



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**HUMBERTO ÍTALO LINHARES MINÁ**

**MÚSICA E RUA:**

**APRECIÇÕES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA NA SAÚDE MENTAL A  
PARTIR DE PRÁTICAS ARTÍSTICAS EM TERRITÓRIOS COLETIVOS.**

**CAMPINAS**

**2018**

HUMBERTO ÍTALO LINHARES MINÁ

MÚSICA E RUA:

APRECIÇÕES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA NA SAÚDE MENTAL A PARTIR  
DE PRÁTICAS ARTÍSTICAS EM TERRITÓRIOS COLETIVOS

Monografia apresentada à Faculdade De  
Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas como parte dos  
requisitos exigidos para a obtenção do  
título de Especialista em Saúde Mental

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À  
VERSÃO FINAL DA MONOGRAFIA  
APRESENTADA PELO ALUNO  
HUMBERTO ÍTALO LINHARES MINÁ  
COM ORIENTAÇÃO DO MS. BRUNO  
EMERICH E CO-ORIENTAÇÃO DE  
GILSON GABRIEL DA SILVA  
FIRMINO

**CAMPINAS**

**2018**

## AGRADECIMENTOS

À Amanda, Dilma, Humberto e Victória Miná, que não satisfeitos em me dar a vida e dividir os mais significativo momentos desta comigo, foram e continuam sendo meus maiores exemplos de força, cuidado e amor. A Psicologia tem me dado a oportunidade de devolver pelo menos um pouco do muito que me foi dado à quem – assim como meus pais precisaram um dia – mais sofre e mais precisa de cuidado. A estes serei eternamente grato.

À Rosana Onocko Campos, Bruno Emerich e Ellen Ricci, pelo apoio, disponibilidade e presença real nesses dois anos de Residência. Agora, cada um à sua maneira, ocupam um lugar no conjunto de Mestres que guardo com tanto apreço em minhas recordações, na esperança de que eu possa ser tão valioso no desenvolvimento profissional e pessoal de outros, como este para mim foram.

À Rosângela, Sulamita, Eliane, Mariane, Marina, Bruno, Felipe, André, Dalila, Amanda, Ana, Verônica, Leonardo e Ricardo, por serem a melhor companhia na mais ousada jornada de minha vida. Por entre corpos e existências tão diversas fluíram os mais intensos afetos; as mais vivas ideias sobre a saúde mental, o trabalho e a vida; e a mais legítima vontade de realização e crescimento que já experimentei em um grupo de trabalho. Jamais esquecerei desta turma, e sinto que ela será lembrada por um tempo...

À Alcyone Januzzi e todos os amigos do Consultório na Rua, por serem um farol em meio a tamanha escuridão pelo qual passam todos que acreditam numa saúde pública de qualidade, no SUS verdadeiramente universal e na valorização de *todas* as vidas, e não só dos que amamos e consideramos dignos. A prática na rua, *onde a vida acontece*, foi o mais intenso e completo dispositivo formativo que já me engajei, e isso só foi possível com a parceria de vocês.

À Ludimila Palucci Calsani e todos os músicos do Coletivo da Música, pela oportunidade de me reencontrar com a música e a minha potência artística, quando todo o resto estava instável e tudo que eu sentia era impotência. As interseções entre arte e cuidado à saúde mental que experimentei com vocês mudaram para sempre meus percursos formativos, e são uma bandeira que vale a pena ser levantada com gosto em tempos de descrença na força dos coletivos.

À Keylla, Juliana e toda a equipe do CAPS Estação, pelos ensinamentos e vivências compartilhadas. O fazer da saúde mental é difícil da intervenção mais simples às mais importantes decisões terapêuticas e institucionais, e demanda uma boa quantidade de coragem para enfrenta-lo de forma inteira, dia após dia. Entre o ideal e o real muito pode ser feito pelos que mais sofrem com a loucura, a pobreza e a privação dos direitos básicos, e é por isso que lutamos, foi com essa lição que encerrei meu primeiro ano de trabalho na rede de atenção psicossocial.

À Beatriz Patriarca, minha veterana, minha amiga e agora, companheira. Com a serena presença e doçura no gesto, tem me ensinado que nem só de intensidades se faz a felicidade, e, por simetria, o sofrimento nem sempre tem que ser tão sofrido.

Ao meu professor Alessandro, músico e entusiasta desta arte que, vindo de uma formação completamente distinta, compartilhou e fomentou em mim uma mesma crença: na música como instrumento de realização e transformação pessoal.

Ao Vinícius e aos amigos que compartilharam um teto campineiro comigo na primeira vez em que estive em um teto “não familiar”. Mais com ações do que com palavras, diferente do que me acostumei na Psicologia, vocês tornaram um lar completamente estranho em algo cheio de afeto, bom humor e conforto. Um ninho, de fato.

E a todos que, de forma direta ou indireta, me apoiaram nesta intensa jornada de aprofundamento profissional e desenvolvimento pessoal.

O samba é universal

Razão primordial

Do som

Ninguém detém o dom

E digo com certeza:

É público tal e qual

O nosso carnaval

Casuarina - Certidão

## RESUMO

O presente trabalho versa sobre uma experiência de uso de práticas artísticas na atuação em saúde mental, se utilizando do relato de uma Oficina de Percussão de Samba executada em um dos campos de atuação do Consultório na Rua de Campinas. Este relato serviu de ponto de partida para uma discussão sobre o cuidado em saúde mental, a arte, a atenção a pessoa em situação de rua e outros questionamentos que o processo da Residência Multiprofissional incitaram em neste processo formativo. Discutiu-se que essa utilização de práticas relacionadas à arte na saúde (e mais especificamente na saúde mental) são uma aposta válida na criação de processos coletivos horizontais, ricos em interações positivas e potentes em produzir vinculação. Na Oficina narrada, foram utilizados muito da forma de fazer adquirido na participação do Coletivo da Música – Campinas, no sentido de uma experimentação, didática dos instrumentos percussivos e uma forma de interagir a partir da execução de ritmos populares. Assim, pontos comuns entre as propostas de cuidado do Consultório na Rua e do Coletivo da Música foram pensadas, e tal reflexão foi de suma importância para a experiência formativa em saúde mental

## **ABSTRACT**

The present essay discusses an experience of using artistic practices in mental health work, using the report of a Samba Percussion Workshop performed in one of the fields of practice of the Campinas Street Outreach offices. This report served as a starting point for a discussion about mental health care, art, attention to the person in street situation and other questions that the process of Multiprofessional Residency incited in this formative process. It was argued that this use of art-related practices in health (and more specifically in mental health) is a valid bet in the creation of horizontal collective processes, rich in positive interactions and powerful in producing linkage. In the workshop narrated, much was used from the know-how acquired in the participation of the Collective of Music - Campinas, in the sense of the experimentation, didactics of the percussive instruments and a way of interacting from the execution of popular rhythms. Thus, common points among the care proposals of the Offices in the Street and the Collective of Music were found, and such reflection was of paramount importance for the formative experience in mental health.



