

Práticas teatrais na saúde mental: novas possibilidades de cuidado por meio do Teatro do Oprimido

Theatrical practices in mental health: new possibilities of care through the Theater of the Oppressed

Vitória de Amorim Almeida

Graduanda de Psicologia na Universidade Federal do Pará, participante do Grupo de Estudos CorpOralidades, bolsista PIBIC
E-mail: amorimvitoria@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-8784-4406

Maria Lúcia Chaves Lima

Doutora em Psicologia Social (PUC-SP), professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, na qual coordena o Grupo Inquietações: arte, saúde e educação.
E-mail: lucialima@ufpa.br
ORCID: 0000-0003-3062-2399

Resumo

Esse ensaio tem como objetivo refletir acerca das possibilidades terapêuticas na oferta de práticas teatrais, a partir do Teatro do Oprimido, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Argumenta-se que tal modalidade teatral dialoga com a humanização da saúde mental, construída a partir da Reforma Psiquiátrica, bem como dialoga com novas perspectivas de fazer saúde, com a ampliação de práticas regulamentadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Apresentando as similaridades entres estes três tópicos – Teatro do Oprimido, Reforma Psiquiátrica, Práticas Integrativas e Complementares –, a análise permite observar que a troca de saberes entre as áreas da arte e da saúde permite a construção de um processo de intervenção e cuidado mais humanizado, que ultrapasse a intervenção focada apenas no transtorno, além de incentivar a construção de autonomia nos usuários. Desse modo, as atividades moldadas a partir do Teatro do Oprimido podem ser grandes aliadas terapêuticas no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Terapias complementares; Arte.

Abstract

This essay aims to ponder on the therapeutics possibilities on the offering of theatrical practices, based on Theater of the Oppressed, in the Psychosocial Attention Centers (CAPS). We assert that this theatrical genre dialogues with the humanization process of mental health, built upon the Psychiatric Reform, just like it dialogues with the new perspectives in health, with the broadening of the practices regulated by the National Policy of Integrative and Complementary Practices. Presenting the similarities between these three topics - Theater of the Oppressed, Psychiatric Reform, Integrative and Complementary Practices -, the analysis allows to observe that the exchange of knowledge between arts and health allows the construction of a more humanized and

complete process of intervention, going beyond an intervention solely focused in the disorder, in addition to encouraging the construction of autonomy in the users. Therefore, the activities modeled on the Theater of the Oppressed may present high therapeutical relevancy in the field of mental health.

Keywords: Mental health; Complementary therapies; Art.

Introdução

As intervenções no campo da saúde mental têm, em sua gênese, profunda relação com a ordem social, vigilância e controle, chegando a produzir, em sua versão mais perversa, ações higienistas imbuídas de tortura e violência. Após a Segunda Guerra Mundial, tornaram-se mais intensas as denúncias e revoltas aos modos de intervenção manicomial, culminando em movimentos de Reforma Psiquiátrica em inúmeros países.¹ No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica se articula diretamente com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que, dentre distintos objetivos, pensa a democratização da saúde a partir de serviços descentralizados.

Assim, para romper com a excludente lógica manicomial e substituir os Hospitais Psiquiátricos, originou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): rede de múltiplos serviços que atuam baseados na territorialidade, valorização do indivíduo e promoção do vínculo terapêutico entre profissional e usuário/a. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – atualmente epicentros da RAPS – são serviços de atendimento especializado em Saúde Mental, que se contrapõem à lógica manicomial e se apresentam como campo fértil para novas articulações de saúde.²

Os preceitos do SUS e a lógica antimanicomial entram em acordo ao visar à construção de uma saúde pública acessível e de qualidade, baseando-se na universalidade, integralidade e equidade, além de reconhecer e atuar a partir das singularidades territoriais e subjetivas dos seu/suas participantes, usuários/as e profissionais.³ Nesse sentido, os serviços da RAPS – em particular os CAPS, devido à sua centralidade na rede – apresentam-se como campo fértil para a implementação de novas formas de promover saúde: é o caso das Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

Segundo Telesi Júnior,⁴ as PICS são intervenções diversas, compostas por distintos e milenares saberes que consideram o ser humano em sua totalidade. Elas obtiveram legitimação jurídica para compor o serviço de saúde brasileiro por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria nº 971/2006 e, atualmente, a listagem oficial conta com 29 práticas, incluindo Reiki, Aromaterapia, Biodança, Yoga, Arteterapia, Musicoterapia e Dança Circular.⁵ Ainda que composta por múltiplas práticas distintas em formas de atuação e raízes metodológicas,⁶ a lógica das PICS perpassa por concepções comuns. De modo geral, as práticas integrativas e complementares pensam saúde não somente como práticas de remediação, mas também enquanto promoção e prevenção. Desse modo, a saúde deixa de ser focalizada na doença e volta-se ao próprio sujeito em sua realidade e vivência particulares.⁷

Além de considerar a saúde em sua integralidade, as PICS também incentivam o envolvimento do/a usuário/a em seu próprio tratamento, colaborando para o desenvolvimento de sua autonomia⁸ – conceito bastante relevante na presente pesquisa. Entretanto, ainda que a PNPIC abarque 29 modalidades, há outras práticas que compartilham seus pressupostos, mas que não estão contempladas na política, como o teatro. Mesmo que o teatro possa ser utilizado na Arteterapia, esta já presente na PNPIC, sabe-se que na prática teatral há uma gama de técnicas e intervenções diversas, devendo ser compreendida e analisada em sua própria potência particular, o que será feito no presente artigo.

