



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Artes

Olívia Britto Brandão

Gestos criativos: arte e reabilitação neurológica

Rio de Janeiro

2019

Olívia Britto Brandão

Gestos criativos: arte e reabilitação neurológica



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Artes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Arte e Cultura Contemporânea.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Espírito Santo da Silva

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CEHB

B817 Brandão, Olívia Britto
Gestos criativos: arte e reabilitação neurológica / Olívia Britto
Brandão. – 2019.
106 f. : il.

Orientadora: Denise Espírito Santo da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Artes.

1. Saúde na arte – Teses. 2. Reabilitação – Teses. 3.
Criatividade – Teses. 4. Educação – Teses. 5. Rede Sarah de
Hospitais de Reabilitação – Teses. I. Silva, Denise Espírito Santo
da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Artes. III. Título.

CDU 7:616

Bibliotecária: Mirna Lindenbaum. CRB7 4916

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Olívia Britto Brandão

Gestos criativos: arte e reabilitação neurológica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Artes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Arte e Cultura Contemporânea.

Aprovada em 28 de Fevereiro de 2019.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Denise Espírito Santo da Silva (Orientadora)
Instituto de Artes - UERJ

Prof.^a Dra Isabel Almeida Carneiro
Instituto de Artes - UERJ

Prof. Dr. Aldo Victorio Filho
Instituto de Artes - UERJ

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Para meus pacientes, que me ensinam a cada dia novos significados da vida, da arte e outras formas de existir.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre me incentivaram e me mostraram a importância do estudo e de se dedicar à algo que amamos.

Ao meu companheiro, Rafael, e ao meu filho, Théó, por compreenderem as minhas ausências e me darem apoio e carinho.

À minha grande amiga e companheira de trabalho e de vida, Aline Campelo, pelo incentivo e orientações durante esta pesquisa.

À Claudia Simas, que me apresentou o universo maravilhoso da arte e reabilitação e me deu importantes contribuições sobre o tema.

À Denise Espírito Santo, minha orientadora, pela sua dedicação, orientação, sugestões de leitura, e por me mostrar que temos que tornar possível o que pode parecer impossível.

Ao professor Aldo Victorio Filho e à professora Isabel Almeida Carneiro, pelas orientações durante a minha qualificação.

À Márcia Abreu, que participou do meu processo de treinamento no Sarah e me ensina a cada dia mais sobre a reabilitação e o cuidado com o outro.

Ao Alexandre Franco, meu professor e colega de trabalho, que me mostra a importância da paciência e dedicação no tratamento com os pacientes, e a importância de nunca nos desviarmos do foco da arte .

À todos meus colegas do Sarah, pelo convívio diário, experiências e conhecimentos compartilhados.

Aos meus queridos pacientes, e especialmente aos que estão nesta pesquisa, por compartilharem suas histórias de vida, seus afetos e criações.

RESUMO

BRANDÃO, Olívia Britto. **Gestos criativos**: arte e reabilitação neurológica. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em Artes) - Instituto de Artes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A pesquisa, Gestos Criativos, pretende apresentar a importância da atividade artística na reabilitação de pacientes com alterações neurológicas. Esta pesquisa é realizada na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, na unidade do Rio de Janeiro. As questões e reflexões surgiram a partir da experiência diária da pesquisadora como professora de Artes há dez anos na Rede Sarah. Buscando contextualizar o trabalho de arte na reabilitação, foi realizada uma revisão histórica das relações entre arte e saúde no Brasil, especificamente na saúde mental, onde este tipo de trabalho começou, assim como o histórico do trabalho de arte e reabilitação desenvolvido na Rede Sarah. A partir da apresentação de dois estudos de caso de pacientes atendidos no Ateliê de Artes do Sarah Rio, um com doença de Parkinson e outro com afasia de Broca, são discutidas as relações entre arte, criatividade e reabilitação. Esta pesquisa foi motivada pela percepção da importância da arte para o resgate da potência dos indivíduos acometidos por doenças neurológicas, para sua ressignificação como sujeitos e para sua inclusão na sociedade. Os temas que permeiam esta escrita são a arte, a saúde, a educação, a criatividade e a reabilitação.

Palavras-chave: Arte. Reabilitação. Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Doença de Parkinson. Afasia de Broca.

ABSTRACT

BRANDÃO, Olívia Britto. **Creative gestures**: art and neurological rehabilitation. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em Artes) - Instituto de Artes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The Creative Gestures research intends to show how important is art activity in Neurologic Disturbance Patient Rehab. The research was developed in the Sarah Rehab Hospital Network. Questions and thoughts arouse from the daily work of this researcher as an art teacher over more than ten years. Based on a historic review of art and mental health relationship in Brazil the research investigates the role of art activity in patient rehab. The review also included the history of art activity as part of patient rehab developed in Sarah Network. Two case studies are used as a discussion base of the relationships of art, creativity and rehab. Both cases are related to patients seen in the Art Atelier of Sarah Rio. One had Parkinson disease and the other Broca's Aphasia. The present research development was triggered by the researcher's perception of the art ability to rescue some individual significance in those patients affected by neurological diseases and to help their integration in the society. The main themes in this work are art, health, education, creativity and rehab

Keywords: Art. Rehabilitation. Sarah Rehab Hospital Network. Parkinson's Disease. Broca's Aphasia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Painel de azulejo de Athos Bulcão na unidade do Sarah Rio	36
Figura 2 -	Detalhe do painel da figura 1	37
Figura 3 -	Painel colorido de Athos Bulcão da unidade do Sarah Rio	37
Figura 4 -	Detalhe do painel da figura 3	38
Figura 5 -	Sarah Rio vista aérea	39
Figura 6 -	Sarah Rio	40
Figura 7 -	Mouse 5 teclas para utilização com os pés	47
Figura 8 -	Joystick com tecla única	48
Figura 9 -	Paciente na aula de Arte digital, utilizando o Joystick	48
Figura 10 -	Ateliê de Artes do Sarah Rio	53
Figura 11 -	Adaptações para caneta, lápis ou pincel	55
12		
Figura 13 -	Charrete de Kandinsky	64
Figura 14 -	Abstracionismo	65
Figura 15 -	Sua intensa produção	67
Figura 16 -	sem título	68
Figura 17 -	sem título	68
Figura 18 -	Aconchego	69
Figura 19 -	Homenagem às gordinhas	70
Figura 20 -	Desenho do sonho	74
Figura 21 -	Caderno	75
Figura 22 -	Desenho da planta de sua casa	76
Figura 23 -	Desenho a partir dos carrinhos de <i>Hot Wheels</i>	77

Figura 24 -	Desenhos da chuva	78
Figura 25 -	Desenho da chuva colorido.....	79
Figura 26 -	Paisagens e carrinhos	80
Figura 27 -	Paisagem imaginária	81
Figura 28 -	Desenho de observação	82
Figura 29 -	Ilustração da música "Tempo Perdido"	83
Figura 30 -	Exposição de Pablo na Galeria do Sarah 1	85
Figura 31 -	Exposição de Pablo na Galeria do Sarah 2	86
Figura 32 -	Exposição de Pablo na Galeria do Sarah 3	86

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	ARTE E CLÍNICA NO BRASIL	16
1.1	Arte e clínica no século XIX: O anormal e a exclusão	18
1.2	Século XX, aproximações entre arte e clínica: Escola Livre de Artes do Juqueri, Osório César e Flávio de Carvalho	21
1.3	Nise da Silveira e o Museu do Inconsciente	26
2	ARTE E REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA	32
2.1	Rede Sarah	32
2.2	A Reabilitação no Sarah Rio	40
2.3	Arte no Sarah	41
2.4	Arte no Sarah Rio	50
2.5	Galeria de Artes do Sarah Rio	56
3	ESTUDOS DE CASO	58
3.1	Gestos criativos - Arte na Doença de Parkinson	59
3.1.1	<u>A doença de Parkinson</u>	59
3.1.2	<u>O caso de João - Arte, criatividade e potência</u>	60
3.2	Estudo de caso: a voz do silêncio – arte e linguagem, a criação artística de um paciente com afasia	71
3.2.1	<u>A linguagem</u>	71
3.2.2	<u>Linguagem e neurociências</u>	72
3.2.3	<u>Pablo e a Arte</u>	74
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88

REFERÊNCIAS	91
ANEXO A - Relato de experiência - Professora Márcia Abreu	94
ANEXO B - Entrevista com a professora Claudia Simas	96
ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido	106

INTRODUÇÃO

A pesquisa **Gestos criativos: arte e reabilitação neurológica** trata-se de um relato de experiência ilustrado por três estudos de caso. O tema é a importância da atividade artística na reabilitação de pacientes com alterações neurológicas relacionando a arte com saúde, educação e reabilitação.

Trabalho como professora de Artes na área de reabilitação há dez anos no Centro Internacional Sarah de Neuroreabilitação e Neurociências do Rio de Janeiro, atendendo pacientes com alterações neurológicas dos programas de reabilitação infantil e adulto.

O trabalho como professora de Artes na reabilitação difere da atuação em sala de aula, por ter o foco no caráter terapêutico da arte. Segundo Nise da Silveira (1992, p.18), o trabalho no ateliê de artes pode ser um agente terapêutico, no meu trabalho como professora de Artes Plásticas na reabilitação neurológica, também busco proporcionar aos pacientes no processo criativo da arte essa função terapêutica, uma forma de autoconhecimento, de expressão e elaboração dos sentimentos a partir de uma nova aprendizagem em artes ou de um resgate de uma habilidade artística prévia à doença.

A arte neste trabalho é entendida no mesmo sentido que Jean Dubuffet coloca na sua ideia de arte bruta, onde qualifica artisticamente as criações dos não profissionais e dos pacientes psiquiátricos. No Brasil, Mario Pedrosa também vai perceber o valor artístico na arte virgem, termo que ele utiliza ao se referir às expressões plásticas dos pacientes do Engenho de Dentro, como um tipo de arte que não considera as convenções acadêmicas e não está ligado às escolas de arte. Para Pedrosa (1947, p.55) "a vontade de arte se manifesta em qualquer homem de nossa terra" e da atividade artística dos pacientes psiquiátricos, mesmo que tenha uma função terapêutica, resulta "o documento de exteriorização, suscetível de ser isolado e apreciado na sua qualidade de expressão artística intrínseca" (1947, p.59).

A arte que é feita nos hospitais é um outro tipo de arte com foco na dimensão terapêutica e expressiva, que vai trazer à tona conteúdos profundos da vivência humana, que também pode ser considerada obra de arte, pois segundo Nise da Silveira é também uma "produção impessoal", como uma expressão do inconsciente coletivo da humanidade. (NISE, apud FRAYZE, 2003, p. 202)

A vivência dos pacientes nos ateliês de arte dentro dos hospitais, além de servir como um recurso terapêutico, pode também contribuir para o processo de inclusão social destes. Nas palavras de um paciente da reabilitação neurológica "a arte para mim é uma terapia de inclusão".

"a oportunidade que o indivíduo teve, durante o tratamento, de descobrir as atividades expressivas e criadoras, de ordinário tão pouco acessíveis à maioria, poderá abrir-lhe novas perspectivas de aceitação social através da expressão artística ou simplesmente (o que será muito) muni-lo de um meio ao qual poderá recorrer sozinho, para manter seu equilíbrio psíquico."(SILVEIRA, 1992, p19)

Os pacientes com doenças neurológicas diferem dos pacientes psiquiátricos, pois apresentam desordens orgânicas e não apenas psíquicas, algumas partes do seu sistema nervoso foram danificadas ou mesmo destruídas, acarretando, assim, comprometimentos cognitivos e/ou motores. Por esta razão, durante os atendimentos também são desenvolvidas estratégias para compensar estas dificuldades, buscando adaptar ou facilitar a atividade para que possam realizar seu trabalho criativo.

As vivências como professora de Artes em um centro de reabilitação permitiram que eu percebesse que, mesmo apresentando alterações cognitivas e/ou motoras, os pacientes são capazes de criar trabalhos em artes visuais harmoniosos, com composições elaboradas e com interesse estético. O desenvolvimento da criatividade a partir das práticas no ateliê de artes auxilia estes pacientes a expressarem e elaborarem melhor seus pensamentos, sonhos e sentimentos, auxiliando no seu processo de reabilitação de forma geral.

Segundo Fayga Ostrower (2014, p.9), "Criar é, basicamente, formar. É poder dar forma a algo novo. Em qualquer que seja o campo de atividade." A criatividade não está restrita ao campo das artes, mas ela está integrada "em um viver humano". O ato de criar está presente no nosso dia a dia, na resolução de problemas cotidianos, como, por exemplo, na escolha da roupa que vestimos, na maneira de organizar nossa casa ou no planejamento do nosso cotidiano.

