

O TEATRO DO OPRIMIDO NA SAÚDE MENTAL: “ISSO É MAIS LOMBREIRO QUE O USO DA DROGA!?”

THEATRE OF THE OPPRESSED ON MENTAL HEALTH: “THIS IS *STONER* THAN DRUG USE!?”

RESUMO

Este artigo é um relato da experiência na execução do projeto *Teatro do Oprimido na Saúde Mental de Fortaleza*, quando participaram cem sujeitos da rede psicossocial divididos em quatro grupos e em que a proposta teatral foi vivenciada em dezesseis encontros. Objetiva-se capturar a produção de saber que o Teatro do Oprimido proporciona como terapêutica que se articula com a dimensão político-estética no cuidado psicossocial. Vimos que o âmbito teórico-prático do Teatro do Oprimido de Augusto Boal (1998, 2004, 2002) questiona as estruturas cristalizadas do saber e do poder na área da Saúde Mental, problematizadas pelo movimento antimanicomial, seja no campo interinstitucional, no qual reverbera a loucura como sintoma social, como no pessoal, no concerto das relações e aprendizagens que se dão em nível do atendimento no CAPS, onde se situou o cerne da pesquisa. Concluo afirmando que no TO: a) ao trazermos a fala dos sujeitos junto aos contextos de atuação social em que ela se insere minora-se o uso do medicamento como proposta terapêutica principal; b) o conjunto de estados biológicos tratados precipuamente a partir da visão medicamentosa tem funcionado substituindo a extensa gama de respostas humanas dos sujeitos aos seus problemas; c) a criação cênica oportuniza novas construções significantes, quando o sujeito sai do lugar de objeto do seu tratamento para o de sujeito de sua fala e ação, nesta dramática de aprendizagens; d) mediante *ação reflexionante*, vivida cenicamente, o sujeito elabora transformações, ao conceber imagens de transição e devires.

PALAVRAS-CHAVES: TEATRO DO OPRIMIDO; SAÚDE MENTAL; CUIDADO PSICOSSOCIAL

ABSTRACT

This article is an account of experience in project execution *Theatre of the Oppressed in Mental Health of Fortaleza*, when one hundred subjects participated in the psychosocial network divided into four groups, where the theatrical proposal was experienced in sixteen meetings. It aims to capture the production of knowledge that the Theatre of the Oppressed provides a therapeutic that is linked to the political and aesthetic dimension in psychosocial care. We have seen that the theoretical and practical part of the Theatre of the Oppressed by Augusto Boal (1998, 2004, 2002) questions the crystallized structures of knowledge and power in the mental health area, problematized by the anti-asylum movement, is the inter-institutional field, which reverberates madness as a social symptom, like the staff, the concert of relationships and learning that take place in the service level in CAPS, where stood the research core. I conclude by stating that the TO: a) by bringing the speech of the subjects with the contexts of social action where it is inserted, lessens the use of the drug as a primary therapeutic approach; b) the set of biological states primarily treated from drug vision has worked replacing the wide range of human responses of subjects to their problems; c) the scenic setting provides significant opportunities of new buildings, when the subject goes out of place object of their treatment to the subject of his speech and action in this dramatic learning; d) through reflective action, lived scenically, the subject prepares transformations when designing transition and becomings images.

KEYWORDS: Theatre of the Oppressed; Mental Health; Caution Psychosocial.

INTRODUÇÃO

“Arte é o caminho”
Augusto Boal

O Teatro do Oprimido (TO) é uma prática que tem promovido elaborações dos sujeitos sobre sua própria história e esse caráter reflexivo, biográfico e educativo tem posto em cena sua dimensão terapêutica articulada à dimensão político-estética. É uma proposta teatral presente há mais de dez anos na Política Nacional de Saúde Mental, situando-se nas conquistas do movimento antimanicomial. Em Fortaleza, o Ministério da Saúde incentivou uma ação, proposta por uma das autoras desse texto, visando fortalecer o protagonismo dos usuários e familiares da rede psicossocial¹.

O Teatro do Oprimido é uma abordagem teórico-prática desenvolvida pelo teatrólogo e escritor Augusto Boal (1998, 2004, 2002) que o caracteriza como um fazer teatral que possibilita a compreensão e busca de soluções para problemas sociais e interpessoais. Conforme definição do autor é um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagem e improvisações especiais, que tem por objetivo a potencialização do humano.