## Sumário

1 APRESENTAÇÃO: .....	10
2 INTRODUÇÃO:.....	13
3 DESENVOLVIMENTO.....	16
3.1 Caracterização da população.....	16
3.2 Produção de vida não hegemônica.....	17
3.3 Oficina de percussão na rua: a coexistência de modos de viver nos diferentes territórios.....	21
3.4 Diferenças em relação ao projeto e semelhanças (ou não) com outros espaços de cuidado:.....	24
3.5 O desenrolar da oficina .....	27
3.6 Histórias do vivido na Oficina .....	28
3.6.1 Daluz .....	29
3.6.2 Os colegas e a lembrança do músico amador aposentado em cada um de nós .....	30
3.6.3 José.....	30
4. Considerações finais: Habitando o <i>entre</i> que é a rua.....	31
5. REFERENCIAS .....	33

## 1 APRESENTAÇÃO:

A música esteve presente ao longo de todo meu processo na Residência Multiprofissional. A atuação em CAPS III adulto no primeiro ano teve no grupo de música e nas intervenções em ambiência que se utilizaram dela boa parte dos pontos altos e mais produtivos. A participação no Coletivo da Música e no Bloco Unidos do Candinho foi uma das atividades de campo mais afetivamente profunda e plena de sentido que executei.

O Coletivo é um espaço semanal de encontro entre os usuários e profissionais de vários serviços para experimentação com a música, que passa pela interação mais básica com os instrumentos e caminha para a construção de uma “banda” com identidade, construção de repertório, ensaios, novos arranjos para as músicas e toda dinâmica grupal que esse modo de reunir pessoas e fazer música, dentre os vários existentes, implica. Assim, no espaço do Coletivo pude entender de forma mais completa e vivencial o valor da música como possibilidade de criar um liame entre os indivíduos que vai além das relações terapeuta-paciente, profissional-usuário ou da totalmente horizontal amizade.

Atualmente se realizando como produto do trabalho desenvolvido ao longo do ano no Coletivo da Música, tendo uma história prévia a este grupo, o Bloco Unidos do Candinho é o apogeu do processo desse grupo em usar a música na reabilitação psicossocial. Cerca de três meses de ensaio antes do carnaval permitem novamente a experimentação, dessa vez com instrumentos de percussão de samba (de escola), aos poucos evoluindo para a formação de uma bateria, com a interação entre os músicos dos diversos naipes da escola sendo trabalhada enquanto se introduz o samba enredo como objetivo. Em 2017 “o Samba e a Ciranda” desceram as ruas de Sousas, da entrada do espaço físico do antigo hospital que já foi manicômio até a praça do centro do distrito, com cerca de 50 ritmistas (e não *loucos* ou *doutores*) entoando o canto que remetia a cultura popular da ciranda, do trabalho, da dança em roda, da união da comunidade, que vem sendo esquecida com a mesma velocidade que o brasileiro esquece de sua história e suas raiz: rápido demais.

No Consultório na Rua, campo de atuação no segundo ano, o encontro com toda a intensidade e dinâmica da atenção à pessoas em situação de rua provocou muitas

reflexões sobre o estar na rua e a tudo vivenciado e lido sobre serviços territoriais. Enquanto equipe de atenção básica com foco na saúde mental, o CNaR tem por objetivo geral oferecer cuidados de saúde as chamadas “pessoas em situação de rua”, conceito complexo e cheio de nuances que, entre outras definições, pode ser entendido também como: “segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade — praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto — em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaça de veículos.” (FIPE, 2000, p. 2)

Neste espaço pude de experimentar o desafio de cuidar das pessoas da forma mais “desestruturada” que já tive oportunidade. Este termo, que não deve ser entendido aqui de forma pejorativa, representa mesmo que não completamente a experiência de atender fora de paredes, no espaço público onde a “vida real” acontece. Pensando a clínica psicológica, a estruturação de setting terapêutico, nos objetivos, na contratualidade e na possibilidade de continuidade também se dá de forma sempre leve e “frouxa”, se comparada a outros espaços que me inseri profissionalmente. *Sem estrutura* também é uma expressão comumente utilizada para definir os usuários desse serviço, pela população em geral e por eles próprios. Alguns pensam em se estruturar, organizar melhor a vida e talvez sair desta situação. Outros muitos, não.

É comum o pensamento de que quem está vivendo nas ruas não tem “estrutura nenhuma” para tal, e que esse poderia ser o maior desafio desta vida. Nesse ponto, talvez o Consultório na Rua seja bem sucedido em se aproximar de seus usuários possibilitando um mínimo de horizontalidade. O equipamento oferta cuidado em saúde na praça, no banco, debaixo de sol ou de chuva. Uma barraca de camping pode ser uma sala de procedimentos de enfermagem, ou, uma sombra na grama pode ser uma “sala” de atendimento psicológico. E pensando na arte, que melhor lugar para uma oficina de música do que uma praça, uma calçada, uma rua? Neste sentido, a ausência de paredes, de protocolos rígidos para o acesso à saúde ou de altos graus de comprometimento para engajar-se numa atividade pode ser não só desafiador, mas também *potente*. Morar (e trabalhar) na rua não tem só desvantagens e limitações, pois nesses espaços tidos como de falta, muita vida é produzida.

É necessário sempre tentar escapar à armadilha de fetichizar ou glamourizar a pobreza e a miséria humana, e neste texto pretendo não fazê-lo, apesar de ciente dos riscos. Mas defendo que mesmo com o sofrimento dos absurdos criados pela desigualdade

e suas ramificações na malha social de uma cidade e de um país como o nosso, existem sujeitos singulares e seus processos de subjetivação em muitos espaços, sendo a rua um deles. Acredito que um objetivo possível de ser logrado é o de escrever neste trabalho sobre *como minha experiência com a clínica da rua (mais especificamente com saúde mental) ganhou sentido a partir das interações mediadas através da produção artística, especialmente da Oficina de Música*, e o que advém desta experiência para minha vida.

## 2 INTRODUÇÃO:

Trabalhar num equipamento voltado exclusivamente para as pessoas em situação de rua promove um contato muito particular com o território (geográfico e existencial) rua e seus habitantes.

No texto de Lima e Yasui (2014), lemos que a discussão das relações entre território e produção de cuidado precisa passar também pela visão de um território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas que cuidamos, e como espaço relacional *onde a vida pulsa*. (p. 599)

Esta vida pulsante *na* metrópole, que acontece entre os carros, as praças, o lixo urbano e o afã de manter tudo agradável aos olhos, mas também no meio dos matos, nas partes da cidade que esqueceram de virar cidade, nos matos e descampados, nos barracos-casas e papelões-cama. Habitar estes territórios, da forma mais horizontal possível (entendendo que horizontalidade total seria uma falácia, visto a diferença na relação de poder entre profissionais e usuários), sendo simultaneamente “visita” e parte integrante deste pulso, é um dos grandes desafios da equipe do Consultório na Rua.

Sobre esta política, lemos que “Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).” (BRASIL, 2012 p. 14)

Desta itinerância advém duas das características mais importantes deste serviço: o trabalho fora das paredes, sendo a van nossa principal “casa”, e a necessidade de parcerias e trabalho em rede para a maioria das ações. No CnaR de Campinas, a base administrativa (a outra casa) é um espaço cedido no Caps AD Reviver, o que inevitavelmente nos remete um simbolismo no mínimo curioso. Com o perdão da metáfora boba, o Consultório na Rua mora num trailer pelas ruas, passando uns momentos num “puxadinho” que tem na casa do Caps AD.