A reabilitação é um processo onde o sujeito precisa encontrar novas formas de fazer, de agir e de estar no mundo. Uma perna sem movimento gera a necessidade de buscar outra maneira de caminhar, de sentar, levantar, enfim, de criar outras formas de movimento. A arte vai estimular o potencial criativo que pode ser generalizado na reabilitação.

Os processos artísticos atuam em diversas capacidades humanas, perceptivas, cognitivas, emocionais e motoras. Isto me fez pensar em novas propostas educativas em arte que levem em

conta essas diferentes formas de criar. A valorização da produção em artes visuais das pessoas em tratamento de reabilitação e a reflexão sobre sua forma particular de criar, demanda a elaboração de práticas educativas e terapêuticas em artes que não busquem somente a recondução à normalidade destes pacientes, mas que considerem outras maneiras de pensar, sentir e estar no mundo, que considerem os "inumeráveis estados do ser."¹

Para repensar estas práticas educativas no campo da saúde será necessário refletir sobre o contexto onde elas acontecem e apresentar um breve histórico da Rede Sarah, seus princípios, sua organização e método de trabalho em reabilitação. Também buscarei apresentar as referências principais e pioneiras do trabalho de arte na saúde, em especial na saúde mental, realizadas por Osório César², no Hospital do Juqueri, e por Nise da Silveira³, no Hospital Pedro II, no Engenho de Dentro.

O trabalho de arte em reabilitação é relativamente novo e existem poucas referências na área, o que traz a necessidade de mais pesquisas neste campo de atuação. Este tipo de trabalho teve início na saúde mental, por isso será feita uma revisão breve deste histórico. Na arte e reabilitação no Brasil será utilizada a referência do trabalho de arte desenvolvido na Rede Sarah Rio e das pesquisas das professoras da Rede Sarah, Claudia Simas⁴ e Aline Campelo⁵.

O objetivo desta pesquisa é demonstrar a importância do trabalho de arte na reabilitação de pacientes com doenças neurológicas. Serão apresentados dois estudos de caso em que a arte teve um papel preponderante no processo de reabilitação dos pacientes envolvidos, o primeiro de

¹ A expressão "inumeráveis estados do ser" foi utilizada por Nise da Silveira para falar dos esquizofrênicos e foi título de uma exposição realizada no Museu do Inconsciente, em 1987. Ela desenvolveu esta expressão a partir de um comentário de Artaud (contido no *Cahier d'Art*, 1951) sobre a pintura do surrealista Victor Brauner: "O ser tem estados inumeráveis e cada vez mais perigosos".

² Osório Thaumaturgo César (João Pessoa, 17/11/1895 - Franco da Rocha, 03/12/1979) foi um importante anatomopatologista, psiquiatra e intelectual brasileiro, um dos pioneiros do uso da arte como recurso terapêutico na psiquiatria assim como opositor dos métodos tradicionais e agressivos no tratamento dos pacientes psiquiátricos. Fundou a Escola Livre de Artes Plásticas, no Hospital do Juqueri.

³ Nise da Silveira (Maceió, 15/02/1905 - Rio de Janeiro, 30/10/1999), psiquiatra, reconhecida por humanizar o tratamento psiquiátrico no Brasil, contrária às técnicas de tratamento agressivas da época, como eletrochoque, lobotomia e insulinoaterapia. Trabalhou no Centro Psiquiátrico do Engenho de Dentro onde fundou o Setor de Terapêutica Ocupacional com oficinas de pintura e modelagem, utilizando a arte como processo terapêutico. Fundou o Museu do Inconsciente e a Casa das Palmeiras.

⁴ Claudia Simas: professora de Artes que iniciou o trabalho de arte e reabilitação na Rede Sarah. Fez a dissertação de mestrado "Janelas expressivas: o desenvolvimento da capacidade comunicativa em um indivíduo com afasia", UNB - Instituto de Artes, 2004; e a tese de doutorado "Arte e reabilitação: fazendo brotar a emoção com a ajuda do aparato digital", UNB - Instituto de Artes, 2012.

⁵ Aline Campelo Gama: professora de Artes da Rede Sarah. Fez a dissertação de mestrado "Arte e reabilitação: motivação e afeto", UERJ - Centro de Educação e Humanidades, Instituto de Artes, 2014.

um pacientes com doença de Parkinson⁶ e o outro de um paciente com afasia⁷ em decorrência de um acidente vascular cerebral⁸. Para embasar a análise dos estudos de caso será realizada uma revisão de artigos científicos que abordam a criatividade e a produção artística de indivíduos acometidos por doenças neurológicas.

O paciente com doença de Parkinson (DP) apresentava sintomas compulsivos induzidos pelo uso de medicamentos agonistas dopaminérgicos. Na DP existe um comprometimento dos neurônios dopaminérgicos, que produzem o neurotransmissor dopamina. Este neurotransmissor é responsável principalmente pela regulação dos movimentos, o que faz surgir os principais sintomas da DP. Os agonistas dopaminérgicos são medicamentos que agem sobre os neurônios dopaminérgicos para estimular a produção de dopamina, porém podem causar a desordem de controle do impulso, que são desordens psiquiátricas associadas a dificuldades de resistir a impulsos, causando compulsão por jogos, sexo ou compras. Este comportamento causa grande repercussão na vida dos pacientes.

Após participar dos atendimentos de artes este paciente desenvolveu uma grande habilidade artística com o uso dos materiais utilizados nas oficinas de artes, principalmente na pintura. Existem alguns estudos que relacionam a dopamina ao aumento da criatividade, o que pode explicar em parte o engajamento destes nas atividades de artes. Canalizando o comportamento compulsivo para a produção artística, conseguiu modificar um comportamento que anteriormente impactava sua vida de forma negativa em uma atividade produtiva. Suas pinturas foram expostas na Galeria de Arte do Sarah e depois em outros locais fora do contexto hospitalar e, aos poucos, a atividade artística se tornou sua principal ocupação. Serão utilizados como referência alguns artigos onde é abordada a relação do uso das medicações dopaminérgicas e do aumento da criatividade e da produção artística em pacientes com doença de Parkinson.

⁶ A doença de Parkinson é uma doença degenerativa crônica do sistema nervoso central. Os primeiros sintomas geralmente são motores, como o tremor, a rigidez dos movimentos e a dificuldade para caminhar, mas depois podem envolver aspectos cognitivos e comportamentais, como raciocínio mais lento, sintomas depressivos ou ansiosos, alterações sensoriais e até demência, nos estágios mais avançados.

⁷ As afasias são desorganizações da linguagem, que podem envolver tanto a expressão quanto a compreensão da linguagem falada ou escrita. Está relacionada a danos nas áreas cerebrais especializadas nas funções linguísticas.

⁸ Acidente vascular cerebral (AVC) é uma lesão cerebral causada pela interrupção no suprimento vascular para o cérebro ou para fora dele. Pode ser hemorrágico ou isquêmico. O primeiro ocorre pela ruptura de uma veia ou artéria cerebral e o sangue vaza para os tecidos cerebrais danificando-os, o segundo é um infarto cerebral, quando o suprimento de sangue de uma veia ou artéria cerebral é interrompido e o tecido cerebral privado de sangue sofre uma lesão.

O segundo estudo de caso é sobre um paciente com afasia de Broca, que se caracteriza por uma dificuldade principalmente na expressão da linguagem, com menos comprometimento na compreensão. Este paciente desenvolveu uma grande habilidade no desenho, produzindo principalmente desenhos de observação, mas, neste processo, reelabora a imagem. Este paciente tem muita facilidade para fazer cópias e ampliações de desenhos. Existem alguns estudos que relacionam a afasia à facilidade de percepção visuoespacial, que é a habilidade para perceber os objetos no espaço, e isto facilitaria o desenho dos objetos. O desenho e a pintura se tornaram a principal atividade deste paciente, se tornando mais motivado e melhorando sua percepção em relação a sua autoimagem e ao seu potencial de trabalho. Foi realizada uma exposição de suas pinturas na Galeria do Sarah e, atualmente, também comercializa algumas de suas produções fora daquele ambiente.

A partir dos estudos de caso será desenvolvida uma discussão sobre os benefícios da arte para a reabilitação e para o processo de inclusão das pessoas com doenças neurológicas, buscando elaborar novas práticas terapêuticas e educacionais em artes. As produções em artes visuais dos pacientes em questão, tais como pinturas e desenhos, serão apresentadas e analisadas, assim como o desenvolvimento do seu processo criativo. Será considerada a história pessoal, o desenvolvimento da doença e o processo de reabilitação de cada um. Os pacientes convidados a participar da pesquisa são atendidos na Rede Sarah do Rio de Janeiro no Ateliê de Artes.

1 ARTE E CLÍNICA NO BRASIL

Ao longo da história da humanidade a arte e a clínica tiveram seus caminhos unidos em diversos momentos, de acordo com a configuração sociocultural de cada período. Na história, porém, não caminhamos em linha reta ao longo do tempo, mas em uma espiral. Estes diferentes momentos se atravessam e podem coexistir ou retornar. Utilizarei aqui uma divisão temporal apenas para contextualizar socialmente e politicamente as relações que se estabeleceram entre a arte e a clínica, buscando facilitar a compreensão dos agentes envolvidos nesta relação.

Segundo Foucault (1995), no século XII os árabes já utilizavam a arte nos seus hospitais destinados aos loucos como intervenção para cura da alma, principalmente a música, a dança e apresentações de espetáculos. No século XV, na Europa, surgiram os primeiros hospitais para insanos, onde a tradição da arte estava presente. Isto ocorreu devido à influência árabe das invasões dos mouros na península ibérica. Aliado a isso, o interesse do Renascimento pelos conhecimentos e práticas terapêuticas da Antiguidade, trouxe uma visão das virtudes terapêuticas da arte, atuando na totalidade do ser humano, no seu corpo e alma (LIMA; PELPART, 2007).

No Renascimento a loucura exercia um poder de fascínio, sua desordem era associada como um saber oculto, esotérico, mágico. Ela tinha um caráter de vidência e estava fortemente associada à arte.

Na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação – a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão. Ela perdeu essa função de manifestação, de revelação. (FOUCAULT, 2006, p.163, apud PROVIDELLO, 2013, p. 1517).

Segundo Foucault (1995), a noção de loucura foi se modificando ao longo do tempo e a experiência trágica da loucura foi substituída pela visão crítica desta. A partir do século XVII, o Iluminismo inaugura uma era na qual o pensamento racional e científico tem sua primazia; é o início dos estudos de anatomia e de um saber mais científico em relação ao corpo. Para esta visão de mundo mais racional, a loucura é associada ao que foge à norma, a incapacidade para o trabalho, e por isso vista como um perigo à sociedade. Neste período, ela passa a ser considerada como doença mental, confinada nos hospitais, para assim segregá-la do resto da sociedade, e passa a receber um tratamento moral, de correção. A arte começou então a ser considerada pelo

meio médico como uma fonte de desregramento e ilusões, aspectos estes que contribuiriam para o desenvolvimento da loucura. Foi neste momento que arte e a clínica se separam, quando a arte então é expulsa dos hospitais.

A clínica moderna no seu início se desenvolveu em um universo separado da arte. É apenas no final do século XVIII e início do XIX que a aproximação entre o campo da clínica e da arte voltam a acontecer. A arte neste período busca alargar os limites da sensibilidade para além da supremacia da norma culta europeia e os artistas se voltam para outras formas de arte, para outras linguagens fora do sistema de arte vigente.

O Romantismo do século XVIII retoma a partir da ideia do sublime a relação com o universo do oculto, da religiosidade, do encantamento e das forças sobrenaturais da criação. Segundo Argan (1992, p.14), neste período que surge "o Romantismo histórico, que se contrapõe como alternativa dialética opondo à racionalidade derrotada a profunda e irrenunciável religiosidade intrínseca da Arte." A ideia de sublime também está ligada à noção do artista como gênio, como artista inspirado, "que capta e transmite mensagens ultraterrenas" (ARGAN, 1992, p.19).

A arte então volta a se aproximar do universo da loucura, no que ela tem de visionário e pertencente a uma linguagem distante do racional. No Brasil, é no século XIX que estas aproximações começam a se fazer presentes, primeiro no campo da arte, pelo interesse de alguns artistas pelo universo da loucura.

