvolvido pelo psiquiatra e crítico de arte Osório Thaumaturgo César, no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, que resultou nas produções artísticas dos pacientes e constituiu o protótipo de uma prática inovadora. Um trabalho que conseguiu mobilizar a expressão artística dos “doentes mentais”, com propósitos terapêuticos, sociais e artísticos (Ferraz, 1998). O autor esclarece que Osório César chegou ao Juqueri em 1923 e, desde aquela época, já estava interessado em estudar a arte dos doentes mentais (p. 45).

Ainda que os referenciais teóricos desses autores sejam diferentes dos usados no desenvolvimento desse trabalho, julgamos importante trazê-los a esta discussão pelo caráter inédito de suas propostas. Nise da Silveira apoia-se no contexto teórico em Jung e realiza interpretações sobre o sentido da relação entre paciente/autor da obra e sua subjetividade. Osório César busca em Freud seu referencial teórico. Ambos visavam a melhora clínico-médica dos pacientes. No nosso caso, o dispositivo avaliado foi a potência de expressão e de interações mútuas possibilitada pela intervenção artística, tomando a arte como “campo fértil de experimentações sociais” (Bourriaud, 2009, p. 19).

O encontro da arte com a saúde mental está bem delineado no livro “O universo segundo Arthur Bispo do Rosário”, de Patrícia Burrowes (1999). Instigada, a partir de seu primeiro contato com a obra de Bispo do Rosário, exposta no ano de 1993 no Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro, seu texto equivale a “uma experiência”, como afirma a autora, pois, “ [...] ao investigar o processo de Bispo, sua reconstrução do universo, embarquei eu mesma em um processo”. E é cartografando a vida de Bispo na Colônia Juliano Moreira (onde ele ficou internado por 50 anos, até sua morte) que a autora tenta conhecer o mundo de Bispo homem/artista/louco e nos apresenta um rico painel sobre arte e distúrbio mental. Uma tentativa de compreender a “... possibilidade da comunicação a partir da diferença, alcançar o outro como outro”. Utilizando a obra/vida de Bispo do Rosário, a autora afirma a arte como campo criador, dando sentido à existência. “A emoção que vem de estar diante de algo maior do que nós” (Burrowes, 1999, p. 16).

Na percepção de Patrícia Burrowes, no mundo aparentemente caótico de Bispo do Rosário surgem suas obras e seus relacionamentos. Ele apenas oferece sua experiência, sem ter o compromisso de explicação alguma, apenas dá continuidade à vontade de registrar, listar, catalogar, mapear a vida para explorá-la. “A questão não é expressar-se, mas mapear.

Como alguém que anota pistas, observa vestígios, seleciona evidências. Para Bispo, o mundo é matéria em estado bruto: necessário explorá-la” (Burrowes, 1999, p. 71).

A exclusão de Bispo do Rosário, por estar num hospital psiquiátrico, motivou a construção do seu universo, que parte de um delírio chamado loucura, mas que representa o seu processo existencial. “ O estar louco não se reduz à loucura, outra coisa daí pode brotar. Um processo de produção que, no caso de Bispo, deu em arte” (Burrowes, 1999, p. 30).

Bispo transforma a matéria bruta, dá um significado a tudo que consegue produzir, conquistando, com a sua persistência artística, um reconhecimento além dos muros do manicômio, alcançando os diversos cantos do planeta e a consciência de muitos normais.

Em seu fazer, Bispo arma a máquina de expressão da diferença que o atravessa. Pela máquina-Bispo passam os loucos, os fragilizados, os excluídos, os subdesenvolvidos, os menores. Porque, a partir da exclusão, Bispo produz seu desejo. Desprovido de tudo, produziu o universo. Universo de enunciação que é imediatamente coletivo: um ponto intenso de entrecruzamentos. De dentro do enunciado fazem parte as circunstâncias (Burrowes, 1999, p. 47).

A autora reflete: “Tantos mundos quantas linguagens houver. Difícil, no entanto, será encontrar a sociedade que aceite a multiplicidade dos desejos. Resta virar o tabuleiro, roubar as fichas, morder os jogadores. A voz da minoria precisa forjar sua brecha” (1999, p. 44).

Além das importantes contribuições trazidas por Nise da Silveira, Osório César e Patrícia Burrowes no campo da arte-transtornos psíquicos, vale ressaltar, também, o pensamento de Gilberto Safra, na medida em que oferece ricas reflexões para o contexto desta pesquisa. O autor se dedica às “potências poéticas e éticas da emergência do humano”; apresenta “[...] uma clínica da emergência do sentido, uma clínica do acontecer humano naquilo que nos seria essencial, uma clínica da humanização...” (Safra, 2004, p. 17). A partir de observações de sua prática, procura apresentar a clínica pela vertente da estética e pela perspectiva da ética, no sentido de “morada”, ou seja, os elementos que possibilitam, ao ser humano “[...] morar no mundo entre os homens” (Safra, 2004, p. 26). E acrescenta que “[...] o adoecimento ético do ser é a perda da condição de *sobórnost*” (Safra, 2004, p. 50). Compreendendo “*sobórnost* como a condição para o advir do humano, em uma perspectiva coletiva, em que eu e o outro estamos conectados em um destino comum, o do sentido da experiência humana” (Safra, 2004, p. 17).

Para Gilberto Safra, entender o humano a partir da criatividade implica na forma como iremos abordar a pessoa humana, seu sofrimento e seu percurso pela vida. Afirma o autor: “A pessoa é fundamentalmente criativa e nela a comunhão e a alteridade não se contradizem, mas coexistem. Um ser humano deixado a si mesmo, sem o outro, não alcança sua personalidade” (p. 58). Para ele, há a possibilidade de sentir o ser humano a partir de gestos criativos e originários em sua historicidade, pois “[...] o tempo do gesto criativo é o tempo existencial”, para além da experiência (2004, p. 79). E continua o autor: “A criatividade humana, por ser ação no mundo e para além do mundo, faz com que o ser humano seja sempre um ser fronteiro, em estado de precariedade originária, em que qualquer ação seja sempre transição” (2004, p. 81).

Ao refletir sobre o mundo contemporâneo, o surgimento de novas formas de subjetivação e o aparecimento de novas modalidades de sofrimento humano, Safra (2004, p. 84) afirma ser “fundamental que se reinstaure a ética, como instrumento de cura do ser humano. Esse processo é resgatado pelo reencontro do paciente com seu próprio rosto, que se desvela por meio de gesto criativo que acessa o tempo existencial”. “...a criatividade humana tem o poder de re-situar as coisas” (Safra, 2004, p. 98).

Aponto aqui o rigor do trabalho clínico, decorrente de um caminho ético que forneça ao analista os referentes fundamentais que lhe possibilitem compreender e acessar o idioma pessoal daquele que nos procura. É a maneira de trabalhar que se funda na singularidade do outro. O analista coloca-se frente ao paciente de maneira a deixar-se ensinar pelo que o paciente diz e apresenta: a história do seu ser. Esse é um trabalho clínico em *sobórnost* (2004, p. 122).

Para ele, “Toda pessoa é singular, revela algo do único, mas ela, também, desvela, ao mesmo tempo, algo do destino de todos” (Safra, 2004, p. 122). O autor acredita que: “Uma das grandes questões do mundo contemporâneo é a enorme dificuldade existente entre os homens de abrirem espaço para o mistério” (p. 124). Neste sentido, “A arte e a cultura têm uma possibilidade bastante fecunda de curar o homem contemporâneo por meio de uma ação resistente que abra a memória do *ethos* humano e de sua ética” (p. 140). “A clínica é o lugar do surpreendente, da alteridade, da abertura para o outro”. “Intervir na sessão ou no processo demanda que em primeiro lugar possamos estar com o paciente” (p. 147).

Podemos falar de uma clínica da arte? Ou uma clínica da ética? Uma clínica que seja capaz de, junto com aquele que sofre, dar um sentido ao seu modo de existir? Para isto, é necessário um posicionamento político, “[...] há a necessidade de que possamos realizar uma

redefinição da situação clínica de modo que ela possa contemplar o ethos humano...” (Safra, 2004, p. 145). O homem se encontra na fragilidade do entre e, entre o dizer e o indizível, emerge a “[...] possibilidade de um falar poético, em que a palavra não se fecha, mas se abre para o não-dito” (p. 25).

Para Safra, a clínica se caracteriza pelo cuidado que propicia o acontecer humano e, nesse sentido, ela é “essencialmente ética e a ética é clínica; desvela-se como beleza, como verdade, como dignidade, como presença de si e do outro”, pois, “o ethos humano acontece nessa interdependência profunda entre os homens, a terra e as coisas” (2004 p. 27-29).

Na medida em que identificamos a arte como dispositivo de expressão de subjetividades e como uma modalidade clínica de cuidado, cabe tecer algumas considerações sobre o que consideramos cuidado. Na leitura desta temática percebemos que o conceito de cuidado frequentemente é reportado a Heidegger (2006) – o cuidado como ontológico, próprio do ser. Em seu livro “Ser e Tempo”, ele considera cuidado o ser do homem, que está sempre em transformação em sua própria existência e na de seu mundo.

No entanto, para os fins deste trabalho não apresentaremos detalhadamente os aspectos que envolvem o cuidado, vez que fugiria ao propósito da pesquisa. Assim, nos deteremos em algumas reflexões de Ayres (2004, p. 200) acerca do cuidado, sobretudo aquelas que tratam do campo cuidado – saúde mental, foco da pesquisa. “Adota-se o termo cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (p. 22).

O conceito de cuidado é visto como necessidade de se resgatar o humano nos modelos assistenciais, numa perspectiva de bem-estar. Percebe-se que o importante, para a humanização, é a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas (Ayres, 2000).

Humanizar, para além das implicações na formulação das políticas de saúde, na gestão dos serviços, na formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa transformar as ações assistenciais. Ayres (2000) inclui nas relações entre indivíduos e práticas em saúde a importância de outro tipo de saber que reflete desejos e possibilidades de existir nos indivíduos, uma troca que extrapola o tecnológico, embora sendo por ele apoiada.

Então, podemos afirmar que pensar o cuidado não significa apenas o que diz o senso comum, é muito mais abrangente. Cuidar da saúde, quer seja de um grupo ou de um indivíduo, não se expressa através de cumprimento de tarefa ou função técnica determinada

pelo serviço (Ayres 2001), mas por uma disponibilidade frente ao ser, um cuidar afetivo e não meramente mecânico. Este cuidado se dá a partir das inter-relações, trata-se do que podemos chamar de amor-cuidado.

## **2.5 Considerações finais**

Podemos falar em motivações diversas para o exercício da arte. Ela constitui um canal de comunicação do homem com o mundo, utilizando diferentes mecanismos e formas, podendo desencadear potências de expressão através das relações/experimentações.

A arte possibilita expressar subjetividades e pode constituir um meio coadjuvante no campo da saúde psíquica.

Pensar a arte como dispositivo clínico de expressão de subjetividades torna-se de fundamental importância, sobretudo quando a clínica se dirige para o cuidado. O cuidado ancorado numa perspectiva da integralidade que requisita uma leitura interdisciplinar e transdisciplinar do indivíduo e da saúde, exigindo ações conjuntas, pelos caminhos da humanização, com base sobretudo na ética. Nesse sentido, a arte pode nos oferecer recursos para dar contorno à vida.

Arte como ancoragem de processos subjetivos; arte como experiência de acolhida e de compartilhamento de sentidos através das relações com o mundo num tempo e espaço.

Assim caracterizando a arte, podemos afirmar que arte é clínica. Ainda que guarde as suas especificidades, oferece o ethos necessário ao sentir humano no mundo compartilhado com outros humanos.

## Referências

- Argan, G. C. (1993). *Arte moderna*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Ayres, J. R. de C. M. (2000). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 6, 117-120.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6(1), 63-72. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-123200100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-123200100005&script=sci_arttext).
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade* 13(3), 16-29.
- Bourriaud, N. (2009). *Estética relacional*. São Paulo: Martins Fontes.
- Burrowes, P. (1999). *O universo segundo Arthur Bispo do Rosário*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Cesar, V. (2012). Exercício da Possibilidade. In: Reis, P., Vinhosa, L., Cesar, M. F., Bueno, G. *Rosana Ricalde*. Santiago de Compostela: Artdardo S.L.
- Chauí, M. (2009). A filosofia como interrogação interminável. *Revista Cult*, 123.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1996). As máquinas desejanças. In: Deleuze, G., Guattari, F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Eco, U. (2006). *A definição da arte*. Lisboa: Edições 70.
- Eco, U. (2007). *Obra aberta: forma e indeterminação poéticas contemporâneas*. São Paulo: Perspectiva.
- Ferraz, M. H. C. de T. (1998). *Arte e loucura: limite do imprevisível*. São Paulo: Lemos.

- Foucault, M. (1995). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Francisco, A. L. (2000). *Instituições e dispositivos institucionais: processos de subjetivação e seus efeitos*. Tese (Doutorado), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Francisco, A. L., Sinimbu, S. (2001). *Síntese de encontros interdisciplinares*. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, Departamento de Psicologia, p. 57-60.
- González-Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Guattari, F., Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes.
- Huisman, D. (2001). *Dicionário dos filósofos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, L. G. P. (2001). Síntese de encontros interdisciplinares. In: Francisco, A. L., Sinimbu, S. *Síntese de encontros interdisciplinares*. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, Departamento de Psicologia, pp. 41-47.
- Merleau-Ponty, M. (1980). *Textos selecionados*. São Paulo: Abril Cultural.
- Merleau-Ponty, M. (1992). *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pedrosa, M. (1964). *Dimensão da arte*. Rio de Janeiro: MEC.
- Safra, G. (2004). *A Po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Silveira, N. (1981). *Imagem do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.



### **CAPÍTULO III – POSSIBILIDADE DE UMA CLÍNICA DA ARTE**

Se um signo apenas ganha significado relativo ao contexto e à situação à qual se relaciona, então a abertura a todos os deslocamentos possíveis, a todas as combinações possíveis, a todos os contextos possíveis. Cada qual que teça, com seu fio de Ariadne, seus percursos nos labirintos da escrita.

Marisa Flório Cesar – Exercício da Possibilidade. In: Rosana Ricalde, 2012, p. 100.

## Resumo

Este capítulo descreve o dia a dia de uma Residência Artística junto a pacientes do Hospital Ulysses Pernambucano, localizado no bairro da Tamarineira, Recife, PE. Foi desenvolvida no Centro de Atividades Terapêuticas daquele hospital, sendo os participantes pacientes adultos, de ambos os sexos, em sofrimento psíquico de natureza diversa, internos naquela instituição. A Residência Artística se propôs compreender até que ponto o fazer arte potencializa a expressão de subjetividades, constituindo-se como uma modalidade de cuidado para estes pacientes. O número de participantes não foi definido a priori, pois o envolvimento nas atividades era livre. A Residência Artística, realizada com base no método cartográfico, consistiu da elaboração de objetos, desenhos e pinturas, utilizando madeiras, tintas, lápis, telas e cavaletes, a princípio em sala do hospital, posteriormente no pátio. Bandeira era o tema inicial, após algum tempo substituído por tema livre, à escolha de cada participante. Concomitante à Residência Artística foi feito um diário de campo, realizadas filmagens e fotos, para acompanhar o processo e registrar momentos significativos. Um olhar observador constante constituiu uma “ferramenta” para tentar compreender as diversas nuances da Residência Artística. Neste contexto, foram de muita significação os “olhares participantes” da equipe de residentes do HUP e alunos de Artes Plásticas da UFPE que vivenciaram o processo. Os resultados indicam uma sensível mudança no estado psíquico dos pacientes, interação com a equipe de arte/educação, criando laços de amizade e ajuda mútua. Ficou evidente uma melhoria substancial nas atitudes, na motivação e no comportamento de muitos pacientes, denotando que a arte pode ser um importante instrumento como coadjuvante no tratamento desses pacientes.

Palavras-chave: Arte. Clínica. Expressões de subjetividades.

## POSSIBILITY OF A CLINICAL ART

### Abstract

This work describes the daily life of an Artistic Residency with the inpatients of Ulysses Pernambucano Hospital, located in the Tamarineira neighborhood, Recife/PE. Was developed at the Therapeutic Activities Center from that hospital, whose participants were adult patients of both sexes, in psychological distress of various kinds, internal in that institution. The

Artistic Residency was proposed to understand the extent to which making art enhances the expression of subjectivity, constituting itself as a modality of care for these patients. The number of participants was not a priori defined as the involvement in activities was free. The Artistic Residency, conducted based on cartographic method, consisted of doing objects, drawings and paintings using wood, paints, pencils, screens and easels, at first in the hospital room and later in the courtyard. Flag was the initial theme, after a while replaced by free theme, chosen by each participant. Concomitant to the Artistic Residency was made a field journal, made shoots and photos, to follow the process and record significant moments. A constant observer look was a "tool" to try to understand the various nuances of the Artistic Residency. In this context, were of much significance "participants looks" of team HUP residents and students of the Fine Arts of UFPE, who experienced the process. The results indicate a significant change in mental status of patients, interaction with the art/education team, creating bonds of friendship and mutual aid. It was evident a substantial improvement in attitudes, motivation and behavior of many patients, showing that art can be an important tool as an support in the treatment of these patients.

Keywords: Art. Clinic. Expressions of subjectivities.

“Gostei de pintar... mas cada pincelada significa um sonho, ou bom ou ruim”.  
Paciente do HUP, 2011.

### 3.1 Introdução

O presente trabalho objetivou identificar o uso da arte como dispositivo clínico de expressão de subjetividade para pessoas com transtornos psíquicos, com vistas à proposição desta modalidade para esses pacientes. O dispositivo avaliado foi a potência de expressão possibilitada pela intervenção artística, tendo como referência a concepção de arte como “campo fértil de experimentações sociais” (Bourriaud, 2009, p. 19).

Foi realizado no Centro de Atividades Terapêuticas do Hospital Ulysses Pernambucano, localizado no bairro da Tamarineira, Recife, Pernambuco. Constatou-se de uma intervenção artística (Residência Artística) junto aos pacientes do HUP, do sexo masculino e feminino, adultos, com diferentes diagnósticos e tempo de internação. A Residência foi desenvolvida três vezes por semana (12 horas semanais), durante nove meses (setembro de 2011 a maio de 2012). O principal critério de inclusão foi o desejo de participar da residência artística, portanto, uma participação espontânea.