O CNaR atende prioritariamente a região central do município, onde geograficamente fica localizado o distrito de saúde Leste da cidade. porém também desloca-se desta região para ações específicas de matriciamento e apoio da atenção à população alvo, sempre na lógica do compartilhamento na rede de saúde local. O serviço

conta no momento com duas equipes da “Modalidade 3”, que são compostas de três profissionais de nível superior, três de nível médio e um profissional médico. (Brasil, 2012 p.13) Esta é a equipe que, subdividida em duas equipes de dois turnos (manhã e tarde) sobe na van de segunda a sexta das 7:00hs às 18:00hs (passando desse horário quase que diariamente) para ir, *in loco*, atender a população em situação de rua. Em linhas gerais, são ofertados serviços de saúde voltados para as necessidades integrais da população alvo. O CnaR de Campinas conta com gestora, auxiliar administrativo, 2 motoristas, 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, 3 redutores de danos, 4 médicos, realizando, realizando atendimentos individuais nesses núcleos citados, oficinas em terapia ocupacional, oficinas de música, etc.

Estando inserida na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e se pretendendo promotora de um cuidado integral, a clínica do CNaR tem sempre de refletir “pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos e que clínica é possível realizar.” (LIMA E YASUI, 2014) E se tratando da clínica na rua, que espaços podem ser ao mesmo tempo clínicos e promotores de saúde? A utilização de práticas artísticas parece ser privilegiada neste sentido, permitindo processos de reterritorialização que ampliam a produção de vida(s). “É preciso sustentar a construção de territórios existenciais, mesmo que efêmeros e nômades, que possam se abrir, estabelecendo relações com outras vidas e com outros mundos.” (LIMA E YASUI, 2014, p. 600)

Nesta perspectiva, as ações que envolveram arte e especialmente a música, as quais eu fui capaz de participar ao longo da Residência, me mostraram uma potência ímpar em diversas direções, todavia a que pretendo destacar ao longo do trabalho é a capacidade de criar um território em que múltiplas existências são capazes de interagir, mesmo no mais radical da alteridade. No Consultório na Rua estes espaços inclusive foram o ponto de partida para a minha própria inserção. No começo, sem entender muita coisa do que acontecia a volta, recorria à oficina de música para me inserir e observar, já participando e interagindo através dos instrumentos e da música produzida. Sem dúvida esta “zona de conforto” só se configurava como tal pela experiência anterior com o Coletivo da Música.

Percebo que as produções e vivências artísticas, “(...) mesmo quando não ultrapassam as delimitações do espaço de tratamento, encarnam uma experiência de criação que se faz sobre uma linha fronteira na qual uma vida disputa com a doença,

miséria, a morte.” (LIMA, 2006 p.318) Assim, é possível nomear que o trabalho com a arte pode ser uma importante possibilidade na produção de saúde e vida das pessoas, por tirar do enfoque a intervenção sobre doenças ou necessidades de saúde e *proporcionar desvios e criações* que podem superar as dualidades vida e morte, saúde e doença, arte e não-arte, mesmo que de forma efêmera.

Neste trabalho pretendo lançar mão de alguns conhecimentos teóricos para elucidar o relato de experiências de composição, conflito e fluidez entre a *rua, a loucura (a atenção à esta) e a música*, não com o intuito de esgotar os sentidos do que foi vivido, mas de compreender as relações que se estabeleceram entre esses elementos e minha atuação profissional, minha clínica e minha vida nesse período enquanto residente.

### 3 DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Caracterização da população

A população em situação de rua, ou como dizemos no senso comum os moradores de rua, são parte do cenário em grande parte das metrópoles ao redor do mundo. Assim como o estigma do louco, morar na rua traz uma marca importante na constituição de uma pessoa, e são muitos os imaginários, fantasias e vivências das pessoas em relação a esta parcela da população. Um dos nossos usuários do CnaR nos falou um dia que “morar na rua é viciante... tem sempre alguma coisa acontecendo, seja boa ou ruim”.

Na saúde mental não é extraordinária a crítica de que a categoria “louco” traz uma homogeneização de uma experiência extremamente diversa dos diferentes transtornos, sofrimentos e das diferentes vidas, que são muito maiores do que a dicotomia louco x são. Seria o mesmo quando falamos das pessoas em situação de rua? Aliás, a própria comparação entre estas duas categorias não deve ser tomada como óbvia, pois ela já traz um certo pré-conceito sobre estes: todo mundo que vive na rua tem alguma questão de saúde mental? (seja no sentido mais geral, como no de um transtorno, ou no de uso abusivo de substância etc.)

O que tanto a produção acadêmica especializada como a experiência clínica se alinham ao afirmar é que dentro da categoria pessoa em situação de rua estão inclusos diferentes demografias, estilos de vida e necessidades de saúde. No texto do Manual sobre o cuidado em saúde junto à população em situação de rua temos alguns dados dignos de nota para uma compreensão básica deste segmento populacional.

Em 2007, estimou-se que 82% desta população eram do sexo masculino, mais da metade estava entre 25 e 44 anos e aproximadamente 69% declarava-se afrodescendente. 74% declararam saber ler e escrever, sendo que 95% não estava estudando no momento da pesquisa. 45,8% dos entrevistados sempre viveram no município em que moravam, e dentre os que moraram em outras cidades em relação a que estavam morando, 45,3% se deslocaram em busca de oportunidades de emprego. Sobre os vínculos familiares, 51,9% dos entrevistados possuíam algum parente residente na mesma cidade em que moram, porém 38,9% não mantinha contato algum com estes parentes. Temos ainda que 70,9% exercem alguma atividade remunerada, sendo que só 15,7% declarou que “manguear” (pedir dinheiro) era sua principal fonte de renda (Brasil, 2012 p. 21-24)

Temos ainda que “Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referiam aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%)” (Brasil, 2012 p. 23) Sem a pretensão de fazer uma extensa análise a partir de dados um tanto desatualizados e descontextualizados, essa pesquisa traz subsídio mínimo para certa construção: as pessoas em situação de rua na maioria das vezes não são os mendigos, pedintes, sem estudo, preguiçosos ou vagabundos como ouvimos por aí. O uso de substância (mesmo sem problematizarmos que na clínica AD a droga em si raramente é a causa e sim um sintoma de sofrimentos outros- não é necessariamente o que leva a maioria das pessoas para a rua.

Por outro lado, apesar desta ser sim uma questão importantíssima, nem todos estão na rua pela total quebra dos vínculos familiares, ou mesmo porque tiveram o direito à moradia completamente negado. Assim, mesmo com a clareza que a miséria e a desigualdade produzem um contexto social específico que permite que este fenômeno aconteça, nem sempre as pessoas que estão na rua estão lá “porque não tem outra opção”. Abre-se a partir desta constatação um extenso debate sobre a questão da “escolha” de morar na rua, tópico que o escopo do presente texto nos advertirá de adentrar pelo risco de tocar apenas superficialmente. No mais, a intenção é discutir que o conjunto chamado de pessoas em situação de rua é extremamente heterogêneo e rico em diferentes formas de existir, de viver e de sofrer.

### **3.2 Produção de vida não hegemônica**

*Transitando entre a indigência e a loucura, Bispo do Rosário passou grande parte de sua vida num manicômio. Podemos dizer que sofreu a concretização de processos de exclusão que seguem de perto certas existências. Contudo, o que a trajetória de Bispo nos mostra é que ele criou, dentro do manicômio, agenciamentos que permitiram que a vida continuasse pulsando em seu corpo. (LIMA, 2006, p. 323)*

Na argumentação de Lima que problematiza uma certa mutação na sensibilidade estética na contemporaneidade, discute-se que para Bispo do Rosário a produção de elementos estéticos foi um meio de sobrevivência, e ao passo que colocava no ambiente externo um tanto de sua loucura, era capaz produzir agenciamentos para suas questões

capazes de reinventar sua existência mesmo na limitação da sua liberdade. Para os que vivem a rua de maneira “torta” em relação ao que se espera numa cidade normótica de cidadão dóceis e úteis, códigos de pertencimento e exclusão são constantemente criados e modificados, e uma boa parcela de loucura é externada nas relações com a cidade.