Assim, as relações entre arte, clínica e loucura passaram a se esboçar a partir da confluência entre dois deslocamentos: de um lado, buscando conquistar uma linguagem, alguns habitantes do mundo da loucura faziam um movimento quase imperceptível - já que oriundo de um espaço de exclusão e silêncio - em direção à criação artística; de outro, alguns artistas, ao se debruçarem sobre a alma humana e suas vicissitudes e buscando ampliar os limites da sua linguagem, voltavam seu olhar para o mundo da loucura. (LIMA; PERBART, 2007, p. 713)

Lima identifica três momentos nos quais a arte e a clínica sofreram atravessamentos no Brasil. O primeiro deles no final do século XIX, período do início das primeiras instituições asilares brasileiras. Quando a arte não era vista como uma atividade terapêutica, mas alguns artistas já se interessavam pelos questionamentos em relação à loucura e aos estados alterados de consciência, sendo Machado de Assis e Qorpo-Santo dois artistas que representam este momento.

O segundo momento compreenderia as primeiras décadas do século XX, quando a terapia ocupacional, a psiquiatria, a psicanálise e a arte moderna brasileira começam e se entrecruzar.

Como representantes deste período, Lima cita Osório César, médico, psiquiatra e crítico de arte, e o artista Flávio de Carvalho.

O terceiro período aconteceu nas décadas de 1940 e 1950, quando ocorre uma importante mudança na relação entre arte e clínica e arte e subjetividade, em que Lima dialoga com Nise da Silveira e Mario Pedrosa.

Pensei em abordar neste trabalho um quarto momento, no qual a arte dialoga com a neurociência, a partir do neurologista Oliver Sacks. Interessados na arte, neurologistas estudam o processo criativo de artistas e pacientes, ao mesmo tempo em que pacientes encontram na arte uma forma de terapia não medicamentosa e a partir de seu envolvimento com a arte transformam seus trabalhos terapêuticos em arte.

1.1 Arte e clínica no século XIX: o anormal e a exclusão

O nascimento das primeiras instituições asilares no Brasil nasce ainda sob o pensamento da clínica moderna, que busca deslocar o olhar da saúde para a normalidade, no qual a medicina se interessa em analisar, codificar e diferenciar os sadios dos doentes. A noção de anormal, segundo Foucault, se origina de pensamento de uma biopolítica, de vigilância e controle das populações, divididas e categorizadas, ele é considerado uma anomalia, um desvio da natureza ou social.

Os hospitais surgem para excluir os ditos anormais, como aconteceu nas colônias e hospitais de leprosos. No Brasil, a vadiagem era considerada como algo perigoso, sendo a ociosidade associada à doença, ao crime e ao vício (MACHADO, 1978, apud LIMA, 2009).

A medicina social se inicia no Brasil com esta função, de organizar a sociedade para evitar a doença, como prevenção e controle, buscando identificar os anormais para separá-los dos normais. Esta ideologia normativa se espalha para as práticas sociais da época.

O pensamento alienista brasileiro se alinha com esta ideologia de medicina social e transforma a loucura em doença, e esta como algo a ser tratado por um conhecimento específico, o médico.

Os hospícios são criados junto com o início da psiquiatria no Brasil, com bases teóricas estrangeiras e levando pouco em consideração o contexto brasileiro. Estes hospitais se tornam locais mais de observação, pesquisas e correção da loucura do que de tratamento efetivo.

O pensamento da loucura como anormalidade era embasado pela obra de Esquirol, que relacionava as paixões à doença mental e desenvolveu a definição de monomania. Esta seria "uma doença caracterizada por um delírio parcial com predomínio de uma paixão. Mediante a noção de delírio parcial é possível fazer coexistir um núcleo patológico no interior de um funcionamento normal da inteligência." (LIMA, 2009, p. 32)

A noção de monomania foi muito utilizada neste período pelos psiquiatras brasileiros. Era também vista como um distúrbio que poderia se manifestar tardiamente em indivíduos considerados normais. Adiante veremos como este pensamento baseou o processo de diagnóstico do dramaturgo e poeta Qorpo Santo.

Tudo que era estrangeiro, diferente, era considerado patológico. Nesta definição, o negro e o estrangeiro são percebidos como anormais e são estes que vão integrar os ocupantes destes primeiros asilos.

O conceito das paixões associado à loucura fez com que as atividades artísticas não tivessem lugar nos hospitais e asilos da época. O tratamento era baseado na lógica do trabalho, na ordenação das atividades e do corpo, em uma pedagogia disciplinar. As oficinas de trabalho nas instituições não foram adequadamente desenvolvidas e, aos poucos, a falta de ocupação e a repressão violenta tomaram conta das instituições.

Nossos manicômios desempenharam quase que desde o início uma tripla função: exclusão da estrangeiridade, exercício pedagógico e moral de (re)educação e disciplinarização dos corpos e prática anatomocirúrgica de tratamento da doença mental, vista como algo relativo ao corpo e nele alojada. (LIMA, 2009, p. 34).

Machado de Assis e Qorpo Santo fazem parte deste período. Ambos abordaram o tema da loucura nas suas obras, quer como tema propriamente ou pela forma da escrita e elaboração dos personagens.

A aproximação da arte em relação aos temas da loucura já é evidente no Romantismo, quando os artistas se interessam por tudo que é estrangeiro ao universo da arte vigente e seus cânones. Eles se voltam para culturas populares, para o Oriente, para estados alterados de consciência e para a natureza.

O interesse por um afastamento da linguagem racional em busca de uma linguagem mais próxima do imaginário e dos sonhos aproximam os artistas do tema da loucura. Este é o deslocamento que o Romantismo realiza, retira o foco da obra de arte para o artista criador. O valor da obra passa a estar associado à expressão da subjetividade do artista.

Machado de Assis, apesar de no início de seu trabalho ter sofrido forte influência do romantismo, se tornará um dos expoentes do movimento realista da literatura brasileira. Porém, é perceptível na construção de seus personagens a carga de subjetividade, em que o narrador é o próprio personagem, com em *Memórias póstumas de Brás Cubas*. Os personagens também apresentam diversas faces de si mesmo, quebrando com a ideia de uma personalidade única, constante e indivisível, racional.

Machado também aborda a questão da loucura como tema no seu conto “O alienista”, no qual consegue traçar um panorama das discussões sobre a loucura na sua época. Mostrando a problematização em torno da loucura e da normalidade, e da ciência enquanto detentora da verdade.

Décadas depois, Nise da Silveira vai encontrar em Machado de Assis a chave para muitos de seus questionamentos acerca da loucura. Ela mesma dizia que para estudar psiquiatria deveria se começar a ler Machado de Assis.

Qorpo Santo foi um escritor, dramaturgo e poeta que só foi reconhecido quase cem anos depois de sua produção. Ele vai trazer a questão da loucura tanto por meio das suas inovações estilísticas e de linguagem quanto na sua triste história de vida.

Ele era um profissional respeitado na sua época até que começou a apresentar uma criação febril, escrevendo diversos textos, desenvolvendo questionamentos sobre a língua portuguesa e propondo inovações, assim como muitos anos depois proporia James Joyce para o inglês. Sua família e seus contemporâneos não o compreenderam e ele passou por diversos processos de avaliação, sendo diagnosticado com monomania.

Este diagnóstico foi muito utilizado nesta época por psiquiatras, e como anteriormente já exposto se refere a manias e delírios com predomínio de uma paixão, que pode se manifestar tardiamente, em indivíduos muito sensíveis, originais e singulares, segundo Machado. Realmente Qorpo Santo era original, tanto que atualmente é considerado um visionário, à frente de seu tempo, que empreendeu grandes inovações na poesia e na dramaturgia.

Mesmo sendo considerado normal nos últimos exames, continuou sob o estigma da loucura e não conseguiu que suas obras fossem aceitas ou publicadas, tendo ele mesmo que montar uma gráfica para publicá-las.

Neste período vemos ainda uma aproximação apenas dos artistas em relação à loucura; a arte ainda está excluída do interesse da clínica.

1.2 Século XX, aproximações entre arte e clínica: Escola Livre de Artes do Juqueri, Osório César e Flávio de Carvalho

No início do século XX acontece uma maior aproximação entre arte e clínica, ou melhor, um maior interesse da clínica pelo campo das artes. Alguns psiquiatras se interessaram pelas criações artísticas de seus pacientes, assim como alguns artistas modernos buscavam renovar a arte a partir do contato com estas produções. Porém, o olhar sobre estas produções era muito diferente nestes dois grupos.

No final do século XIX e início do século XX, alguns psiquiatras europeus organizaram coleções com as imagens produzidas pelos pacientes com doenças mentais. Na Itália, em 1880, no asilo de San Benedetto, em Pesaro, por Dr. L. Frigero, buscando nas expressões dos pacientes similaridades entre o produto artístico e as condições mentais para exemplificar as categorias de diagnósticos. Depois, também na Itália, o psiquiatra Cesare Lombroso na mesma época organizou uma coleção e um livro *L'uomo di genio* [O homem de gênio] que também buscava a expressão dos sintomas das patologias nos trabalhos de arte dos pacientes como mais uma estratégia de diagnóstico.

Na perspectiva da clínica se buscava interpretar e patologizar estas produções de artes, buscando características que pudessem ser utilizadas para classificar cada tipo de arte ali produzida para assim auxiliar no diagnóstico dos pacientes, não havia um interesse estético e em relação à linguagem do que era produzido.

Dois psiquiatras vão modificar um pouco esta abordagem, percebendo na produção dos pacientes interesses estéticos, primeiro Marcel Réja, depois Hans Prinzhorn. Marcel Réja é o pseudônimo do Dr. Paulo Meunier, que além de médico é um crítico de arte, foi o primeiro a

valorizar a expressão artística dos pacientes psiquiátricos do ponto de vista da crítica de arte. Ele escreveu um livro sobre o tema *L'art chez les fous: le dessin, la prose, la poésie* [A arte entre os loucos: o desenho, a prosa, a poesia], em que busca compreender o processo de criação, estabelecendo paralelismos entre a arte dos doentes mentais, dos povos primitivos, das crianças e dos artistas *naifs*, ampliando a noção da arte convencional. Ele buscava "investigar a própria origem do impulso criativo". (FREITAS; AMARANTE, 2018, p. 507)

Prinzhorn organizou uma das maiores coleções de arte de pacientes psiquiátricos, reunindo trabalhos de diversos hospitais da Europa. Em 1919, ele foi trabalhar na Clínica Heidelberg. Lá já existia um acervo de imagens para finalidades didáticas e Prinzhorn foi encarregado de ampliar este acervo. Ele reuniu cinco mil obras de pacientes que, na sua maioria, não tinham formação prévia em artes, de diversos hospitais da Europa. Porém, ele não seguiu o projeto inicial de formar o acervo para investigação científica. Ele identificou nas produções dos pacientes grande valor estético, separando as obras segundo este critério, das formas menos elaboradas às mais sofisticadas.

Desenvolveu um estudo sobre este acervo intitulado *Bildneri der Geistestkranken*, traduzido para o francês como "Expressions de la folie: dessins, peintures, sculptures d'asile" [Expressões da loucura: desenhos, pinturas, esculturas asilares], e em inglês "Artistry of the Mentally Ill" [Artisticidade dos doentes mentais]. Neste livro ele busca apresentar os trabalhos dos doentes não como arte, para não gerar um juízo de valor, para se afastar da discussão do que é ou não arte. Os termos que ele escolhe em alemão para o título se referem à expressão, a formar, dar forma, e que esta necessidade de criar, de dar forma, é presente em todos os seres humanos, quase como uma necessidade. Desta maneira ele busca romper a barreira que separa o são do insano.

Eu seu texto, no final do livro, ele fala sobre as impressões do público que visitou a coleção:

[...] todos os visitantes profundamente preocupados pelos problemas da criação artística, ou simplesmente pela psicologia do que está fora da norma, se interessaram com uma extraordinária intensidade muito particularmente com as obras mais estranhas. Entre aqueles que eram artistas, alguns, tanto as pessoas moderadas, quanto os expressionistas convencidos se absorveram no estudo das singularidades dessas obras, admiraram sem reservas um grande número de peças e rejeitaram outras, sem imaginar de maneira alguma uma distinção entre o sano e o doente. (PRINZHORN, apud FREITAS; AMARANTE, 2018, p. 512)

O livro de Prinzhorn terá muita influência para os artistas modernos da época, dentre eles Max Ernst e Paul Klee. Klee percebe a importância da arte dos doentes mentais para a renovação da arte moderna e em seu diário ele faz um comentário sobre a arte deles:

Porque estes são os inícios primitivos da arte, tal como se costuma encontrar nas coleções etnográficas ou em casa, no quarto das crianças. Não te rias, leitor! Também as crianças têm capacidade artística, e há sabedoria em que a tenham. Quanto mais desvalidos são, mais instrutivos são os exemplos que nos oferecem; e devem ser mantidos livres de corrupção desde pequenos. As obras dos doentes mentais oferecem-nos exemplos paralelos; nem "conduta infantil" nem "loucura" são aqui palavras insultantes como costumam ser. Tudo isso tem que ser tomado muito a sério, mais sério que todas as galerias públicas quando se trata da reforma da arte atual. (KLEE, 1912, apud, GRAMARY, 2005, p48)

Klee aproxima a arte dos doentes mentais da arte das crianças. Ele vê na arte das crianças os primeiros atos de pensamento, um pensamento por imagens e não por conceitos, assim como a dos loucos; era esta forma de pensamento que interessava para ele.