De acordo com Barros e Ferreira,⁹ a arte, de modo geral, permite outras formas de lidar com a experiência existencial, possibilitando formas mais livres de se manifestar e vivenciar emoções de modo autêntico e promovendo a criatividade, o que, por sua vez, torna a arte uma grande aliada nos processos terapêuticos.

Como forma de expressão artística, o teatro é essencialmente social e apresenta diversas possibilidades expressivas, corporais e orais. O processo permite o desenvolvimento cultural e de habilidades biopsicossociais que podem ser utilizadas para além do cenário teatral, influenciando no campo pessoal dos indivíduos.¹⁰ Uma categoria teatral muito estudada em seu âmbito terapêutico e aplicada nos Centros de Atenção Psicossocial é o Teatro do Oprimido.

O Teatro do Oprimido (TO), desenvolvido por Augusto Boal, é uma vertente teatral revolucionária em sua construção, que ganhou o mundo ao romper com as barreiras opressoras existentes no teatro tradicional. Na obra “Arco-íris do Desejo”, o autor aprofunda sua perspectiva e aponta que há chance de reivindicar a arte teatral e utilizá-la enquanto ferramenta capaz de se contrapor à opressão e promover a libertação.¹¹ A democratização do teatro, então, perpassa por evidenciá-lo enquanto componente da vida grupal e cotidiana dos sujeitos, que estão sempre interpretando um papel. Com isso, a arte se torna permitida a todos; não à toa é de autoria do teatrólogo a ideia de que qualquer pessoa pode fazer teatro, *inclusive* os atores.

Aliado à perspectiva democrática do teatro, Boal também abre espaço no jogo cênico para que temáticas relevantes à existência dos/das participantes sejam abordadas. Nos mais diversos jogos e técnicas inseridas no Teatro do Oprimido, é comum que a temática tangente à cena desenvolvida seja de escolha dos/das componentes, articulada com suas próprias vivências. Com isso, permite-se uma análise da vida e suas problemáticas a partir de uma ótica distinta da usual, possibilitando caminhos e resoluções antes impensadas. Estimula-se o autoconhecimento.¹¹ Assim, essa modalidade teatral aparenta ter grandes possibilidades de diálogo com as PICS e, por sua vez, com as atuais ações em Saúde Mental.

Elementos como ruptura com uma lógica hegemônica anteriormente vigente, democratização de saberes, promoção de autonomia e incentivo ao autoconhecimento parecem ser comuns entre o Teatro do Oprimido, a racionalidade em saúde comum às PICS e a base teórica que compõe a Reforma Psiquiátrica. Portanto, a partir do diálogo entre esses fatores e referências prévias, o presente ensaio tem como objetivo discorrer acerca da potencialidade terapêutica do Teatro do Oprimido como possível ferramenta a ser utilizada nos serviços de Atenção Psicossocial, mais especificamente nos CAPS.

Necessário pontuar que esse artigo foi desenvolvido como desdobramento de uma pesquisa acerca da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estaduais de Belém do Pará. Uma constatação da pesquisa foi a presença de atividades ligadas ao teatro nos cinco CAPS pesquisados, seja como grupos de teatro ou como oficinas inseridas nas “atividades expressivas”. Desse modo, identifica-se que, ainda que não abarcado pela PNPIC, o teatro é uma atividade utilizada com muita frequência com intuito terapêutico nos CAPS

Tal popularização das atividades teatrais nos serviços de saúde mental justifica a elaboração da presente pesquisa, pois demonstra a necessidade de compreensão de suas articulações e possibilidades terapêuticas, visando, inclusive, potencializar tais intervenções. Nesse sentido, um maior conhecimento acerca de possíveis potencialidades terapêuticas de atividades como o Teatro do Oprimido pode permitir a propagação destas para distintos serviços, ampliando tanto a noção de

saúde como as suas formas de promoção. Articulada a tal percepção social, o presente ensaio foi desenvolvido a partir de consultas bibliográficas no banco de dados SciELO, além das já marcantes obras de autores importantes para os temas, tais como Augusto Boal e Paulo Amarante. No decorrer do texto, primeiro será abordado o processo de Reforma Psiquiátrica e humanização dos serviços de saúde mental; em seguida, a política e os conceitos das Práticas Integrativas e Complementares e, posteriormente, a possibilidade terapêutica do Teatro do Oprimido.