Este artigo é um relato da experiência vivida na execução do projeto inscrito na política de Saúde Mental do município. Objetiva-se capturar a produção de saber que o Teatro do Oprimido proporciona como terapêutica que se articula com a dimensão político-estética no cuidado psicossocial, advinda da Luta Antimanicomial, vertente teórico-prática da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O contexto específico no qual a experiência se efetivou envolveu dezesseis encontros com cem participantes, da rede psicossocial, que foram divididos em quatro grupos e cada um contou com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço referência.

A perspectiva da Epistemologia Qualitativa, de Gonzalez Rey (2002), é a abordagem escolhida. A metodologia é a do Relato de Experiência (BOGDAN; BIKLEN, 1994) como modalidade de estudo que compreende o investigador como sujeito ativo no processo de construção de zonas de inteligibilidade acerca do fenômeno analisado. É mediante a produção de conhecimento constituído do relacionamento entre pesquisador e pesquisado que se busca uma captura dos sentidos subjetivos presentes em espaços assistenciais da Saúde Mental.

¹ O projeto *Teatro do Oprimido na Saúde Mental de Fortaleza* foi contemplado com incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde, através do edital de *II Chamada para seleção de projetos de fortalecimento do protagonismo de Usuários e Familiares da Rede de Atenção Psicossocial* de 2013, sendo executado em 2014 na rede psicossocial da capital do Ceará.

Através de ações com o Movimento de Teatro do Oprimido do Ceará (MTO-CE), grupo de TO em Fortaleza, atuante de 2009 a 2013, foi possível incluir essa proposta actancial² na rede psicossocial do município, a partir de 2011, quando procedeu à experiência com usuários e familiares ligados na Executiva de Saúde I. Resultante desse trabalho foi a montagem de um espetáculo intitulado “Tempos e Contratempos”, apresentado no Teatro José de Alencar. Os participantes perguntaram à plateia sobre o que fazer diante da (o)pressão para se fazer uso das medicações psicotrópicas nos serviços psicossociais, dramatizando a conexão íntima entre sofrimento psíquico e tecido social.

A partir dessas incursões foi possível elaborar e executar o Projeto *Teatro do Oprimido na Saúde Mental de Fortaleza* (2013-2014) em conjunto com profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Este relato, então, enfoca essa ação com Teatro do Oprimido na política de Saúde Mental, tendo o objetivo de evidenciar essa perspectiva como modalidade de cuidado no modo psicossocial.

A PROPOSTA ACTANCIAL DO TEATRO DO OPRIMIDO

De acordo com seu criador, Augusto Boal (1931 – 2009), o Teatro do Oprimido é uma proposta ético-estética para intervenção nas relações de poder, tendo como objetivo *humanizar a humanidade*. Sua compreensão teórico-metodológica busca a transformação através da arte, desse modo restituindo a capacidade humana de transformar realidades (inter)subjetivas complexas. No TO o sujeito “pode ver-se no ato de ver, de agir, de sentir, de pensar. Ele pode se sentir sentindo, e se pensar pensando” (BOAL, 2002, p. 27).

O cerne do Teatro do Oprimido é o *Teatro Fórum*, no qual um grupo de atuentes monta uma cena vivida por um dos participantes, em que o conflito principal, eleito pelo sujeito da narrativa, é o foco. O protagonista busca, assim, conseguir expressar conflitos e elaborar os possíveis desfechos desse ato que é chamado *metáxis*. Esse termo no TO designa o momento em que o atuante cria imagens de seu conflito de forma que ele passa a viver não apenas a realidade opressora do seu sofrimento pessoal e social, mas também a superação experienciada na dimensão estética que representou. Nas imagens encenadas podem ser exercitadas modificações no que foi expresso, dessa forma o protagonista pode ensaiar maneiras de modificar a sua vida concreta.

² Actancial consiste em um trabalho com a linguagem que utiliza narrativa, onde o sujeito é ativo na busca de seu desiderato.

Os observadores – ativos também nessa tarefa – realizam a metáxis através da simpatia ou *identificação transitiva*, despertada pela encenação exposta, com a subsequente fala de todos sobre o encenado e modificado no decorrer desse empenho actancial. A interação dos participantes, nervo vivo desse processo, possibilita aos sujeitos um mirar o Outro. Mirando-se, o sujeito realiza por meio do que nomeio de uma *ação reflexionante*, a amplificação da sua fala, através dos diálogos teatralizados e que encenam as questões e conflitos dos participantes do TO.