A metodologia de condução da pesquisa-interventiva foi baseada na cartografia, um método utilizado em pesquisa de campo para o estudo da subjetividade (Kastrup, 2007; Kirst et al., 2003), cuja fundamentação se baseia nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari (Romagnoli, 2009). A autora considera que este método “[...] se sustenta na invenção e na implicação do pesquisador, religando a pesquisa à vida” (Romagnoli, 2009, p. 172). É um método adequado à complexidade e à problemática que caracterizam a psicologia, na atualidade, considerando sua natureza multidisciplinar. A cartografia possibilita “ler” a realidade, não quer apenas buscar o qualitativo, “[...] mas também romper com a separação sujeito e objeto” (Romagnoli, 2009, p. 170).

A dinâmica da Residência Artística contou com a colaboração de estudantes do Curso de Licenciatura e Artes da UFPE (monitores em arte-educação) e outros profissionais da área de saúde e arte que trabalham no HUP, sendo flexíveis os dias e horários desta participação, segundo suas disponibilidades.

Ao longo de todo o trabalho foram realizadas conversas informais com os profissionais e os pacientes participantes. Além disso, o diário de campo permitiu observar a dinâmica institucional, o relacionamento intra e interprofissionais, além de fornecer

importantes subsídios para a compreensão do processo vivenciado tanto pelos pacientes como pela pesquisadora.

O trabalho consistiu em fazer arte em conjunto, utilizando papel, madeira, cavaletes, telas, tintas, pincéis e demais materiais necessários.

O tema foi definido: inicialmente, a bandeira da Catalunha (uma homenagem ao artista plástico Queralt Prat<sup>1</sup>; posteriormente, os temas passaram a ser livres, cada participante pintava e desenhava o que desejasse.

Antes de sua realização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) e à Diretoria do Hospital Ulysses Pernambucano, objetivando a obtenção da Carta de Anuência e a autorização das instituições.

### 3.2 Residência Artística

Apresentar o processo da Residência Artística constitui o ponto central deste capítulo, enfatizando a dinâmica vivida com os pacientes. Utilizamos, para tanto, fragmentos de suas falas no desenvolvimento das atividades, bem como as observações registradas no diário de campo, pretendendo que esta transversalidade possa nos ajudar a apresentar alguns elementos institucionais, que influenciam, sem dúvida, a dinâmica do processo, na medida em que pacientes e instituição só podem ser assim compreendidos (afetações mútuas).

Os pacientes do HUP, pessoas em sofrimento mental de natureza diversa, constituem os indivíduos deste trabalho. Homens e mulheres adultos, de diferentes procedências, da área urbana e rural. Uns poucos são pacientes-moradores, pois há muito foram abandonados pela família.

Conviver com eles, partilhar do seu dia a dia, de suas histórias, de seus anseios, de sua realidade, sem dúvida constituiu uma experiência única, enriquecedora e amadurecedora; um ponto de partida para inquietantes e profundas reflexões sobre os caminhos e descaminhos da vida. Qual girar em um caleidoscópio de angústias, tristezas, amarguras, mescladas de pitadas de alegria, entusiasmo, motivação, momentos de partilha, de comunicação, de afetos.

A princípio apresentaram-se tímidos, desconfiados, desinteressados, curiosos, às vezes agressivos; no entanto, à medida que a Residência Artística se desenvolvia, iam se

---

<sup>1</sup> Queralt Prat: artista plástico catalão/Espanha, professor de artes da UFPE, falecido em 2011. A pesquisadora estava realizando um tributo a ele em sua pesquisa artística individual, na ocasião em que iniciou os trabalhos na Residência Artística no HUP. A intenção foi permanecer com o tema, como aconteceu em trabalhos anteriores no HUP, com a Série das Rosas – Estou tão feliz que estou girando.

construindo laços afetivos, confiança, capacidade de dar e receber amizade, motivação para participar da atividade artística, em alguns casos revelando o talento para se expressar através da arte. Uma ânsia para partilhar, expressar tristezas e fracassos de vida, mas também vontade de ultrapassar aquela etapa e reconstruir suas vidas partidas, ao lado de seus entes queridos (Diário de campo, 2011-2012).

Muitos se encontravam por demais presos às suas lembranças, decepções e amarguras. Era comum conversar sobre fragmentos de suas vidas, retrospectivas de algum acontecimento triste, permeadas de lembranças afetuosas e saudosas dos filhos, das mães, dos familiares, mas também de sentimentos de rejeição e desamor dos mais próximos, especialmente das mães e do marido/filhos (Diário de campo, 2011-2012).

Às vezes os pacientes eram submetidos a uma medicação forte, apareciam dopados, trêmulos, babando, quase irreconhecíveis. Era generalizado, entre eles, o medo do que se poderia chamar “prisão farmacêutica” (Diário de campo, 2011-2012). Ao me deparar com um deles nesta situação, vinha-me à lembrança Bispo do Rosário, o grande artista plástico portador de distúrbios mentais, por 50 anos internado em manicômio no Rio de Janeiro. Bispo do Rosário fingia tomar os remédios para escapar dos seus efeitos e poder continuar a construir sua obra artística. A arte brotou, dando sentido à sua existência (Burrowes, 1999).

Os pacientes do HUP tinham consciência de sua realidade, de estar em tratamento, de sua fragilidade e vulnerabilidade, longe de suas famílias. Conforme um deles me disse, ao chegar na sala de artes, trêmulo e frágil: “Veja como estou, me deram uma mão cheia de remédios, não consigo falar nem desenhar” (Diário de campo, 2011-2012). Percebemos que, diante da complexidade dos fenômenos sociais que influenciam na recuperação dos pacientes, as intervenções não devem “limitar-se à única dimensão biomédica” (Saraceno, 2001, p. 153).

Alguns se expressam sobre si mesmos, de modo extremamente realista:

“Estou aqui por causa da droga, sou viciado, comecei a fumar maconha aos 9 anos, aprendi com meu tio... Quando sair daqui voltarei a fumar, pois não tenho como parar, gosto da droga e também não tenho medo de morrer”.

“Veja o destino: eu que faço grades; agora estou entre as grades”. “Sou esquizofrênico. Ser esquizofrênico é confundir os sentimentos”.

“Menina, o sonho ajuda nas horas de sofrimento” (Diário de Campo, 2011-2012).

Outras vezes, os pacientes ou familiares informam os motivos do internamento:

“Muitos gastos no cartão, dívidas, gritava na rua e queimou documentos”.

“Foi internada por conta de suas exaltações, dizendo palavrões, em consequência de a taxarem de doida”.

“Havia queimado a casa de um parente; eles não querem que ela volte para casa”.

“Surto proveniente do uso de drogas-maconha e crack” (Diário de campo, 2011-2012).

Vale referir que a transgressão ao que consideravam regras da religião protestante foi motivo de internação em muitos casos. Mesmo assim, os pacientes se mantinham fieis à sua fé e justificavam o motivo de sua internação como sendo “uma tentação do demônio”. O tema religião, fé, culpa e respeito às crenças religiosas estava sempre presente nas conversas e representações artísticas dos pacientes. “O louco de Basaglia é antes de tudo um sujeito condenado a uma progressiva perda de contratualidade não só afetiva, mas social, econômica, civil” (Saraceno, 2001, p. 68).

A Residência Artística oportunizou o cuidado a partir do “afetar e ser afetado” (Francisco, 2012), desencadeando a montagem de um painel extremamente rico, à medida que se desenvolvia a convivência com pessoas distintas em personalidade, temperamento, vivendo num mesmo espaço, num mesmo momento, submetidas às mesmas condições/limitações/particularidades.

Muitos pacientes eram alegres, expansivos, descontraídos, como se aquele fosse o seu ambiente natural, sua própria casa; outros eram agressivos, um deles batia forte nas pessoas, sem nem mesmo olhar para elas; era apenas o impulso da violência, sem motivo; uns se cuidavam, eram vaidosos, outros eram desleixados consigo mesmos, como se estivessem ao léu, completamente desmotivados, carentes, precisando de muito carinho e atenção (Diário de campo, 2011-2012).

A calma e quase timidez de alguns pacientes contrastava com a exuberância e a necessidade de aparecer de outros, provavelmente fruto de uma profunda carência interior.

Alguns chamavam a atenção pelo isolamento, pela dificuldade/falta de comunicação com os outros, levando-nos a refletir sobre a solidão do ser humano, sobre a “ilha” que cada homem é, como afirma Thomas Merton (2003). Outros alternavam momentos de calma, suavidade, com explosões de mau humor ou, então, apareciam arrumados e bem cuidados numa hora e completamente desleixados em outra (Diário de campo, 2011-2012).

O nível de educação e instrução/conhecimentos era outro aspecto extremamente variável: um paciente discutia Kafka e sua obra “O processo”; alguns argumentavam sobre questões inerentes à realidade atual do Brasil; uma paciente estudara arte na Galeria Bruno Veloso, fizera réplica das pinturas de Van Gogh, falava com conhecimento sobre Monet,

Renoir, Gauguin, discutia sobre cores primárias e estilo de pinturas. Achava que poderia ser descendente de Van Gogh e argumentava: “Ele era doente, eu também”. Um dia, disse: “Gostei de pintar... mas cada pincelada significa um sonho, ou bom ou ruim”. Em contrapartida, havia pacientes que tinham alguma dificuldade para escrever e se expressar (Diário de campo, 2011-2012).

Uma paciente chamou a atenção, por estar sempre limpa, arrumada, muito educada; aparentemente não precisando estar em um hospital psiquiátrico. Um dia, ela me disse, referindo-se à pintura: “Se eu pudesse, ficaria aqui todo tempo para passar o tempo” (Diário de campo, 2011-2012). Lembrei-me de Camille Claudel, artista plástica que passou 30 anos num manicômio na França, por traumas decorrentes de uma desilusão amorosa.

Havia uma paciente que era considerada muda pela equipe do CAT. Nunca falou com ninguém, era desconfiada, repetia sempre o mesmo desenho. Com o tempo, foi se aproximando devagar, ficando mais confiante, até que um dia falou, disse o seu nome e outras palavras. Foi um espanto para a equipe! Uma manhã, no pátio, ela sentou perto de mim, conversou, respondeu ao que perguntei, disse o nome de algumas frutas, o nome dos 5 filhos, de sua mãe e de seu pai, já morto. Mas não disse o nome de seu marido. Várias vezes disse: “Eu te amo”. E falou que o que mais gosta no hospital é de pintar. A partir daí ela começou, devagar, a conversar com a equipe e os outros pacientes, expressando seus gostos, sua opinião sobre alguma coisa. (Diário de campo, 2011-2012). Neste caso podemos perceber que o “acontecer humano” (Safra, 2004) foi possível através de uma “disponibilidade frente ao outro” (Ayres, 2001). Esta paciente me fez pensar no significado de dar e receber amor, carinho, atenção, confiança, cuidado, na potência que esses sentimentos, se bem direcionados, podem produzir. Não é à toa que a sabedoria popular preconiza que “o amor faz milagres”.

O amor e todos os seus componentes constituem um rico estímulo para motivar novas ações, dar forças para começar uma nova vida. É a mais rica e fidedigna expressão do cuidado. Um exemplo está na afirmativa de uma usuária, animada com o exercício da arte e fortalecida pela atenção e carinho que lhe eram dispensados: “Tive uma ideia, vou voltar a estudar, quero ser enfermeira, vou cuidar com muito amor das pessoas que estão doentes...” (Diário de campo, 2011-2012).

Em muitos momentos desta experiência ímpar eu me questioneei acerca da responsabilidade e comprometimento que as pessoas que trabalham naquele estabelecimento e convivem com os pacientes devem ter em relação a eles, “sobretudo na ética do viver” (Francisco, 2012, p. 62).



Quantos campos de força existem naquele lugar... quantas dinâmicas... Quanta energia desperdiçada! Percebo que há um desânimo generalizado tanto dos pacientes quanto da equipe, uma espécie de acomodação a uma rotina ou, quem sabe, uma conformação... É como se houvesse um número/código para todo e qualquer comportamento, que o generaliza como “isso ou aquilo”, e que o tratamento tem que ser “assim ou assado”, regras que desumanizam, ao invés de humanizar (Diário de campo, 2011-2012).

Muitos dos que ali trabalham justificam sua permanência/sobrevivência de modo simplista. E o tratamento do amor, da atenção, do cuidado, do carinho... Onde fica? O que leva a indagar: Como poderemos sair deste lugar melhor do que entramos, se não tivermos sua consciência do que somos e do que ali realizamos?

A convivência dia a dia estabeleceu vínculos de amizade, amor, confiança, carinho, da equipe com os pacientes e vice-versa, o que reitera o imperativo de se pensar numa “... clínica que seja capaz de, junto com aquele que sofre, dar um sentido ao seu modo de existir” (Safra, 2004, p.56).

Algumas afirmativas podem atestar o estabelecimento destes laços de amizade:

“Tia, posso dar um beijo na sua testa, com todo o carinho de quem quer bem?”

“Tia, eu nunca vou lhe esquecer, você é uma pessoa muito boa, simples, pensei que você fosse uma pessoa pobre, mas vejo que você é muito rica, pois tem tudo isso, o mundo!”

“Tia, você é linda como uma flor. Tem coração, é brilhante, cheia de amor”.

“Você é a esperança, essa sala é a porta da esperança! Gosto muito de estar com você, você é minha amiga!” (Diário de campo, 2011-2012).

Merleau-Ponty (1980) nos fala da “experiência do outro em mim”, a experiência do sensível que toca as pessoas nos encontros e transforma e “expressa a potencialidade criadora de viver” (1999, p. 49).

Durante a Residência Artística encontramos pacientes com vontade e motivação, sem nunca terem pintado antes (conforme afirmaram), quem sabe fazendo despertar uma nova modalidade de vida. Eles desenham bem, integrando as partes ao todo, trabalham confiantes, seguros do que estão fazendo.

Alguns temas eram recorrentes na produção artística dos pacientes: religiosidade/anjos/cruz/religião protestante. Alguns nomes eram escritos ou falados: Jesus, alguns salmos, Maria, Deus, Bahia, Assembleia de Deus, vida, Jesus te ama muito, aventura, Zeus, deus do trovão, paz, amizade, Cristo e números (Diário de campo, 2011-2012).

Um ponto era comum naquele caleidoscópio de sentimentos, anseios e esperanças: a alegria quando se anunciava a “alta”, com a perspectiva de retomar sua vida junto aos entes queridos: “Estou indo para casa, graças a Deus, mas venho lhe visitar” (Diário de campo, 2011-2012).

O dia da visita é diferente para as pessoas daquele lugar, o fluxo de visitantes muda a rotina do hospital, há mais alegria, alguns pacientes se arrumam para recebê-los. Nesse dia é perceptível, em muitos usuários, a alegria e a satisfação em rever seus familiares, e quando eles vão embora, ficam tristes. Alguns encontros improváveis acontecem: nos deparamos com conhecidos visitando entes queridos; testemunhamos mães, pais, esposos, esposas, amigos, familiares e até irmãos menores do outro lado do pátio, olhando as transformações e fazendo suas indagações... distribuindo afeto, acompanhando o processo de melhora (Diário de campo, 2011-2012). É muito impactante perceber a emoção dos encontros.

Há, neste dia, a possibilidade dos familiares testemunharem o dia a dia do hospital, pelo menos *en passant*. Na visita aos entes queridos eles percebem o que o hospital lhes está oferecendo. É um momento muito rico, pois é a hora de familiares, profissionais mais ligados aos pacientes conversarem para discutir sua situação. Contudo, são poucos os profissionais de saúde que ficam no pátio. Os familiares circulam pela área comum e os vigilantes ficam na portaria e em lugares pré-estabelecidos (Diário de campo, 2011-2012). Conhecer os familiares possibilita uma maior compreensão do porquê do adoecimento daquela pessoa; perceber o carinho, o amor, o sofrimento deles requer um equilíbrio da equipe. São momentos dramáticos, muito emocionantes; pode-se observar o semblante de amargura diante do estado em que muitas vezes encontram seus parentes: dopados, chorando, querendo voltar para casa, ou mesmo fora da realidade. Quase sempre são os mesmos familiares que vão ao hospital. Afeto, carinho, indiferença, vergonha, desespero, raiva, impotência, são algumas reações que expressam.

Em alguns momentos, percebe-se a preocupação dos familiares quanto à segurança oferecida aos pacientes e o modo de tratá-los. Há momentos em que a violência institucional aparece expressa em atitudes de irritabilidade, falta de paciência e compreensão por parte de alguns agentes institucionais (Diário de campo, 2011-2012).

Para a Residência Artística, essas visitas acrescentam muito, enriquecem, pois propiciam maior compreensão das histórias e relatos dos pacientes, ampliando e completando os encontros nos momentos artísticos em que estão solitários, sem os seus familiares.

Muitos familiares entram na sala de arte, comentam sobre a paciência que temos e agradecem o carinho e a atenção para com os seus entes queridos; comentam o quanto aquele momento de expressão é importante e de muita riqueza para eles e dizem da felicidade que sentem quando os veem trabalhando e felizes. Alguns adolescentes e irmãos relatam o quanto gostariam de acreditar na melhora da doença ou do vício e o quanto toda a família padece por esse adoecimento. Em alguns casos percebem a melhora, quando visitam, passando a acreditar no retorno do seu familiar para casa (Diário de campo, 2011-2012).

É triste dizer, mas muitos pacientes não recebem visita.

Algumas vezes recebemos visitas de grupos de residentes da área da saúde, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, arte; exceto residentes ou médicos psiquiátricos ou de outra especialidade, o que nos chamava especial atenção.

A Residência Artística propiciou momentos estimulantes para pensar o cuidado como ética, um trabalho que necessita de um coletivo abrangente e de participação conjunta; mostrou a importância de investir na prevenção, fortalecer a saúde numa perspectiva de inserção social. “O ser humano “morre” quando não tem projetos de vida”(Francisco, 2013).

### **3.3 Trabalhando com arte**

A Residência Artística foi realizada em duas etapas, dentro da sala do CAT/HUP e no pátio do HUP. Inicialmente, o desafio consistiu em motivar os pacientes a realizar trabalhos de artes plásticas adotando diversas possibilidades de suporte material. Os materiais foram dispostos na sala (papel, madeira, tinta, pincel, lápis colorido etc.). Aos poucos, os pacientes foram chegando, apanhando material e a interação foi começando e se desenvolvendo.

O primeiro tema abordado foi a bandeira da Catalunha “Tributo ao Professor e artista Queralt Prat”, dando continuidade ao trabalho desenvolvido no atelier particular, intitulado “Bandeira da Catalunha I”, e também por ser um símbolo de vários significados (país, estado, cidade, time de futebol, partido etc.) (Diário de campo, 2011-2012).