A Humanização da Saúde Mental

Historicamente, a saúde no Brasil, majoritariamente, encontrou-se imersa em um modo de funcionamento pautado nos ideais positivistas, próprios da construção histórica ocidental. De acordo com Gomes e colaboradores,¹² isto significa que a lógica que circunda essa área é baseada na classificação de patologias e não no sujeito atendido; centrando-se na sintomatologia e colocando saúde-doença enquanto dois polos distintos e opostos. Ademais, ainda segundo os autores, a partir dessa perspectiva biomédica, criou-se um padrão “normal e saudável” a ser seguido, pouco considerando a realidade sociocultural na qual o indivíduo em questão está inserido. O que se percebe, então, é uma desvalorização da subjetividade de cada pessoa na lógica médica em questão.⁶

A desumanização dos indivíduos no campo da saúde viveu seu apogeu nas formas degradantes de “tratar” as pessoas em sofrimento psíquico. O tratamento nos Hospitais Psiquiátricos era composto por práticas medicalizantes, frequentemente ministradas em excesso, incluindo coma induzido por injeção de insulina e convulsões por meio do remédio Cardiazol, nas quais pacientes chegavam a fraturar vértebras devido à intensidade e à rapidez dos movimentos. Também foram comuns a utilização de “intervenções” como forma de punição; métodos de contenção traumáticos, como camisas de força e contenção no leito, também eram frequentemente aplicados em pacientes agitados. Ademais, em muitos manicômios, era afirmada a moral laboral, na qual se acreditava que o trabalho era capaz de promover a cura. Sob essa justificativa, muitos pacientes psiquiátricos foram explorados como mão de obra escrava.¹³

No Brasil, o primeiro hospício foi fundado em 1852, no Rio de Janeiro: Hospício Dom Pedro II. Não levou muito tempo até a prática se estender pelo restante do país. São Paulo, Pernambuco e Bahia fundaram suas próprias instituições logo em seguida.¹⁴ Tal lógica manicomial excludente se manteve hegemônica por muitos anos em território brasileiro, protagonizando situações de infração aos direitos humanos e homicídios em massa. Um caso marcante na história do país ocorreu em Minas Gerais, onde o Hospital Colônia de Barbacena chegou a lucrar com a venda de cadáveres de pacientes para instituições de medicina. Junto com os cerca de 60 mil mortos, os/as sobreviventes fazem parte de uma parcela desfavorecida da população que, por vezes, nem mesmo apresentava laudo médico.¹⁵

O que ocorria em terras brasileiras não era particular dessa nação, mas sim um modelo reproduzido mundialmente. Tais problemáticas se tornaram particularmente mais evidentes após a Segunda Guerra Mundial devido à comparação entre os manicômios e os campos de concentração nazistas. Com isso, diversos países no mundo, como França, Inglaterra e Estados Unidos, foram tomados por processos revolucionários no âmbito da saúde mental.¹ Porém, o maior marco histórico nesse processo reformatório se deu na Itália, a partir do trabalho desenvolvido pelo psiquiatra Franco Basaglia. As inovações propostas pelo psiquiatra não se dispõem somente no campo estrutural das instituições. Ao propor fechar os manicômios, Basaglia defendia o fim de toda a lógica manicomial, com suas opressões que escapavam à dimensão física.¹⁶

Altamente influenciado por Erving Goffman, Franco Basaglia aponta para as problemáticas desencadeadas por meio do processo de institucionalização presente nos manicômios que, de acordo com Goffman,¹⁷ são exemplos de Instituições Totais. A “institucionalização” diz respeito aos prejuízos sociais e psicológicos que um sujeito pode desenvolver a partir de uma vivência de exclusão social e confinamento institucional pautado na coerção – nesse caso, em relação ao Hospital Psiquiátrico. Nesse sentido, reconhece-se que os/as internos/as de um Hospital Psiquiátrico são destituídos/as de suas singularidades, sendo identificados/as somente a partir de seu diagnóstico e compondo uma massa homogênea, reafirmada, por exemplo, pela padronização de uniformes e cabelos raspados.¹⁶ Assim, a proposta de reforma do psiquiatra italiano perpassava por uma alteração na própria concepção de doença e de tratamento, apontando a necessidade de desinstitucionalização no ambiente externo, assim como no corpo hospitalar.¹⁶

Seguindo o exemplo italiano, a reforma psiquiátrica brasileira rompe com a lógica hospitalocêntrica, apostando em tratamentos em parceria com a comunidade. Após a Ditadura Militar, intensificou-se a luta por melhorias no âmbito psiquiátrico em território nacional. Profissionais da saúde reivindicaram melhores condições de tratamento e a superação do modelo segregacionista e excludente vigente, até então, com os manicômios.¹⁸

O embrião legislativo para a Reforma Psiquiátrica brasileira foi o Projeto de Lei nº 3657/89, do Deputado Paulo Delgado, que dispunha acerca da extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória, de modo a estabelecer que a internação psiquiátrica só seria necessária quando os serviços extra-hospitalares se mostrassem insuficientes. Com alterações em relação ao Projeto de Lei, a Lei Federal nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica),¹⁹ que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, foi a oficialização legislativa das reivindicações almejadas desde a década de 1960.