Bispo do Rosário teve sua produção exposta uma vez durante sua vida. “Em 1982, aconteceu a única exposição de seus trabalhos enquanto estava vivo, no MAM do Rio de Janeiro. Chamava-se ‘*À margem da vida*’”. (LIMA 2006, p. 324) A autora questiona muito pertinentemente: “Teria estado Bispo à margem da vida? Ou, ao contrário, não esteve a vida, em toda a sua potência criadora, habitando aquela pequenina cela de um manicômio?” (p.324)

Morar ou trabalhar na rua demanda um tanto de criatividade, de malandragem, o “traquejo” da rua. Comer, dormir se comunicar, se divertir, obter e usar substâncias psicoativas, tarefas básicas do dia-a-dia demandam invenções às vezes muito distintas das dos munícipes (termo usado para denominar os que residem em casas tradicionais de um município). É muito comum aos profissionais de saúde, ao entrar em contato com formas de existir muito distintas do que considera-se ideal, entender que uma ou outra forma não é vida, ou não é uma vida digna, e muitas vezes baseiam suas intervenções no sentido de defender a vida. Promover saúde confunde-se com implementar um estilo de vida um pouco menos distinto do entendido como “saudável”, e sustentar a alteridade é um desafio poucas vezes enfrentado no seu limite.

Assim como num primeiro momento a crítica artística tende a entender o que se passou na “obra” de Bispo como algo que está fora do contexto do que é entendido como vida, vemos a todo momento as formas de existência *da rua* sendo colocadas em cheque como sub humano, uma vida inferior, digna de esquadramento, tratamento e readequação. Isso acontece sempre que a sociedade se depara com cenas de uso intenso, miséria e privação como na Cracolândia de São Paulo, e tal argumento é utilizado para higienizar e pôr para fora das vistas o que é diferente.

Sobre este conflito, um dia em específico de atuação no CNaR marcou intensamente minha vivência de percepção do quão paradoxal se torna uma atuação como psicólogo nesse contexto. Acredito que este dia em certo nível deflagrou uma crise sobre a atuação que provavelmente não se resolverá por completo enquanto continuar atuando com esta população, mas que marca a elaboração que tenho feito sobre a atuação na saúde

mental, influenciando inclusive a escolha do tema do presente trabalho. Trago em forma de relato, com poucas modificações em relação a escrita informal que fiz no dia seguinte ao ocorrido.

**ANEDOTA: Via norte. Texto escrito em maio após visita a uma cena de uso de crack em Campinas.**

*Chegamos, descemos. A presença de um estagiário da medicina me tirava, talvez pela primeira vez, da posição de “elo mais fraco”. Isso me pareceu bom. Me encontro com um paciente do Caps Estação, que me reconhece e endereça à mim um discurso um pouco confuso, porém afetuoso e tranquilo. Fico feliz, mas ainda alerta. Depois de entregarmos alguns exames e sentirmos já o peso do campo naquele dia, com muita gente muito louca (o que não quer dizer que ficamos fragilizados com isso), saímos eu, dois profissionais do CNar e o estagiário para entrarmos no mato, procurando os pontos de uso de substâncias psicoativas mais isolados. Em um deles encontramos quatro pessoas. Logo iniciam-se conversas dos demais e eu, que havia ficado mais pra trás no grupo, sobro com Marcos (N.f.) que depois de um tempo mais na sua, me fala mais ou menos assim, falando meio pra mim, meio pra todos:*

*-Eu não entendo, vocês vem aqui, ajudam a gente, tem mó consideração, dão as coisas. Ai a gente sai ali vem a polícia e maltrata a gente, pega nossas coisas e cobra dinheiro pra devolver... como é isso?*

*Eu tento usar como gancho para me aproximar, falo algo do tipo: “é foda cara...”, validando os sentimentos apresentados (eu aprendi esse termo no hospital, onde atuei profissionalmente, e lá fazíamos muito esta intervenção diante das inexoráveis mazelas das doenças físicas) e depois continuando a conversa perguntando sobre ele. Me surpreendo com a velocidade em que Marcos logo abre pra mim sua história de vida, falando que era caminhoneiro, que tinha um vida “normal” até alguns anos atrás mas depois de ter se separado da mulher, ficou muito mal e vem decaindo na vida. Tento falar algo, fazer algo diante deste sujeito e nada muito elaborado me ocorre. Não pensei isso na hora mas talvez eu estivesse querendo “provar que eu sei” pros demais ali, principalmente para os profissionais que eu tanto admiro, talvez também para o*

*estagiário (algo de uma competição?). Após muito pensar e nada achar de resposta, eu me entrego ao não saber, ainda travado no questionamento sobre o paradoxo que ele colocou anteriormente:*

*-sobre aquilo que você perguntou, eu não sei responder...*

*Nem lembro o que falei depois, acho que algo forçosamente otimista como “mas a gente não pode desanimar, nada como um dia após o outro” e tal... No fim das contas, acredito que consegui acolhê-lo, entregar insumos de redução de danos, falar sobre o CAPS e a possibilidade de se cuidar num lugar que não vai lhe prender. Olhando pra trás acho que fiz o que dava, mas no momento a angústia de receber de presente a história de vida daquele sujeito, o ouro que eu aprendi a procurar a qualquer custo no CAPS III adulto - mesmo quando a equipe não se importava mais e o sujeito não conseguia nos transmitir de uma forma legível para nós, “neuróticos” - e não conseguir fazer nada diante disso, foi maior.*

Por alguns motivos, esta cena foi emblemática para minha experiência de trabalhar na rua com as pessoas que nela e dela vivem. Talvez muitos desses motivos ainda estejam não plenamente conscientes, mas o que localizo de mais importante foi a intensidade da experiência da impotência, do contraditório, da vontade de intervir a partir do que considero “positivo” e falhar completamente.

No pouco de história que foi compartilhada, capturo uma imagem de uma vida que era “boa e feliz”, e que passou a ser “ruim” (assim numa dualidade superficial) e indigna após o encontro com a substância. Será que temos autoridade sobre os sujeitos neste nível para tal julgamento? Que fatores operavam na vida dele antes deste momento? Do que esta pessoa está fugindo, que pode inclusive ser muito pior do que as privações que ele, em última instância, se auto-impõe com o uso, preso num ciclo de recompensa fugaz - busca por mais?

Não podemos porém, entender então que pelo fato de nossas intervenções (assim como nossas vidas) serem um tanto paradoxais, elas não devam existir. Acredito que a busca deve ser pela coexistência que busque oprimir um pouco menos as formas de vidas criadas na diferença, e isso não deve indicar um total *laisser-faire*. Lanço a hipótese de que, apesar de por vezes sutil, existe uma diferença entre julgar e tentar transformar uma

existência tida como indigna, em relação a oferecer a possibilidade de criação de uma relação que abra espaço para transformações à um sujeito que, apesar de lidar de forma legítima com circunstância de sofrimento as quais eu desconheço, está vivendo em um território existencial limitado, com baixa autonomia ou capacidade de autodeterminação.