Marx Ernst, artista surrealista, busca ir além das pinturas, buscando outros procedimentos artísticos, como a fotocoloragem e a frotagem, também vai se interessar pela arte dos pacientes psiquiátricos. Ele leva o livro de Prinzhorn para a França e influencia os Surrealistas, que buscavam os processos primários do automatismo e o transe, situados no inconsciente, muito similares às operações psicóticas da loucura (GRAMARY, 2005).

Prinzhorn também será um referência muito importante para os psiquiatras brasileiros interessados nas relações entre arte e loucura, como Osório César e Nise da Silveira. Segundo Nise, ele é o primeiro a identificar nas obras dos doentes uma capacidade de criação inerente a todos os indivíduos, desfazendo a separação entre a produção de arte dos doentes e das pessoas ditas normais.

Vale destacar também as importantes contribuições de Sigmund Freud, o pai da psicanálise, para este diálogo entre arte e clínica, e a importância do processo de criação em artes. Freud vai desenvolver a noção de inconsciente, e percebe no processo de criação fortes relações com o processo da psicanálise de trazer à tona os conteúdos inconscientes.

Porém, ele afirma várias vezes que sua preocupação não é estética, mas em relação "às qualidades do sentir" (FREUD, ano1990, p.275, apud LIMA, 2009,p.69). Seu interesse está mais voltado para o que move o artista a criar, suas motivações e sentimentos e como o público percebe, interpreta e sente essas obras. Apesar de seu interesse pela arte, ele considera a arte e a psicanálise como pertencentes a campos distintos.

Sua principal referência é a literatura. Ele considera que os grandes criadores são quem melhor conhecem a alma humana, principalmente os escritores. A partir de seu interesse pela escrita, ele resolveu investigar o processo de criação e de fruição das obras literárias.

Para a psicanálise o processo de criação seria um produto psíquico, no qual o artista, tentando apaziguar seus desejos, daria forma a sua criação. O material que daria origem às obras seria proveniente da história pessoal de seu criador. A interpretação também teria este viés de buscar desvendar o que estava por trás das obras, buscando relações com a história pessoal do artista. O importante também era perceber como o autor converteu esta história pessoal na obra, isto é, como se daria o processo de criação. Freud será também outra forte influência para os artistas surrealistas, que vão buscar no processo de livre associação de ideias e imagens que a psicanálise propõe, os procedimentos da escrita automática e da livre associação de imagens.

No Brasil, Osório César era músico, psiquiatra e crítico de arte. Trabalhou por quarenta anos no Hospital de Juqueri a partir da década de 1920 e é um dos primeiros psiquiatras a introduzir a atividade de artes nos hospitais psiquiátricos. Ele inicialmente se interessa pela produção espontânea que os pacientes realizam nos pátios do hospital, percebendo nestas produções parentescos com o que os artistas modernos estavam fazendo naquele momento.

Em 1929 Osório César publicou *A expressão artística dos alienados*, no qual ele realizou um estudo dos trabalhos feitos pelos pacientes buscando comparar a arte dos alienados com a das crianças e primitivos. Ele se inspirou na leitura de Prinzhorn, mas a sua forma de interpretação das obras se aproxima mais de suas leituras de psicanálise de Freud. Neste livro ele desenvolve um quadro de classificação da arte dos alienados e faz uma correspondência entre as doenças mentais e a manifestação artística característica.

Ele divide em quatro grupos: 1) arte do primitivo; 2) arte do primitivo ou arcaica; 3) arte clássica ou acadêmica; 4) arte de vanguarda. Nos dois primeiros ele relaciona com a arte primitiva, percebendo simbolismos primitivos, que para ele apresentam elementos relativos a estágios de regressão, em consonância com a visão da psicanálise. No terceiro grupo, as obras acadêmicas ou clássicas, seriam pobres em simbolismos, ele comparava a arte acadêmica, comum, não suscitando interesse para ele. Já o quarto grupo, ele também considera como um tipo de arte simbólica e a relacionava com as vanguardas artísticas da época, que ele percebia como

sendo em especial o futurismo⁹. Este era seu foco de interesse e dedicou um capítulo inteiro de seu livro ao tema.

A estética futurista apresenta vários pontos de contato com a dos manicômios. Não desejamos com isso censurar essa nova manifestação de arte; longe disso. Acharo-la até muito interessante, assim como a estética dos alienados. Ambas são manifestações de arte e por isso são sentidas por temperamentos diversos e reproduzidas com sinceridade. (CESAR, 1925, p. 117, apud ANDRIOLO, 2003, p. 77)

A análise de Osório vai se manter vinculada aos textos psicanalíticos: ele percebe nas obras dois conteúdos, um manifesto, que é o lado estético da obra, sua forma, técnica utilizada; e o outro latente, que é seu lado simbólico, que diz respeito à fantasia e à vida íntima do artista.

Osório frequenta os círculos dos intelectuais e artistas da época e, em 1933, ele participa de uma exposição organizada por Flávio de Carvalho, no Clube dos Artistas Modernos, "Semana dos Loucos e das Crianças", onde expõe o trabalho dos internos do Juqueri e dá uma palestra com o tema "Estudo comparativo entre a arte de vanguarda e a arte dos alienados".

O Clube dos Artistas Modernos é fundado em 1932 por Di Cavalcanti, Antonio Gomide e Flávio de Carvalho. Este último tem muito interesse pelas produções marginais, se interessando pela arte das crianças e dos loucos. Ele escreve dois artigos sobre o tema: "Crianças artistas, doidos artistas" (CARVALHO, 1933) e "A única arte que presta é a arte anormal" (CARVALHO, 1936).

No final dos anos 1940, Osório César cria a Seção de Artes Plásticas do Juqueri, que depois se transforma na Escola de Artes Plásticas do Juqueri. Esta escola tinha foco na profissionalização em arte, com um pensamento próximo da terapia ocupacional, buscando a partir da atividade artística uma potencialização da loucura e não sua disciplinarização, dando vazão aos impulsos criativos dos pacientes.

Ele realiza diversas exposições com os trabalhos dos internos e forma um acervo catalogado das obras. As exposições têm grande repercussão no círculo artístico da época. Em 1954 realiza a Exposição dos Artistas Plásticos do Hospital do Juqueri, no Museu de Arte de São Paulo. Sobre a exposição escreve Menotti del Picchia:

Aquilo que muito pintor desesperadamente procura... o louco atinge sem o mínimo esforço. Estes ficam artificialmente loucos para obter os valores plásticos que aqueles, justamente por ser loucos, alcançam. É claro que atingem esta perfeição com muito mais

⁹ Osório César usa o termo futurismo como uma generalização para falar sobre a arte moderna de sua época, não se refere especificamente ao movimento futurista na arte.

propriedade que os normais. (MENOTTI DEL PICCHIA, 15 abr. 1954, apud LIMA; PELBART, 2007, p. 720)

Além de introduzir a arte como forma de tratamento no Hospital do Juqueri, Osório César contribuiu para uma maior aproximação dos artistas modernos brasileiros desta arte produzida nos hospitais psiquiátricos, assim como para uma valorização desta produção enquanto arte. Porém, a grande mudança nas relações entre arte e clínica vão ocorrer no trabalho desenvolvido por Nise da Silveira no Hospital de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro.

1.3 Nise da Silveira e o Museu do Inconsciente

Nise da Silveira, médica e psiquiatra, foi uma das responsáveis pela introdução de uma visão mais humanista em relação aos tratamentos destinados aos pacientes psiquiátricos.

Formada em 1933 em Psiquiatria, vai trabalhar no Hospital da Praia Vermelha, no Serviço de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental. Nos anos 1930 militou no Partido Comunista, mas acabou sendo expulsa deste, acusada de trotskismo. Em 1936 é presa, depois de uma denúncia feita por uma enfermeira, devido a sua afinidade com as ideias comunistas. Fica presa por 18 meses no presídio Frei Caneca e lá conhece Graciliano Ramos, que a coloca como uma de suas personagens no seu livro *Memórias do cárcere*.

Depois de sair da prisão, fica de 1936 a 1944 na clandestinidade, afastada do exercício da psiquiatria. Neste período estuda os livros de Spinoza, o que depois transforma no livro *Cartas a Spinoza*. Estas leituras vão inspirar sua forma de tratamento com os doentes mentais a partir do afeto.

Em 1944 é reintegrada ao serviço público e inicia seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II. Contrária às formas de tratamento destinadas aos pacientes psiquiátricos da época, como o eletrochoque, a lobotomia e o choque insulínico, ela é encaminhada para dirigir o setor de Terapia Ocupacional do Hospital. A terapia ocupacional nesta época era vista como uma atividade menor, destinada a entreter os pacientes ou fazer com que eles auxiliassem na manutenção da estrutura hospitalar.

O primeiro espaço que ocupou foi uma sala utilizada como espaço de costura. Até então este setor desenvolvia atividades com os pacientes ligadas à manutenção da estrutura hospitalar,

como a limpeza das enfermarias ou conserto de instalações: era uma forma de ocupar os pacientes com alguma atividade, mas ao mesmo tempo se apropriar da sua força de trabalho. As atividades desenvolvidas não eram consideradas como terapêuticas. Nise, então, criou no STOR (Setor de Terapia Ocupacional) diversas oficinas buscando um fundamento terapêutico em cada uma delas.

Dividas em quatro grupos: que envolvem esforço característico do trabalho (marcenaria, sapataria, encadernação, cestaria, costura, jardinagem etc.), expressivas (pintura, modelagem, gravura, música, dança, mímica, teatro etc.), recreativas (jogos, festas, cinema, rádio, televisão, esportes, passeios etc.) e culturais (escola, biblioteca, etc.). Essa divisão obedece ao tipo de atividade que se efetua e o objetivo que se deseja alcançar. (MELO, 2001, p. 71).

As atividades deveriam ser prescritas pelos médicos de acordo com o tratamento que o paciente necessitasse, buscando assim que a terapia ocupacional fosse vista como uma forma de tratamento e não de recreação. Como o encaminhamento para as oficinas era feito pelos médicos e estes não apoiavam o trabalho do STOR, muitas das oficinas foram fechadas por falta de participantes. Dentre as oficinas que permaneceram as que mais se destacaram foram as de modelagem e pintura. As oficinas expressivas foram o foco do trabalho de Nise, que no princípio eram vistas como uma via de acesso ao mundo do psicótico.

As atividades expressivas, que antes tinham como objetivo acessar o universo dos pacientes, foram se transformando em uma forma de tratamento. A partir do estudo de Jung, Nise percebeu que estas atividades eram terapêuticas no próprio ato de execução, quando os delírios e a alucinação ganhavam formas nas cores e nas pinceladas ou no barro modelado, perdendo assim "seu caráter terrificante".

O trabalho de artes proporcionou aos pacientes, na sua maioria esquizofrênicos, a possibilidade de expressar os processos psíquicos que estavam passando, a elaborá-los a partir do fazer artístico e, ao mesmo tempo, criou uma via de acesso para que os terapeutas que os acompanhavam conhecessem e percebessem seus processos psíquicos de uma outra forma.

Nise identificou imagens recorrentes em algumas pinturas: eram imagens circulares que se organizavam a partir de um centro. Ela buscou compreender estas imagens aproximando-se da Psicologia Analítica de Jung, que trabalha com o simbolismo e a criatividade.

Ela então, em 1954, escreveu para Jung falando de suas percepções daquelas pinturas e enviou algumas fotos destes trabalhos que os pacientes criavam espontaneamente. Ela percebia nas pinturas a busca por uma integração em indivíduos supostamente cindidos pela esquizofrenia.

Jung respondeu que se tratavam de mandalas e que estas imagens eram uma tentativa de reorganização do caos interior em torno de um centro. Esta palavra "em sânscrito significa círculo mágico, representam uma compensação inconsciente para a provável vivência de caos consciente." (MELO, 2001, p.78) Ela age como um símbolo ordenador da psique.