O Teatro do Oprimido propõe, pois, a subversão da estrutura estática da cena teatral, e desse modo é que, para além da vertente que sublinha a transformação da relação palco-plateia do teatro tradicional, passa-se, no TO, ao diálogo transitivo, em que se observa o elogio desse dispositivo cênico como mo(vi)mento de ações reflexionantes, que funcionam como campo para elaborações de si e de suas relações com o ambiente social maior.

CAMINHOS, DESAFIOS E PROPOSIÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

No Brasil, com a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica da década de 1980, o Ministério da Saúde adotou um caminho de atenção em Saúde Mental estruturado em uma Rede Psicossocial, que constitui uma gama de serviços, ações e programas que buscam ofertar à população cuidados, conforme as diretrizes constitucionais de descentralidade, atendimento integralizado e participação social. As práticas são orientadas no sentido da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial de asilar para comunitário.

De acordo com Costa-Rosa,

A Atenção Psicossocial se firma como uma política pública persistente do Ministério da Saúde para o país, a partir das últimas décadas, delimitando um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político substitutivo ao da psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada, subordinada ideologicamente, mas ainda dominante nas práticas cotidianas (COSTA-ROSA, 2013, p. 10)

O cuidado psicossocial é uma alternativa de mudança paradigmática ao modelo da psiquiatria que conforme Foucault (1972,1979) e Pessotti (1996) foi estruturada no século XVIII. A psiquiatria clássica, conforme Pessotti (1996) e Amarante (2007), tem em Phillippe Pinel, médico francês, um importante ator social no processo de sua institucionalização como especialidade médica para o tratamento das enfermidades da mente. Pinel e seus

seguidores tipificam um paradigma que a Medicina situa como pauta de cura da doença mental.

Segundo Costa-Rosa e Devera (2007), os hospícios brasileiros emergiram juntamente com a República e eram novas práticas de controle social que tinham como propósito o encerramento em espaços isolados, os manicômios. O discurso era da necessidade do tratamento, conforme influência pineliana. Protagonizado pela psiquiatria e respaldado juridicamente, o asilamento do louco, já então nomeados de *doentes mentais*, possuía um arcabouço teórico, uma tecnologia de intervenção, um dispositivo institucional, bem como profissionais dedicados a esse mister; já os alienados eram *objetos* do tratamento.

Pessotti (1996) apresenta uma compreensão crítica da psicopatologia e da prática psiquiátrica no século XIX, observando como a construção histórico-social da loucura centrava-se na ideia de perigo e a Medicina como aquela área que se voltava para proteger o louco do meio social e supostamente salvaguardar a sociedade das condutas desviantes do louco. O autor observa o obscurecimento da fala do sujeito tido como *doente mental*, ressaltando, então, a mudez dessas pessoas. Nas suas palavras:

O impressionante arsenal (é bem esse o termo) de instrumentos terapêuticos violentos, a férrea disciplina na conduta clínica, ou as práticas repressivas da vida manicomial estão a demonstrar quanto a medicina se aproximava do louco como quem se defronta com um inimigo que, além de perigoso, por isso sempre vigiado de perto, carrega em si mesmo uma “natureza”, “instintos”, “impulsos”, ou seja, uma “animalidade” que precisa ser domada. (PESSOTTI, 1996, p.13)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem, pois, no bojo da internacional, com o questionamento das instituições totais (GOFFMAN, 2005). E nesse contexto, observa-se, portanto, o movimento de transição do foco da doença para a saúde, colocando-se, hoje, concretamente para a política pública o desafio de estruturação de um modelo de cuidado em liberdade. Amarante (2007, 2012), Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) apontaram o modo psicossocial como alternativa de atenção em relação à prática psiquiátrica, vista como ineficiente e degradante, dentro do modelo asilar. A Atenção Psicossocial, desse modo, tem sustentado ações que possuem essa perspectiva, cunhando o desenvolvimento de olhares plurais nas dimensões teórico-prática, político-ideológicas e éticas.