É aqui que introduzo a noção da arte como promotora de trocas entre as singularidades, passíveis de transformar. trazendo as contribuição de Costa, através do *compartilhamento sensível dos modos de vida de cada um nas cidades*, é possível repensar os modos como nossas políticas públicas se atrelam a tais vidas, para além de promoverem um processo de apropriação da própria vida e da vida dos outros, diferentes de nós (2016, p.24)

*Pudemos perceber a ação das três potências das práticas híbridas entre artes e ciências no caso destas oficinas: pensar criticamente nossa realidade de modo sensível e inteligível por meio da construção de narrativas que afirmam afetos e pensamentos compostos em um só plano híbrido no qual as práticas não são apenas técnicas, mas também ético-estéticas ao afirmarem estilos de vida. A potência de se articular às singularidades das vidas dos usuários foi incrementada ao podermos entrar em contato com detalhes cotidianos intempestivos das vidas destes. (...) Apenas assim chegaríamos à segunda potência da mescla entre artes e saúde mental: a reinvenção das políticas públicas. Mas para obter êxito nesta tarefa, nos valem da terceira potência, a do contágio: pois o compartilhar das experiências sensíveis por meio da produção colaborativa de narrativas literárias e audiovisuais, ou mesmo da sua dispersão para outros usuários e servidores da rede de saúde mental, contagia e provoca estados afetivos nos demais que passam a experienciar fragmentos intensivos das experiências vividas por estes usuários em seus cotidianos, levando-os a um processo de alteridade radical o qual promove desvios nos modos de ser e pensar. A intrusão das artes na saúde mental faz aqui, portanto, um dispositivo heterotópico e clínico que não está voltado apenas para os usuários, mas sim para todos nós: equipes, usuários, comunidade, etc. (2016, p. 24-25)*

Então, parece justo compartilhar uma experiência de uso de práticas artísticas que encabecei junto ao Consultório na Rua, na esperança de que, algo das potências transformadoras da arte em relação às políticas públicas que Costa nos fala tenha sido operado de forma potencial, mesmo que no nível micro, já que acreditamos neste como um âmbito possível e necessário para tais transformações.

### **3.3 Oficina de percussão na rua: a coexistência de modos de viver nos diferentes territórios**

Com o objetivo de trazer para uma atividade circunscrita o acúmulo do trabalho ao longo da Residência com música e cuidado em saúde mental, foi construída durante a

avaliação semestral do processo formativo compartilhado entre CnaR, Unicamp e o residente a ideia de realizar uma Oficina de Música, mais especificamente de percussão de samba, em um dos campos fixos do Consultório na Rua. Junto a este serviço, pude em muitos momentos me utilizar -em parceria com os demais colegas especialmente o redutor de danos que coordena geralmente a oficina de música- das técnicas e metodologias de execução e ensino musical que adquiri ao longo da vida, e também no Coletivo da Música (CDaM). Logo, na tentativa de planejar uma ação mais estruturada, redigi um projeto para ajudar a guiar a intervenção, entendendo desde o início que este guia seria intensamente modificado no contato com a realidade do campo e sua dinâmica.

Ao falar em *Oficina* nos referimos ao dispositivo amplamente usado nos equipamentos de saúde mental, com importância mister na reforma psiquiátrica, cujo conceituação aparece no texto de Hur e Viana: “As oficinas são dispositivos grupais bastante utilizados por psicólogos, com finalidades psicoterápicas ou não.” (2016 p. 117) Para Cedraz e Dimenstein (2005 *apud* HUR e VIANA 2016 p. 117) a constituição das oficinas está relacionada à reforma psiquiátrica e as políticas de humanização na Saúde Mental. Dizem respeito à processos de inserção dos usuários em atividades artísticas, artesanais e de trabalho. Santos e Romagnoli (2012 *apud* HUR e VIANA 2016 p. 117) afirmam que uma oficina se caracteriza como uma atividade grupal de socialização, expressão e inserção social, compondo uma nova concepção de Saúde Mental que busca a reabilitação psicossocial, servindo de catalisadora de novos processos de subjetivação aos indivíduos envolvidos.

Escolhemos o campo do Samim (Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante), realizado pelo CNar nas sextas de manhã, por entender que em certa perspectiva, esta instituição e seu entorno geográfico encarnam muito bem o quão conflituoso os processos de territorialização e desterritorialização e reterritorialização podem ser, uma vez que abriga justamente as pessoas vivenciando este processos tanto num nível subjetivo/existencial, mas geralmente também no nível objetivo/geográfico. Lá estão os “trecheiros” (pessoas que fazem trechos entre cidades permanecendo um tempo com mais ou menos padrão em cada cidade e depois continuando para outra), migrantes, pessoas em situação de rua. Um lugar de múltiplas existências que, sem muito direcionamento para relações de produção de processos de vida, acaba se tornando espaço quase que unívoco de conflitos.

É necessário então explanarmos, mesmo que brevemente, o que entendemos por território e os processos de desta noção advém. Esta palavra, central para as princípios atuais da saúde coletiva e saúde mental brasileira, abriga grande multiplicidade de sentidos, numa amalgama de contribuições de diversos campos de conhecimento. (UNGLERT, 1999 *apud* LIMA E YASUI, 2014)

Na letra de Milton Santos, importante geógrafo brasileiro que versou sobre este tema sob um ponto de vista inventivo, o território é compreendido como um elemento dinâmico, vivo e repleto de inter-relações, influenciando a sociedade e por esta sendo influenciado. O território seria, em certo aspecto, *relacional*.

É assim que, para a proposição de uma clínica ampliada que considera a complexidade da interação humana com seu território, precisamos abandonar a centralidade da clínica no sintoma individual e na personalidade, para dar lugar a processos de produção de saúde e subjetividade, inserindo-se em processos de criação que resultem em novos territórios e novos sentidos. (LIMA e YASUI, 2014)

Esta forma de compreender os territórios implica em uma contemplação dos processos referentes a este conceito, como conceituados na escrita de Deleuze e Guattari e seus colaboradores. Neste sistema filosófico, “os territórios sempre comportam dentro de si vetores de desterritorialização e de reterritorialização.” (HAESBART e BRUCE, 2002 p.8)

Ainda segundo Haesbart e Bruce, em sua pesquisa com os autores franceses supracitados, podemos entender que, de forma simplificada, a desterritorialização é o movimento pelo qual se abandona um território, a “operação da linha de fuga”, e a reterritorialização é o movimento de construção do território. (2002) Estes dois processos seriam indissociáveis, e implicam no fato de que:

*(...) a espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios ‘originais’ se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a ação dos deuses universais que ultrapassam os quadros da tribo e da etnia, com os sistemas maquímicos que a levam a atravessar cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais. (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p. 323 apud HAESBART e BRUCE, 2002 p.8)*

Mas se este processo é próprio do humano, em que medida temos a intenção de usá-lo como objeto passível de ser influenciado. Neste sentido, este trabalho se alinha com a ideia de Lima e Yasui, quando lemos em sua letra que:

*(...) a experiência da loucura, do sofrimento, da exclusão é marcada por um forte coeficiente de desterritorialização, entendido como movimento por meio do qual alguém deixa um território, desfazendo tudo aquilo que uma territorialização constitui como dimensão do familiar e do próprio. Esses movimentos de desterritorialização são inseparáveis de novos mundos que se fazem em processos de reterritorialização, que não consistem em um retorno ao território de origem, mas na construção de um novo território. Ora, a problemática da loucura – e de tantas outras linhas de fuga que são traçadas em processos vitais de dissidência e/ou deserção – é a de uma desterritorialização que muitas vezes se reterritorializa em territórios mínimos, muito fechados, para constituir uma proteção contra o caos, ou em territórios paradoxais, quando se faz da própria desterritorialização um território subjetivo (PELBART, 2003). Na perspectiva da clínica, trata-se, então, de acompanhar, cuidar e investir em movimentos de reterritorialização para que estes possam operar a criação de uma nova terra na qual seja possível traçar linhas de vida. É preciso sustentar a construção de territórios existenciais, mesmo que efêmeros e nômades, que possam se abrir, estabelecendo relações com outras vidas e com outros mundos.. (2014, p. 600)*