Foram utilizadas madeiras (refugos da marcenaria do HUP), os pacientes lixaram e pintaram de vermelho e amarelo, alguns seguiam as orientações, outros faziam ao seu modo. Este trabalho resultou em uma instalação de parede, também um tributo ao Professor Queralt Prat, intitulada “Bandeira da Catalunha II”. Em um dos encontros, um paciente do hospital diz: “Bandeira é uma coisa muito importante para um lugar, só quem tem uma coisa boa tem

uma bandeira” (Diário de campo, 2011-2012). Metáfora para expressar a necessidade de ser reconhecido como existente?

Em paralelo à execução dos trabalhos, alguns pacientes realizavam outras expressões, cantavam, dançavam, faziam cartões..., o que individualmente queriam ou necessitavam fazer. A dinâmica foi grande, eles entravam e saíam. Alguns permaneciam até a atividade terminar (Diário de campo, 2011-2012). Não sabíamos os seus diagnósticos, mas podíamos perceber que alguns compreendiam melhor as atividades, se expressavam naturalmente, aderiam ao que, a princípio, pretendíamos, e expressavam livremente a sua vontade.

Alguns pacientes frequentavam pouco a sala de artes, mas passavam por ela, olhavam, expressavam opiniões, uma forma indireta de participar da atividade. Em alguns dias, era perceptível uma falta de motivação e dispersão dos trabalhos, um alvoroço, sentia-se diferença na produção plástica, ela quase não andava. Ou seja: poucos trabalhos, sem muita vibração. Muitas vezes, a quantidade de pessoas na sala prejudicava a concentração e o andamento do trabalho (Diário de campo, 2011-2012).

Concluída a primeira etapa, contamos com um grande acervo fotográfico, de filmagem, diário de campo, madeiras lixadas e pintadas e muitos desenhos. Uma instalação foi montada na sala, como mostra a Figura 1.

A segunda etapa da Residência foi iniciada após um recesso de alguns dias. Os trabalhos realizados nesta nova etapa são diários/pinturas, uma série intitulada “Comunhão”, numa dimensão de 2,0 X 1,6 m, pinturas feitas com tinta acrílica sobre tela.

Havia o propósito de se trabalhar no pátio, mas foi preciso “sentir” os acontecimentos. Para isso, foi necessário contar com a ajuda de mais funcionários do hospital, em especial dos seguranças. Até ser providenciada a logística da segurança, optamos por iniciar as pinturas nos cavaletes dentro da sala, com as grades trancadas; os cavaletes circulavam dentro da sala: dois cavaletes com as telas grampeadas; num dos cavaletes trabalhavam os pacientes, no outro a pesquisadora. O acervo produzido na Residência Artística, em conjunto com os pacientes, constou de quatorze telas pintadas em acrílico, mostradas a seguir. Iniciamos com a cor amarela e, aos poucos, fomos introduzindo o vermelho (Diário de campo, 2011-2012).



**Figura 1. Bandeira II, 2011. Acrílica sobre madeira 1,50 x 1,00 m.**

No começo houve a participação de poucos pacientes, mas, com o passar do tempo, outros pacientes se chegavam para pintar. As cores foram as mesmas desde o início do projeto, vermelho e amarelo, da bandeira da Catalunha (Diário de campo, 2011-2012). Neste momento eu me dividia: ora pintava, ora atendia as solicitações dos pacientes, às vezes não conseguindo pegar no pincel; ora pintava calmamente. Cada dia era diferente do outro. O trabalho com os cavaletes dentro da sala durou um mês, o mês de março, O resultado do trabalho coletivo foi admirável, conforme mostra a figura 2: expressões de fragmentos de vida.

A experiência foi programada para ser realizada, também, fora da sala, no pátio do HUP, com o intuito de conhecer e experienciar o entorno. Agora, com “cavaletes nômades”, nosso objetivo era ampliar as possibilidades, numa perspectiva de perceber as nuances da arte como acontecimento também institucional (Diário de campo, 2011-2012). O cavalete no pátio foi uma festa, logo apelidado de “Arca de Noé”. Muitos pacientes trabalharam, pintaram, desenharam.



Figura 2. Comunhão I, 2011. Acrílica sobre tela, 2,00 x 1,60 m.

Nos primeiros dias do trabalho na sala de artes, era feita uma lista com os nomes dos participantes. Porém, quando o trabalho começou a ser realizado no pátio era difícil fazer a lista, diante da quantidade de pacientes a chegar e sair. Os profissionais do hospital que participaram gostaram muito e comentaram o quanto foi rico e proveitoso para todos. Havia os que pintavam, desenhavam, olhavam, xingavam, comentavam, ou apenas apreciavam. Pacientes, profissionais da saúde, da administração, da vigilância, passaram a se interessar pelas realizações. O pátio virou uma festa! Sua rotina foi quebrada.

Vale ressaltar o significado desta ampliação visual: os pacientes podiam ser percebidos pelos profissionais do HUP/CAT em plena atividade e interação uns com os outros. Tornaram-se visíveis, passaram a ser olhados como pessoas interessadas em realizar algo, participar de uma realização concreta, quebrando a rotina da mesmice e aparente conformação com o passar inexorável dos minutos... Certa ocasião, um vigilante que acompanhou o processo durante toda a manhã, ficou surpreso com o desenho que havia sido feito por um paciente, e comentou: “Ele é muito inteligente, como sabe desenhar!” (Diário de campo, 2011-2012).

Foi um exercício de partilha num trabalho coletivo: exercitamos os músculos dos braços, saímos da posição sentada e realizamos a pintura em pé, agachados, sentados no chão, sujamos as mãos, nos sentimos imersos. O cavalete, denominado “Arca de Noé”, pelo

paciente **B**, conforme já referido, passou a fazer parte da tela, virou uma escultura; em cada momento se modificava, com a participação dos diversos pacientes que estavam estimulados a trabalhar. Havia aqueles que ficavam junto, lendo, alguns escreviam, outros cantavam e dançavam, motivados pelas coisas que viam na tela; outros desenhavam, outros ficavam olhando, outros passavam a tarde desenhando em vários lugares, nem se importavam que outros escrevessem e pintassem por cima do que haviam feito (Diário de campo, 2011-2012).

Nesta ocasião, observar os trabalhos individualmente era mais difícil, cada um chegava e se expressava. O limite da tela passou a ser o que eles queriam, muitas vezes pintavam as paredes, o colega... Quando se aborreciam com os colegas que passavam a tinta por cima do que já havia sido feito, procurávamos direcionar a pintura para espaços ainda vazios. Trabalhamos juntos, desenhamos livremente. A composição de tinta era variada, algumas mais aguadas, finas, ralas, outras mais espessas. Pintamos na frente e no verso do cavalete; iniciamos com tintas reduzidas, sem sugerir tema, para sentir o que estava acontecendo, familiarização com o pátio, com os expectadores. O propósito era um cavalete nômade, itinerante, a “Arca de Noé” (Diário de campo, 2011-2012).

Sentia-me incluída! Lembrei-me do Sítio do Pica-Pau Amarelo, tia Anastácia, sacolão de Emília, avião no ar. “A que horas começa a festa? Esta é a melhor festa!” dizia um paciente. Dança, canto, encenação de tocar violão, empurrão, fim de tarde, sol, parabéns, discurso, reportagem, pintura, desenho, amizade, carinho, amor... eram como crianças, naquela tarde não houve medo, nem tristeza, só alegria, apesar do lugar em que estávamos: um hospital psiquiátrico. Diferente de outros momentos, no mesmo lugar, em que a agressão e violência foram percebidos (Diário de campo, 2011-2012).

Podemos acreditar que é possível!!!? Momento ímpar de muitos encontros nos lugares ainda não tão visitados do CAT, semelhante à experiência e ao desejo do artista plástico Mavígnier, que colaborou no Ateliê de Pintura do Hospital Psiquiátrico de Engenho de Dentro, procurando despertar a potência de expressão dos que frequentavam o ateliê. Diferente de Nise da Silveira, que utilizava os resultados desta produção artística como instrumento na terapêutica de expressão, para interpretar a história de seus pacientes (Reily & Silva, 2012).

Aquele momento era de experiência/expressão/ação/arte, uma possível clínica. Os profissionais da área de saúde poderiam, a partir da participação, contribuir com este outro olhar, como Frayze-Pereira comenta sobre a experiência de Mavígnier e o atelier de pintura no hospital psiquiátrico Engenho de Dentro: “Sua atitude espontaneamente antecipava o que se evidencia na proposição de alguns psicanalistas contemporâneos” (Reily & Silva, 2012, p.

17). Uma atitude transdisciplinar em direção a abordagens que contemplem a dimensão psicossocial.

Terminamos as duas primeiras telas, o trabalho andou rápido, houve muita participação, foram concluídas antes do tempo previsto. Sereia e avião são os desenhos que finalizaram as telas. Resolvemos não retirar as pinturas do cavalete, diante dos resultados das expressões; houve uma unidade nas pinturas, tornando-se um objeto artístico. Ao longo do processo, percebemos que as cores, principalmente a vermelha, diziam muito para eles, pois faziam associações com suas histórias de vida (Diário de campo, 2011-2012). As figuras 3 e 4 são o resultado deste primeiro momento do cavalete “Árca de Noé”/Nômade, no pátio.

Os resultados da experiência inicial possibilitaram a continuidade do trabalho no pátio. Importante o apoio que tivemos do hospital para poder realizar o que pretendíamos. Foi visível a riqueza da experiência! Os cavaletes eram guardados no hall de entrada do hospital; assim, os pacientes poderiam observar a pintura em outras horas, assim como outras pessoas que passavam por lá. O cavalete itinerante ficou livre das grades e os pacientes ajudavam a descê-lo e a subi-lo todos os dias, em um exercício de confiança, de trabalho de equipe e de equilíbrio. Muita gente trabalhou, deixou os escritos e os desenhos, casas, árvores, linhas, coração. A pintura fora da sala foi muito participativa (Diário de campo, 2011-2012).



Figura 3. Comunhão II, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.





**Figura 4. Comunhão II, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.**

Uma experiência/vivência muito significativa e prazerosa, na opinião dos participantes-pacientes, como também dos funcionários do CAT, dos residentes, dos vigilantes e das alunas do Curso de Artes Plásticas, engajadas nesta experiência. Um exercício da interdisciplinaridade (Diário de campo, 2011-2012). A Figura 5 foi realizada a partir de muitos diálogos e exposição do tema bandeira. Neste trabalho, especificamente, houve a intenção de realizar a bandeira da Catalunha.



Figura 5. Comunhão III, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.

Para realizar a tela que está representada na Figura 6, as cores escolhidas foram as da bandeira do Brasil. Neste momento, o grupo já estava familiarizado com a experiência no pátio. Identificamos os gostos de alguns pacientes em relação aos pinceis, às dimensões dos desenhos, às quantidades de tinta... Este foi inspirado em Luiz Gonzaga, o rei do baião, mesmo sendo utilizadas as cores da bandeira do Brasil. Uns dizem ser o rei do baião, outro disse ser uma santa, outro que era o demônio... cada um trás no seu imaginário a sua história e como vê o mundo. Admiram o que está feito e interpretam com a bagagem que têm (Diário de campo, 2011-2012).

Continuamos com as cores azul, amarela, verde e branca. O trabalho ilustrado na Figura 7 se iniciou com muitas palavras, figuras, desenhos individuais em escala pequena e grande... várias pessoas interferiram. Em determinado momento, os desenhos se confundiram e as tintas se misturaram, deixando uma grande quantidade de tinta sobre ela, como também uma mistura de cor. Neste momento foi preciso agir e tentar transformar o caos em ordem. Mas que caos? E que ordem? Então, decidimos lavar o quadro! Retiramos o excesso de tinta, com água. Momento ímpar, de muita emoção, baldes de água foram jogados inesperadamente sobre a tela, causando espanto nos participantes, uma verdadeira catarse! (Diário de campo, 2011-2012). Na semana seguinte concluímos esta pintura, com desenhos de “pistas, dentro da mata”, em que “havia água e terra”, assim dizia um paciente que não descolou da tela desde

sua gênese. O que, para o imaginário de alguns, eram estrelas, chave, praça, casa, sol, lagos, matos, pistas, caminhos de água e de terra, para outra paciente era completamente diferente o seu imaginário diante do que via. Ela comenta, sobre a mesma tela: “Para mim, isso é uma prisão!” (Diário de campo, 2011-2012). Em alguns momentos havia uma necessidade de “anotar pistas” mapear e dar sentido de existência (Burrowes, 1999).



**Figura 6. Comunhão IV, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.**



Figura 7. *Comunhão V*, 2012. Acrílica sobre tela, 200 x 1,60 m.

Cada trabalho tinha uma história, mesmo que os cenários e figurantes fossem diversos. O trabalho representado na Figura 8 teve a participação de novos pacientes, pelo fluxo do processo de internação no hospital. Nesta ocasião, foi desenhado o limite do mapa do Brasil, colocamos os nomes de algumas cidades e estados: Maceió, Manaus, Recife, Belo Horizonte, Santa Catarina, Bahia, Sergipe. Localizou-se os oceanos, pintamos na cor azul, verde, amarelo, branco. Um paciente fez performance, dançou, cantou, parecia meio drogado pelas medicações, sem camisa, de aparência não cuidada. A tinta azul foi muito explorada diante da forma preservada do mapa do Brasil. Surge a escada e a igreja do “Bomfim”, o nome Deus foi escrito (Diário de campo, 2011-2012).

Outra pintura construída com as cores da bandeira do Brasil está retratada na Figura 9. Aleatoriamente, deixamos nossas marcas. A tela em branco, que para muitos artistas é um problema, pois não indica por onde começar, ali foi o contrário. A partir da tela limpa é que eles se chegavam e faziam figuras, diziam nomes, conversavam... Penso na floresta que existe no contorno daquele lugar e creio que, em algum momento, foi o que retratamos.



Figura 8. Comunhão VI, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.

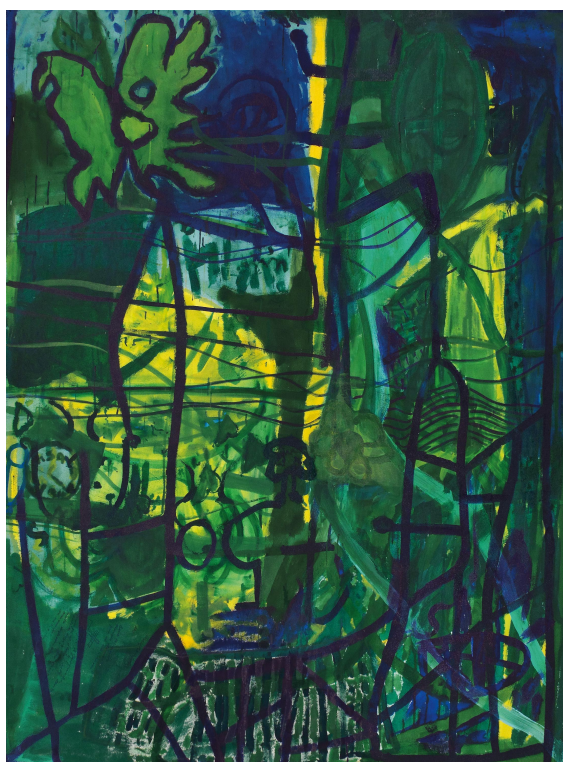


Figura 9. Comunhão VII, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.

A continuidade da experiência foi um fator relevante para os acontecimentos e para as realizações coletivas. Nas figuras 10 e 11 novos “encontros/pistas” são retratados. Vale

indagar: o que expressam, quais são as “pistas”, o que elas representam? A “chave do céu” em escala grande é desenhada, juntamente com muitas palavras, letras, números, desenho da bandeira da Inglaterra, nome de familiares, datas de nascimento e falecimento: nômade, Deus, eu, meu, sábado, janeiro. São relatos de história/identidade... a busca de suas experiências rompidas? Todo esse trabalho, essa gama de expressões, essa riqueza de significados também poderiam constituir objetos de análise, ou seja, um ponto de partida para análise daqueles que sofrem de transtornos psíquicos, por parte de uma equipe multidisciplinar daquele hospital, semelhante à pesquisa de Nise da Silveira (1981).

O trabalho expresso na Figura 12 foi feito com a participação de muita gente ao redor: alguns passaram, deixaram sua marca e saíram, outros passaram a tarde inteira pintando e desenhando. Foi iniciado com as palavras: Jesus é amor. Pintamos sob tensão do ambiente, apareceram vários pacientes novos, um número grande de homens, rostos que nunca vi. Desenho do mapa do Brasil novamente, em grande escala. No final, um paciente disse, de longe: “Estou vendo um carro ali em cima e um rosto”, olhamos e vimos o que ele estava vendo, era uma figura que se apresentava diante de uma abstração... não era um desenho planejado, nasceu da pintura coletiva... (Diário de campo, 2011-2012).



Os trabalhos finais, representados pelas figuras 14 e 15, intitulados “Comunhão XII” e “Comunhão XIII”, foram realizados com mais tranquilidade, por toda a equipe. A experiência vivenciada deu segurança e permitiu a continuidade, uma familiarização com o espaço e com as pessoas, permitindo a expressão de subjetividades através da arte. Desta vez, as cores utilizadas foram as da bandeira dos dois lugares: Catalunha e Brasil (vermelho, amarelo, azul, verde e branco). Iniciados com formas geométricas, desenho de coruja, rostos, nome, símbolo, o mapa do Brasil, o nome de algumas cidades, pessoas, casa, águia, números, palavras... Um paciente dizia: “Essa águia simboliza a paz, é um exemplo de paz, amor, felicidade, saúde, e tudo de bom. Fiz aquele ‘Major’, Deus é amor e justiça”. Através do simbolismo das bandeiras, os dois países, Brasil e Espanha foram unidos pela arte, representados nos desenhos, pinturas e instalação por aqueles que são esquecidos pela sociedade, jogados de lado, escondidos. Seres humanos que se emocionam e carecem de um olhar humano sobre suas ações, para que sejam visíveis na sociedade (Diário de campo, 2011-2012).



**Figura 12. Comunhão X, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.**





Figura 13. Comunhão XI, 2012. Acrílica sobre tela 2,00x 1,60 m.



Figura 14. Comunhão XII, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.



Figura 15. *Comunhão XIII*, 2012. Acrílica sobre tela 2,00 x 1,60 m.

Até certo ponto, o relato e o escrito não espelham a força das vivências e das experiências artísticas, porque muitas delas não encontram contorno nas palavras. A escrita é, portanto, um recorte das experiências, a sua moldura.