A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe uma descentralização da saúde mental, desenvolvendo serviços capazes de suprir as demandas de modo territorializado e integrado. Como dito acima, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oficializada pela Portaria nº 3.088/11,²⁰ é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de Ambulatórios, Residências Terapêuticas, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e deve contar com uma equipe multiprofissional, cuja proposta é ofertar acolhimento e tratamento que valorize as singularidades de cada sujeito, a partir de planos de intervenção individuais.²¹

As características da RAPS se apresentam em consonância com a Política Nacional de Humanização brasileira, desenvolvida com o intuito de promover serviços de saúde capazes de atuar de forma a respeitar singularidades, incentivando a criação de vínculos entre os indivíduos, bem como a valorização da comunicação e troca de saberes, inclusive entre profissionais e usuários/as.²²

Dentre seus serviços, é necessário destacar os CAPS, responsáveis pela maior concentração de atendimentos especializados na área. Os Centros são territorializados e assim atuam a partir das especificidades de seu campo em questão; são responsáveis por uma variedade de casos, dos mais complexos, provenientes de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, até casos ligados à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) de referência. Para tais atendimentos, sua equipe multidisciplinar deve ser coletivamente implicada na construção de um plano terapêutico específico para cada caso, com um profissional de referência vinculado a cada usuário.²³

Com frequência, os planos terapêuticos realizados nos CAPS, além de sessões com psicólogo, psiquiatra e assistente social, também abordam outras práticas distintas do viés tradicional. As

oficinas terapêuticas são espaços que promovem tratamento pela arte, atividades lúdicas e outros saberes da saúde. Com tais possibilidades provenientes de seu histórico revolucionário e com fins humanizantes, os Centros de Atenção Psicossocial são locais favoráveis à aplicação de novas lógicas de cuidado, como o caso das PICS.

Práticas Integrativas e Complementares, promoção de saúde e autonomia

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com a Portaria nº 971/2006.²⁴ Charles Tesser²⁵ aponta particularidades das múltiplas práticas inseridas no panorama geral das PIC, afirmando que elas possuem raízes e construções distintas entre si, podendo estar ancoradas em uma racionalidade médica específica – como a biomedicina ou a Medicina Tradicional Chinesa – ou mesmo não responder a uma racionalidade médica, baseando-se, nesse caso, em “terapias ou métodos diagnósticos, como os florais de Bach, a iridologia, o reiki, entre outros”.^{25:1733}

O autor discorre ainda acerca da popularidade das PICS em alguns países. Nos países considerados menos desenvolvidos, tal popularidade pode ser pensada a partir de fatores como o alto custo da biomedicina, bem como possíveis aproximações culturais dentre as múltiplas Práticas Integrativas e os diversos saberes locais. Já em países mais desenvolvidos, a procura pelas PIC tem crescido principalmente devido a insatisfações com a lógica biomédica. As principais queixas envolvem: enfoque único na doença e sua sintomatologia; descarte de manifestações que não estão descritas na sintomatologia esperada; efeitos colaterais; mecanicismo e distanciamento entre profissional-usuário/a, caracterizando uma relação hierárquica e impessoal.²⁵

Devido a suas distinções teóricas e estruturais em relação à abordagem centrada na doença, as PICS podem apresentar possíveis alternativas para as problemáticas em questão, pois possuem uma concepção de saúde holística, considerando aspectos físicos, psicológicos e sociais. Ademais, elas permitem o incentivo para que o/a usuário/a seja participante ativo/a em seu processo de cura, fator que também interfere diretamente na hierarquização de saberes, visto que os/as profissionais são depostos/as da posição de “tudo saber” e são realocados enquanto parceiros/as facilitadores/as do processo.²⁶

A PNPIC²⁴ reconhece a crescente procura popular pelas PIC e afirma que a Política surge com o intuito de organizar sua oferta, visto que práticas como Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Tradicional Chinesa já eram desenvolvidas no âmbito da saúde nos mais variados estados brasileiros. Entretanto, para além de simplesmente definir diretrizes e métodos, a PNPIC visa “conhecer, apoiar, incorporar e implementar” tais práticas, demonstrando, portanto, sua relevância e incentivo para novas possibilidades de intervenções válidas na área da saúde.²⁴ Mais do que aplicar um tratamento direto voltado para uma enfermidade específica, a promoção de saúde implica desenvolver habilidades pessoais e atuar diretamente sobre o ambiente, pensando saúde como bem-estar holístico e qualidade de vida.²⁷ Um elemento primordial, principalmente no que diz respeito aos aspectos individuais da promoção de saúde, é a autonomia.

De acordo com Pereira,²⁸ é importante distinguir autonomia de independência, visto que ser autônomo não significa perder relações, mas sim ter capacidade de decisão e poder de voz; desse modo, a autonomia é construída em conjunto. Em uma relação entre profissional-usuário/a da rede de saúde mental, pode-se pensar que a autonomia é construída em conjunto ao não sobrepor os saberes e a vontade do/a profissional àqueles do/a usuário/a, que precisa ser considerado/a e respeitado/a enquanto ativo/a em seu processo. Ademais, segundo Zatti (2007), citado por Pereira,²⁸ autonomia diz respeito tanto à categoria do pensar quanto à de ação, de modo que além de ter

discernimento crítico acerca de suas preferências e decisões, também é necessária a capacidade de colocá-las em prática.