Desta forma, o objetivo principal da Oficina foi o de ofertar para os usuários do CNaR que são atendidos no SAMIM uma possibilidade de interação com a música (e na melhor das hipóteses, fomentar algum processo de re-desterritorialização) a partir do contato mediado com instrumentos de percussão. Em específico, pensou-se em potencializar o já estabelecido espaço das oficinas de música na rua que, tendo sua efetividade reconhecida pela equipe e usuários, se mostra fértil em possibilidades de interações positivas através da arte. Assim como no Coletivo da Música, pensamos em trazer a experimentação livre e contato com a técnica com diversos instrumentos percussivos de diferentes curvas de aprendizado, entendendo esta como acessória à experiência e não como meta a ser atingida.

Pensamos também em ampliar as de ofertas de cuidado oferecidas pelo Cnar que estejam mais diretamente ligadas à promoção de saúde e não à um atendimento de um núcleo profissional específico, possibilitando assim novas formas vinculações dos usuários do Cnar com o próprio serviço. E de forma geral, resignificar, mesmo que de forma limitada, o espaço da rua do albergue municipal, marcado pela violência, o uso de substância como única forma de lazer, a ausência de estímulos estéticos, artísticos e culturais.

### **3.4 Diferenças em relação ao projeto e semelhanças (ou não) com outros espaços de cuidado:**

No primeiro dia, iniciei tendo dificuldades de circunscrever uma área para a realização da atividade. Meu intento era de, com alguma sinalização material, estipular um espaço minimamente orientador para que os usuários se guiassem entre o dentro/fora da oficina, ajudar a identificar quem está participando e quem não, e no combinado sobre o cuidado com os materiais, os instrumentos, recursos valiosíssimos cedidos pelo Coletivo da Música e agora sob a minha responsabilidade.

Em retrospecto, acredito ter tentado simular um tanto da necessidade de vinculação à atividade que, nas oficinas de preparação para o carnaval do Bloco Unidos do Candinho, onde fui um dos facilitadores e mestre de bateria, se desenhava de maneira bem clara. Para os ensaios do bloco, os usuários que participaram estavam lá de forma bem delineada, haviam chegado ao local com transporte do serviço, tinham hora estabelecida para estarem lá e em sua maioria, um interesse óbvio e expresso pelo que nós tínhamos para propor. Minha ideia era que mesmo naquele ambiente dinâmico, as pessoas tivessem a consciência de estar em algo mais do que atividade de música que sempre acontece enquanto os “doutores” estão fazendo o seu trabalho.

De fato, acredito que a atividade sofreu muito a influência da percepção dos usuários já pré-moldada pela oficina que ali tinha lugar, e se num primeiro momento entendi isso como limitação, percebo que provavelmente a abertura para o que propus só foi possível por entrar em um registro já instalado na população que recebe os cuidados ali em frente ao Samim. Em distintos níveis de análise, a oficina de música do colega redutor de danos foi ao mesmo tempo fator limitante e de suma importância para que a minha atividade acontecesse

Não arrependido de ter tentado, avalio hoje que foi pouco acertada, para dizer o mínimo, a tentativa de estruturar nesse nível a oficina, principalmente se levarmos em consideração o “nível de exigência” máximo que certa atividade precisa ter para que as pessoas venham a engajar-se. Curioso pensar, em comparação, com atividades grupais no contexto dos CAPS, que sendo de suma importância para o investimento em reabilitação em casos fora da crise. No equipamento que experimentei no primeiro ano da residência, uma das observações que fiz era que a maioria das atividades grupais colocavam uma demanda de concentração, disponibilidade para interação e para seguir orientações tamanha que, os usuários mais necessitados, os que estavam em crise, nunca seriam capaz de participar.

Se, no momento, me falta proficiência teórico/prática para definir se as pessoas que habitaram a oficina realizada estavam ou não em uma crise psiquiátrica ou algum outro tipo de crise mais circunscrita, me limitarei a afirmar que o contexto daqueles usuários, sejam os que residiam à época no albergue ou que transitam (mais ou menos de forma temporária) pelos arredores, é em geral um contexto crítico. Isto pela pouca possibilidade daquele território em produzir algum deslocamento, alguma variação no modo de viver. A crise que consigo identificar ali e em muitos lugares em que atendemos como CNaR é como que um conflito entre a agudez e o crônico/cronificante. A vida na rua é, segundo alguns usuários e a partir da percepção dos profissionais, dinâmica e cheia de eventos, e ao mesmo tempo parece que nada muda. O olhar superficial passa a sensação de que nada muda, muitos dos usuários apenas retornam para um mesmo ponto de um ciclo, de novo e de novo...

Nesse sentido, a analogia da crise e da necessidade de intervenções que demandem muito pouco para conquistarem a mínima vinculação, é possível entre o contexto CAPS e o contexto rua, inclusive por outras questões que o escopo do trabalho nos impede de aprofundar.

Sendo assim, as oficinas acabaram acontecendo de um jeito bem menos formatado do que o planejado, e a cada semana foi ficando mais claro a dinâmica possível de estabelecer. O CNaR tem uma certa sequência para estabelecer-se nos campos fixos todas as manhãs de atendimento, que de forma sucinta consiste em: chegar no local, armar a barraca onde são realizados atendimentos de enfermagem e médico, acolher os usuários e triar as demandas que se apresentam, anotar os nomes e a ordem dos que passaram pelos cuidados do corpo e iniciar os atendimentos em suas mais variadas dimensões (médica, assistência social, psicológico, terapia ocupacional, redução de danos, etc).

A este tempo em geral já se inicia a oficina de música regular, e se no primeiro dia da oficina executada por mim, a equipe manifestou interesse em que eu começasse o mais rápido possível para de alguma forma concorrer com o atendimento médico (explanarei melhor mais adiante), nas semanas seguintes entendi que era vantajoso esperar alguns momentos para iniciar, depois que a dinâmica do serviço já tinha se definido. Ou seja: no primeiro dia iniciamos a atividade aproximadamente as 9:00hs e fomos até 11:00hs, e nos demais fomos em média de 10:00hs às 11:20hs. E o que havia sido planejado inicialmente com uma definição clara na duração e em quem participaria,

na realidade sempre ia começando e se encerrando aos poucos, processualmente e quase que naturalmente, como qualquer roda de samba por aí afora.

### 3.5 O desenrolar da oficina

E assim as atividades se desenrolaram: próximo ao atendimento e a van, mas distante o suficiente para não inundar a barraca com os sons de alto volume da caixa, surdos e tamborim, os instrumentos eram disponibilizadas informalmente, colocados na calçada para quem quisesse interagir com eles. E na maioria das vezes algum outro colega profissional começávamos a puxar algum ritmos nos instrumentos de marcações e aos poucos os que se interessavam pegavam os demais instrumentos, geralmente os (aparentemente) mais simples como chocalhos e tamborins.