QUANDO OS TRABALHADORES SÃO OS PROPOSITORES DA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL MEDIADA PELO TEATRO DO OPRIMIDO

Como proposta de intervenção nas relações sociais de poder, o Teatro do Oprimido tem sido uma prática utilizada na Saúde Mental dentro da perspectiva de problematizar o

Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, termo proposto por Costa-Rosa (2013) e que conforme o autor constitui o avesso dialético ao modo psicossocial.

Nesse sentido é que um grupo de trabalhadores em processo de educação permanente em saúde, do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da ESP-CE propôs e executou o projeto *Teatro do Oprimido na Saúde Mental de Fortaleza*. A ação teve também como objetivo específico promover um trabalho formativo junto a profissionais da saúde e que, através da arte teatral, reorientada precipuamente para objetivos sócio-terapêuticos e educacionais, pudesse desenvolver reflexões sobre a prática do TO, junto ao protagonismo social dos usuários da rede de Atenção Psicossocial e seus familiares.

O projeto contou com a participação de cem pessoas da rede psicossocial divididas em quatro grupos, que vivenciaram as atividades práticas em dezesseis encontros de quatro horas cada. Sob coordenação geral de uma das autoras, o projeto contou, em cada grupo, com um artista especialista em Teatro do Oprimido e dois profissionais residentes, que atuaram como referência terapêutica aos participantes. Em cada encontro eram experienciadas e debatidas a própria prática do TO e a proposta teórico-metodológica.

Os grupos tiveram os CAPS³ como referência e três deles aconteceram no território. Tais centros compõem a Rede Psicossocial conforme portaria 3.088 e são destinados a acolher pessoas com transtornos mentais com necessidade decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A característica principal é a busca por integração territorial dos sujeitos, estimulando a autonomia. O Ministério da Saúde (2004) denomina *Território* não só a área geográfica, mas também como área emblemática de conflitos que articulam o ambiente psíquico ao social. O projeto atuou com essa concepção de território e de autonomia, perpassando a produção significativa dos sujeitos, laboradas por meio do dispositivo cênico do Teatro do Oprimido.

As unidades de referência dos grupos do projeto eram todas de tipo II, sendo dois em formato de Gerais e dois de álcool e outras drogas (AD). Um dos grupos ligados a um CAPS Geral aconteceu na Cooperativa dos CAPS (COOPCAPS), única organização de

³ São três os tipos de CAPS e se caracterizam por serviços de atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. De acordo com a Portaria N^o 3.088, os CAPS tipo I são indicados para municípios com população acima de 20.000 habitantes e os de tipo II para municípios com mais de 70.000 habitantes e os de tipo III são os serviços com funcionamento 24 horas, incluindo clínica e acolhimento noturno e são indicados para população acima de 200.000 habitantes. Em Fortaleza (cidade com mais de 2.500.000 habitantes) os CAPS são divididos, ainda, em *Gerais*, tipo II e III, para transtornos mentais de forma geral, e os específicos de *álcool e outras drogas* (AD), tipo II e III, exclusivos para pessoas com uso/abuso de substâncias psicoativas.

inclusão produtiva de Saúde Mental do município. Outro aconteceu no próprio estabelecimento CAPS, também Geral, mas em outra regional de saúde⁴. Os encontros dos grupos dos CAPS AD ocorreram na Fundação Educacional Silvestre Gomes e outro em uma Unidade Básica de Saúde.

O projeto apresentava uma logística complexa, porque eram várias as pessoas que frequentavam os grupos, que aconteciam duas vezes por semana com uma programação e calendário a cumprir, oferta de alimentação e transporte em cada encontro. Mesmo em meio a esse concerto de operações concretas de acesso aos grupos de Teatro do Oprimido, ocorreram poucas faltas, o que remete ao êxito do engajamento dos sujeitos atores sociais na proposta. Apenas um CAPS AD apresentou mais ausências e, no entanto, preparou uma cena na qual, através do dispositivo do TO mostraram como eram discriminados no próprio serviço.