Este é o início de uma relação entre Nise e Jung. Ela vai encontrar novamente o psiquiatra em 1957, em Zurique, no II Congresso Mundial de Psiquiatria, e em sua casa no mesmo ano. É então que Jung a orienta a estudar mitologia, antropologia e história da arte, para compreender os símbolos presentes na criação dos pacientes. Jung ajudou Nise a perceber esta busca da psique por uma reorganização a partir das imagens produzidas, das imagens arquetípicas e dos símbolos.

As imagens do inconsciente, objetivadas na pintura, tornavam-se passíveis de uma certa forma de trato, mesmo sem que houvesse nítida tomada de consciência de suas significações profundas. Lidando com elas, plasmando-as com as próprias mãos, o doente as via agora menos apavorantes a até inofensivas. Ficavam despojadas de suas fortes e desintegrantes cargas energéticas. (SILVEIRA, s/d, p. 32, apud LIMA, 2009, p. 141)

A partir do estudo da mitologia um novo universo de compreensão dos processos psíquicos se abriu para Nise e ela iniciou um Grupo de Estudos Junguiano. O interesse dela era acompanhar o processo de cada paciente, sua forma de fazer, sua maneira de se relacionar com os materiais e as imagens que emergiam deste processo.

Em 1952, Nise fundou o Museu do Inconsciente para guardar o acervo das imagens produzidas pelos pacientes com objetivo de estudar e acompanhar os processos psíquicos e seus desdobramentos, mas o museu foi muito além disso. Se tornou, como diria Mario Pedrosa:

mais do que um museu, pois se prolonga de interior a dentro até dar num *atelier* onde artistas em potencial trabalham, criam, vivem, e convivem. (PEDROSA, 1980, p. 10, apud SILVEIRA, 1992, p. 18)

Os trabalhos dos pacientes participaram de diversas exposições, inclusive no II Congresso Mundial de Psiquiatria. Jung estava presente e chama a atenção de Nise para o fato destes trabalhos serem muito diferentes dos trabalhos expostos por outros hospitais psiquiátricos. Ele então se interessa em saber em qual ambiente eram produzidos. Ela então responde que buscava reproduzir um ambiente acolhedor nos ateliês onde os pacientes eram livres para escolherem os materiais e em seu processo de criação.

Os profissionais que trabalhavam com Nise nos ateliês não eram chamados de professores ou terapeutas, eram chamados de colaboradores. Como não havia capacitação específica para este

tipo de trabalho, a própria Nise promoveu cursos para aqueles interessados. A questão do afeto era fundamental na relação dos colaboradores com os pacientes, e ela chamava os colaboradores de catalisadores de afeto.

"Difícilmente qualquer tratamento será eficaz se o doente não tiver ao seu lado alguém que represente um ponto de apoio sobre o qual ele faça investimento afetivo" (SILVEIRA, 1981, p. 69, apud MELO, 2001, p. 98)

Alem do trabalho com as artes, Nise realizou processos terapêuticos a partir do cuidado de animais, o animal como co-terapeuta, o animal também seria um catalisador de afeto. Era baseado no afeto desenvolvido no processo do paciente em cuidar dos animais; o mesmo se deu no setor de jardinagem, com o cuidado com as plantas.

As atividades se integravam, sendo o jardim utilizado como fonte para pinturas e desenhos, onde o paciente se abria para o mundo exterior por meio do desenho de observação e do contato com a natureza.

Buscando estabelecer uma ponte entre o hospital e a vida em sociedade, em 1956 ela funda, junto com Maria Stela Braga, Belah Paes Leme e Lygia Loureiro, a Casa das Palmeiras. O trabalho na casa, assim como o do hospital, era baseado na terapia ocupacional e nas atividades expressivas. Os atendimentos, porém, eram ambulatoriais, ela também funcionava como um lugar de convivência onde o ambiente era de afetividade, onde as relações entre os monitores e os clientes eram mais horizontais. A Casa das Palmeiras é um importante marco no tratamento dos pacientes psiquiátricos e é um precursor dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para pacientes ambulatoriais, visando diminuir a reincidência de internações.

Os trabalhos nos ateliês, tanto da Casa das Palmeiras quanto do Hospital Pedro II, tinham o foco na interação com os materiais:

"Um dos temas teóricos preferidos por nós é o da natureza dos materiais usados nas atividades e as variações de adaptação e de preferência dos clientes pela manipulação desses materiais." (SILVEIRA, 1986, p. 14, apud MELO, 2001, p. 103).

A este processo Nise chamou de "a emoção de lidar". Este termo ela pegou emprestado de uma paciente, cliente como Nise preferia chamar, da Casa das Palmeiras que, após fazer um gato de lã, escreveu:

"Gato, simplesmente angorá do mato/ Azul olhos nariz cinza/ Gato marrom/ Orelha castanho macho/ Agora rapidez/ Emoção de Lidar" (SILVEIRA, 1986, p. 19, apud MELO, 2001, p. 103)

Para Nise, muito mais importante que um resultado do entalhe em madeira, por exemplo, a obra produzida, era a interação do paciente com o material, a percepção dos veios da madeira, seu cheiro, sua textura, o trabalho era fruto dessa percepção, da relação com o material.

Um dos colaboradores no ateliê de pintura do STOR, no Hospital Pedro II, foi o artista plástico Mavignier, e foi quem iniciou o trabalho de pintura com os pacientes lá. Ele foi quem ajudou Nise a montar o ateliê de pintura. Nas suas oficinas de pintura a proposta era de estimular a criatividade de forma a interferir o mínimo possível no processo de cada paciente, apenas dar o instrumental necessário para o desenvolvimento do trabalho a partir da aprendizagem básica das técnicas de pintura.

Além de Jung, Mavignier é muito importante para o desenvolvimento da visão de Nise da arte como processo terapêutico, e também vai contribuir para a relação do trabalho do ateliê e do Museu do Inconsciente com o meio artístico da época. Ele vai apresentar o trabalho realizado por Nise para Mario Pedrosa, Abraham Palatnik e Ivan Serpa.

A parceria com estes artistas e com o crítico de arte foi muito importante para mudar a percepção do meio artístico em relação ao trabalho dos pacientes. Eles perceberam a grande potência de alguns trabalhos, a qualidade estética, e assim a possibilidade que aquelas pessoas, vistas como incapazes, rejeitadas pela sociedade, também tinham de produzir obras de arte.

A produção de alguns pacientes foi vista por críticos de arte como dotadas de grande valor artístico. Mario Pedrosa foi um destes críticos para quem a arte dos alienados despertou grande interesse. Ele escreveu diversos textos sobre este trabalho publicados no *Correio de Manhã* entre 1947 e 1950.

Mario Pedrosa defendeu o valor estético da expressão plástica dos pacientes do Engenho de Dentro. Para ele essas eram um tipo de "arte virgem", que não está ligada a convenções acadêmicas ou a escolas de artes. "Trata-se de uma arte que pertence a todo ser sensível, como estes que além de artistas são alienados" (FRAYZE-PEREIRA, in DIONISIO, 2012, p. 13).

A respeito da exposição das pinturas dos pacientes de Nise no Ministério da Educação e Saúde, em 1947, Mario Pedrosa publica no *Correio da Manhã* o texto "Arte, necessidade vital", onde ele coloca que a vontade de arte se manifesta em qualquer ser humano, independente de sua etnia, nacionalidade ou raça, de ser "letrado ou iletrado, equilibrado ou desequilibrado" (PEDROSA, 1947, p. 55).

Ele reconhece nas pinturas expostas seu valor artístico. Para o crítico de arte a natureza artística não acontece para aqueles que estão demasiadamente adaptados ao meio, é necessário que "reapareça o influxo das influências subjetivas" (PEDROSA, 1947, p. 58).

A consciência, ao enfraquecer-se, tende a deixar escapar as representações que povoam a mente com uma presença obsedante. É quando, então, surge aquela tendência à exteriorização que coloca essas representações fora da própria consciência, como se fossem de um sujeito estranho. Nas crianças, e sobretudo nas personalidades mentalmente perturbadas, essa representação é profundamente interiorizada; daí a necessidade de exteriorização poder tornar-se, por isso mesmo, insuportável. Mesmo quando em simples função terapêutica, tal o caso da atividade artística dos expositores que ora nos interessam, essa atividade pode levar as obsessões até a sublimação, como se vence um inimigo, dando-lhes expressão plástica. E fica, ainda, do processo elaborativo, o documento da exteriorização, suscetível de ser isolado e apreciado na sua qualidade de expressão artística intrínseca. (PEDROSA, 1947, p. 58)

O trabalho dos pacientes do Museu do Inconsciente foi exposto em vários museus no Brasil e no mundo, não se limitando ao campo da psiquiatria o importante e revolucionário trabalho de Nise da Silveira, mas se ampliando ao universo da arte, alargando os conceitos do que é arte, tanto para críticos quanto para artistas.

Para os pacientes psiquiátricos resgatou sua humanidade, mostrando que mesmo pessoas consideradas extremamente debilitadas pela sociedade têm enorme potencial criativo e também são capazes de criar obras de arte. Para Nise, isto mostrava o quanto tínhamos a aprender com estes indivíduos ditos loucos.

Aprendi muito com os loucos e isto vem a atrapalhar um pouco o conceito de razão. Fala-se na fonte da sabedoria e na fonte da loucura. Mas elas não são duas. Não há fontes separadas, está tudo muito próximo. De vez em quando uma pessoa ajuizadíssima comete um ato de loucura que, felizmente, diz muito a ela própria sobre sua forma de viver. (SILVEIRA, apud MELLO, 2014, p. 45)

2 ARTE E REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA

No capítulo anterior abordamos a relação entre arte e clínica, tendo como referência a psiquiatria. A medicina de reabilitação tem uma história diferente da psiquiatria, ela é uma especialidade médica nova, que surgiu depois da Segunda Guerra Mundial para tratar dos soldados com sequelas da guerra. Ela envolve tanto a parte da fisioterapia e ortopedia, como as doenças neurológicas.

A escolha por apresentar um breve histórico das relações entre a arte e a psiquiatria se deve ao fato de ter sido a partir desta que a arte começou a se relacionar com o universo da saúde e é a partir deste campo que se formou grande parte da teoria e prática da arte como processo terapêutico.

São quatro fatores que contribuem para o nascimento da medicina de reabilitação: as duas grandes Guerras Mundiais, o processo de industrialização e rápido crescimento urbano com suas epidemias e os acidentes de trabalho.

Os hospitais de reabilitação geralmente são formados por uma equipe multiprofissional, que vai atuar no sentido de tentar restituir o indivíduo a sua saúde para que seja reintegrado à sociedade e ao universo do trabalho.

Neste capítulo será apresentado apenas um recorte da história dos hospitais de reabilitação no Brasil, a partir da história de Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

2.1 Rede Sarah

A Rede Sarah é o local onde é desenvolvido o trabalho de Artes desta pesquisa. Foi criado como um serviço público em reabilitação, em Brasília, no ano de 1960. Atualmente é uma rede de hospitais de reabilitação que atende pacientes nas especialidades de Ortopedia, Pediatria do Desenvolvimento, Reabilitação Neurológica, Neurocirurgia, Genética Médica, Cirurgia Plástica, Oncologia e Neuroreabilitação em Lesão Medular. Atualmente tem unidades nas cidades de Brasília, São Luís, Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Macapá, Belém e Rio de Janeiro. Os

princípios abaixo são os que permeiam a Rede Sarah e estão impressos na entrada de cada hospital da rede:

Criar uma rede de neuroreabilitação que entenda o ser humano como sujeito da ação e não como objeto sobre o qual se aplicam técnicas.

Trabalhar para que cada pessoa seja tratada com base no seu potencial e não nas suas dificuldades.

Vivenciar o trabalho multidisciplinar em saúde como um conjunto de conhecimentos, técnicas e atitudes unificadas, destinadas a gerar um processo de reabilitação humanístico.

Transformar cada pessoa em agente de sua própria saúde.

Atuar na sociedade para prevenir a incapacidade, combatendo, ao mesmo tempo, preconceitos quanto às limitações e diferenças, pois o que caracteriza a vida é a infinita variação da forma que no tempo muda.

Valorizar a iniciativa inovadora e a troca de experiências, no ensino e na pesquisa, estimulando a criatividade de pessoas e grupos, gerando conhecimento.

Melhorar a qualidade dos serviços prestados a um número cada vez maior de cidadãos, através da eficiente aplicação dos recursos e da continuada qualificação dos seus recursos humanos.