As realizações artísticas foram sendo construídas juntamente com os pacientes, espontaneamente. Pinte, preparei tintas, fiz igual a eles, repetia desenhos e pinturas; as formas geométricas e as linhas horizontais e verticais chegaram primeiro, depois não sabia onde fiz ou onde eles fizeram. Quando percebia algo novo em palavras, formas, gestos, falas, escrevia na tela, reproduzia semelhante, ajudava no preenchimento das formas, dirigia e me deixava ser dirigida; assim, a “nave” saía do canto. Na sala, o trabalho andou devagar; no pátio, o cavalete deslocava-se rapidamente, “andava” no chão, na terra, nas plantas, levou pancadas, chutes, resistiu! Todos os dias ele voava... descia e subia as escadas do hall de saída para o pátio interno e, no pátio, os lugares que ocupava foram diversificados, escolhidos, direcionados pelos pacientes (Diário de campo, 2011-2012).

Em alguns dias me sentia uma paciente, em outros uma maestra, em outros uma sofredora, uma guerreira, uma angustiada; em alguns momentos achava que nada adiantava, em outros sentia-me uma artista, uma aluna, uma professora. Aprendi muito! Vivi intensamente a experiência!

Realizei múltiplas atividades, exerci os papéis mais diversos, entrei “com o corpo e a alma” em todas as ações, antes e durante a experiência, desde o planejamento do trabalho, contatos prévios à realização da experiência, arrumação de salas, idealização dos cavaletes, preparo das telas e tintas, transporte do cavalete; empenhei-me no exercício de diversas formas de atenção, companheirismo, cuidado, doação, amor e vontade de contribuir positivamente para minorar o sofrimento daqueles pacientes. Evidentemente, nada disso poderia ter sido realizado se não fosse a participação efetiva, competente e dedicada da equipe realizadora do trabalho: Psicólogas, estudantes do Curso de Artes Plásticas da UFPE, voluntárias; Residentes de Psicologia e de Enfermagem do HUP, além da ajuda inestimável, em muitos momentos, de funcionários do CAT e do HUP.

A pesquisa precisou findar, para ser refletida e sistematizada. Lembrei-me do que ouvi de uma paciente que já estava de alta: “Cada pincelada significa um sonho, ou bom ou ruim” (Diário de campo, 2011-2012). Uma frase profunda, o desejo de multiplicar outras experiências.

Quarta feira, última quarta feira à tarde em que estive no pátio pintando, correndo, rindo, observando, sentindo, participando do convívio dessas pessoas que tanto gostaria de poder ajudar. Era dia de visita e de Residência Artística... Penúltimo dia de vivência... nostalgia, assim diagnosticou uma estagiária em Psicologia, a partir do que observou do meu estado de espírito naquela tarde. Acho que ela tinha razão, foi bem assim que me sentia... O tempo passou rápido e foram muitos os encontros... uns ruins, outros bons, como as pinceladas, que são sonhos, segundo uma paciente. Quanta sabedoria! (Diário de campo, 2011-2012).

### **3.4 Os pacientes**

A observação e a convivência com os pacientes de um modo geral e, em especial, com aqueles que se aproximaram mais e estabeleceram uma interação positiva com a equipe, permitem tecer algumas considerações significativas.

Por motivos diversos – quem sabe a carência e vulnerabilidade por conta do momento vivido e de sua própria condição, a saudade de seus entes queridos, a necessidade de um apoio e de motivação enquanto se submetiam ao tratamento, dentre tantos outros -, a arte trouxe um contorno para muitos deles, “...uma proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica” (Schmidt, 2006, p. 16).

Era perceptível o sofrimento de alguns pacientes. Eles passavam uma pungente necessidade de atenção e afeto, estavam assustados ou revoltados diante do que a vida lhes oferecia, da condição de estarem doentes e, em alguns casos, abandonados pelos familiares. Em certos momentos sentíamos como se estivessem fazendo um apelo para serem vistos como existentes, apesar de seu estado de adoecimento. Um pedido para ser visto e tratado (Diário de campo, 2011-2012).

Muitos vínculos de amizade e confiança foram gerados na convivência com eles durante a Residência Artística; havia um elo, fazendo com que os compromissos acertados fossem cumpridos, o que transformava o humor depressivo e solitário em uma convivência muitas vezes alegre e potencializadora. Através de conversas, desenhos, pinturas... podíamos sentir quando estavam longe da realidade e quando voltavam para si. Muitas vezes apareciam com uma expressão “flutuante”, de quem estava chegando em um lugar desconhecido, desequilibrados, cambaleantes, dopados (Diário de campo, 2011-2012).

Havia, em muitos, uma aparente necessidade de expurgar os sofrimentos. Nestes casos, a arte foi uma porta aberta para expressar emoções e sentimentos, para relatar histórias de vida, por vezes trágicas, por vezes fantasiosas. Podia-se perceber a identidade através dos traços e da pintura. As profissões eram destacadas nos desenhos e escritos, como se estivessem sentindo falta da rotina dos dias em que trabalhavam, do seu lugar no mundo. Cada um fazia o que gostava de fazer, era um momento ímpar de realização e encontros: nas pinturas e desenhos surgiam as cidades em que moravam, os lugares em que viviam, os nomes dos familiares, as crenças religiosas, as ânsias, os pesares... O mesmo acontecia com a fotografia, que registrava as experiências e vivências, passo a passo. Ao fotografar, eles procuram coisas diversificadas, o que lhes chamava a atenção (Diário de campo, 2011-2012).

As datas afetivas significantes para eles, em particular, o dia de aniversário de algum familiar, foram expressas nos diálogos ou em desenhos nas telas; muitos lamentavam não poder estar com os familiares nesses dias, ausência que provocava um desassossego nos pacientes (Diário de campo, 2011-2012).

O convívio com eles, três vezes por semana, possibilitava perceber quando estavam melhorando dos devaneios, das overdoses das medicações, quando estavam voltando para a realidade do mundo.

Há pacientes que são deixados no hospital, sem nenhum cuidado dos familiares; são sofredores de um sistema hospitalar de saúde mental, sem voz singular. Como escapam das

agressões, dos tratamentos, dos diagnósticos? Sentem medo e provocam medo (Diário de campo, 2011-2012).

Há, por exemplo, o caso de um paciente, extremamente conhecido no CAT, por sua capacidade de agredir e provocar medo; batia nas grades, gritava que queria morrer/ matar. Desassossegado, não parava em nenhum lugar, sempre sem camisa, as calças caindo. Cheguei a ser vítima de sua agressão, arranhou-me. Assim ele se comunicava com as pessoas. Por uns dias fiquei assustada; no entanto, em outras ocasiões mostrava-se diferente: entrava na sala com camisa, olhava as pessoas, sentava-se junto com os outros. Por agredir os colegas precisava ser contido e recolhido às enfermarias, em certas ocasiões (Diário de campo, 2011-2012).

Uma paciente, extremamente carinhosa, resolveu me ensinar a plantar uma mangueira num pequeno canteiro de plantas. Ela diz que é da roça e adora plantar macaxeira. Ela escolhe um caroço de manga, explica porque escolheu aquele caroço, coloca areia para cobrir o caroço, joga água por cima com cuidado e me diz: “Depois de grandinho, leva esse pé de manga para plantar na sua casa”. (Diário de campo, 2011-2012).

Numa das sessões da residência encontrei, no corredor, uma pessoa de meu conhecimento e a quem quero bem. Fora visitar seu filho, um jovem de cerca de 30 anos, internado desde que eu iniciara os trabalhos. Este paciente nunca se aproximara, vivia isolado no pátio, chamava a atenção pela imagem pungente de desconsolo e solidão. Comecei a me questionar: Estaria internado por transtornos psíquicos? Seria por causa de drogas? Como ajudar em sua reinserção? Como ele poderia ter chegado àquele estado? Dias depois, ele entrou na sala de artes, nada falou, apenas me olhou. Perguntei se queria desenhar, ele pegou um papel, fez um X na folha, olhou para os lados e saiu. Dias depois ele me fez uma visita rápida, desconfiado. Parece que carrega uma revolta dentro de si. Um diferenciado naquele sistema. Um dia, quando já estávamos terminando os trabalhos, ele entrou na sala e perguntou: “Tem tinta?” Fui buscar a tinta e ele falou: “Não precisa não, me dê depois mesmo, vocês já estão terminando”. Dei um piloto, ele desenhou um rosto quase sorrindo, dentro de um círculo e me deu. Pedi que ele escrevesse o seu nome e ele escreveu. O que fazer para ajudar? (Diário de campo, 2011-2012).

Em uma ocasião, fui para o hospital com o joelho machucado e fiquei na sala, em repouso. A Terapeuta Ocupacional avisou aos pacientes que eu não poderia trabalhar naquele dia, pois estava doente. Então eles apareceram para me visitar: uma paciente, com as mãos no meu joelho, fez uma prece; com os olhos fechados, e com palavras desconexas, terminou

com um Pai Nosso “partido”. Foi uma emoção passar da condição de cuidar para a de ser cuidada. Outro paciente cantou uma música e me presenteou com um chaveiro em forma de guitarra, feito por ele, de massa de biscuit. Ele diz que vai distribuir os chaveiros em forma de bichinhos, semelhantes aos da “Arca de Noé”... Como ele batizou o cavalete itinerante. (Diário de campo, 2011-2012).

Algumas vezes os pacientes ainda não estão estruturados para o retorno às suas casas, recebem alta, mas, logo em seguida, necessitam de outro internamento. Realizar um monitoramento depois que os pacientes têm alta é muito importante, acompanhá-los nos Caps seria uma possibilidade de evitar um reinternamento, o que é recorrente no HUP (Diário de campo, 2011-2012).

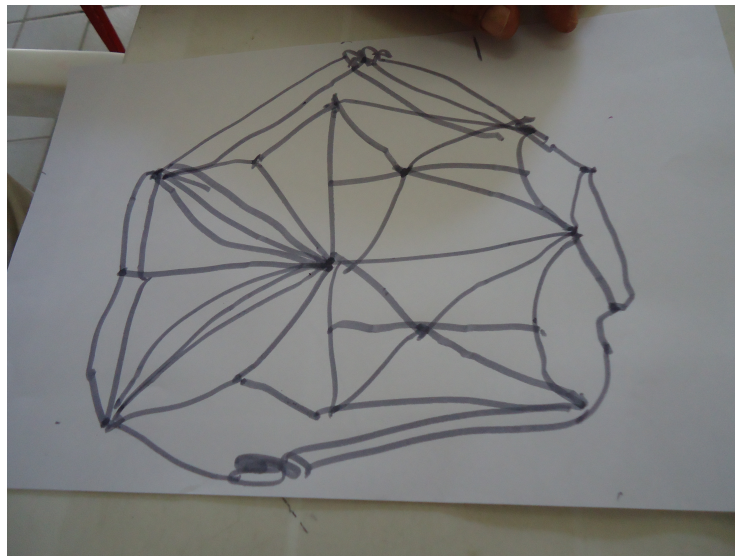
Alguns pacientes estão prontos para o retorno ao lar, vão embora felizes, deixam saudades pelos laços de amizade, confiança e afeto. Muitos vínculos afetivos são formados entre os pacientes e pessoas do hospital, e não há como não sentir saudades... Será que eles não precisariam voltar ali de vez em quando, para conversar com seu médico, enfermeiros, terapeutas... os profissionais em que confiaram por um tempo e que os apoiaram para que sua melhora pudesse acontecer? Como fazer para essa ruptura não ser tão brusca? (Diário de campo, 2011-2012).

Não obstante a análise individual não ser pretensão deste trabalho, cujo maior enfoque é no coletivo, não se deve esquecer a absoluta interdependência entre um e outro. Assim, justifica-se apresentar algumas características dos pacientes que chamaram a atenção pela sua personalidade, sua maneira de ser, interesse, motivação e concentração nas realizações artísticas, pelos laços de companheirismo e confiança com a equipe de artes, pela visível mudança de atitudes. Dentro deste enfoque, selecionamos alguns pacientes, aqueles que, por suas características, se prestam melhor a uma análise mais pormenorizada, atentando especialmente para o enfoque do que a arte pode fazer, em paralelo ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

Paciente 1: Costuma mudar sempre de roupa, não importando o gênero, combina de forma exótica as diversas roupas que veste. De aparência alegre, questionadora e inteligente. Seus desenhos são muito bons, iniciou fazendo linhas abstratas e seguiu com desenhos figurativos, escritos, relatos de vida. Comparo seus desenhos com as formas arquitetônicas contemporâneas do Melbourne Recital Centre e do Melbourne Theatre Company, na Austrália.

Ao desenhar suas formas abstratas, geométricas, diz ser uma casa, conforme se pode ver na Figura 1. Suas falas são imprevisíveis; tem consciência de sua condição de estar ali, diz ser morador de rua e viciado em droga. Quando comentamos sobre sua inteligência, ele rebate: “Sou não, tia, se eu fosse inteligente não estaria aqui detrás das grades que nem uma macaca...” (Diário de campo, 2011-2012). Percebemos que “a aproximação que nasce entre eles, tão importante no tratamento, é muito mais genuína que a habitual relação estabelecida num consultório entre médico e paciente” (Silveira, 1992, p. 21).

Acompanha a residência artística do dia que iniciamos até hoje, e há um ano ele disse: “Acho que estou melhor, estou perto de sair...”, porém continua lá.



**Figura 1. Uma casa. Hidrocor sobre papel.**

Paciente 2: Gosta de conversar e filosofar sobre mistério, enigma, adivinhações. Realizou muitos jogos com palavras, em madeira. Concentrada e muito trabalhadora, escreve, numera, codifica, mistura, depois explica o que fez. Adapta-se aos materiais, criando jogos, cartas, pinturas, desenhos, enigmas, bandeira, como mostra a Figura 2. Expõe seus sentimentos amorosos, faz indagações diante das medicações, suspendendo-as por conta própria, pela reação que provocavam. Artaud (2013) diz:

...uma grande parte dos vossos pensionistas, perfeitamente loucos segundo a definição oficial, estão, eles também arbitrariamente internados. Não admitimos que se freie o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico quanto qualquer outra sequência de ideias e atos humanos. A repressão dos atos antissociais é tão ilusória quanto inaceitável no seu fundamento. Todos os atos individuais são antissociais.

Gosta de brincar com as pessoas e é muito amorosa. “É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem” (Winnicott, 1975, p. 93). Pensa em estudar, para cuidar com muito amor das pessoas. É muito ativa e realiza muitos trabalhos, não para de criar, sempre inventando.

No convívio, criou laços de afeto com outros pacientes; revelando que sente falta de sua família; conversa sobre sua história de vida e reconhece que transgrediu as regras de sua igreja, acreditando ter que pagar o preço do seu pecado. Tem uma vontade grande de voltar para o seio familiar. Sente muita falta das amigas do hospital, que se vão quando têm alta.

Foi internada por causa de uma paixão pelo pastor! Ela diz: “Apaixonei-me pelo pastor da minha igreja, que é evangélica, quebrei a janela da casa dele, sou casada e tenho dois filhos, vim parar no hospital psiquiátrico, é coisa do demônio, essa tentação de me apaixonar pelo pastor” (Diário de campo, 2011-2012).

Sempre sugeria uma atividade para ela, pois gosta de escrever, pintar e desenhar; poderia criar jogos lúdicos, instrutivos, para exercitar a memória.

Houve dificuldade, por parte da instituição, para conversar com os profissionais da área de saúde sobre alguns casos. Ali se poderia adoecer de verdade. Sugeri um diálogo com esses profissionais, objetivando mostrar aos seus familiares sua rica passagem na sala de artes, sua criatividade, suavidade. Para que, ao sair dali, quem sabe fosse possível viver de arte ou que a arte pudesse lhe abrir passagens para encontros, possibilitando contornos e experiências com o mundo?





**Figura 2. Bandeira da Catalunha. Acrílica sobre tela.**

Paciente 3: Vestia-se de forma variada, usava longos brincos, panos na cabeça, gostava de estar todo de branco, raspava parte do cabelo, gostava de acessórios. Muito concentrado no trabalho, descontraído e tranquilo. Seu desenho é muito expressivo. Variava entre as formas abstratas e as reais (Figura 3). Facilmente se entrosava e gostava de brincar com as tintas e com os colegas (Diário de campo, 2011-2012). Segundo Winnicott (1975, p. 63):

...é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros.

O autor acrescenta (p. 80): “O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade”. O paciente 3 conversava com as pessoas e com os desenhos que fazia, dançava, pintava. Um dia chorou, dizendo estar triste... Sua presença era constante, nos dias em que trabalhamos no hospital, dentro da sala de artes ou no pátio. Disse nunca ter pintado antes, mas gostava de estar ali e muitas vezes não saía nem para lancha. Em um trabalho fez pistas, em outro desenhou estradas, caminhos, que dizia serem atalhos no mato. Explicava o

desenho e concluía: “...é uma grande pista somente, esse já está pronto!”. Mostrava um lago e dizia que era também um coração e que dali partia tudo; havia uma chave que, ao abrir, deixava escorrer águas que entravam no desenho de uma casa (Diário de campo, 2011-2012).

Uma pintura cheia de significados, de simbolismos, mensagens, anseios, experiências passadas... Em sua pintura havia uma chave que abria tudo, era “a chave do céu”. Outros desenhos ele dizia que eram pistas, outros pacientes achavam que eram grades, prisões. O paciente 3 defendia sua opinião e dizia: “Temos que fazer de conta que concordamos, pois eles não giram bem”. Desenhava pé de milho e dizia ser agricultor, era tempo de São João. Desenhou uma cobra e diz: “É uma cascavel com 13 anéis, tenho 13 anos de casado” (Diário de campo, 2011-2012).

Num determinado momento ele apareceu triste, decepcionado, chorou, desabafou que havia recebido a visita de seus parentes e que gostaria de ter tido mais tempo para ficar com eles; neste dia, quase não realizou seu trabalho artístico. Nise da Silveira (1992, p. 17) diz:

...verificamos, desde 1948, que a pintura e a modelagem tinham em si mesmas qualidades terapêuticas, pois davam forma a emoções tumultuosas, despotencializando-as, e objetivavam forças autocurativas que se moviam em direção à consciência, isto é, à realidade.