Cada grupo apresentou um espetáculo no espaço/momento da assembleia, que consiste em um espaço conquistado para discussões, deliberações e problematizações nos serviços CAPS com pauta dos usuários, familiares e trabalhadores, no sentido de construir uma gestão compartilhada. O caminho de atuar nesse momento político teve como objetivo fortalecer o controle social, mediante a atuação dos diferentes atores sociais da Rede de Atenção Psicossocial. A comunidade discutiu os conflitos que os usuários e familiares da rede psicossocial expunham cenicamente no seio desses enfrentamentos que traduziam o esforço de configurar ações que assinalem a opção por uma saúde coletiva compartilhada (CAMPOS & CAMPOS, 2012)

A CENA DO TEATRO DO OPRIMIDO COMO SINTOMA SOCIAL

Boal (2009) aconselhou cuidado e delicadeza no uso do TO para pessoas em sofrimento psíquico, no sentido de compreender possíveis limites. Nesse sentido, quando os grupos foram abertos para inscrição ressaltamos aos trabalhadores que as pessoas que desejassem participar seriam recebidas, dessa forma buscávamos priorizar a autonomia dos sujeitos. Um fato interessante, quando apresentávamos o projeto aos trabalhadores, foram os questionamentos feitos acerca do perfil das pessoas que poderiam participar. Em um dos estabelecimentos, um profissional inquiriu várias vezes sobre o assunto, inclusive insistindo em questionar a falta de seleção e classificação por patologia.

⁴ Fortaleza é dividida em seis regionais sanitárias.

Alvarenga e Dimenstein (2006) colocam alguns impasses e desafios da reforma psiquiátrica, destacando a fragilidade em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, já que constatava um imaginário social calcado no preconceito e rejeição em relação ao sofrimento psíquico. Os autores utilizam o termo *desejos de manicômios* para falar do afã de dominar, subjugar, classificar, oprimir, controlar nem sempre lido pelos profissionais da saúde, em si e na tessitura ideológica do controle social do sofrimento psíquico. Desde o início das intervenções com a proposta do TO foi possível identificar mobilizações contraditórias causadas por essa ação, uma vez que problematizavam as estruturas cristalizadas do saber e do poder do campo da Saúde Mental.

O caráter das ações territoriais do projeto ressaltou o fortalecimento das relações seja com a atenção básica, seja com projetos de inserção econômica ou organização social interinstitucional. Nesse sentido é que se buscou superar a prática da tutela dos serviços CAPS, que atualmente estão caracterizados como estabelecimentos ambulatoriais e fazem com suas práticas médico-centradas a tutela e redução da assistência ao imaginário da biomedicina e em certo sentido o confinamento dos sujeitos no apassivado espaço de *doente mental*. A proposta foi de inserção social dos sujeitos, insistindo-se, portanto, no sentido da integralidade das ações dos serviços de saúde, bem como na superação da *lógica* redutoramente manicomial, que exclui e isola do meio social os sujeitos em sofrimento psíquico.

Os conflitos ligados à discriminação ao sujeito em sofrimento psíquico foram temas recorrentes em todos os grupos, exposto mediante o acervo do Teatro do Oprimido, que tratava as questões que os atravessam como sujeitos singulares, ainda que actancialmente vividas e analisadas cenicamente no coletivo do dispositivo terapêutico teatral. Como exemplos de conflitos basilares: uma mãe que é desacreditada das funções administrativas familiares e de sua potência afetiva; ou uma usuária da Saúde Mental convidada a participar de uma discussão deliberativa em uma organização social e na qual foi vetado seu direito de voto. Ao serem representadas histórias como essas, os atuentes revisitavam momentos em que se construía aspectos que iam desaguar nesse modo de serem rechaçados por causa da inscrição na Saúde Mental. Todo um percurso de saída da condição de objeto para a de sujeito de sua fala, desejo e ação é analisado pessoal e coletivamente. O TO possibilita, ainda, que os movimentos de superação sejam tratados cenicamente, a partir das propostas do sujeito narrador e encenador, em que se (re)ativa a construção de outros modos de atuar frente a tais situações.