Para essa segunda instância ser contemplada, torna-se importante destacar que as possibilidades ambientais de realização também interferem no âmbito da autonomia, de modo que as considerações e desejos pessoais só podem alcançar uma dimensão prática se o contexto social assim o permitir.²⁸ Por isso, o conceito de promoção de saúde dialoga diretamente com esse aspecto ao considerar as condições gerais ambientais – trabalho, lazer, saneamento, transporte, educação – como fatores de saúde.²⁷ Nesse sentido, a oferta de Práticas Integrativas e Complementares, como aumento das possibilidades de tratamento do sujeito e, portanto, aumento das suas possibilidades de escolha, já constitui interseções com a autonomia e promoção de saúde.

No mais, corroborando a PNPIC, a própria proposição das PICS auxilia o exercício da autonomia, já que, de forma semelhante ao que ocorre com tecnologias leves, elas flexibilizam o tratamento, dialogando acerca da sua composição e realização terapêuticas, suas finalidades e efeitos, de modo que o/a usuário/a pode usufruir de todo seu direito de escolha e decisão, durante todo o processo.²⁹ Tais elementos de desenvolvimento de autonomia e promoção de saúde, típicos componentes das PIC, também dialogam com as práticas teatrais presentes em diversas atividades nos Centros de Atenção Psicossocial.

Teatro do Oprimido como recurso terapêutico

A partir de uma investigação histórica, é possível constatar registros de ocorrências da arte teatral nas mais diversas culturas há milênios. Na Índia, antes de Cristo, poemas épicos eram retratados a partir do teatro das sombras; na China, também a.C, realizavam-se dramatizações grandiosas de caráter religioso para a nobreza e espetáculos mais simples para as aldeias; no Egito Antigo (na XI dinastia), as divindades religiosas eram homenageadas a partir de apresentações teatrais; e, claro, na Grécia Antiga, reconhecida como origem do teatro no Ocidente, as representações se expandiram, interpretando histórias de famílias reais, contos mitológicos e batalhas épicas contra outros povos.³⁰ Assim, com a efervescência de expressões teatrais nas mais diversas civilizações antigas, reconhece-se a importância de tal arte para a expressividade humana.

Corroborando a reconhecida importância, diversas pesquisas no campo da arte, educação e saúde investigam o possível caráter terapêutico do teatro, a exemplo de pesquisas com públicos-alvo específicos, como alunos de teatro³¹ e pessoas em situação de rua.¹⁰ Contudo, quando se fala das possibilidades terapêuticas da arte teatral, o Teatro do Oprimido se apresenta enquanto vertente mais pesquisada e utilizada. Isso porque seu desenvolvimento pensa as vivências de opressões, almejando, a partir do drama “real e estético, teatral e cotidiano”, a construção de novas potências vivenciais, superando as opressões.^{32:553}

Nesse sentido, ao desenvolver o Teatro do Oprimido (TO), Augusto Boal almejava romper com aspectos do teatro clássico que considerava ultrapassados e opressores e que limitavam as expressões artísticas de cada sujeito. Segundo o próprio teatrólogo, a divisão entre atores/atrizes e espectadores/as é reafirmada inclusive pela arquitetura dos teatros, pensada para a manutenção dessa lógica hegemônica que mantém o teatro enquanto domínio de poucos.¹¹

Ao abordar as formas de opressão e desigualdade, Dias³³ vai além e afirma que a elite reduz a condição humana dos oprimidos ao excluir a possibilidade de experiências estéticas. Dessa maneira, os grupos marginalizados são impedidos de se apropriar – produzindo e consumindo – de tais formas de comunicação, vedando as chances de contar e protagonizar suas próprias narrativas por meio da arte de modo geral. Em consequência, perde-se o protagonismo “(...) da própria vida, tornando-se

simples consumidores ideológicos sem poder crítico de luta contra essas imagens que ordenam, convencem e dominam”.^{33:169}

Em movimento de ruptura com a lógica dominante, o TO propõe uma participação mais ativa do/a espectador/a, democratizando a arte teatral e as temáticas encenadas. Para servir a esse propósito, tal vertente teatral possui diversas modalidades e possibilidades de jogos cênicos.³⁴ O Teatro Jornal, originado no decorrer da Ditadura Militar brasileira, propunha transformar em cena qualquer notícia jornalística; o Teatro Imagem, fundado enquanto Boal trabalhava com adultos em alfabetização no Peru, consiste em montar “quadros vivos” nos quais toda cena é apresentada apenas corporalmente, exigindo total silêncio; por sua vez, também iniciado no projeto de alfabetização no Peru, o Teatro-Fórum, exemplo mais popular de TO, que consiste na elaboração de uma problemática cênica a ser solucionada pelos espectadores.