Restituir ao cidadão brasileiro, com serviços qualificados de saúde e de reabilitação, os impostos que por ele foram pagos.

Viver para a saúde e não sobreviver da doença.

O último princípio "Viver para a saúde e não sobreviver da doença" é o que rege todo o trabalho lá realizado pelos profissionais e a relação destes com o paciente.

A Rede Sarah surgiu em Brasília, em 1960, como Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek. Era uma pequena unidade de reabilitação pediátrica que foi inaugurada pelo então presidente Juscelino Kubitschek. Este centro era administrado pela Associação das Pioneiras Sociais, criada em 1956 como uma sociedade civil de utilidade pública, pelo decreto nº 39.865 em 29 de agosto de 1956, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e de desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde em cooperação com o Poder Público.

Em 1968 Aloysio Campos da Paz, médico e ortopedista, é convidado para administrar este centro de reabilitação a partir das ideias inovadoras que ele desenvolveu nos seus estudos em ortopedia e reabilitação em Oxford. No ano seguinte, o centro de reabilitação é ampliado e passa a funcionar atendendo pacientes em reabilitação para problemas neurológicos e do aparelho locomotor, funcionando também como hospital cirúrgico. Passa a atender adultos e se torna referência neste tipo de atendimento para pacientes das diversas regiões do Brasil, principalmente das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Fundador da Rede Sarah, Aloysio Campos da Paz, além de médico, era um profissional que se preocupava com os problemas e questões relativas ao funcionamento do sistema de saúde no Brasil. Para ele "não se simplifica aquilo que não se conhece" (CAMPOS DA PAZ, 2002). Na sua visão o conhecimento vinha sempre antes da tecnologia e o mais importante era a abordagem clínica, estudar caso a caso cada paciente.

Publicou ao logo da vida quatro livros e diversos artigos para jornais e revistas. Seu livro *Remando contra a maré* (1995) é uma compilação destes artigos em que ele esmiúça a situação do sistema de saúde brasileiro, criticando as condições de trabalho e o regime de trabalho no setor, assim como as instituições de saúde e as relações entre o setor privado e público. No livro *Tratando doentes e não doenças* (2002) ele expõe sua visão da medicina centrada no paciente e seu contexto, vendo o ser como uma visão mais ampla e não apenas abordando a doença. Escreveu, junto com a atual diretora da Rede Sarah, Lucia Willardino Braga, o livro do *Método Sarah de Reabilitação baseada na família e contexto da criança com lesão cerebral* (2008) em que é abordado o método de neuroreabilitação utilizado na rede. Este livro se tornou referência internacional em neuroreabilitação infantil, traduzido também para o inglês. Seu último livro *Percorrendo memórias* (2010) é uma autobiografia com o contexto brasileiro e de sua geração como pano de fundo, sendo este também um dos temas, pois Campos da Paz era um homem comprometido com as questões não só de saúde, mas da política brasileira e de seu tempo.

Em 1976 é aprovado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República e pelo Ministério da Saúde o projeto de um futuro hospital de reabilitação que, além de prestar atendimento à população, será um centro de recursos humanos com objetivo de desenvolver técnicas e equipamentos para reabilitação visando o desenvolvimento futuro de uma rede nacional de hospitais desta especialidade. No ano seguinte começa o processo de formação da equipe de profissionais que irá atuar neste projeto.

Em 1979 o sistema de trabalho no Sarah passa a ser de tempo integral e, posteriormente, de dedicação exclusiva. Esta forma de trabalho buscava acabar com a dupla militância, termo utilizado para se referir aos profissionais que trabalhavam na rede pública e na rede privada de saúde. Esta era uma das grandes críticas de Campos da Paz para a ineficiência do sistema público: os funcionários precisavam se sobrecarregar em diversos empregos dando prioridade à rede particular em detrimento do trabalho na rede pública. O trabalho com dedicação exclusiva e o serviço prestado e as condições de trabalho pra o profissional de saúde.

Em 1980 o prédio novo da Sarah de Brasília é inaugurado pelo então Presidente da República. Este hospital e centro de reabilitação com seu espaço expandido dá início ao projeto da Rede Sarah.

A ampliação da Rede Sarah foi possível a partir da aprovação, em 1991, do Projeto de Lei que transformou a antiga Fundação das Pioneiras Sociais em Associação. No final deste mesmo ano, a União Federal e a Associação das Pioneiras Sociais assinam o primeiro contrato de gestão do Brasil, que será fiscalizado pelo Tribunal de Contas da União. Um Conselho de Administração, formado por membros do Conselho Comunitário da antiga Fundação, fica a cargo das decisões da então Associação das Pioneiras Sociais.

A preocupação de Campos da Paz relacionadas ao sistema de saúde brasileiro e ao regime de trabalho neste setor, aliado a um estudo profundo destas questões, possibilitou que ele criasse a primeira unidade de saúde pública brasileira administrada por uma associação, além disso com trabalho em tempo integral e com dedicação exclusiva. A questão desta forma de trabalho era primordial para o projeto da Rede, no qual se primava pela excelência no trabalho, pelo comprometimento com o projeto da Rede. Ele muitas vezes falou para seus funcionários que trabalhar no Sarah não era um emprego, mas uma missão de vida.

A partir de 1993 ocorre a ampliação da Rede Sarah para outros estados, com a inauguração da Unidade de São Luís do Maranhão, em 1994 da Unidade de Salvador, em 1997 do Sarah Belo Horizonte. O reconhecimento internacional se dá a partir da participação e de sediar conferências e congressos internacionais, como o congresso International Brain Injury Association, The Year 2000 Conference on Brain Injury, que aconteceu no Sarah Brasília, em 2000.

A primeira unidade inteiramente votada para neuroreabilitação foi inaugurada em Fortaleza, em 2001. Neste mesmo ano, o Sarah Brasília sedia a 24^a Conferência da Sociedade Internacional de Neuropsicologia (24th Annual Mid-Year Meeting), ampliando o intercâmbio com outros centros de pesquisa internacionais.

Em 2002 é inaugurado no Rio de Janeiro o Centro de Reabilitação Infantil, na Ilha da Pombeba. Depois foi transformado em Centro Internacional de Neurociências e Neuroreabilitação, voltado para a reabilitação neurocognitiva e com uma área destinada à prática de esportes em contato com a natureza.

É muito importante ressaltar a preocupação com a construção dos hospitais da Rede Sarah, que começa na escolha do local onde será erguido, assim como todo o processo que envolve a construção deste. Os terrenos geralmente eram doados e o conceito de um hospital integrado à natureza também importava na escolha dos locais de construção. O arquiteto que criou os projetos da Rede Sarah foi João Filgueiras Lima, mais conhecido como Lelé, integrante da geração de arquitetos modernos brasileiros, ele repensa o hospital com uma arquitetura feita para curar, buscando um conceito de humanização na arquitetura, além de se preocupar com a integração da arte no projeto. Nos prédios é possível apreciar painéis de Athos Bulcão, assim como as próprias construções, com linhas harmoniosas criando um ambiente interessante esteticamente.

Figura1 - Painel de azulejo de Athos Bulcão na unidade do Sarah Rio



Fonte: Acervo Institucional

Figura 2 -Detalhe do painel da figura 1



Fonte: Acervo Institucional

Figura 3 - Painel colorido de Athos Bulcão da unidade do Sarah Rio.



Fonte: Acervo Institucional

Figura 4 - Detalhe do painel da figura 3



Fonte: Acervo Institucional

Em 2004 o Centro Internacional de Neurociências no Lago Norte sedia o 1º Congresso Internacional de Neurociências e Reabilitação. Esta unidade de Brasília é mais voltada para um segundo momento da reabilitação, no qual o paciente pode participar de atividades esportivas e artísticas de uma forma mais intensa. A reabilitação é um processo que se dá em etapas, a maioria dos pacientes são crônicos e mudam ao longo do tempo, sendo necessário um acompanhamento longitudinal, em que se traçam novos objetivos a cada etapa.

Em 2005 é lançado o livro do Método Sarah, no qual é apresentado o método de neuroreabilitação desenvolvido no Sarah para pacientes da pediatria, com comprovação científica. A proposta é incorporar a família e o contexto do paciente no processo do desenvolvimento infantil do paciente. Principalmente valorizar "o que existe e não o que foi perdido". A partir desta publicação, que foi feita em português e inglês, alguns centros de reabilitação de outros países também passaram a utilizar este método de neuroreabilitação.

As unidades de Sarah Macapá e do Sarah Belém são criadas, respectivamente, em 2005 e 2007, como referência na reabilitação infantil seguindo o modelo neuroreabilitação voltado para o contexto da família, descrito neste livro.

Em 2008 o Sarah sedia o 5º Congresso da Federação Mundial de Neuroreabilitação com a participação de representantes de 74 países: o 5th World Congress for NeuroRehabilitation.

Em 2009, é inaugurado o Centro Internacional de Neurociências e Neuroreabilitação, no Rio de Janeiro, ampliando os atendimentos de neuroreabilitação da pediatria para os pacientes adultos também.

Figura 5: Sarah Rio vista aérea



Fonte: Acervo Institucional

Figura 6: Sarah Rio



Fonte: Acervo Institucional

2.2 A Reabilitação no Sarah Rio

Na unidade do Sarah do Rio de Janeiro os atendimentos são ambulatoriais enquanto em outras unidades do Sarah existe internação, assim como centro cirúrgico. Os pacientes em todas as unidades são atendidos por uma equipe interdisciplinar formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, professores de educação física, artes e dança. Na unidade do Rio de Janeiro o paciente inicialmente passa por uma admissão médica e posteriormente é direcionado para o ginásio, onde ocorrem os atendimentos da equipe interdisciplinar. Alguns pacientes mais graves podem permanecer em atendimentos pontuais no ambulatório com a equipe interdisciplinar. O programa de reabilitação é desenvolvido considerando o contexto de cada paciente e este planejamento é feito junto com a família, buscando atender ao máximo as demandas que são trazidas por elas.

O objetivo de reabilitação não é restituir o indivíduo à condição que precedia a doença.

A reabilitação implica a necessidade de conviver com obstáculos muitas vezes incontornáveis ao longo do tempo. (...) Re-habilitação tem um significado amplo, que consiste, em parte, na recuperação de uma função e na execução de uma atividade, mesmo que de forma diferente. É o objetivo na função e não o modo como esta é alcançada que o médico deve ter em mente, pois reabilitados ou habilitados desencadeiam estratégias diferentes para alcançar um objetivo. (CAMPOS, 2002, p. 23-24)

Por isso é importante conhecer o paciente, seu contexto e história de vida para saber o que é importante para ele retomar, em termos de função, que atividades são importantes para ele, e assim tentar contribuir para o retorno a elas, mesmo que de formas diferentes. Reabilitar é habilitar novamente, na maioria das vezes diferente.

Os profissionais de cada área que atendem o paciente fazem uma admissão na sua especialidade para saber como esta atividade se dá no contexto do paciente e como ela pode contribuir para o seu processo de reabilitação. Depois desta admissão são traçados os objetivos e desenvolvido o plano dos atendimentos, que podem variar em relação à quantidade de atendimento de acordo com a categoria profissional e objetivo.

Os pacientes e seus acompanhantes participam também de aulas informativas sobre a característica da doença que os trouxe para a reabilitação e cada atividade que ele participa também é explicada quanto aos seus objetivos. A intenção é tornar o paciente agente do seu processo e para isso ele deve adquirir o conhecimento necessário sobre o que se passa no seu corpo e no seu processo de reabilitação.

As atividades são práticas e treinadas por um certo período de tempo com objetivo que cada paciente coloque em prática em seu contexto de vida e não necessite ir mais com tanta regularidade ao centro de reabilitação. Ele retornará em revisões com os profissionais para verificar novas demandas e traçar novos objetivos na reabilitação. O processo de reabilitação é dinâmico e varia ao longo da vida de cada indivíduo, sendo desenvolvido em etapas sucessivas.

2.3 Arte no Sarah

Para falar do desenvolvimento da atividade de arte na reabilitação da Rede Sarah será utilizada como referência uma entrevista que fiz com a professora Claudia Simas, que está transcrita na íntegra como anexo da dissertação.

A relação da arte com a Rede Sarah está intimamente ligada ao seu fundador, Aloisyo Campos da Paz, que além de médico e amante das artes, também era músico. Na década de 1960 ele participava de um Conselho da Aliança Francesa em Brasília, junto com outros intelectuais da época. Foi na Aliança Francesa que em 1964 nasceu a primeira Escolinha de Arte de Brasília, criada pela arte-educadora Renê Gunzburger Simas.