Depois de alguns momentos o paciente voltou a pintar, de modo bem diferente do que fazia: retratou a chuva, com tons monocromáticos e bem fragmentados. Passou dias afetado, sua calma e seu humor mudaram. O trabalho artístico que vinha realizando era muito importante para a sua saúde. Tive a oportunidade de conversar com seu médico e expliquei o quanto seria importante a continuidade dessas expressões artísticas para a sua saúde psíquica (Diário de campo, 2011-2012). O que faz lembrar Artaud (2013), no seu belo texto: “Carta aos médicos-chefes dos manicômios”:

O processo da vossa profissão já recebeu seu veredicto. Não pretendemos discutir aqui o valor da vossa ciência nem a duvidosa existência das doenças mentais. Mas para cada cem supostas patogenias nas quais se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações das quais as mais vagas ainda são as mais aproveitáveis, quantas são as tentativas nobres de chegar ao mundo cerebral onde vivem tantos dos vossos prisioneiros? Quantos, por exemplo, acham que o sonho do demente precoce, as imagens pelas quais ele é possuído, são algo mais que uma salada de palavras?

Na conversa com o médico, a partir do seu prontuário, soube que o diagnóstico do paciente 3 era esquizofrenia paranoica. Lembrei-me de Van Gogh e tantos outros com este mesmo diagnóstico, pessoas talentosas, ilustres, geniais, principalmente na arte. Nise da Silveira comprova, em seus estudos sobre os esquizofrênicos, que na expressão artística “o indivíduo dá forma às suas emoções, despotencializa figuras ameaçadoras” (1992, p.18). Também pude confirmar a falta de informação sobre os pacientes, por parte das pessoas que deles cuidam: o médico não sabia da participação do paciente 3 nos espaços de arte e em outros lugares diferentes da enfermaria (Diário de campo, 2011-2012).

Em casos como este, é perceptível o quanto é necessário e, mesmo, imprescindível, um acompanhamento depois da alta, para orientar e direcionar o paciente na retomada de sua vida; neste caso, para um encaminhamento artístico, uma possibilidade de sanidade através da arte, objetivando, tal como afirma tão bem Nise da Silveira (1992, p. 19), lhe proporcionar uma

...uma nova perspectiva de aceitação social através da expressão artística ou simplesmente muni-lo de um meio ao qual poderá recorrer sozinho, para manter seu equilíbrio psíquico [...] as atividades expressivas mostraram-se de enorme valor nessas situações, como medida preventiva contra recaídas na condição psicótica.



**Figura 3. Acrílica sobre tela.**

Paciente 4: Está sempre presente nos trabalhos com arte. Gosta de desenhar, pintar e trabalhar com o barro. A figura humana é seu tema predileto, contém uma identidade própria nas suas expressões. Usa uma escala muito grande em todas as pinturas e desenhos (Figura 5). Os limites do papel, tela e tintas são pequenos para a sua necessidade interior. Era preciso

muito material para realizar o seu trabalho. Enquanto desenhava, cantava e explicava o que estava fazendo. Criava histórias, retratava ícones do seu imaginário. Preferia a tela em branco, largos pinceis e, mesmo sendo curto o período de sua estadia no hospital, realizou muitos trabalhos. A arte é, para ele, fundamental (Diário de campo, 2011-2012).



Figura 4. Acrílica sobre tela.

Paciente 5: Argumentava sobre arte nos encontros no pátio, momento da realização da pintura coletiva. Suas indagações demonstravam conhecimentos anteriores sobre pintura. Uma vez desenhou e pintou um girassol (Figura 5), porém sempre ficava olhando o nosso trabalho do pátio. No início, reclamava de tudo que estava sendo feito, das cores, dos traços, até da forma como era conduzida a experiência. Com o passar dos dias, ela deixou explícitos seus conhecimentos de pintura, desenho e história de alguns artistas. Para ela, a arte é muito importante; em momentos de delírio, dizia que não podia pintar nem desenhar, pois isso

poderia prejudicar a sua alta. Passou a ter um diálogo mais tranquilo e gentil depois de um certo tempo; a confiança e o afeto serviram de ponte da comunicação. (Diário de campo, 2011, 2012).

Certa ocasião, falou: “Que bonito, tia, está usando a cor de terra de siena queimada!”, comentário que me fez perceber que ela conhecia as cores, as tintas e, a partir daí, começamos a conversar sobre alguns artistas importantes das artes plásticas acometidos de doenças mentais. Talvez, se houvesse mais tempo ali, nossa amizade crescesse e ela pudesse ficar mais conosco. Foi se chegando devagar e, no final, já era confidente, relatou sua história de vida e sua experiência artística (Diário de campo, 2011-2012). Sua passagem pela instituição foi breve.



**Figura 5. Acrílica sobre tela.**

A Residência Artística no HUP teve algumas ressonâncias. Além das subjetivas, das quais algumas foram mencionadas anteriormente, houve outras de natureza institucional, inclusive em alguns eventos: participação dos pacientes no projeto IV Edição Fachada do Museu Murillo La Greca (2012); apresentação de trabalhos realizados no HUP na exposição - Interseção: Arte & Religiosidade, no Museu do Estado de Pernambuco, em 2012; visitação

dos pacientes ao Museu do Estado, no período da exposição, para ver os trabalhos realizados no HUP por alguns deles (2012); realização de textos e trabalhos artísticos por alunas do Curso de Artes Plásticas da UFPE que participaram da experiência como voluntárias (Diário de campo, 2011, 2012).

### **3.5 A experiência sob o olhar da equipe participante**

Conforme já descrito, a Residência Artística foi realizada com base na espontaneidade, na vontade de querer participar. Assim, trabalhou-se com grupos abertos, sem definição, *a priori*, do número de participantes. As intervenções foram realizadas três vezes por semana, perfazendo um total de 12 horas semanais, acreditando que a adoção desta temporalidade poderia beneficiar de forma mais intensa as expressões subjetivas desses pacientes.

Além dos pacientes, foco principal da Residência Artística, dela participaram alunos do Curso de Artes Plásticas da UFPE, Residentes em Psicologia em Saúde Mental do HUP, Residentes em Terapia Ocupacional do HUP e Residentes em Enfermagem do HUP. Os alunos de Artes Plásticas da UFPE se interessaram ao saber da experiência através da professora e pesquisadora e os Residentes na área de saúde foram enviados pelos profissionais do HUP. O grupo de artes foi fixo e o de saúde mais heterogêneo, seus integrantes já estavam no hospital e tinham conhecimento da experiência.

As funções que eles realizavam eram diversas, ajudavam como podiam, cada profissional participava do que mais entendia, a partir de sua área de formação. Algumas atividades faziam parte do processo: fotografar, filmar, anotar os nomes dos participantes, acompanhar o andamento dos trabalhos e fazer anotações individuais sobre a experiência.

Estar acompanhada pela múltipla equipe foi de fundamental importância para que a experiência fosse realizada e sentida de forma ampla, possibilitando que a realização artística relacional pudesse ser concretizada, em sua intensidade, e que a arte como acontecimento se tornasse possível.

Durante o tempo em que a experiência estava sendo realizada havia uma permanente interação e troca de informações entre a equipe: conversávamos sobre as ocorrências, às vezes boas, às vezes não, de como os pacientes relatavam as suas histórias pessoais, como interagiam distintamente, do quanto foi importante estar junto, com olhares diversos, num mesmo espaço e momento.

Pela importância de focar pontos de vistas diferentes, fruto da vivência na Residência Artística, convivendo com os pacientes, é importante transcrever o que pensam alguns dos alunos e residentes que participaram deste processo, no CAT. Vale ressaltar que foi mantida a fidedignidade dos relatos, face à riqueza de expressões, dificilmente substituída por outras palavras. Percebe-se que há diferentes visões para o exercício da arte entre os participantes: entretenimento, moldura, potência para desobstruir passagens.

### **Residente 1 de Psicologia do HUP – (2012):**

Não me espanta o papel importante que a arte exerce na internação psiquiátrica, no sentido de ocupar um pouco o enorme tempo livre dos nossos (im)pacientes e de abrir espaço e estimular a criatividade. Isso de alguma forma eu esperava e, por isso mesmo, fui de braços abertos participar da oficina. O que me surpreendeu os sentidos (e me fez abrir também o coração) foi experienciar vivencialmente o potencial libertador e transformador que uma atividade de pintura pode exercer.

Pintando, os mudos falam. Olhando a pintura, os que não pintam se emocionam. Às vezes emociona quem vê. Lembro de Nude<sup>2</sup>, uma paciente em mutismo que, vendo a gravação de um vídeo, de um paciente cantando, ria muito, como até então, nos 30 dias de seu internamento, não se via. Por mais que estivesse buscando o isolamento (não comia, não falava, não reagia às nossas tentativas de contato, nem verbalmente, nem através de gestos), de algum modo sutil e discreto se deixou tocar pela arte que se apresentava através do outro paciente.

Lembro-me de Prata, que não quis desenhar; enquanto explicava que não queria olhar, olhava tudo. Reclamava que não gostava de desenhos indefinidos, suas pinturas eram abstratas e coloridas; segundo ela, as coisas precisavam acabar, não houve convite que a fizesse se debruçar em um desenho seu, mas ficou no pátio até o fim da oficina explicando o que achava dos desenhos, da psiquiatria, da loucura, olhava para os traços, via grades, eu senti uma sensação de prisão.

Que nós, que trabalhamos com pessoas, sentidos e encontros, possamos nos inspirar na arte. Possamos escutar com criatividade, possamos oferecer uma escuta livre, possamos, sensivelmente, entender o que escutamos como criação. Possamos nos deixar ser (re)tocados pela arte a cada encontro.

### **Aluna 1 do Curso de Artes Plásticas da UFPE – (2012):**

“Só fiquei receosa quanto à segurança no fim, na hora de ir embora, quando as funcionárias do hospital alertaram sobre os cuidados com os pacientes”.

---

<sup>2</sup> Os nomes foram substituídos por cores.

Assim que cheguei vi que a paciente A estava deitada no chão do corredor, sem roupa e, mesmo depois que Ana a fez cobrir-se e ir trabalhar na sala conosco, ela estava calada, aérea e não tinha vontade de pintar. Isso realmente me impressionou, ela parecia outra pessoa, quase irreconhecível. Entretanto, ela ficou todo o tempo lá pintando na tela e no fim da tarde ela pareceu melhor. Outro paciente foi muito carinhoso com ela, não me lembro do nome dele, mas ele a beijou, falou que gostava dela e que não era pra ela ficar triste daquele jeito.

“Cada dia sinto que se torna mais fácil trabalhar com os pacientes, inconscientemente aprendo como lidar melhor, mesmo que não os conheça de dias anteriores, mas acredito que vai ficando mais fácil “ler” como se sentem e o agir “sai” mais naturalmente”.

Um paciente que eu apenas tinha ouvido falar do comportamento agressivo, apareceu e pediu para entrar na sala. Segundo Ana e o pessoal do hospital, ele estava mais tranquilo do que o habitual, embora não tenha ficado parado; andou, correu, entrou e saiu diversas vezes da sala, causando medo e insatisfação, tanto em outros pacientes como nos próprios funcionários.

Um fato que eu observo e não compreendo é a falta de crença do próprio pessoal que trabalha no hospital, não sinto que eles acreditam na melhoria desses pacientes, numa mudança da qualidade de vida. Mas, se não são aqueles que trabalham com eles e para eles a ajudar nesta melhoria, quem será?

Outra situação que contribuiu para a agitação daquela tarde foi a presença de um paciente que não falava, ele estava nervoso, inquieto e agressivo, visivelmente incomodado, gritava alto. Minha sensação era de que ele sentia dor, mas não tinha como expressar, e ver essa situação me angustiou bastante.

O paciente que não falava, que duas semanas atrás estava agitado, impaciente, sofrendo, melhorou bastante. No início da tarde, gritou um pouco, apontava para os pés, queria um sapato. Mas ele passou a maior parte da tarde pintando, usou a cor rosa, com pincel grosso, ajudou com as tintas, tirou foto, sorriu e fez sinal de legal. Fiquei bem feliz com isso, aquela angústia que senti com ele na outra tarde deu lugar à esperança.

“A paciente que cria jogos estava triste, quieta, disse que não estava com vontade de trabalhar, comentou sobre ter tomado uma injeção. Outra paciente tentou alegrá-la”.

A tela mudou de lugar, mas continuou no pátio mesmo. Os pacientes, mesmo os que não queriam pintar nas telas, se aglomeravam por perto de onde o cavalete estivesse, onde o trabalho acontece. Eles observam, conversam, contam suas histórias, comentam os desenhos, tiram fotos.



“Fica bem claro muitas vezes, que o que eles desejam mesmo na verdade é atenção e cuidado; insistem para que escutemos o que eles falam, mostram e explicam seus desenhos, pedem para ser fotografados”.

Assim que cheguei o pátio estava bem animado. Ao lado do cavalete, tinha uma roda de pacientes realizando um trabalho de resgate da memória através da música com um músico que cantava e tocava violão. Foi bem legal ver o envolvimento dos pacientes, cantavam, dançavam e batucavam atentos e alegres com aquilo. Foi um momento de alegria. Uma outra forma de agir e transformar através da arte. Ao mesmo tempo acontecia nosso trabalho com as tintas e os pinceis e tudo se apagando e se somando.

Acredito nisso, acredito que uma atenção, um trabalho, a arte, um estímulo pode mudar, pode fazer diferença e essa diferença possuir uma importância enorme; é um ser humano, é uma vida que sente um alívio, que tem uma esperança, que se sente melhor. E isso vale muito!

#### **Aluna 2 do Curso de Artes Plásticas da UFPE – (2012)**

As atividades eram realizadas num clima de descontração, com diálogos, risos, demonstrações de afeto e atenção por parte dos ministrantes da oficina, funcionários do hospital, estagiários e principalmente de Ana. Que demonstrava a todo instante um carinho especial para com eles, sendo retribuída sempre com sorrisos. Dentro desse clima era criada uma relação afetiva de confiança e respeito por todos os envolvidos nesse processo.

Depois as atividades de pintura passaram a ser realizados no pátio interno do hospital com um cavalete itinerante que a cada dia ocupava um lugar diferente. Foi a sensação daquele lugar! Toda a concentração se dava em torno do painel gigante, mesmo os que não queriam participar com a pintura ficavam próximos. Era o ponto de encontro daquelas tardes e manhãs inesquecíveis, enquanto se pintava no pátio.

Foram muitos momentos especiais, mas desejo relatar um que mais me emocionou. Aconteceu com um dos usuários, deficiente auditivo, com dificuldades de relacionamento e interação com os demais, que ao ver seu nome escrito no painel por Ana Lisboa, ficou maravilhado. Naquele momento se viu identificado, se viu importante, ficou feliz. Era ele, o nome era dele, era ele que estava ali representado naquele painel. Esse momento foi marcante para mim porque pude perceber a importância de se trabalhar com a arte no processo de reabilitação, socialização e do resgate do equilíbrio aos portadores de transtornos mentais.

“Não importa o que pensamos sobre a loucura, porque por trás dela o que existe são homens e mulheres dotados de sentimentos e sedentos de afeto, de atenção, de um olhar, de um afago, um toque, um sorriso e de serem vistos e sentidos como pessoas”.

### **3.6 Considerações finais**

A Residência Artística como dispositivo clínico possibilitador de expressões de subjetividades foi se fazendo a partir de cada passo, com bastante flexibilidade, não obstante ter sido fruto de um planejamento prévio para o desenvolvimento da pesquisa interventiva.

Desde o início houve uma interação positiva pacientes/equipe de arte-educação, momentos de afeto e convivência amorosa construídos dia a dia. No começo, alguns pacientes provocavam medo, pelo jeito carrancudo e violento; com a convivência afetuosa e gentil nos encontros através da arte, passaram a nos dar confiança e segurança pelos corredores do hospital, no pátio e na sala. Uma mudança de sentimentos dos dois lados, uma afetação mútua capaz de criar vínculos e potenciais de expressão.

Foi uma experiência ímpar; pelo menos por algumas horas ao dia alguns deles sorriam, cantavam, dançavam, pintavam, brincavam, choravam, desenhavam, criavam maneiras de convivência. Uma experiência que nos faz lembrar o pensamento de Nise da Silveira, mencionado por Reily et al. (2012, p.73): “A arte foi uma descoberta de expressão de alteridade, de colocar-se no lugar das pessoas com sofrimento psíquico, descobrindo o potencial criador dessas pessoas”.

No desenrolar da Residência Artística, mesmo em alguns momentos críticos, foram observadas atitudes/ sentimentos, sociabilidade, confiança, companheirismo, solidariedade, além de motivação para pintar e estar junto, interagindo positivamente com a equipe.

A soma de realizações/transformações leva à certeza de que estávamos no rumo certo, em relação aos objetivos traçados, na medida em que realizamos uma clínica da arte junto aos pacientes do HUP com muitas ressonâncias positivas. Percebemos, claramente, que algumas passagens foram desobstruídas para o acontecer humano a partir da Residência Artística.

## Referências

- Artaud, A. (2013). *Escritos de um louco. Coletivo Sabotagem*. Disponível em: <http://www.sabotagem.cjb.net>.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6, (1), 63-72. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-123200100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-123200100005&script=sci_arttext).
- Bourriaud, N. (2009). *Estética relacional*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cesar, V. (2012). Exercício da Possibilidade. In: Reis, P., Vinhosa, L., Cesar, M. F., Bueno, G. *Rosana Ricalde*. Santiago de Compostela: Artdardo S.L.
- Burrowes, P. (1999). *O universo segundo Arthur Bispo do Rosário*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Cavalcanti, A. E. L. N. (2011-2012) *Diário de campo*. Recife: CAT.
- Francisco, A. L. (2012). *Psicologia Clínica*. Curitiba: Editora CRV.
- Francisco, A. L. (2013). Comunicação verbal.
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 15-22.
- Kirst, P. G., Giacomel, A. E., Ribeiro, C. J. S., Costa, L. A., Andreoli, G. S. (2003). Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: Fonseca, T. M. G., Kirst, P. G. (Orgs.). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS, pp. 91-101.
- Merleau-Ponty, M. (1980). *Textos selecionados*. São Paulo: Abril Cultural.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

Merton, T. (2003). *Homem algum é uma ilha*. Rio de Janeiro: Editora Verus.

Reily, L. et al. (2012). *Almir Mavignier e o ateliê de pintura de Engenho de Dentro – Marcas e memórias*. Campinas: Komedi.

Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173.

Safra, G. (2004). *A Po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Ideias & Letras.

Saraceno, B. A. (2001). *Libertando identidades; da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCoá.

Schmidt, M. L. S. (2006). Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. *Psicologia USP*, 17(2), 11-41.

Silveira, N. (1981). *Imagem do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.