Pensando o campo de saúde brasileiro, Paro e Silva³⁵ apontam que cada vez mais tem-se espaço para intervenções artísticas com intuito terapêutico, valorizando múltiplos saberes e práticas; destaca-se ainda que o Teatro do Oprimido, em especial, apresenta muitas similaridades com o pensar democrático da nova constituição brasileira de saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acerca das afinidades com o campo da saúde mental – que segue a mesma linha democrática e territorial do SUS –, Geo Britto,³⁶ vinculado ao Centro de Teatro do Oprimido e coordenador do projeto Teatro do Oprimido em Saúde Mental (em parceria com o Ministério da Saúde), aponta que as ações artísticas facilitam a construção de uma perspectiva antimanicomial, promovendo mudanças de concepções e pensamentos, além de apenas alterações estruturais na mudança de instituição, do Hospital Psiquiátrico para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O profissional coloca, ainda, que o projeto nacional do Centro do Teatro do Oprimido permite o diálogo simbólico e conceitual entre profissionais da arte e da saúde, ampliando saberes e integralizando ações mais completas.

Teoricamente, o TO apresenta três conceitos importantes: educacional, social e terapêutico.¹¹ Enfocando o âmbito terapêutico, Boal destaca aspectos particulares do Teatro do Oprimido a serem desenvolvidos nos casos de aplicação com “pacientes”, como a possibilidade de reviver situações passadas e ressignificá-las. O próprio intervalo entre a vivência em si e a encenação já se constitui enquanto agente que possibilita novas percepções, como aponta o teatrólogo:

Este avanço no espaço e no tempo, esta nova abrangência, já é, por si só, terapêutica, pois toda terapia deve consistir - antes mesmo da escolha e do exercício de uma alternativa - na amostragem de alternativas possíveis. Um procedimento é terapêutico quando permite ao paciente - e o estimula - na escolha de uma alternativa à situação na qual se encontra, e que lhe provoca dor ou infelicidade não desejadas. E este processo teatral de contar no presente, diante de testemunhas coniventes, uma cena vivida no passado, já oferece em si mesmo uma alternativa, ao permitir - e exigir - que o protagonista se observe a si mesmo em ação, pois o seu próprio desejo de mostrar obriga-o a ver e a ver-se.^{11:39}

A capacidade de incentivar novas resoluções de problemas deve ser aqui destacada, pois dialoga diretamente com os objetivos humanizantes da reforma psiquiátrica, bem como com os conceitos de autonomia previamente discutidos. Em uma pesquisa-intervenção acerca do Teatro do Oprimido em um Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza (Ceará), Santos e colaboradoras³⁷ apontam

justamente a importância do método teatral – na modalidade do Teatro-Fórum – para o desenvolvimento de novas perspectivas sobre os problemas vivenciados pelos/as usuários/as participantes, visto que estes/as escolhiam a temática da cena a partir de suas experiências pessoais e juntos/as procuravam formas de solucioná-la.

Para as autoras, tal dinâmica permite diversos benefícios, tanto aos/às usuários/as como aos/às profissionais, pois possibilita que uma experiência desagradável seja vivenciada por outra ótica, encontrando métodos de solução muitas vezes inéditos. Além disso, os/as servidores/as apontam que muitos casos trabalhados nas oficinas teatrais não eram de conhecimento do corpo técnico previamente. Desse modo, é possível pensar que a utilização do TO enquanto ferramenta terapêutica pode estreitar os laços entre os/as usuários/as e profissionais, promovendo uma intervenção mais completa e além dos muros do CAPS.³⁷

Corroborando a lógica de incentivo ao laço terapêutico, cabe destacar que o próprio Boal teve experiências nesse sentido, realizando oficinas com o Teatro do Oprimido no Hospital Psiquiátrico de Fleury-les-Aubrais, na França. O trabalho, inicialmente pensado somente para o corpo técnico da instituição, contou também com a participação dos/as pacientes, que, pela primeira vez, puderam observar debates profissionais acerca das situações vivenciadas no espaço. As intervenções presenciadas durante a dinâmica proposta permitiram o debate acerca da comunicação entre internos/as e profissionais, além de reflexões sobre respeito e dignidade humana.¹¹

Outro exemplo da potência terapêutica do TO é o trabalho do grupo artístico “Pirei na Cenna”, iniciado pela artista e psicopedagoga Claudia Simone, em 1977, no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Nitéroi/RJ. O sucesso do grupo possibilitou a superação das grades do manicômio, alcançando inclusive espaços internacionais, como o I Festival de Expressões Artísticas Antimanicomiais, na Argentina. As intervenções evidenciam que a arte teatral é capaz de ultrapassar os muros – reais e simbólicos – presentes no campo da saúde mental, criando chances de os sujeitos protagonizarem narrativas, e mesmo sua própria história, por meio das ferramentas estéticas e artísticas construídas em conjunto. O grupo “Pirei na Cenna” construiu seu repertório baseado nas vivências e temáticas relevantes aos participantes, de modo que possuem espetáculos sobre amor na instituição psiquiátrica, medicalização, HIV, dentre outros.³³

Contudo, é válido pontuar que as problemáticas pessoais passíveis de vir à tona em uma oficina artística de TO podem necessitar de acompanhamento especializado, pois, apesar de o TO apresentar um caráter terapêutico, ele não se constitui, por si só, enquanto processo terapêutico. Devido à possibilidade de abarcar assuntos demais críticos que necessitem de acompanhamento profissional psicológico e adequado, destaca-se a necessidade de explicitar que a função das oficinas se apresenta no âmbito artístico teatral, não plenamente terapêutico.³⁴ Entretanto, considerando a estrutura profissional existente em um CAPS, pode-se pensar a aplicação conjunta das oficinas de TO com as intervenções e acompanhamento de profissionais da psicologia, psiquiatria e assistência social, dialogando com a noção multiprofissional presente no serviço.