Esta escolinha está ligada ao movimento das Escolinhas de Arte do Brasil, que foi um movimento da arte-educação que buscava repensar as práticas educacionais em arte, ligado também a este novo conceito do país moderno que estava nascendo. A Escolinha de Artes da Aliança Francesa era um grande ateliê, que ia desde a cênica às artes plásticas, onde crianças de diferentes idades eram encorajadas a experimentar diversos tipos de materiais disponíveis. (SIMAS, 2019, entrevista, anexo A)

Foi na Aliança Francesa que Campos da Paz conheceu o trabalho que Renê Simas fazia na Escolinha. Ele então fez um convite para ela montar um centro de artes para as crianças do Sarah, que tinham paralisia cerebral e outras alterações neurológicas. Ela visita o Sarinha, unidade do Sarah para atendimento infantil na época, e dá algumas sugestões de como poderiam trabalhar com todas as crianças por meio da arte, mas ela não se sentiu em condições para lidar com a quantidade de problemas que aquelas crianças tinham, manteve assim a escola dela e acabou não aceitando o convite do Campos da Paz.

Athos Bulcão, que era colaborador do Sarah, indicou a Campos da Paz a arte-educadora Maria José Costa Sousa, mais conhecida como Zezé. Ela era professora de Artes Plásticas da Universidade de Brasília e foi fundadora da Escolinha de Criatividade na Biblioteca Infantil de Brasília. É com ela que se inicia a história da arte na reabilitação do Sarah.

Zezé coordenou o Centro de Criatividade dentro do Sarah de 1982 a 2002. Lá, ela trabalhava em companhia de outro arte-educador, juntos desenvolveram um trabalho no qual o material utilizado era basicamente a sucata. Este local ficava em um espaço do hospital separado das outras atividades de reabilitação e só participavam dos atendimentos de arte os pacientes que não estivessem acamados.

Em 1998, Claudia Simas, que era professora da escolinha de arte Atelier A Cor da Cor em Brasília e funcionária da Secretaria de Educação de Brasília, foi convidada a montar um trabalho de Artes com os pacientes da unidade do Sarah em Salvador. O trabalho foi realizado pelo período de uma semana por mês, durante quatro meses. Ela foi apenas cedida pela Secretaria de

Educação ao Sarah durante este período, mas mantinha o trabalho no ateliê A Cor da Cor em paralelo.

O trabalho consistia em realizar oficinas de arte para os pacientes da reabilitação infantil e adulto e orientar os pedagogos, pois não havia professores de arte nesta unidade, sobre as possibilidades de trabalho com arte-educação na reabilitação.

Os professores da unidade de Salvador não se identificaram com as propostas apresentadas, devido à pouca familiaridade com o conhecimento do que consistia a arte-educação. Nesta época ainda eram utilizados nos atendimentos de lá, cópias de desenhos e desenhos prontos para colorir, técnica que já estava um pouco ultrapassada em relação ao que vinha sendo feito na arte-educação no Brasil. O trabalho que Claudia Simas propunha era baseado na importância da criança desenvolver sua própria forma de expressão, valorizando a importância de uma individualidade representativa e criativa e na reabilitação buscava desviar o foco da falta, da deficiência para o potencial criativo de cada um.

Foram montados ateliês nas enfermarias onde os pacientes participavam das oficinas de artes, demonstraram muito interesse pelas propostas de artes apresentadas e se engajamento durante o processo criativo. Segundo Claudia Simas (entrevista):

"era a primeira vez que eles eram o que eles eram, não tinha problema, eles não estavam ali porque eram diferentes. Eram pessoas que iam descobrindo aqueles materiais todos e enlouquecendo com aquilo tudo."

A arte abria uma outra possibilidade para que eles desenvolvessem seu potencial e entrassem em contato com outras percepções do mundo que os cercava.

Se existia um estranhamento por parte dos profissionais em relação à atividade de artes, o mesmo ocorria do ponto de vista da arte-educadora, que se deparava com um universo muito diferente do Atelier A Cor da Cor para crianças de colégio público. Segundo Claudia Simas:

"Ao mesmo tempo eu fico muito curiosa para entender com mais profundidade o que é esse ser humano, que na nossa formação de licenciatura em artes plásticas, ou em qualquer outra área, é muito pouco aprofundado. Na filosofia fala sobre existência, mas a filosofia nem sempre vai tratar de grandes perdas, ou perdas motoras, ou perdas cerebrais, e nisso eu acho que a grande curiosidade, para quem é de arte, é ir descobrindo outros aspectos desse corpo e desse ser. De você estabelecer que limites são estes que impedem ou não um ser de se expressar. Então ao mesmo tempo que eu achava que ia lá para ensinar, de repente eu me vejo num papel ao contrário, tendo que aprender o que é esse ser, que a gente se diz íntegro, só que nós não somos inteiramente. É aí que eu acho que a curiosidade nasce, neste período da descoberta de milhares de coisas, de como é o funcionamento desse cérebro, de como esse corpo pode se mover, como uma lesão frontal estabelece uma outra relação de existência com o outro, como é que uma mão paralisada pode não ser tão importante, como é que um corpo que não tem toda a nossa gesticulação e movimento pode ter sua potência. Então, eu começo a ver um outro

tipo de energia, que lá no ateliê das crianças de colégio público era uma outra pulsação, e no Sarah teria que ser uma outra coisa." (SIMAS, entrevista, p. 4)

O trabalho, porém, foi interrompido, devido à dificuldade da equipe em dar continuidade às propostas de arte-educação apresentadas: não havia professores de Artes Plásticas na unidade de Salvador e os outros profissionais não conseguiram incorporar esta forma de trabalho em suas práticas de reabilitação.

Em 2000 a professora de Artes Claudia Simas retorna ao Sarah para fazer parte da equipe de profissionais, não mais apenas como convidada. Nesta época ainda existia o Centro de Criatividade, onde a professora Zezé era coordenadora, porém a proposta era que Claudia realizasse o trabalho de artes nas enfermarias, pois os pacientes que estavam mais restritos não conseguiam ir até o Centro de Criatividade e ficavam apenas nas enfermarias.

"As pessoas ficavam lá, só olhando os aspectos físicos, mas os aspectos da alma, que a gente fala, poética, essas coisas, ficavam lá, sabe-se lá para onde, num país que não trabalha muito essa questão da cultura e da poesia, imagina... E era isso que o Campos da Paz queria que eu continuasse, o trabalho da questão da poética, da estética." (SIMAS, entrevista, p. 5)

O trabalho de artes estaria integrado a uma equipe interdisciplinar de professores, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos. Aconteceu o mesmo estranhamento ocorrido em Salvador no processo de integração das artes nesta equipe de diversos profissionais, pois apesar da existência do Centro de Criatividade o trabalho ficava mais restrito àquele ambiente, tendo pouca troca com os demais integrantes da equipe.

Nas enfermarias não havia um trabalho de artes específico antes, os únicos materiais disponíveis eram giz de cera e papel ofício. Foi necessário solicitar materiais apropriados às atividades de artes, como diversos tipos de papéis, tintas, diferentes tipos de lápis, etc. Estes materiais ampliavam as possibilidades de criação, assim como facilitavam, para alguns, a execução do trabalho. No caso de pacientes de lesão medular, com pouca força nas mãos, um lápis mais macio proporcionava um traçado melhor, pois exigia menos força para desenhar. Os materiais também tinham uma função relacionada ao desejo e à sensação, a partir da experimentação dos diferentes materiais, os pacientes poderiam escolher aqueles que mais se identificaram, poderiam perceber as nuances de cor, a partir das diferentes cores presentes nos potes de tinta acrílica; a diferença entre modelar com argila ou papel machê - um mundo de possibilidades plásticas era apresentado a eles.

A proposta dos ateliês nas enfermarias era de trabalhar com um ateliê poético, estético, para desenvolver o potencial de cada paciente/aluno. A arte não teria uma função meramente recreativa.

"ela pode trabalhar com a alegria, mas ela também trabalha com a dor, com o medo, com as angústias. Ela também deve vencer expectativas e barreiras. Isso tudo faz parte, é o que a gente tem de mais consistente para trabalhar dentro de uma enfermaria."
(SIMAS, entrevista, p.6)

Claudia foi montando as oficinas de artes nas enfermarias e a duração das oficinas era de quatro horas, duas vezes por semana. Os pacientes ficavam durante o tempo que lhes interessava; alguns ficavam as quatro horas nos dois dias, outros não. Esta intensidade proporcionava uma vivência mais profunda do processo criativo. Eles participavam durante o período de internação, que podia durar de duas semanas a três meses, mas eles retornavam para outras internações, e então podiam retornar para os atendimentos de artes.

"muitos precisam voltar, não pelas questões principais, ou biológicas, ou neurológicas, mas eles precisam voltar também para uma reabilitação do ser. E a arte, devagarzinho, vai construindo junto este ser, que talvez nem anteriormente se conhecia. Que isto que é o fantástico, se a gente entra achando que a questão é da deficiência, ele descobre que anteriormente, mesmo antes de ter alguma sequela, ou de ter tido, ele já era, já tinha um buraco aí. E é aí, que eu acho que o ateliê de arte começa a ter uma outra perspectiva"
(SIMAS, entrevista, p.6)

O processo de reabilitação é um processo lento, composto por várias etapas, em cada uma delas o paciente vai descobrindo novos potenciais, novas possibilidades, dificuldades, conquistas e derrotas. Ele precisa ser acompanhado pela equipe de reabilitação durante todo este processo, que começa no hospital, continua em casa, retorna para o hospital e assim sucessivamente, até que ele talvez não precise mais retornar e continue sua reabilitação na vida.

Na arte é necessário acompanhar o processo criativo de cada um, como ele começou e como está agora, de que forma esta atividade se tornou significativa na vida dessa pessoa fora do hospital, como a arte participou para esta "reabilitação do ser". Por isso é importante buscar atividades que sejam significativas para o paciente, que pode ser a fotografia, a pintura, o desenho ou a arte digital, o que importa é que faça sentido para ele.

As oficinas eram itinerantes, aconteciam cada dia em uma enfermaria diferente. Para facilitar o deslocamento dos materiais, foi criado pelos designers do Sarah um carrinho especial para a atividade de artes, que foi apelidado de carrinho parangolé: ele funcionava como um ateliê itinerante, levando a arte para todos os lugares do hospital.

"é uma arte itinerante, não tem o projeto do teatro itinerante pelo país, a gente tinha arte itinerante pelas enfermarias. Você abria o carrinho e em um segundo virava um ateliê, e de novo desfazia aquele ateliê, somos itinerantes. Se é para levar arte, a gente vai, nos lugares mais difíceis, como um hospital, que ninguém espera que a gente chegue lá. É uma novidade no país o trabalho de arte, em um lugar que não seja em questões mentais. A gente está falando de um trabalho de arte. E o preconceito é muito grande porque sai da escola, a arte acontece onde tiver espaço. Ela funciona na escola dentro de uma sequência, sim, mas ela pode funcionar num centro comunitário, ela deve existir dentro de um hospital, ela deve existir dentro de uma comunidade, como nas favelas com as Ongs. É esse o papel da arte." (SIMAS, entrevista, p 09)

Segundo Claudia Simas, o que os pacientes queriam era arte, era uma conversa de igual para igual. Para isso era importante reservar um espaço de autonomia para eles durante os atendimentos de artes.

Muitos pacientes precisam da ajuda de seus acompanhantes, que podem ser familiares ou não, para realizar algumas das atividades do dia a dia. Nos ateliês os acompanhantes não participavam das atividades, para que este seja um espaço deles, de liberdade, de descoberta. Os acompanhantes às vezes podem atrapalhar este processo devido à ansiedade de buscar uma normalidade.

Faz parte também do processo educacional a descoberta de outras formas de fazer, por exemplo, quem não consegue segurar um pincel com a mão, pode pintar com a boca. Para fazer isso, o paciente não pode estar constrangido, pensando num resultado, num produto pronto e acabado. Estar sozinho, sem os olhares e expectativas da família, o deixa livre para experimentar outras possibilidades do seu corpo, para além dos conceitos de normalidade. Uma coisa que se aprende quando se trabalha em um hospital é justamente perceber que a normalidade não existe, o que existe é a diferença, e isso nos ajuda a ver o processo educacional como uma eterna descoberta.

Inicialmente em Brasília só existia a unidade do Sarah Centro, depois foi aberta a unidade do Lago Norte. Na primeira ficavam os pacientes mais agudos, é onde tem o centro cirúrgico também, o Lago Norte funcionava como uma segunda etapa da reabilitação, onde o paciente ficava internado fazendo as atividades de reabilitação com a educação física, a enfermagem, as artes, a pedagogia, etc. Eram pacientes que já haviam passado pelo Sarah Centro e estavam estáveis do ponto de vista clínico.