Os grupos grandes dos CAPS Gerais exigiam atenção especial no que se referia à lentidão na execução de jogos e exercícios cênicos, que também fazem parte do dispositivo do TO e que auxiliam os corpos submetidos a longos períodos do uso de medicações se desautomatizarem e liberarem seus movimentos próprios. Esse fato também foi observado e relatado por Claudete Felix (2010), em trabalho no Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, em 1994. “Para aplicar os jogos, era preciso mais tempo para as vozes lentas, às vezes, trôpegas ou ininteligíveis que vinham dos efeitos dos medicamentos” (FELIX, 2010, p. 27). Mesmo em meio a esses limites, o projeto de Fortaleza e o do Rio de Janeiro da década de 1990, assinalam que os *corpos duros do sofrimento* e das medicações poderiam retomar espontaneidade, criar movimentos, sons e ritmos diferentes no teatro. Muitas risadas compunham os encontros no projeto cearense, o que fazia do convívio uma dimensão importante no cotidiano vivido desse modo coletivo. Muita vida, desse modo, pôde ser apresentada, revista e ressignificada através da criação (est)ética que, por sua vez, coadjuvava na retomada da expressividade dos sujeitos, em sua singularidade.

Uma questão vinculada a essa necessidade de acordar os corpos era a pergunta pela necessidade da medicação, nos termos vividos por cada um. Falavam da falta do remédio e de como isso os oprimia nos CAPS. Suas colocações eram acolhidas e problematizadas.

(...) observa-se um agigantamento das ações puramente curativas sem qualquer articulação com a prevenção (...) Esse tipo de prática reforça o processo de medicalização da sociedade em que cada sintoma ou sinal verificado no paciente torna-se objeto de investimento da indústria médica, além de indicar um entendimento muito pobre do processo saúde-doença e uma leitura linear das necessidades do indivíduo e da coletividade.” (PUSTAI, 2004, p. 72)

O texto acima junto ao relato dos participantes dos grupos diz do tipo de prática que os serviços CAPS têm reforçado, em que se constata uma centralização na medicação, tornada, em número significativo de casos, como a única alternativa colocada aos *pacientes*. Costa-Rosa (2013) analisou os efeitos da medicalização da sociedade, verificando como estão encarnados, no corpo social e no individual, o que o autor denominou de *sintoma social dominante*. Afirmou que os psicofármacos estão sendo consumidos em larga escala como tampão para outras compreensões da doença mental e apontou para sua ação como amortecedores da dimensão política da subjetivação.

Várias pessoas dos grupos dos serviços CAPS Gerais, em diferentes momentos, questionaram o porquê de sua doença não ter cura, o que nos remete ao campo teórico-prático acerca do estigma no adoecimento psíquico e das ações centradas na doença, no aspecto particular que concerne ao que tem acontecido nos tratamentos como diminuição

da possibilidade de expansão concreta da proposta psicossocial. E mais uma vez aponta-se o foco do serviço no medicamento, associado a tratamento de doenças: “os psicofármacos (...) posam de antimanicomiais, mas eles próprios podem ser a nova fisionomia do manicômio – *Manicômio químico*”. (COSTA-ROSA, 2013, p. 208). Nessa condição, o excesso dos fármacos como significantes sociais atua como silenciadores das dores da vida, portanto, exacerba o silenciamento das pessoas em sofrimento psíquico que assim não falam, são caladas. Esse questionamento acerca do lugar do *objeto doença*, que emerge nos grupos, advém da reflexão e da percepção de si como sujeito criador de arte e de si mesmo no mundo. O Teatro do Oprimido, nesse contexto complexo, propõe uma elaboração cênica que busca com os sujeitos as suas reminiscências, propondo-se revisita-las para, mediadas pela via estética, serem (re)lidas, auxiliando a transformação de si. Através desse dispositivo terapêutico e dialógico os participantes do TO encenam, pois, alternativas para os seus conflitos do cotidiano e, coletivamente, vão tecendo modos de atuar na cena dramática, desse modo também retomando sua potência como sujeitos de suas vidas.

É mister observar que, ao final dos dezesseis encontros de cada grupo foram montados quatro espetáculos e eles, ainda uma vez, atuaram organizados em caravanas, intervindo na realidade cênica uns dos outros, em uma *ação reflexionante coletiva*. Um dos grupos dos CAPS Geral foi convidado a apresentar sua cena no Encontro do Fórum Estadual da Luta Antimanicomial em novembro de 2014, o que parece emblemático do potencial do Teatro do Oprimido na Saúde Mental. Na ocasião, o grupo propôs um diálogo cênico acerca de conflito vivido por um dos participantes e junto aos expectadores criaram modos de experienciar novas relações sociais – dramaturgia simultânea, na qual palco e plateia interagem – a partir sempre do trabalho de enfrentamento das dificuldades já localizadas e analisadas junto ao dispositivo teatral.