Uma quantidade significativa dos que entravam no espaço da roda, que na verdade era uma “fila” de pessoas sentada na calçada, já tinha alguma intimidade com algum dos instrumentos percussivos disponíveis, e o grande desafio era convidar para experimentação aqueles que, não dominando a técnica de nenhum instrumento de percussão, se furtavam dessa chance. Lembro-me de refletir quantas vezes aquelas pessoas já sentiram que certo lugar ou atividade não era para elas, antes mesmo de receber um “não”.

Nesse ponto sempre tentava agir como nas oficinas de percussão para o Unidos do Candinho, insistindo até onde acreditava oportuno para que todos os presentes experimentassem algum instrumento, e me disponibilizando para empreender em certa didática do corpo. Ensinar como toca um chocalho *não focando na explicação verbal*, mas através do exemplo, do som, de onomatopéias e *fazendo junto*, seja compartilhando o instrumento ou *fazendo “no meu” e pedindo para a pessoa fazer “no dela”*. O ensino da percussão tem essa grande vantagem em relação aos instrumentos melódicos ou harmônicos: ele é de alguma forma mais intuitivo e menos dependente da explicação teórica-verbal sobre notas, acordes, tons etc. A cultura popular inclusive está cheia de excelentes músicos percussionistas ou não, que não apresentam profundo conhecimento teórico ou saber algum do ensino erudito da música.

Mesmo assim, muitas pessoas simplesmente se recusam a se expor ao ponto de tentar tocar na frente dos companheiros e falhar, e é interessante um pensamento que subjaz muitos ambientes de que instrumento é para quem já sabe, e o convite para aprender ali, na frente de todos enquanto as pessoas tentam puxar um pagode conhecido,

aquele samba que todos vão cantar, seria inadequado. O desconforto das pessoas quando por alguns segundos ninguém lembrava uma nova música para batucarmos lembra muito o desconforto que geralmente sentimos ao ficar em silêncio numa mesa, ou cômodo à sós com um desconhecido, mesmo em situações sociais, e não vamos nem entrar na questão do manejo do silêncio na psicoterapia...

Enquanto se está conduzindo uma oficina de música, muito do seu conhecimento técnico em relação aquilo está sendo exigido. A menos que você não toque e apenas observe os participantes, boa parte da “capacidade de processamento” do seu cérebro, em uma metáfora de raciocínio como CPU, já está sendo ocupada com tentar ficar no ritmo, tocar pelo menos satisfatoriamente, para que as pessoas se sintam à vontade com a sua posição de ensino, e animadas em participar da execução de uma atividade que está de fato acontecendo. Pode parecer besteira, mas a experimentação consiste inclusive entre um diálogo permanente entre o caos e a harmonia, o dissonante e a batida perfeita. Busca-se um equilíbrio entre respeitar o tempo do aprendiz de cada um, e o intuito de forma alguma é fazer dos usuários percussionistas prontos para o mercado da música. Entretanto, é de suma importância a tentativa de fazer um som que permita as pessoas se comunicarem em algum nível através do instrumento. Em todas as atividades, bandas, grupos de percussão e bandas que participei um ponto é universalmente importante, escutar o outro e fazer junto. No CdaM aprendi a valorizar ainda mais este aspecto.

E no meio disso tudo, considerando todas estas variáveis, mas não plenamente consciente de todas, existe a proposta de desenvolver uma atenção clínica. Sem o intuito nem mesmo de começar a explorar teoricamente o que o conceito de clínica neste contexto quer representar, especialmente ao se encaminhar para uma abertura pouco ortodoxa ao ponto de quase dilacerá-lo, gostaria de trazer três anedotas sobre os acontecidos nas sextas de manhã em que ocorreram estas oficinas, que para mim representam melhor do que entendo pela clínica ali desenvolvida, que foca na *abertura das sensibilidades para o que surge da interação a partir do processo de experimentação artística*. Expostas da forma mais breve possível, ilustro o vivido com três pequenos “causos”.

### **3.6 Histórias do vivido na Oficina**

### 3.6.1 Daluz

O usuário Daluz (n.f.) participou de todas as oficinas, sempre com um repertório infinito e uma vontade insaciável de tocar a caxirola, uma espécie de chocalho mais simples. Pondo um e cada mão, ele era o campeão do repertório, sempre com a próxima na ponta da língua. Sua atitude de malandro “sabe-tudo” conflitava com a inaptidão no canto e no instrumento, mas este não se importava tanto com o feedback por vezes insatisfeito dos demais... era o primeiro se aproximar da atividade e o último a sair, sempre. Troquei pouco com ele ao longo de vários dias, já que esse estava claramente ali para curtir aquele momento de forma mais lúdica e descontraída, aparentemente não querendo muita conversa. Mas lá ele estava, sempre com uma caxirola na mão, e os funks, raps, sambas antigos e pagodes românticos vindo um atrás do outro.

Um dia, após encerrada a oficina, a seguinte situação se arma. Uma usuária do CNaR e de um CAPS, que já teve várias questões sérias de risco no barracão em frente ao Samim, já tendo sido ameaçada de morte, estava sendo acompanhada pela equipe e seria levada para o serviço que era acompanhada. Enquanto a usuária falava alto, afrontando as pessoas que ficam ali no barracão com acusações vagas. Daluz se aproxima e começa a se direcionar à nós mas para ela ouvir: ““essa daí já fez m\*\*\*\*\* grande por aqui... quiseram matar depois deixaram passar. Acho que tinha que ter matado mesmo. Se continuar assim já ela vai aparecer por ai...”

Ao ver a situação de conflito se armando, um dos redutores se aproxima e rebate o que Daluz diz, com tom impositivo e saindo em defesa da usuária. Daluz fica mais tranquilo, mas declara não entender porque nossa equipe “*protege essa doida*” (sic). É nesse momento que eu e uma colega técnica de enfermagem iniciamos uma conversa em baixo volume, horizontal e rica com Daluz sobre como entendemos a situação da usuária, e por que acreditávamos que se na rua a lei era uma, nós também tínhamos bem claro o que achávamos sobre cuidado das pessoas com transtornos mentais. Este fica mais tranquilo e termina elogiando nossa paciência, e por fim diz não concordar, mas que respeita muito nosso trabalho.

Ao encerrar a conversa, percebo que este nunca teve nenhum contato estruturado com nenhum profissional de nossa equipe, apenas observando a atuação e participando da oficina. Percebo que conversar com ele foi fácil como se já o conhecesse há muito tempo, como se fosse seu terapeuta, ou amigo, ou como se ele fosse usuário do nosso serviço, mesmo que jamais tive contato além do estabelecido através das canções, da

caxirola tocada de forma limitada e do manejo que fiz algumas vezes para que ele não fosse o único a escolher as músicas. Me chama atenção também que nossa conversa mais importante foi justamente sobre tolerância com os diferentes, com outras formas de existências diferentes da dele.

### **3.6.2 Os colegas e a lembrança do músico amador aposentado em cada um de nós**

Ao fim da segunda oficina, a coordenadora do CnaR chega junto dos instrumentos sendo recolhidos, e começa a tocar surdo. Dizendo não ter muita experiência com percussões, relata a época que tocava piano. Logo depois, um dos profissionais médicos ao me ver tocando pandeiro, pede para tocar um pouco. Tenta com sucesso relativo e lembra das aulas de percussão que estava tendo há um tempo, que gosta bastante dos ritmos brasileiros e pensa em voltar. Alguns usuários e mesmo profissionais do CnaR observam com certa surpresa estas cenas de pessoas na mais alta hierarquia do serviço, tentando, errando e acertando ao tocar. Lembro do pensamento que sempre me acompanhou na entrada no Coletivo da Música, que o ambiente “dos músicos” tem sua própria hierarquia, que por um lado pode ser prejudicial para quem gosta de música mas não tem tanta técnica (quantas vezes me senti mal por não tocar tão bem como pessoa A ou B), mas também pode substituir hierarquias mais duras como as entre profissionais e usuários, e mesmo entre os diversos núcleos da saúde.