Silveira, N. (1992). *O mundo das Imagens*. São Paulo: Ática.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

## **CAPÍTULO IV – CAMINHOS PARA A INTERVENÇÃO – O CENTRO DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO ATUAL**

Todo ato de terapeutizar para habitar as regiões brumosas entre a indeterminação e a incerteza carece de hospitalidade. De tempero. Terapia Ocupacional – não pode ser vista como uma disciplina comum, linear. Somos circulares e desviantes, quase sempre. Terapia ocupacional – pratica o mesmo que o escultor, que apenas retira o excesso da pedra bruta, para que a forma que já estava lá possa vir à luz.

Luiz Gonzaga Pereira Leal. Terapia Ocupacional. Guardados de gavetas e outros guardados. 2005, p.88.

## **Resumo**

Este capítulo aborda os caminhos, os instrumentos utilizados na realização da Residência Artística no Centro de Atividades Terapêuticas do Hospital Ulysses Pernambucano, durante nove meses (setembro de 2011 a maio de 2012). A cartografia foi o método mais adequado para desvendar a realidade que se pretendia compreender e interpretar, não importando o seu grau de complexidade. Assim, o texto inclui uma abordagem da importância, significado e aplicabilidade do método cartográfico à realidade estudada. Os dados foram registrados num Diário de Campo, onde foi anotado o dia a dia da realização da Residência Artística, através da observação atenta de vários “olhares”, o que possibilitou sistematizar as ações, significados e evolução da experiência. Inclui também uma abordagem sobre o Centro de Atividades Terapêuticas, sob a ótica das dificuldades enfrentadas para continuar a exercer sua missão, e as modificações necessárias em direção a uma Reforma Psiquiátrica não excludente voltada à dignidade de todo ser humano, independente de seu “estado de ser”.

Palavras-chave: Cartografia, Diário de Campo, Residência Artística, Instituição.

## PATHWAYS FOR THE INTERVENTION - THE THERAPEUTIC ACTIVITIES CENTER IN CURRENT CONTEXT

### **Abstract**

This chapter discusses the ways, instruments used in performing the Artistic Residency at the Therapeutic Activities Center of Ulysses Pernambucano Hospital for nine months (September 2011 to May 2012). The cartography was the method best suited to uncover the reality that it was intended to understand and interpret, no matter their degree of complexity. Thus, this paper provides an approach to the importance, significance and applicability of the cartography method to the reality studied. Data were recorded in a field diary, where was noted the daily of the achievement of the Artistic Residency, through the careful multiple “looks” observation, which allowed systematize the actions, meanings and evolution of experience. Also includes a discussion about the Therapeutic Activities Center, from the

perspective of the difficulties in continuing to pursue its mission, and the necessary changes toward a Psychiatric Reform nonexclusive facing the dignity of every human being, regardless of their “state of being”.

Keywords: Cartography, Field Journal, Artistic Residency, Institution.

“Se eu pudesse, ficaria aqui todo tempo para passar o tempo”.  
Paciente do HUP, 2012.

#### 4.1 Introdução

O “fazer” esta pesquisa implicava a necessidade de conviver com uma equipe multidisciplinar e pacientes do HUP, formar laços de amizade e confiança, estabelecer uma motivação conjunta para construir um trabalho artístico e compreender em que medida esta experiência seria benéfica para seu tratamento. Em síntese, este foi o substrato e o escopo da Residência Artística: fazer arte em conjunto, estabelecer laços recíprocos enquanto um trabalho artístico era realizado, numa perspectiva de “oferecer às pessoas possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se re-singularizar” (Guattari, 1992, p. 17).

Para captar as informações necessárias sobre o processo, à proporção que ele ia se fazendo, foi elaborado um Diário de Campo, instrumento adequado para registrar e organizar as observações, as experiências, as nuances de expressões, as falas, as posturas, a motivação dos pacientes, bem como a dinâmica institucional.

Conforme aponta Magnani (1997, p. 8), o diário de campo é “...um instrumento depositário de notas, impressões, observações, primeiras teorizações, mapas, esboços, desabafos, entrevistas e garatujas de informantes”.

O Diário de Campo foi uma das balizas que permitiram compreensões preciosas acerca dos pacientes, para os quais foi dirigida a lógica de todo o procedimento: pessoas em sofrimento mental, carentes, separadas de suas famílias, submetidas a tratamento por vezes alienante, que as deixava dopadas ou semidopadas, alheias à realidade do entorno. Pessoas cujas vidas foram “partidas” ou paralisadas, para dar lugar a um tratamento que, muitas vezes, levava a uma pausa aparentemente de melhora, para depois, muitas vezes, recrudescerem os mesmos transtornos mentais.

A metodologia escolhida para o estudo foi a cartografia, apontada por alguns teóricos (Kastrup, 2007; Rolnik, 1989; Romagnoli, 2009), dentre outros, como bastante adequada a trabalhos acadêmicos desta natureza.

O artigo inclui também uma abordagem sobre o Centro de Atividades Terapêuticas (CAT) do HUP e sua equipe, na perspectiva da interação com os pacientes, a missão que se propõe realizar e algumas dificuldades para efetivá-la.



## 4.2 O método

Na realização da Residência Artística foi adotado o método cartográfico, que permite acompanhar o processo passo a passo, analisando as implicações e as ressonâncias que vão surgindo à proporção que o processo vai sendo desenvolvido.

Como método qualitativo, a cartografia busca aprofundar o significado das ações e relações humanas. É bem adequada à interpretação dos fenômenos, através das vivências, das experiências, da cotidianidade. Esta análise interpretativa “[...] deve ser realizada através da compreensão da dinâmica das relações sociais que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos, como propaga a fenomenologia” (Romagnoli, 2009, p. 167).

A cartografia é um método usado em pesquisa de campo para o estudo da subjetividade (Kastrup, 2007; Kirst et al., 2003), cuja fundamentação se baseia nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari (Romagnoli, 2009). A autora considera que este método “[...] se sustenta na invenção e na implicação do pesquisador, religando a pesquisa à vida” (Romagnoli, 2009, p. 172). É um método adequado à complexidade e à problemática que caracterizam a psicologia, na atualidade.

Pode ser considerada como “[...] um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo” (Romagnoli, 2009 p. 169), “[...] um acompanhamento de percurso, implicações em processos de produção, conexão de redes ou rizomas” (Passos, Kastrup & Escóssia, 2010, p. 10). “Ela não parte de um modelo pré-estabelecido, mas indaga o objeto de estudo a partir de uma fundamentação própria, afirmando uma diferença, em uma tentativa de reencontrar o conhecimento diante da complexidade” (Romagnoli, 2009, p. 170).

Através da cartografia, é possível “ler” a realidade, quer apenas buscar o qualitativo “[...], mas também romper com a separação sujeito e objeto” (Romagnoli, 2009, p. 170).

Para Rolnik (1989), cartografar é mergulhar nos afetos que permeiam os contextos e as relações que se pretende conhecer, permitindo ao pesquisador se inserir na pesquisa, para fazer um traçado singular do que se propõe estudar. Nesse sentido, a cartografia tem como eixo de sustentação do trabalho metodológico a invenção e a implicação do pesquisador, uma vez que o conhecimento é processual e inseparável do próprio movimento da vida e dos afetos que a acompanham.

O cartógrafo, conforme define Rolnik (1989), citado por Marques e Czermak (2008, p. 362),

[...]é um tipo de psicólogo que entende o desejo como produção do real social e embarca na constituição de territórios existenciais, acompanhando os movimentos do desejo em suas investigações. O que lhe interessa nas situações com as quais lida é saber o quanto a vida está encontrando canais de efetuação, avaliando o quanto as defesas que estão sendo usadas servem ou não para proteger a vida, para assim buscar sustentar a vida em seus movimentos de expansão.

Para Rolnik e Guattari (1989), a cartografia se assemelha a um “desenho que se acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem” (Teixeira & Barros, 2009, p. 89). Nesses movimentos, vão surgindo novos mundos, novas perspectivas, para expressar novos afetos, tornando obsoletos os mundos anteriores.

Tal como este “desenho”, concomitante aos “movimentos de transformação da paisagem”, como mencionam Rolnik e Guattari, o “fazer” a Residência Artística, na prática, significou o exercício do amor- cuidado junto aos pacientes, motivando-os a realizações através da arte, possibilitando ricas discussões em diferentes contextos.

Teixeira e Barros (2009), citados por Marques e Czermak (2008, p. 366), consideram a cartografia uma prática, um conjunto de ações e gestos, através dos quais o próprio método cartográfico vai sendo modificado:

O processo de mudança implica um tecido de relações e pode muitas vezes ser lento, mas o importante não é tanto a velocidade, e sim o movimento. Pois, como Deleuze nos mostrou, se explodimos com as linhas duras, explodimos a nós mesmos, porque elas também nos compõem, e por isso é preciso soltá-los lentamente.

A cartografia se contrapõe às pesquisas científicas tradicionais: ela se propõe romper as dicotomias teoria-prática, sujeito-objeto, dando destaque ao binômio pesquisador/campo de pesquisa. Assim, ela leva a uma procura de conhecimento sem se apegar às formas acadêmicas dominantes.

### **4.3 O diário de campo**

Qualquer que seja o método escolhido para trilhar os caminhos que levam à realização de um trabalho faz-se necessário sistematizar o material e os procedimentos, a fim de conferir cientificidade ao processo (Morin, 1996).

O Diário de campo foi o instrumento utilizado para sistematizar todo o processo da Residência Artística, escrito de forma concomitante à experiência, totalizando 277 páginas. Uma escrita reflexiva do vivido, possibilitando uma imersão no campo de pesquisa e o resgate de detalhes da experiência de maneira espontânea e visceral, que “constituíam uma memória

material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas [...] formavam também uma matéria-prima para a redação de tratados mais sistemáticos” (Foucault, 1992, p. 135). A elaboração desses relatos foi feita com recolhimento, para possibilitar um retorno à experiência de campo.

O antropólogo Bronislaw Malinowski é responsável pelo surgimento do Diário de Campo, ao propor uma nova forma de etnografia, envolvendo detalhada e atenta observação participante. Com o Diário de Campo, Malinowski objetivava enfrentar a complexidade dos encontros etnográficos e “tratar todos os relatos textuais baseados em trabalhos de campo como construções parciais” (Clifford, 2002, p. 107).

É um recurso precioso para o método cartográfico. Uma ferramenta utilizada pelos pesquisadores para anotar os dados das ações e experiências susceptíveis de serem analisadas posteriormente. Nesta perspectiva de acompanhar movimentos e processos da experiência vivida, o Diário de Campo é uma ferramenta muito importante, capaz de ajudar o pesquisador a reler suas ações/atividades.

Cada pesquisador tem a sua própria maneira de fazer o seu diário. Pode-se incluir escritos, desenhos, gráficos, mapas, frases isoladas... O importante é que cada pesquisador registre no diário o que observa, o que vê ao longo do processo de investigação, para depois analisar. O diário é escrito a partir da percepção do pesquisador.

Após concluir cada sessão de arte no CAT (lôcus da Residência Artística), sentia necessidade de refletir sobre a experiência vivida e ainda viva nas lembranças e nos afetos. Assim ia se fazendo o Diário de Campo, semelhante à pesquisa etnográfica em que, segundo Janice Caiafa (2007, p. 138), “é preciso transmitir o que se observou na pesquisa. Nesse relato o etnógrafo deverá dar conta não só do que viu e viveu, falando em seu próprio nome, mas também do que ouviu no campo, do que lhe contaram, dos relatos dos outros sobre a sua própria experiência”.

Ao longo do percurso, a escrita ia se desdobrando e ampliando a imaginação, fazendo conexões, tecendo redes. Era preciso solidão, introspecção... silêncio. A escrita tem um relevante papel no registro “...das diferentes verdades dos diversos discursos e acontecimentos com os quais se depara no trabalho de campo”. Schmidt afirma que “ a unificação da identidade do pesquisador e dos achados do campo acontece pela escrita na qual o pesquisador, como uma espécie de diretor de cena, seleciona, combina, reescreve e apaga textos (2006, p. 19).

A retomada da experiência se faz na lembrança, para ir ao encontro das dificuldades, das reações, do que ia acontecendo. “Quando a experiência de campo inspira a teoria, é

possível conseguir uma inteligibilidade dos fenômenos que pouco tem de interpretação, é antes mais uma forma de experimentação, agora com o pensamento e a escritura” (Caiafa, 2007, p. 140).

Ao final da intervenção artística, maio de 2013, foram feitas algumas leituras flutuantes do Diário de Campo, que forneceram dados importantes para fundamentar muitos aspectos da Residência Artística. Uma leitura “que necessita de uma atenção aberta, numa concentração aos objetivos do trabalho, numa perspectiva inclinada para todo o corpo perceptível tátil, ‘regida por sensações diretas, por ações de forças invisíveis’” (Kastrup, 2007, p. 41).

O Diário de Campo, com sua riqueza de detalhes, expressou uma vivência encarnada de sentido e sensibilidade, passando a ser uma peça-chave, o ponto de apoio para a compreensão, aproximação e apreensão da realidade experimentada. “É preciso, ao mesmo tempo, preservar a coerência pessoal e articular coerentemente os achados incompletos e contraditórios do trabalho de campo” (Schmidt, 2006, p. 19).

Esta leitura flutuante nos permitiu ir desvelando, aos poucos, alguns planos de análise que demandaram recortes e compreensão. Eles foram separados e formaram o anagrama Pire, de: Pessoas, Instituição, Residência Artística e Experiência do pesquisador. Segundo Oliveira (2000), citado por Schmidt (2006, p. 19):

A escrita ‘estando aqui’ difere daquela de diários e anotações de campo, pois trata-se da construção propriamente dita de uma interpretação do diálogo, da interlocução que houve ‘estando lá’. Para este momento concorrem tanto a presença da ‘comunidade de argumentação’ da qual faz parte o pesquisador, como seu idioma acadêmico e disciplinar, quanto o compromisso ético, político e epistemológico delicado com a colocação de ‘vidas alheias’ em texto.

Além do Diário de Campo, foram realizadas filmagens, fotografias, desenhos, objetos, pinturas...

na direção de uma democratização do conhecimento, abrindo a possibilidade de colaborações diferenciadas na produção de textos com diferentes linguagens e destinatários ou de outros objetos culturais como um documentário, uma peça teatral ou uma exposição (Schmidt, 2006, p. 39).

É possível, então, concluir que o Diário de Campo foi um instrumento importante para a coleta das informações e compreensão do campo pesquisado, permitindo captar momentos do processo, muitas vezes fugidios, expressões, formas de comunicação e não comunicação.

#### 4.4 O Centro de Atividades Terapêuticas e os desencontros

Palco de realização de todas as ações concernentes à Residência Artística, o CAT foi criado em 1996, como um setor destinado à humanização do tratamento dos pacientes do HUP, pessoas acometidas de transtornos mentais. Em 2012, a equipe do CAT totalizava 11 profissionais: uma terapeuta ocupacional, duas artistas plásticas, dois músicos, dois educadores físicos, uma artesã, uma cabeleireira, uma arte educadora, uma técnica administrativa. O HUP conta, atualmente, com 353 integrantes, dentre os quais se incluem 33 médicos (23 psiquiatras e 10 clínicos); 9 psicólogos; 4 terapeutas ocupacionais e 14 enfermeiros.

Considerando que a história, os objetivos e a missão do CAT já foram objeto de discussão, pretendemos, aqui, nos centrar na dinâmica de trabalho de sua equipe, nos problemas e obstáculos enfrentados para a realização de ações mais efetivas, em que pesem os esforços de todos da instituição.

As ações relatadas a partir dos fragmentos sociabilizados mostram o quanto é escassa a preocupação de preservação da memória do CAT, e o memorial é o testemunho desta realidade: além de escasso, é pouco zelado. A soma de realizações é muito maior do que foi disponibilizado para o estudo, o registro é quase inexistente.

Uma característica que impressiona, em alguns membros da equipe, é uma espécie de alienação, quem sabe uma defesa em relação ao envolvimento emocional e psíquico a que uma interação mais profunda com os pacientes poderia levar. É possível que o lidar permanente com o sofrimento em suas diferentes formas, com o imaginário bizarro de muitos pacientes seja responsável pelo fato (Diário de campo, 2011-2012).

Qualquer que seja a razão, sentia uma falta de solidariedade e de envolvimento nas ações dos profissionais que ali estão trabalhando. Como se estivessem anestesiados diante do que vivem. Muitas vezes os pacientes eram enquadrados em determinada doença psíquica, quer seja bipolaridade, histeria..., o que justificava suas reações e, desta forma, não se abriam à escuta do que precisavam comunicar. Um automatismo, uma desmotivação, uma espécie de “cansaço profissional”, uma acomodação diante da dor. Os pacientes, em muitas ocasiões, momentos de desespero, dor e perigo, são ajudados pelos próprios pacientes ou voluntários que estão no HUP. Poucos profissionais se disponibilizam a realizar outras funções, quando necessárias, como se o que acontecesse naquele lugar e as situações imprevisíveis não fizessem parte do seu trabalho (Diário de campo, 2011-2012).

Durante o período de permanência no CAT, não vi um médico nem residente em psiquiatria acompanhando uma oficina de artes, não dialogaram conosco. Então, como o CAT é visto nesse contexto hospitalar psiquiátrico? Que lugar ele ocupa? Em relação aos materiais para a realização da arte, o CAT só dispõe de tinta, lápis de cera, papel ofício, hidrocor, barro, sucata... (Diário de campo, 2011-2012). Para suprir esta carência, levei materiais diferentes para eles, à medida que os conhecia e percebia a singularidade de alguns.

Em dias comemorativos, algumas pessoas participam das atividades organizadas pelo CAT. Para as comemorações festivas de Natal, Carnaval, Páscoa, São João... todos os profissionais recebem convite impresso e há convites também nos quadros de aviso. O hospital é enfeitado com símbolos da festa; profissionais do CAT se encarregam disso, mas há muito pouca colaboração dos pacientes. Um momento desperdiçado de interação, em que a arte propicie maior participação. Os profissionais poderiam investir nisso, dando visibilidade às criações dos pacientes. É perceptível a acomodação em relação às comemorações festivas: os profissionais do CAT vestem os pacientes, colocam maquiagem, ainda que, por vezes, me parecesse algo automático!!! Para festejar uma data há pouco envolvimento antes, durante e depois, entre os usuários e os funcionários, como seria de desejar.

Há aspectos da instituição – HUP – que afetam sobremaneira as ações realizadas pelo CAT: cada vez mais diminui o tempo de internamento, de passagem no hospital, e a medicação é que está sendo o motivo “real” da melhora. Há uma grande rotatividade de pacientes, o que torna o trabalho de reconstrução psicossocial mais frágil, vulnerável e anêmico; o tempo de internação não é suficiente para que os resultados da ação artística e terapêutica possam ser percebidos (Diário de campo, 2011-2012). A meu ver, a terapia ocupacional, os ateliês, como estão sendo direcionados, ainda se mostram tímidos quanto à sua participação no tratamento desses pacientes. O medo, a falta de envolvimento e o descaso parecem prevalecer.