QUANDO A DIMENSÃO POLÍTICA ENVOLVE UMA ABORDAGEM ESTÉTICA E QUANDO ESSAS DIMENSÕES TRAZEM A NARRATIVA DOS SUJEITOS EM SUA AMBIÊNCIA SOCIAL

Como proposta de intervenção no âmbito sociocultural, o Teatro do Oprimido contribuiu para a discussão/problematização das experiências singulares dos sujeitos em sofrimento psíquico, pluralizadas através das encenações que levavam tais situações para análise social, acentuando a *ação reflexionante* do TO, na medida em que através dos espetáculos de Teatro-fórum eram produzidos diálogos cênicos que expunham problemáticas ao mesmo tempo pessoais e coletivas.

Quando um dos participantes, após as atividades com os jogos e exercícios disse: “Isso é mais *lombreiro*⁵ que o uso da droga!” (sic). O *lombreiro* causado pelo arsenal do Teatro do Oprimido remete-lhe a um prazer da fala e da expressividade. É que a metodologia do TO é ativadora das percepções e estimula interações multidimensionais em que o corpo está presente nas dramáticas das aprendizagens.

Para Boal (1998), muito do que olhamos, escutamos ou sentimos é cerceado culturalmente em sua expressividade, o que embotaria as singularidades dos sujeitos. Assim, propõe-se no TO uma ativação para articular o sentir e o pensar, nessa perspectiva os sujeitos se apropriam de sua fala, desejo e ação. Desobstruindo-se desse modo seu potencial criativo mediante a teatralização que, envolve a dimensão política e estética.

A exclamação: – “*Mais lombreiro que o uso da droga!*” – metáfora do sujeito participante das oficinas junto ao nosso questionamento acerca da proposta de Boal, como modalidade de cuidado para o modo psicossocial nos coloca, pois, diante do horizonte dos possíveis em Saúde Mental. Chama para as experiências dos sujeitos como protagonistas de suas vidas. O Projeto *Teatro do Oprimido na Saúde Mental de Fortaleza* se constituiu, então, como um lugar terapêutico com concretude social capaz de aliar a dimensão política e a estética, efetivando o cuidado psicossocial da luta antimanicomial. A sociedade sem manicômios proposta pela militância da Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda é um devir com desafios que constantemente se alteram, mudam de fisionomia, exigindo uma postura criativa frente à busca de um novo modo de se relacionar com a *existência-sofrimento*.

A ação com o Teatro do Oprimido envolve a problematização de opressões nas relações humanas até então cristalizadas, presentes no campo do individual e que reverberam como sintoma social. Com a *amplificação cênica* a fala dos sujeitos adquire outro relevo e o uso do medicamento como proposta terapêutica principal periclita. A relação médico e paciente, os estigmas da loucura, a discriminação familiar e social, bem como rejeição sofrida dentro dos próprios serviços CAPS foram temas das cenas expostas. O diálogo cênico dessas questões, presente no campo da Saúde Mental, socializou temas que por muito foram restritos ou mesmo excluídos.

⁵ *Lombreiro* consiste em uma palavra utilizada por usuários de substâncias psicoativas e define uma sensação de prazer causada pelo uso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** *Interface (Botucatu)* [on line]. v.10, n.20, p.299-316, 2006. ISSN 1807-5762.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: 2007.

AMARANTE, P.; COSTA, A. M. **Diversidade Cultural e Saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

BOAL, A. **A Estética do Oprimido.** Reflexões errantes sobre o pensamento do ponto de vista estético e não científico. Rio de Janeiro: Funarte/Garamond, 2009.

BOAL, A. **Arco-Íris do desejo: método Boal de Teatro e Terapia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BOAL, Augusto. **Jogos para atores e não atores.** Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

BODGAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Lisboa: Porto Editora, 1994.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras e transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, R. O.; CAMPOS, G. W. de S. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. de S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2012. p.719-738.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUÍ, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva.** São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A.; DEVERA, D. Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformação na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6 (1), p. 60-79, 2007.

FELIX, C. Princesas... Rainhas... Loucas Mulheres... In: **METÁXIS: Informativo do Centro de Teatro do Oprimido. Teatro do Oprimido na Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Master Print, n. 7, p. 26, 27. 2010.

- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- PESSOTTI, I. **O século dos Manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (col). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.