### **3.6.3 José**

Ao ouvir um samba que puxamos, José, que estava na roda há um tempo, só observando, fala: *“Eu ouvi ele tocando (aponta para outro usuário) e o jeito que ele tocou e cantou me lembrou um amigo antigo, que não vejo faz é tempo...”* Numa transição tão suave que mal percebo, me vejo encostado no muro, instrumento de lado, conversando sobre a vida de José e sua família no Maranhão. *“Se eu tivesse um lugar para aprender, ia tocar violão.”* José se emociona, conversa um tanto sobre sua história, e depois me fala de uma demanda de saúde do corpo. Divido esta demanda com um colega, que o orienta que volte semana que vem pois no dia já está encerrado o atendimento médico. Nunca mais o vi, mas desconfio que José recebeu o cuidado que precisava naquele dia.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: HABITANDO O *ENTRE* QUE É A RUA

Assim, o que aconteceu ali foi um grande meio, *um entre, um território efêmero* e de passagem. Com um pouco de grupo de música do Caps, pela baixa exigência, baixo “valor de vinculação” e a possibilidade de fácil enganche a partir do sentido que as pessoas em sofrimento atribuem ao cantar, expressar e fazê-lo em grupo antes de individualmente. Mas sem o delineamento das paredes, da marca da instituição de cuidado do que não é saudável. Por vezes em sofrimento, ninguém ali se entende como adoecido em tratamento... é só uma roda de música no meio da rua, como milhares que aconteceram e acontecerão ainda nas ruas de um país musical como o nosso.

De outro ângulo, existiu na oficina um tanto de Coletivo da Música: em primeiro lugar, seja no desfile de carnaval, nos ensaios para este dia ou nos encontros semanais ao longo do ano para experimentação, o Coletivo, em meu entendimento, carrega a ideia de não se sobrepor a função dos grupos de música já existentes na rede, mas sim de potencializá-los sendo outro ponto para o aprofundamento da relação arte/saúde mental. Lá devem surgir outras possibilidades na produção de saúde que não menosprezam, mas vão além do uso estritamente terapêutico, expressivo no sentido de trazer à tona elementos mnemônicos ou afetivos da experiência do adoecimento, ou ainda lúdico no sentido mais pobre, de distração ou oportunidade para observação/avaliação pelos cuidadores; o que acontece ali com cada pessoa e com o grupo não cabe em um prontuário. *E é bom que seja assim.*

Isso porque, no mesmo sentido paradoxal anteriormente exposto, de que um cuidado em saúde pode ser ao mesmo tempo produtor de novas possibilidades de vida e opressor de um modo de vida considerado menor, menos saudável, menos produtivo, sabemos que nenhuma tecnologia, saber ou método é libertador per se, e mesmo assim como o “o fim do asilo não significa o das práticas asilares, que podem continuar a ocorrer em espaços extramuros” (RAUTER E PEIXOTO apud CALSANI, 2014 p. 102), as atividades com arte podem ser mais ou menos capturadas pelo nosso impulso normatizador, nós, os operadores da saúde.

Num segundo sentido a busca pela presença no território, no local onde as pessoas vivem. Faz toda a diferença desenvolver uma atividade, qualquer que seja, dentro de um espaço fechado de uma instituição de saúde e na rua. Segundo Calsani, no Coletivo da

música, o intento é de estar *na* margem. Isso significa habitar o limiar das formas instituídas, em oposição à estar *à* margem, que indicaria exclusão. (2014 p. 26)

Se propondo como um articulador da rede de saúde mental de Campinas no que diz respeito as ações relacionadas à música, o CdaM tem um ponto em comum com o CNaR em seu processo de produção. Mais especificamente, enquanto processos semelhantes de articulação do cuidado em rede em Campinas, pois o CnaR, muitas vezes se apresenta como um articulador-chave do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua do município. Ele tem como principal característica o trabalho fora das paredes, na rua, onde a vida dos usuários em situação de rua acontece, sempre articulando ações de saúde com os demais serviços da rede. O Coletivo da Música “se localiza em movimento, criando uma articulação entre a rede de serviços e os espaços da cidade: quiosques, ruas, blocos, praças...” (CALSANI 2014, p.26) Esta frase pode ser também emprestada ao CnaR tal e qual narrada pela coordenadora do CdaM, o que chama atenção. De formas bem específicas e distintas, estas duas ofertas de cuidado buscam operar funções semelhantes nas redes as quais fazem parte, e me parece oportuno que a oficina realizada tenha sido algo de um processo de produção de saúde em comum entre estas propostas de cuidado.

No fim das contas, apostamos que esses processos de produção do cuidado possam compor resistências às forças e formas de violência e opressão que habitam e colonizam o contemporâneo.

O movimento, que esperamos cíclico reservou para este período de formação em saúde mental um contexto macro de muito retrocesso nas políticas de garantias de direitos, e a defesa da saúde pública de qualidade vem sofrendo fortes golpes. Diante de tanto endurecimento, ficamos com “(...) uma aposta foucaultiana da força de resistência da própria vida tornada obra de arte. Uma estética da existência enquanto prática de criação, em que a noção do sujeito convoca as dimensões ética, estética e política e pela sua expressão, como potência da vida, resiste às investidas do poder, às formas de dominação.” (CALSANI, 2014 p. 103)

Divido então o pensamento que vem ressoando neste momentos de reflexão, de que nossa arte existe não só porque a vida não basta, mas porque é, em alguns momentos, a única vida que resta.

## 5. REFERENCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS**: Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. 1 ed. Brasília: Editora Ms, 2012. 97 p.

CEDRAZ, Ariadne.; DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Mal-Estar e subjetividade*, Fortaleza, CE, v.5, n.2, p.300-327, set.2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482005000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2014

CALSANI, Ludimila Palucci. **COLETIVO DA MÚSICA: DOS NÓS AOS NÓS NA REDE. A EXPERIÊNCIA DA MUSICALIDADE E A PRODUÇÃO DE SAÚDE**. 2014. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

COSTA, Luis Artur. Compendo subjetivações biografemáticas: a arte como dispositivo nas práticas em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 18, n. 8, p.12-27, 2016.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. SÃO PAULO – SP. **LEVANTAMENTO CENSITÁRIO E A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DA POPULAÇÃO MORADORA DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO**.2000. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/arquivos/Cops/Pesquisa/1.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/Cops/Pesquisa/1.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2018.

HAESBART, Rogério; BRUCE, Glauco. A DESTERRITORIALIZAÇÃO NA OBRA DE DELEUZE E GUATTARI. **Geographia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p.7-22, jan. 2002. Quadrimestral. Disponível em: <<http://www.geographia.uff.br/index.php/geographia/issue/view/8>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

HUR, Domênico Uhng; VIANA, Douglas Alves. Práticas grupais na esquizoanálise:: cartografia, oficina e esquizodrama. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 68, p.111-125, jun. 2016.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. 102, p.599-599, 2014. GNI Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v. 10, n. 20, p.317-329, jul. 2006.

PELBART, P. P **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003