A noção comunitária incentivada pela nova lógica em Saúde Mental, de incorporar os sujeitos em sofrimento psíquico enquanto participantes da vida social, dialoga com o aspecto socializante do teatro que, segundo Boal,¹¹ diz respeito às relações humanas em sociedade. De acordo com tal concepção, Campos e colaboradoras³² apontam que o Teatro do Oprimido permite a promoção de diálogo entre os sujeitos e, portanto, a superação da lógica opressora de hierarquização social. As autoras destacam, ainda, a característica contra-hegemônica dessa arte, ao permitir a descolonização de saberes e se destacar enquanto meio de incentivar a participação popular e a

criatividade, transpondo novas possibilidades de fomentar democracia e meios inovadores de resoluções para problemáticas sociais ou individuais.

Portanto, o TO se constitui enquanto ferramenta capaz de promover debates de questões públicas, incentivar o desenvolvimento da criatividade e a potência da própria sociedade em pensar novas soluções para as problemáticas comunitárias, implicando o próprio povo como agente participativo e capaz de agenciar mudanças nas questões sociais.³⁵ De acordo com Antonio Altieri,³⁸ o Teatro do Oprimido se desenvolve a partir do contexto político no qual está inserido, posicionando-se de forma consciente.

Considerações Finais

A partir dos estudos aqui expostos e considerando o histórico revolucionário presente em cada um dos elementos trabalhados – Reforma Psiquiátrica, Práticas Integrativas e Complementares, Teatro do Oprimido –, é possível considerar que a prática do TO apresenta grandes potências terapêuticas passíveis de serem exploradas nos Centros de Atenção Psicossocial.

Contudo, destacam-se necessidades específicas para garantir a efetividade dessa aplicação. É necessária a oferta da modalidade teatral a partir de profissionais da área capacitados na abordagem, porém, é também importante a mediação a partir de profissionais da saúde, como psicólogos, para garantir amparo e cuidados especializados, caso necessário. Para isso, é importante frisar o incentivo ao diálogo e troca de saberes entre profissionais do campo teatral e servidores da área da saúde, pensando análises de caso completas e que se utilizem da arte como mais uma possibilidade terapêutica.

Pode-se considerar que o entrelaçamento entre a expressividade sensível, promovida pelo Teatro do Oprimido, e um acompanhamento profissional adequado para desenvolver e trabalhar possíveis traumas despertados, representa grande possibilidade de intervenção de acordo com a lógica de respeito, acolhimento e desenvolvimento pessoal promovida nos CAPS.

Ademais, por sua estruturação terapêutica, holística e com características contra-hegemônicas, o TO também dialoga diretamente com as PIC, que por sua vez já estão inseridas na Rede de Atenção Psicossocial e apoiadas por sua própria Política Nacional (PNPIC). Por esse motivo, a incorporação do Teatro do Oprimido enquanto PIC pode facilitar a implementação dessa atividade nos CAPS brasileiros, elevando a qualidade de intervenções capazes de promover autonomia e capacidade de expressão artística nos/as usuários/as, bem como auxiliar o vínculo terapêutico entre profissional-usuário/a.

Referências

1. Amarante P. Saúde Mental e atenção psicossocial. 3 ed. Rio de Janeiro: FioCruz; 2011.
2. Almeida J. Política de Saúde Mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública [internet] 2019 Out. [acesso 2021 mai 11] 35(11). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>>.
3. Belloc M, CABRAL K, Política, subjetividade e saúde em tempos precários: linhas de resistência e reinvenção. In: Lemos F, Nascimento M, organizadores. Biopolítica e tanatopolítica: a agonística dos processos de subjetivação contemporâneos. Curitiba: Editora CRV; 2019.