Há necessidade de dentista na instituição, o que é percebido e sentido pelos pacientes. Como um tratamento dentário seria importante para a autoestima deles! Muitos têm os dentes estragados, motivo pelo qual não riem nas fotos, sentem vergonha e ficam tristes. Comentam que os cônjuges não os querem mais por esse motivo, o que atesta a importância da presença de um dentista na instituição (Diário de campo, 2011-2012).

Um dos questionamentos mais pertinentes é: O que fazer com um paciente que é perigoso, que causa medo, desespero e insegurança nos outros pacientes, familiares e profissionais da saúde? É o caso de um dos pacientes: por causa de sua agressividade, passa

parte do tempo contido, agride e sofre muitas agressões por parte dos outros pacientes. Era perceptível que aquele não era o seu lugar. Questões políticas e administrativas talvez expliquem sua permanência naquele lugar, que não nos parece apropriado para tal adoecimento (Diário de campo, 2011-2012). Como foi aceito para ficar lá?

No HUP, há diversos profissionais que prestam serviços sem vínculos empregatícios, fazendo com que a equipe se fragilize; o CAT funciona basicamente neste sistema. As insatisfações são inúmeras e impedem maiores questionamentos e solicitações diante dos problemas. As pessoas vivem no limite, o adoecimento é visível em muitos desses profissionais (Diário de campo, 2011-2012).

Os profissionais do CAT preferiam não trabalhar no pátio, adoeciam, chegavam para colaborar quase na hora de encerrar, ficavam observando da entrada do Hospital, junto dos vigilantes, pela insegurança que sentiam, medo mesmo, embora reconhecendo a importância da atividade no pátio (Diário de campo, 2011-2012). Em determinado momento, a Residência Artística contou com a ajuda de outros profissionais que estavam fazendo residência no hospital, mas não eram do CAT. Medo! Pode ser. É difícil e preocupante.

Deve ser muito estressante trabalhar num lugar em que não se tem visibilidade. Pensa-se que o CAT é o lugar para os pacientes recrearem... também! Mas, não somente isso, há certa desvalorização dos profissionais de lá, o que contribui para adoecimentos, falta de criatividade, desalegria, subtração na experiência. Não se ousa, não se faz, apenas deixa-se o tempo passar, se tranca, se esconde, se guarda, se encolhe, se toma também, igual aos pacientes, remédios, injeções... (Diário de campo, 2011-2012).

Não é fácil, para os integrantes do CAT, viver no luto, desatar laços todos os dias. Quando se cria um vínculo de bem-querer com os pacientes, eles partem... Percebo que os profissionais do CAT estão esgotados mental e fisicamente; então, fazem seu trabalho como conseguem e levam esse barco como lhes impõem. É muito pesado!

O hospital psiquiátrico em que vivenciamos esta experiência tem vários problemas e o que mais nos chamou a atenção foi a complexidade dos casos clínicos num mesmo lugar: doença mental e viciados em droga- surtos agudos e graves (Diário de campo, 2011-2012). Como os profissionais da área da saúde e afins lidam com isso?

Outras questões de igual importância: a falta de médicos, de enfermeiros, de outros tipos de profissionais. Alguns lidam com os pacientes nos pavilhões, mas não frequentam o pátio; é uma realidade. Lamentamos a situação, pois lugares como o pátio, não comuns para esses profissionais, poderiam fornecer-lhes pistas magníficas sobre seus pacientes, uma

possibilidade de olhar o todo (Diário de campo, 2011-2012). Nas vezes em que trabalhamos no pátio, mesmo realizando atividades de arte, sem estar com uma atenção exclusiva voltada para o entorno, nos deparamos com fatos que ajudavam a lidar com os pacientes. Acredito que se houvesse um profissional para observar, anotar, ouvir, cuidar... ali no pátio, seria uma ajuda importante para os diversos profissionais saberem como os pacientes se comportam no convívio entre si.

Quando se menciona o nome da instituição, bastante conhecida por grande parte da população, tem-se uma imagem de tristeza, de solidão, do que realmente representa para a sociedade o “estado “ do ser que requer uma atenção psíquica e internamento. Como poderia ser diferente? Hoje, há muitos projetos para enfrentar este adoecimento, cuja preocupação central é o tempo longo de internação.

No entanto, percebo certa pressa para efetivar este movimento para fora das portas desses lugares, o que me leva a questionar: Como poderão voltar para as famílias muitos dos que recebem alta? Elas, as famílias, estão preparadas, sobretudo ao considerarmos que o adoecimento, muitas vezes, se desenvolve justamente pela falta de equilíbrio da família? Ainda, como podem os familiares manter sua saúde mental diante de seus entes queridos em crise, e mesmo um pouco melhorados, depois de um tempo hospitalizados, tomando medicação e recebendo ajuda de múltiplos profissionais...? (Diário de campo, 2011-2012).

A esse respeito Ferreira Neto (2011, p. 180) cita Onocko Campos (2001), que chama a atenção para “...a necessidade do tratamento das famílias dos pacientes psicóticos, além da importância do trabalho com grupos e das atividades nas oficinas para esses pacientes”.

Diante do que venho testemunhando, acredito que são poucos os que recebem alta em condições de conviver em harmonia com sua família, como também são raros os que têm familiares que possam cuidar, dar atenção constante, para que outra crise não se instale.

Será que não necessitaríamos de um espaço de “aconchego” onde os familiares pudessem trabalhar a retomada do convívio com esses pacientes de forma mais lenta, objetivando “aprender” a conviver com esses familiares que são “deles”?

#### **4.5 Considerações finais**

Embora o CAT tenha passado por momentos de maior visibilidade, no início da sua implantação, constatados nos poucos resíduos/memória arquivados, hoje vive enormes dificuldades: visível diminuição de funcionários, subtração de segurança, “anestesia” de



empenho dos que ali estão etc. A equipe tenta o possível, mas sempre falta algo. São lacunas imensas, provenientes de um sistema complexo, carente de reflexões a partir “do que se faz” e indo até “o que se pode fazer”. As tentativas de se fazer algo mais foram e continuam sendo inúmeras, porém muito aquém das necessidades do lugar e das pessoas que habitam o lugar, incluindo os diversos atores/indivíduos que ali convivem, quer sejam profissionais ou pessoas “num estado de ser” que requisitem atenções especiais. Face a tanta complexidade, ficamos perplexos diante da “engrenagem” que faz sofrer o humano. As perguntas crescem e o acerto ainda está invisível.

Pensar o CAT neste momento histórico, político e social, em que a Reforma Psiquiátrica se encontra em andamento, envolve, também, uma análise do percurso da reforma, seus impasses e avanços.

Reflexo dos problemas políticos e econômicos da Saúde Pública, O CAT continua a existir pela resistência dos profissionais que ainda sobrevivem diante desta realidade, acreditando numa reversão, por terem consciência de sua importância para os pacientes que estão hospitalizados. Existe uma preocupação de continuidade e do que resta fazer para não acabar, que se reflete na instituição. É preciso fôlego e coragem para fazer acontecer, sair da anestesia é urgente! (Diário de campo, 2011-2012). Cientes desta importância, os que fazem o CAT continuam a lutar, acreditando, com base em seus 17 anos de existência e realizações, que outros momentos visíveis poderão acontecer.

Estamos cientes do perigo de se ter um olhar maniqueísta em relação ao HUP ou ao CAT; é necessário prudência num momento de crise.

Creio que a arte é um dispositivo que possibilita encontros de potência, constitui um instrumento para atingir este fim. Neste caso, a multidisciplinaridade dos saberes ajuda, quando bem conectada favorece a ampliação de um saber-potência.

Saraceno (1998) menciona que existem, no mundo, ambientes hospitalares com preocupação e intervenção dirigidas para um cuidado reabilitador, não ‘entretendedor’. São reflexões como esta que nos permitem caminhar, acreditando na reabilitação a partir da inclusão da própria inclusão. Os indivíduos que se mostraram desejosos de ampliar a clínica, no sentido de uma reabilitação psicossocial, estão engajados num processo de solidariedade e inclusão social.

## Referências

- Bourriaud, N. (2009). *Estética relacional*. São Paulo: Martins Fontes.
- Caiafa, J. (2007). *Aventura das cidades*. Rio de Janeiro: FGV.
- Cavalcanti, A. E. L. N. (2011-2012) *Diário de campo*. Recife: CAT.
- Clifford, J. (2002). *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Ferreira Neto, J. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (1992). *A escrita de si*. Lisboa: Passagens.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 15-22.
- Kirst, P. G., Giacomel, A. E., Ribeiro, C. J. S., Costa, L. A., Andreoli, G. S. (2003). Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: Fonseca, T. M. G., Kirst, P. G. (Orgs.). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS, pp. 91-101.
- Leal, L. G. P. (2005). *Terapia ocupacional guardados de gavetas e outros guardados*. Recife: Edição do autor.
- Magnani, J. G. C. (1997). O velho e bom caderno de campo. *Sexta Feira*, 1(8).
- Marques, C. C., Czermak, R. (2008). O olhar da psicologia no abrigo: uma cartografia. *Psicologia e Sociedade*, 20(3), 360-366.

- Morin, E. (1996). Epistemologia da complexidade. In: Schnitman, D. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 274-286.
- Passos, E., Kastrup, V., Escóssia, L. (Orgs.). (2010). *Pistas do método da cartografia – pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: Sulina.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Rolnik, S., Guattari, F. (1989). *Micropolítica e cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173.
- Saraceno, B. A. (1998). Concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 9(1), 26-31.
- Schmidt, M. L. S. (2006). Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. *Psicologia USP*, 17(2), 11-41.
- Teixeira, D. V., Barros, M. E. B. (2009). Clínica da atividade e cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 81-90.

## ARTE E CLÍNICA: UM PROFÍCUO DIÁLOGO

Na Psicologia, como em vários outros campos do saber, a arte pode constituir um recurso benéfico sob os mais diversos aspectos. A arte expressa um universo e amplitude que não se define. Ao mesmo tempo, pensadores têm dado sua contribuição para que a arte desempenhe o papel de expressão provocadora e do agir, e como dispositivo clínico de expressão de subjetividades.

É necessário dirigir as energias destrutivas do homem para canais positivos e criativos, como uma forma de contribuir para a melhoria de sua saúde mental, do ponto de vista pessoal e social. Acreditamos que o exercício da arte constitui um destes canais, uma forma de “quebrar” os muros simbólicos, ou mesmo reais, construídos “pelos” e/ou “em torno” dos pacientes acometidos de transtornos psíquicos. Este exercício poderia eliminar ou, pelo menos, atenuar os estigmas e preconceitos que pairam sobre essas pessoas e, ainda mais importante, “libertá-los” de sua prisão sem grades, tornando-os seres livres para reconstruir suas vidas.

Os hospitais psiquiátricos, ainda considerados “depósitos de gente”, resquício histórico pernicioso desses preconceitos, poderiam se beneficiar do exercício desta metodologia – a intervenção em arte –, não apenas na melhoria da funcionalidade de seu próprio espaço, mas, sobretudo pelos subsídios que esta experiência poderá trazer para os pacientes que necessitam de ajuda para melhorar sua saúde e se reintegrar à sociedade. Uma ajuda que pode vir do tratamento, conjugado ao exercício da arte, agindo como um “motor propulsor”, para transformações.

Até praticamente o início de 1980 os hospitais psiquiátricos eram instituições fechadas; atrás de seus muros existia toda uma gama de miséria humana, de negação do direito à dignidade do homem. No final deste período, com a abertura das portas dos hospitais psiquiátricos à sociedade, vislumbrou-se um novo campo de estudo para os educadores, sociólogos, antropólogos, artistas e psicólogos. Em conjunto, de forma multidisciplinar, estes profissionais passaram a questionar as condições sob as quais existiam até então os hospitais psiquiátricos. Muitos trabalhos de pesquisa em psiquiatria e áreas afins passaram a ser realizados, abordando as perspectivas de aprendizado do doente mental crônico, através de oficinas de arte e de outros dispositivos potencializadores de saúde.

A procura de caminhos que pudessem ajudar esses pacientes, bem como a compreensão das possíveis implicações da arte no campo da clínica, embasaram a realização

desta pesquisa, concretizada através de uma Residência Artística realizada no Centro de Atividades Terapêuticas do Hospital Ulysses Pernambucano.

Por sua atuação no campo de saúde, do ensino e da pesquisa, o HUP colocou Pernambuco na vanguarda de Psiquiatria e da Saúde Mental, no Brasil. Serve de campo experimental para estágios e Residência de graduação e pós-graduação de vários cursos da área de saúde.

Não obstante ter sido objeto de um planejamento prévio, a Residência Artística foi se fazendo com o passar dos dias, mesmo porque a participação era inteiramente espontânea e voluntária e, ademais, não seria possível antecipar o comportamento e a reação de pessoas tão diferentes.

A Residência Artística, com base no “fazer arte em conjunto”, pressupõe conviver com os pacientes em transtornos psíquicos, estabelecer vínculos de confiança, amizade, companheirismo, a fim de propiciar condições para possibilitar abertura e passagens para potências de vida.

Vivendo a experiência, os contornos não poderiam ser imaginados, eles foram se realizando com o passar dos encontros: quem queria ir chegava, os que pudessem vir mais dias vinham, os que queriam conversar, conversavam, na sala ou no pátio. Tudo aconteceu a partir dos encontros, das conexões com os pacientes, os profissionais da saúde, da limpeza, da vigilância, as voluntárias de arte e de psicologia.

Os pacientes que frequentavam o CAT constituíram o cerne deste trabalho, o centro de todas as ações realizadas, uma experiência/convivência extremamente enriquecedora para toda a equipe participante/executora. Num mesmo espaço e sob as mesmas condições, estava reunido um grupo diversificado sob os mais diferentes pontos de vista: físico, social, intelectual, abrangendo até mesmo os tipos de personalidade e a procedência urbana ou rural. Um quadro humano rico em possibilidades de estudos, de vivências, de experiências. Contudo, todos tinham algo em comum: pessoas em sofrimento, carentes, desejosas de atenção e carinho, com uma imensa capacidade de dar e receber. Para nós, uma oportunidade única de aprender.

Todo o processo da Residência Artística foi realizado no CAT, que está voltado para o exercício de atividades esportivas e artístico/culturais, como um instrumento valioso na terapia de transtornos mentais. Como afirma Bemvinda Magalhães (2013), atual diretora do HUP: “O resgate da saúde mental desses pacientes é feito através do fortalecimento dos laços

culturais”. O exercício dessas atividades possibilita “abrir uma porta” para expressar as expectativas e toda uma gama de sentimentos inerentes à condição humana.

A Residência Artística foi uma oportunidade única de conviver, num mesmo momento e num mesmo espaço, com pessoas as mais diferentes, sujeitas às mesmas condições de vida, como se estivessem, naquele período, “aprisionadas” no entorno e, por que não dizer, em si mesmas. Temperamento, nível de educação, tipo de personalidade, valores morais, maneira de pensar absolutamente diversos, reunidos num espaço uniforme e sujeitos a determinadas condições/normas, algumas vezes rígidas, como no caso de medicações intensivas que os deixavam dopados, alienados, tontos, incapacitados. Nessas ocasiões, aflorava a solidariedade dos companheiros, que os ajudavam, no que era possível, a atravessar aquele período crítico.

Era gratificante constatar o quanto a arte desencadeava outros sentimentos/expressões: enquanto pintavam ou simplesmente observavam os companheiros pintarem, alguns pacientes cantavam, dançavam, encenavam tocar violão, contavam histórias, saltitavam, faziam discursos, monologavam, faziam cartas/cartões etc. Enfim, exercitavam um dinamismo que provavelmente não se manifestaria, caso não fosse desencadeado pelo exercício da arte.

Interessante observar que, em alguns dias, sem nenhum motivo que pudesse explicar o fato, era visível uma falta de atenção de motivação, como se os pacientes estivessem desassossegados, alvoroçados ou inquietos. Nesses dias, quase não havia produção. O que desencadearia esta aparente apatia?

De um modo geral, os pacientes eram conscientes do momento que viviam, do porquê estavam no HUP: do tratamento, da fragilidade e vulnerabilidade, em especial a doses maiores dos remédios, que os deixavam dopados; da separação dos seus entes queridos, de sua casa, do seu trabalho e de tudo que lhes era caro.

Podia-se perceber, em pacientes mais sensíveis, o quanto o tratamento era doloroso e sofrido. Sentia suas angustias, suas carências afetivas, a necessidade de atenção. Aqueles com a consciência mais aguda de seu estado, muitas vezes demonstravam revolta e insatisfação com a vida, com o que lhes acontecera. E o que pensar sobre aqueles que não tinham família ou que foram abandonados por ela? Surge então o papel do cuidado, da atenção, do olhar o outro com amor, do parar para escutar o semelhante, atentar para o seu sofrimento.

Do mesmo modo, é importante que se considere aquele à sua frente, não um louco, um objeto, e sim um ser humano com sua história, que vive no mundo. Faz-se necessárias soluções de forma multidisciplinar para contornar a vida daquele ser humano à margem da

sociedade, carregando em sua bagagem o “carimbo” do diagnóstico, o preconceito de ser louco.

Um fato significativo diz respeito ao papel de determinados dogmas/ normas de religião, em especial a protestante, no desencadeamento de episódios que culminaram com a internação de alguns pacientes. Sentimentos de culpa, de expiação de pecados, a internação percebida como um castigo por “uma tentação do demônio” eram evidenciados com certa frequência nas conversas e na convivência do dia a dia. Um outro motivo frequente de internamento é o consumo de drogas, principalmente maconha e crack.

Os motivos retratados nas pinturas e desenhos eram os mais diversos: além de palavras recorrentes sobre religião/sentimentos religiosos (Deus é amor, Jesus salva...), caminhos, sol, lagos, um lago de ouro, árvores, flores, sereia, cascavel, avião, grades, estrelas, chave e chave do céu, praça, casa, pistas, caminhos de água e de terra, a chuva caindo do céu. O que eles representam, que anseios expressam? Qual o simbolismo dessas imagens?