4. Telesi Junior E. Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* [internet]. 2016 abr. [acesso 2020 jan 29] 30(86): 99-112. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2006.
6. Luz M. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
7. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: MS; 2006.
8. Tesser C, Sousa IM. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde soc.* [internet] 2012 jun. [acesso 2020 abr 29] 21(20): 336-350. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/48712>
9. Barros M, Ferreira L. A arte como estratégia de intervenção psicoterapêutica. *Psicol. Saúde Debate.* [internet] 2016 nov. [acesso 2020 04 jun] 2(supl2):1-4. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/52>
10. Silva D. O Teatro como mecanismo terapêutico e psicoeducativo para melhoria da qualidade de vida em moradores de rua. *Anais do 8º Congresso Nacional de Educação*; 28-31 ago 2017; Curitiba, PR. 23221-23229.
11. Boal A. O arco-íris do desejo: o método Boal de teatro e terapia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1996.
12. Gomes A, Paiva E, Valdés M, Frota M, Albuquerque C. Fenomenologia, Humanização e Promoção de Saúde: uma proposta de articulação. *Saúde soc.* [internet] 2008 mar. [acesso 2020 abr 29] 17(1): 143-152. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100013&lng=en
13. Guimarães A, Borba L, Larocca L, Maftum M. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & contexto enferm.* [internet] 2013 abr./jun. [acesso 2020 mai 20] 22(2): 361-369. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012&lng=en
14. Lima A. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social. *Salud & sociedad.* [internet] 2010 Set-Dez. [acesso 2020 abr 22] 1(3):165-177. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/795>
15. Arbex D. *Holocausto Brasileiro*. 17 ed. São Paulo: Geração Editorial; 2016.
16. Amarante P. Uma aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Hist. cienc. saúde-Manguinho* [internet] 1994 out [acesso 2020 mai 20] 1(1): 61-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100006&lng=en
17. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 4 ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1961.
18. Rendeiro CH. A execução da medida de segurança a partir do modelo proposto pela Lei 10.216/2001: a quebra do mito da periculosidade. 2013. Disponível em: <http://www.susipe.pa.gov.br/sites/default/files/>

19. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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 (SUS). Brasília, DF: MS; 2011.
21. Santos RC, Pessoa Junior JM, Miranda FA. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. Rev. Gaúcha Enferm. [internet] 2018 jul. [acesso 2020 mar 04] 39: e57448. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100415&lng=en
22. Moreira M, Lustosa A, Dutra F, Barros E, Batista J, Duarte M. Políticas Públicas de Humanização: revisão integrativa da literatura. Ciênc. Saúde Colet. [internet] 2015 Out [acesso 2020 abr 29] 20(10): 3231-3242. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003231&lng=pt
23. Quinderé PH, Jorge MS, Franco T. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis (Rio J.) [internet] 2014 jan-mar [acesso 2020 jun 02] 24(1):253-271. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n1/253-271/#>
24. Brasil. Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; 2011.
25. Tesser C. Práticas Complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. Cad. Saúde Pública [internet] 2009 ago. [acesso 2020 jun 02] 25(8): 1732-1742. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en
26. Tesser C, Barros N. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública [internet] 2008 out. [acesso 2020 mar 02] 42(5): 914-920. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2008.v42n5/914-920/pt/#ModalArticles>
27. Buss P. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saude Colet. [internet] 2000 [acesso em 2020 jun 08] 5(1): 163-177. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2000.v5n1/163-177/#ModalArticles>
28. Pereira L. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica à Saúde: na direção da autonomia do usuário [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016, 30 p.
29. Alvim N. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no Cuidado. Rev. enferm. UFSM. [internet] 2016 jan-mar. [acesso 2020 jun 08] 6(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/viewFile/21571/pdf>
30. Cebulski MC. Introdução à História do Teatro no Ocidente: dos gregos aos nossos dias. Guarapuava: Editora Unicentro; 2013.
31. Fernandes J, Castro A. A influência da prática do teatro no desenvolvimento da espontaneidade: uma pesquisa com alunos de uma escola de teatro. Rev. bras. psicodrama.

- [internet] 2018 jul-dez. [acesso 2020 jul 29] 26(2): 8-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932018000200002&lng=pt&nrm=iso
32. Campos F, Panuncio-Pinto MP, Saeki T. Teatro do Oprimido: um teatro das emergências sociais e do conhecimento coletivo. *Psicol. soc.* [internet] 2014 set-dez. [acesso 2020 jun 13] 26(3): 552-561. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822014000300004&script=sci_arttext
 33. Dias C. Delírios Estéticos: a imagem do Grupo Pirei na Cenna. *Cad. JIPE-CIT* [internet] 2018 [acesso 2021 mai 11] (40): 167-182. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/gipe-cit/article/view/35405>
 34. Oliveira EC, Araujo M. Aproximações do Teatro do Oprimido com a psicologia e o psicodrama. *Psicol. cienc. prof.* [internet] 2012 [acesso 2020 abr 08] 32(2): 340-355. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000200006&lng=en&nrm=iso
 35. Paro CA, Silva NEK. Teatro do Oprimido e Promoção de Saúde: tecendo diálogos. *Trab. educ. saúde.* [internet] 2018 mai-ago. [acesso 2020 jun 17] 16(2): 471-493. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200471
 36. Britto G. Teatro do Oprimido na Saúde Mental In: METAXIS: Informativo do Centro de Teatro do Oprimido. *Teatro do Oprimido na Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Master Print; 2010.
 37. Santos E, Joca E, Souza AM. Teatro do Oprimido em saúde mental: participação social com arte. *Interface (Botucatu)* [internet] 2016 jul-set. [acesso 2020 jun 13] 20(58): 637-647. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300637&lng=en
 38. Altieri AL. *Cultura de Augusto Boal: Processos Constitutivos de Teatro e Educação*. Jundiaí: Paco Editorial; 2016.

Submissão: 09/11/2020

Aceite: 09/06/2021