Os resultados dos trabalhos eram ricos em simbolismos, expressavam a realidade em que se encontravam e eram os sentimentos muitas vezes ambíguos que surgiam nos desenhos/pintura... principalmente quando esta passou a ser realizada no pátio. Lembrei-me do “processo de individuação, eixo da psicologia junguiana”, ao entender o self, como algo constituído dos pares dos opostos: luz-sombra, masculino-feminino, bem-mal... uma possibilidade que, para Jung, seria "enfrentar o mal face ao bem como um dualismo irreconhecível"... "...caminharmos, apesar de muitos tropeços" (Silveira, 1992, p. 164). E a arte pode ser um rica oportunidade de encontro. No final, sempre se chegava a uma unidade, todo aquele trabalho se tornava um objeto artístico, conforme retratam as figuras incluídas no corpo da tese.

O processo da Residência Artística deixou impressões marcantes na equipe que a vivenciou, como se pode verificar em trechos dos depoimentos de alguns participantes: “Pintando, os mudos falam. Olhando a pintura, os que não pintam se emocionam”. “Ficou bem claro, muitas vezes, o que eles desejam mesmo, na verdade, é atenção e cuidado...” “É bom ver que existem pessoas interessadas e mobilizadas, que acreditam”. “Não importa o que pensamos sobre a loucura, porque por trás dela o que existe são homens e mulheres dotados de sentimentos e sedentos de afeto, de atenção, de um olhar, de um afago, um toque, um sorriso, e de serem vistos e sentidos como pessoas”.

A forma de agir diante da tela é outro aspecto que vale referir: alguns pintavam tranquilamente no espaço da tela; para outros, o espaço não era suficiente para uma pintura,

extrapolavam para as paredes, para o colega que estava próximo, reclamavam que a tela era pequena para expressar o que queriam.

Por ser único e de muita significação, vale mencionar o caso de uma paciente a quem todos consideravam “muda”. Ela foi se aproximando aos poucos, tímida, desenhava calada, sempre o mesmo desenho. Mas, com confiança e carinho, um belo dia ela falou, disse seu nome e muitas outras coisas, conforme lhe era solicitado. Revelou que o melhor do hospital, para ela, era desenhar. Com o passar do tempo, muitas vezes disse: “Eu te amo”.

Um caso que nos leva a refletir sobre o significado e o poder do amor, do carinho e da atenção, alinhado ao exercício da arte, uma atividade que faz desabrochar emoções e sentimentos no ser. Reflexões que se estendem à enorme responsabilidade dos que cuidam/lidam com pessoas tão vulneráveis, carentes de atenção, de um tratamento cuidadoso e diferenciado. Um contraponto à acomodação, ao tratamento/acompanhamento padrão, como se fosse um molde, uma “camisa-de-força” invisível a que devem se submeter.

Acredito que o amor-cuidado resume tudo o que nos propusemos realizar no HUP/CAT. A falta de amor muitas vezes provoca o início para a droga, e muitos são os pacientes que ali estão por este motivo, são jovens adoecidos.

Um aspecto muito significativo era a alegria dos pacientes quando recebiam alta e, assim, voltariam para casa, para o convívio de seus familiares, uma oportunidade de “reconstruir suas vidas partidas”. Era como se recebessem uma carta de alforria.

Aqui vale uma reflexão: não seria benéfico estabelecer uma sistemática de assistência a esses pacientes que retornam para suas casas? Um acompanhamento, consultas periódicas com os médicos, psicólogos, assistentes sociais, para avaliar o seu estado, acompanhar/orientar sua readaptação à vida com sua família, seu trabalho, enfim, sua reinserção psicossocial, o que, sem dúvida, demanda um esforço conjunto em diferentes níveis (família, trabalho, rede social). A reabilitação psicossocial envolve ações/ intervenções individuais e coletivas. Quem sabe esta poderia ser uma forma de evitar que eles retornem ao HUP/CAT, às vezes mais “doentes” do que na internação anterior.

Já o dia de visita despertava sentimentos ambíguos, paradoxais, contraditórios: de um lado, a alegria de rever seus entes queridos, trazê-los até a sala de artes, apresentá-los aos amigos; de outro, uma tristeza antecipada, que se acentuava nas horas/dias seguintes, pela separação, pelo viver longe da família, pelos anseios para retornar à sua vida.

A interação dos profissionais do CAT/familiares poderia propiciar uma rica oportunidade de conhecer melhor as nuances de personalidade dos pacientes, seus anseios,



subsídios valiosos para o diagnóstico e o tratamento. Ao que parece, infelizmente, esta interação não acontece na medida em que seria desejável.

Para nós, da Residência Artística, foi gratificante o contato com os familiares dos pacientes, que vinham à sala de artes conhecer o trabalho de seus familiares e muitas vezes para agradecer por estarmos ali, reconhecendo o quanto aquela atividade era benéfica para seu ente querido. Todas essas vivências constituíram, para a equipe da Residência Artística, uma oportunidade ímpar de renovação de valores, de reflexões, de reavaliação de prioridades, de amadurecimento.

Sentia-me muitas vezes no escuro, principalmente diante das ondas e fluxos dos pacientes, daquela dinâmica que se mexia e mexia comigo e com eles. Pode-se dizer que vivi, nesses nove meses de experiência, como um caça-tesouro... encontrei diversos... em relação à arte, um monte! Acendi lanternas para levar para o mundo a expressão, qualquer que seja a pincelada. Num desses momentos escuros no corredor, a luz foi acesa e brilhou para outras reflexões e, principalmente, para os profissionais da saúde, que lidam com o objetivo (medicação, diagnóstico), e o subjetivo (relações intra e interpessoal, sentimentos, subjetividades).

Procurei perceber nuances no/do humano; incluía os meus sentimentos e percepções, acentuava, realçava, botava o foco, diversas cores, dependia da necessidade ou da ocasião. Limites para possibilitar a expressão do não limite, a corda sendo esticada ao máximo; afinal, estava trabalhando, experimentando, realizando... Com o conceito de luz e escuridão, tão bem expresso na fala de uma paciente quando me explicava o seu pensamento em relação à arte: “trabalho a luz e a escuridão, é o que dá a forma a alguma coisa”. Estava trazendo visibilidade aos que estavam ali, sentados, perambulando, passando ou passeando no pátio. Trouxemos uma rotina, quando me viam perguntavam: “Vamos pintar hoje?”, com alegria, amizade e querer bem.

Como artista, me sentia a cada dia criando com criaturas, não sabia, no final, quem era quem, pinteí o que eles pintaram, nós pintamos, construímos, nos enlaçamos, lindos laços foram feitos e desfeitos... passamos 9 meses em construção, cada um com seu perfume contaminando uns aos outros, arte é o que? O que é arte? Segundo Duchamp (citado em Moraes, 1998), arte é o que cada um diz ser arte! Então, o que realizamos em pintura, instalação, desenhos, jogos... no HUP, é arte!

A experiência artística foi de realçar, ascender, ampliar, colocar o foco, fazer e apagar, refazer, fazer novamente, lavar para reaparecer o que havia sido encoberto com camadas de

tinta. A luz era colocada como uma lente de ampliação, um foco de incentivo de cores, um convite de estímulo, de aceitação... para participar e fazer acontecer .

A estética pretendeu ser a relacional, segundo os conceitos de Bourriaud (2009, pp. 11-13), para quem: “A atividade artística, por sua vez, tenta efetuar ligações modestas, abrir algumas passagens obstruídas, pôr em contato níveis de realidade apartados.” O autor acrescenta: “Hoje a prática artística aparece como um campo fértil de experimentações sociais, como um espaço parcialmente poupado à uniformização dos comportamentos”. E ainda: “A possibilidade de uma arte relacional, uma arte que toma como horizonte teórico a esfera das interações humanas e seu contexto social mais do que a afirmação de um espaço simbólico autônomo e privado” (p. 19).

Nesta direção, Guatarri afirma (1992, p. 38): “A arte é a produção de uma subjetividade que auto-enriqueça continuamente sua relação com o mundo”. E acrescenta Bourriaud (2009, p. 141): “...Portanto, parece mais adequado, à luz dos próprios textos de Guatarri, definir a arte enquanto construção de conceitos com o auxílio de perceptos e afetos, visando a um conhecimento do mundo...”

Podemos pensar a estética relacional e nossas experiências, pois vivemos intensamente esse encontro e o respeito às múltiplas opções, elas foram absorvidas e iluminadas com diversas lanternas. Contaminei-me pelo vivido, me sentia num carretel de linha que não tinha fim, quanto mais puxava, mais linha havia. E sempre a pergunta: Como parar, diante das possibilidades? E o que é ser terapeuta?

Há algum tempo vinha pensando no que seria terapia, por que terapia, como ela daria conta desse momento que vivemos, de tanta complexidade...?

Em entrevista sobre o que é ser terapeuta, Bonaventure toca numa importante questão, principalmente em relação aos que escolhem trabalhar com pessoas em sofrimento:

Existe a ética interior que é uma instância do Si-mesmo. Ser fiel à sua voz interior, isto é muito importante. Para as descobertas do inconsciente precisa-se achar uma nova ética, isto é inevitável, pois o conhecimento de Si acarreta certas consequências éticas. (Porchat & Barros, 2006, p. 112).

A este respeito, é importante ressaltar as ricas contribuições trazidas por Gilberto Safra (2004), ao enunciar e defender uma clínica da ética em detrimento de uma clínica da técnica. Acreditamos que a proposta de uma clínica da ética se aproxima do amor-cuidado, base de todas as intervenções que foram realizadas no HUP. Para este autor, o que interessa é:

...pensar em profundidade e extensão uma clínica da emergência do sentido, uma clínica do acontecer humano naquilo que nos seria essencial, uma clínica da humanização do que foi levado tão longe no próprio processo de alienação, interna e exterior (p.17).

Para realizar um trabalho coerente com as responsabilidades éticas, necessitamos de muito apoio, um conjunto de forças... e os profissionais que optaram para trabalhar ali ficam anestesiados, será o sistema? Será o entorno? Será a acomodação com a situação? Por que o adoecimento? Será o CAT? Ou acontece em todos os pavilhões? Quem acredita no CAT/arte/saúde mental/doença mental? Pode-se realizar um verdadeiro trabalho com tão poucos recursos? Com tão poucos profissionais no contato humano? Pode-se ser disponível para realizar trabalhos nessas instituições, com diferentes situações psíquicas, causadas por diferentes situações do ser, droga, álcool, déficits psicóticos?

É interessante observar que alguns vigilantes sabem mais da vida dos pacientes do que outras pessoas dali, inclusive membros da equipe que os assistem. Eles passam todo o tempo ouvindo, vendo os acontecimentos, protegem, socorrem, prendem, levam para contenção... percebem o dia a dia muito mais do que muitos profissionais que se trancam em suas salas/gabinetes e consultórios.

Penso que é obrigação do governo, das políticas públicas de saúde cuidar dessas pessoas de maneira democrática, decente, apoiando... não fechando hospitais, e nem colocando uma diversidade de adoecimentos para conviver junto num mesmo tratamento relacional e medicamentoso. Penso que droga, álcool, retardo e psicose... são impossíveis de funcionar num mesmo lugar e se ter uma política única para as pessoas que estão em necessidade. As pessoas que cuidam adoecem, psicológica e fisicamente, não podem dar conta de tão gigantesca e complexa tarefa. Ferreira Neto (2011, p. 181) confirma este ponto de vista, ao afirmar que: “Mesmo reconhecendo os inequívocos avanços da reforma psiquiátrica no Brasil, não devemos subestimar os perigos políticos dos quais é portadora”.

A Reforma Psiquiátrica modificou muitos aspectos da situação do atendimento/tratamento dos pacientes com transtornos psíquicos, redirecionou a forma do tratamento. Em relação à Reforma Psiquiátrica, podem ser levantados alguns questionamentos: De que modo as modificações por conta da Reforma Psiquiátrica vão afetar o atendimento/ tratamento dos pacientes com transtornos psíquicos e, conseqüentemente, o curso de suas vidas, com reflexos nas famílias?

E o que dizer do nosso sentimento ao final desta Residência Artística tão rica em experiências complexas e contraditórias? O início e o fim do ciclo estavam se juntando... alegria pela

possibilidade de realização, tristeza pela falta que iria sentir do vivido/experimentado com o físico, psíquico, mental, e, principalmente, com a alma. Sentia-me útil, viva... fui ajudada por muita gente daqui e de outros mundos... impossível caminhar sozinha, precisei de ajudas mil, e fui muito bem assistida, os recados vieram de todas as bandas, muitos foram instrumentos, até quando negavam... Como esquecer os sonhos que vivemos?

A convivência com os pacientes, o poder, em algumas horas semanais, compartilhar suas alegrias e angústias, ouvir os seus ais, suas histórias de vida, me deu a oportunidade de crescer como pessoa, a partir de reflexões que aquela vivência desencadeou: o sentido da vida, da solidariedade, a vulnerabilidade de cada um de nós, enfim, a insegurança e transitoriedade a que todos os seres humanos estão sujeitos.

Do ponto de vista dos pacientes, o trabalho realizado naquela geografia física do CAT foi concluído com a “chave do céu” (desenho de um paciente), que se transformou, aos olhos de outros pacientes, em uma chave de ouro, várias pistas... uma lagoa... “A Lagoa do Ouro”.

Últimos dias... Estava acelerada... quando conversava com algumas pessoas sentia que meu ritmo era de corrida, como se fossem meus últimos minutos para um montão de coisas para fazer, sentia que as pessoas me escutavam, mas mesmo assim o tempo era insuficiente para o que gostaria de dizer... Nas pinturas, uma imagem de um relógio, os pés de milho, grande, um ciclo estava mudando... a natureza também dizia que agora o terreno seria molhado, nova plantação, outros rostos no pátio, saudade de momentos, um paciente cantava: “Não toque essa música que eu não posso ouvir... vou sentir saudade...” Era uma despedida realmente, precisava desacelerar, mas como??? Um paciente corria e, se pudesse, eu estaria ali correndo, literalmente, na chuva.

Antes de finalizar, lembramos a palavra de dois estudiosos:

Ferreira Neto (2011, p. 163), para quem: “Os indivíduos são seres que se constituem na relação com o outro, sendo o tempo todo agentes de subjetivação. Portanto, uma intervenção pautada na lógica antimanicomial deve atuar na rede de relações dos indivíduos”.

Bonaventure, que afirma: “O amor é evocador, é o princípio de todo trabalho terapêutico. Sem ele, nada acontece na vida. É ele que favorece a abertura, o diálogo, a vida, a verdade” (citado em Porchat & Barros, 2006, p. 112).

A imersão nesta experiência possibilitou sentir com os olhos, com o coração, com o corpo todo, poder perceber a diversidade do que me propus fazer, no dia a dia. Pensava desde o início que, para poder estar ali, teria que me sentir inteira, mesmo indignada e com o coração “partido” .

A Residência Artística foi uma experiência rica, a partir dela pudemos partilhar os achados com os profissionais da área de saúde e arte e dividir com a equipe a experiência sistematizada e aprofundada. Novas propostas virão para serem vivenciadas diante das ressonâncias que a Residência Artística propiciou.

## REFERÊNCIAS<sup>3</sup>

- Bourriaud, N. (2009). *Estética relacional*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cesar, V. (2012). Exercício da Possibilidade. In: Paulo, R., Luciano V., Cesar, M. F., Bueno, G. *Rosana Ricalde*. Santiago de Compostela: Artdardo S.L.
- Ferreira Neto, J. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Magalhães, B. (2013). Entrevista a Ana Lisboa. Recife 31 de março.
- Moraes, F. (1998). *Arte é o que eu e você chamamos arte*. Rio de Janeiro: Record.
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 15-22.
- Kirst, P. G., Giacomel, A. E., Ribeiro, C. J. S., Costa, L. A., Andreoli, G. S. (2003). Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: Fonseca, T. M. G., Kirst, P. G. (Orgs.). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS, pp. 91-101.
- Porchat, I., Barros, P. (Orgs.). (2006). *Ser terapeuta: depoimentos*. São Paulo: Summus.
- Romagnoli, R. C. (2009). A Cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociendade*, 21(2), 166-173.
- Rosa, G. (1982). *Grandes Sertão: veredas*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora.
- Safra, G. (2004). *A Po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Ideias & Letras.

---

<sup>3</sup> Relativa à Introdução Geral e às Conclusões da Tese.

Romagnoli, R. C. (2009). A Cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173.

Silveira, N. (1981). *Imagem do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.

Silveira, N. (1992). *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática.

Van Gogh, V. (2002). *Cartas a Théo*. Floresta: L&MP Pocket.

## **ANEXOS**



## ANEXO A

**CARTA DE ACEITE**

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar os espaços desta instituição para as atividades referentes ao Subprojeto de Pesquisa **INTERVENÇÃO ARTÍSTICA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS – Possibilidades de Diálogo**, desenvolvido pela doutoranda Ana Elizabeth Lisboa Nogueira Cavalcanti. Este subprojeto é um segmento do Projeto de Pesquisa **PRÁTICAS INSTITUCIONAIS: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL**, sob orientação e responsabilidade da Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco, do Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Recife, 21 de outubro de 2011.

---

Nome, por extenso, do responsável pelo setor

---

Assinatura e carimbo

---

CPF

---

E-mail

## ANEXO B

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LINHA DE PESQUISA PRÁTICAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS EM INSTITUIÇÕES

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que concordo em participar do Subprojeto de pesquisa **Intervenções Artísticas e Transtornos Psíquicos: possibilidades de diálogo**, segmento do Projeto de Pesquisa **Práticas Institucionais: Possibilidades de Intervenção na Perspectiva Psicossocial**, sob orientação e responsabilidade da Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco, do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, desenvolvendo as atividades que me competem pelo período de execução previsto no referido projeto.

Recife, 21 de outubro de 2011.

---

Nome: Ana Lúcia Francisco

CPF: 344.829.897-20

Identidade: 2.278.695 IFP/RJ

Fones: (081) 3242-0319, (081) 99785624

Email: ana.francisco@terra.com.br

## ANEXO C

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LINHA DE PESQUISA PRÁTICAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS EM INSTITUIÇÕES

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que concordo em participar do Subprojeto de pesquisa **Intervenções Artísticas e Transtornos Psíquicos: possibilidades de diálogo**, segmento do Projeto de Pesquisa **Práticas Institucionais: Possibilidades de Intervenção na Perspectiva Psicossocial**, sob orientação e responsabilidade da Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco, do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, desenvolvendo as atividades que me competem pelo período de execução previsto no referido projeto.

Recife, 21 de outubro de 2011

---

Nome: Ana Elizabeth Lisboa Nogueira Cavalcanti

CPF: 697.646.204-00

Identidade: 1411562 SSP PE

Fones: (081) 32441889, (081) 99773657

Email: analisboa333@ig.com.br