No Lago Norte os pacientes participavam por mais tempo das atividades de artes e também tinham grupo ambulatoriais para pacientes que não estavam internados. Lá foi iniciada uma atividade nova nas artes, a arte digital, que utilizava programas de desenho e pintura digital,

e manipulação de fotos durante os atendimentos. A interface digital proporcionou aos pacientes com limitações motoras novas possibilidades para execução dos trabalhos.

Existe um setor no Sarah, a bioengenharia e o Equiphos, onde são fabricadas as adaptações, que podem ser feitas tanto para segurar uma escova de dentes, quanto para acionar uma tecla do *mouse* do computador. Eles trabalham para oferecer suporte para a equipe de reabilitação que leva as demandas dos pacientes e pensam junto com os designers que tipo de adaptação é necessária para facilitar o desempenho da atividade para o paciente.

São criadas diversas adaptações para facilitar ou mesmo tornar possível o uso do computador. Muitos pacientes com grandes comprometimentos motores desenharam pela primeira vez na arte digital com a ajuda destas adaptações. Claudia introduziu a atividade de arte digital na Unidade do Lago Norte e, posteriormente, no Sarah Centro. Lá os pacientes tinham a possibilidade de criar desde desenhos e pinturas digitais às animações.

Figura 7- Mouse 5 teclas para utilização com os pés



Fonte: Acervo Institucional

Figura 8 - Joystick com tecla única



Acervo Institucional

Figura 9 - Paciente na aula de Arte digital, utilizando o Joystick com tecla única para apertar com a cabeça.



Acervo institucional

"Quando a gente pensou que meninos com lesão medular podiam fazer animações? Então eles estavam se movimentando por meio do desenho que estavam fazendo, eles podiam não se movimentar, mas eles continuavam a entender a importância do movimento" (SIMAS, entrevista, p. 10)

Com a arte digital abriram-se novas possibilidades de criação, assim como outras perspectivas para a reabilitação e para as adaptações utilizadas nas atividades de artes.

Em 2008, teve um concurso do Sarah para professores de Artes. Foram selecionados três professores de Artes, dentre eles a professora Aline Campelo e eu. Iniciamos nosso treinamento profissional para fazer parte do quadro de profissionais da Rede Sarah em Brasília, para receber orientações sobre o trabalho de Artes com a professora Claudia Simas.

Nestes primeiros contatos me impressionou a liberdade com que eram apresentados os conceitos de artes e os materiais, com objetivo de estimular a criatividade e a expressão de cada um. O resultado eram criações potentes, nas quais cada um representava um pouco da sua história e compartilhava seus sentimentos e emoções. Ficava evidente o aspecto terapêutico destes encontros em que a arte surgia como uma janela expressiva, mostrando às pessoas aspectos seus muito além da doença que as afligia, mas o foco era sempre a arte, a poética e a estética.

Conhecemos as oficinas realizadas nas enfermarias do Sarah Centro, onde os pacientes participavam durante o período de internação apenas. Esta atividade fazia parte do programa de reabilitação e os pacientes que desejassem ficavam com seus trabalhos feitos nas oficinas.

Na unidade do Lago Norte, as atividades de artes eram realizadas tanto para pacientes internados quanto ambulatoriais. Existia um grupo de pacientes ambulatoriais que já se encontravam há mais de um ano juntos e era formado por pessoas de diferentes idades e patologias. Os pacientes eram acompanhados no seu processo criativo e muitos davam continuidade aos trabalhos de arte em casa. Era evidente como cada um foi conquistando sua própria linguagem na utilização dos materiais plásticos e como eram incentivados e continuar estas descobertas, ali a educação e o processo terapêutico eram mais misturados e via-se o desenvolvimento da habilidade artística de cada um, associada ao seu processo de reabilitação. Estas oficinas aconteciam em um local que era apropriado para atividade de artes, com mesas grandes e espaço para lavar os pincéis, mas não era exclusivo desta atividade.

Existia também uma sala específica de arte digital no Lago Norte, com diversos computadores e mesas gráficas. Lá eram realizadas as oficinas de arte digital para pacientes

interessados nesta linguagem e principalmente para aqueles com a habilidade manual muito reduzida. Lá descobri que o ambiente digital possibilita diversos recursos de adaptação, desde as opções de acessibilidade do próprio programa Windows à tecnologia assistiva, como *mouses* e teclados especiais, adaptações diversas e outros *softwares* como o *head mouse*, que possibilita o indivíduo comandar o computador pelo movimento da cabeça e olhos.

Durante estas oficinas pude observar pessoas com grandes limitações tendo a oportunidade de se expressar criativamente e desenvolvendo trabalhos com uma grande qualidade técnica e estética. Elas conseguiam abrir janelas expressivas a partir das janelas do computador, como a própria Claudia Simas (2004) utiliza o termo em sua dissertação de mestrado.

Foi muito enriquecedor conhecer a professora Claudia Simas, pois ela teve que desenvolver todo trabalho de artes que víamos acontecer diante de nossos olhos, sem muita referência, pois o trabalho de arte e reabilitação neurológica é muito novo no Brasil. Naquele momento, ela era a única professora de Artes da rede, pois o Centro de Criatividade tinha sido fechado, ela teve que afirmar muito o trabalho de artes na área da saúde, por ser de um universo tão diferente deste, um trabalho de implementação parecido nos aguardava na Unidade do Rio de Janeiro.

2.4 Arte no Sarah Rio

O trabalho de artes visuais no Sarah Rio teve início com a inauguração da nova Unidade do Sarah em 2009. Antes disso, havia o trabalho de dança realizado pela professora Márcia Abreu na reabilitação infantil, com a ampliação da unidade, antes voltada para o público infantil e depois também para o adulto, os atendimentos de dança foram expandidos para este perfil de paciente.

Os atendimentos de dança foram iniciados na Rede Sarah em 1993, em Brasília, pela professora Elisabeth Maia, no setor de lesão medular. Segundo Márcia Abreu:

"A proposta era transformar essa linguagem artística em um instrumento para o aprendizado das possibilidades do corpo e do movimento, contribuindo para o processo de reabilitação do paciente, seguindo o método Angel Vianna" (ABREU, relato de experiência em anexo)

Em 1994 é aberto um concurso de dança para novos professores, expandindo o trabalho de dança para as outras unidades de Salvador e São Luís. Márcia Abreu é admitida neste concurso e inicia o trabalho de dança e reabilitação em Salvador com pacientes do adulto e do infantil.

"A Dança integra o programa de reabilitação com o propósito de oferecer ao paciente meios de se relacionar positivamente com seu corpo. Paulatinamente, com o processo de sensibilização pela percepção corporal, ele passa a lidar melhor com seus desconfortos, experimentando bem-estar e descobrindo potencialidades que antes pareciam inexistentes." (ABREU, relato de experiência)

Os primeiros profissionais de dança da Rede eram formados pela Escola de Dança Angel Vianna. Angel Vianna, bailarina, coreógrafa e professora, é uma das pioneiras da dança contemporânea no Brasil. Para ela todo corpo pode dançar, não há uma separação do que é dança inclusiva ou dança apenas, os corpos são diferentes, se movem de formas diferentes e podem se expressar de formas diferentes também.

No Rio de Janeiro, a professora Aline Campelo e eu demos continuidade ao nosso treinamento profissional, ao mesmo tempo em que implantamos a atividade de artes plásticas no Hospital Sarah Rio. Além de nós duas, participavam do treinamento profissional outros três professores de Dança. A professora de Dança Márcia Abreu era quem daria continuidade a esse processo.

Foi muito interessante poder trocar com outros profissionais também de artes a experiência de iniciar um trabalho de arte e saúde. Ao mesmo tempo em que aprendíamos sobre diversas patologias, sobre o corpo humano e neurociências, nos aprofundávamos nas experiências já realizadas entre arte e saúde. Também sou formada em Dança na escola Angel Vianna, mas foi com surpresa que fui estabelecendo relações com minha formação e aquele novo universo que se abria.

Estudamos com a equipe de dança sobre educação somática, sobre como percebemos o mundo a partir dos nossos corpos, neste momento eu e Aline buscávamos referências nas artes visuais, trazíamos exemplos de Lygia Clark, Nise da Silveira, Bispo do Rosário, Frida Kahlo. Foi um momento intenso de trocas entre nós.

Ao mesmo tempo tínhamos que apresentar para a equipe de saúde, da qual fazíamos parte, seminários sobre arte, sobre arte e reabilitação e sobre arte e as doenças que atendíamos. Foi um processo lento de integração às equipes de reabilitação e de compreensão mútua do papel e

importância de cada um no processo de reabilitação dos pacientes. Atualmente este processo de integração já é bem evidente e a valorização do trabalho de artes também.

A unidade do Sarah no Rio de Janeiro trata-se de uma unidade ambulatorial onde os pacientes comparecem para atividades específicas, com frequência que pode variar de uma a duas vezes por semana, a quinzenal, mensal, dentre outras, de acordo com a característica de cada caso e com a possibilidade de cada paciente em comparecer à unidade. Inicialmente era uma unidade apenas de Reabilitação Infantil, mas em 2009 abre também o setor de Reabilitação Adulto. O programa de Reabilitação Adulto era dividido em duas especificidades o programa de Reabilitação em Lesão Medular, atendia pacientes com lesão medular e alterações motoras nos nervos periféricos; e o de Reabilitação Neurológica, que abrangia o tratamento de pacientes com lesão cerebral, vítimas de traumatismo craniano ou de acidente vascular cerebral, assim como diversas doenças degenerativas do cérebro, como a doença de Parkinson, Alzheimer, dentre outras.

Na companhia da professora Aline Campelo começamos a dar aulas ainda no treinamento sob supervisão dos outros profissionais da equipe. Como éramos duas professoras cada uma ficou em um setor da Reabilitação Adulto: eu no de Reabilitação Neurológica e a Aline no de Reabilitação Medular, e ambas nos alternávamos também na Reabilitação Infantil. Em 2014 acabou-se com a divisão do programa de Reabilitação Adulto, antes dividido em Medular e Neurológico e passou a ser apenas setor de Reabilitação Adulto.

No início não tínhamos um local específico para os atendimentos de artes, mas isto se tornou inviável, pois perdíamos muito tempo nos deslocando para os atendimentos e organizando os espaços, fora os respingos de tintas no chão de ginásios e outros contratempos.

Foi então organizado junto à arquiteta responsável na época, Adriana Filgueiras, um espaço para o Ateliê de Artes. Foram separadas mesas grandes e cadeiras, prateleiras para os materiais, cavaletes de pé e de mesa e os materiais de artes. Seleccionamos dois tipos de tintas, acrílica e aquarela, optamos por não utilizar a tinta óleo, por ser mais tóxica, e o processo demandar muito tempo. Materiais para desenho, lápis grafite, de cor, carvão, pastel seco e oleoso e caneta nanquim. Para modelagem, massa de papel machê e argila. Buscamos, como orientado por Claudia Simas, utilizar materiais artísticos de qualidade para que os pacientes pudessem aprender melhor as técnicas artísticas e tivessem mais meios para se expressar e criar, percebendo

e conhecendo a qualidade expressiva de cada material, indo além do lápis de cera e do guache. Também foi instalado um computador de arte digital com uma caneta digital.

Figura 10 - Ateliê de Artes do Sarah Rio



Fonte: Acervo institucional

O objetivo do trabalho de artes era de seguir um modelo de ateliê no qual o paciente é estimulado a experimentar os materiais e aos poucos ir aprendendo mais sobre as técnicas, além de ser encorajado a buscar uma forma pessoal de utilizar cada técnica, desenvolvendo um trabalho próprio. A terapia se dava no próprio fazer artístico, para isso buscamos referência no trabalho de Claudia Simas e de Nise da Silveira. Somos professoras de Artes e buscamos levar esta experiência para aquele espaço de saúde.

Os atendimentos têm como objetivo estimular a criatividade de cada um, a capacidade de expressão e reflexão sobre suas criações, visando facilitar o processo de autoconhecimento, para auxiliar no processo de reabilitação. A reabilitação implica em uma nova aprendizagem na qual o

indivíduo em reabilitação precisa se abrir para outras formas de executar antigas tarefas. Na reabilitação dos casos de lesão cerebral muitas vezes há a necessidade de desenvolver outras formas de pensamento, estratégias de memória e comportamento.

Na maioria dos casos é um processo de reconhecimento de si, são pessoas que passaram por grandes mudanças, quer físicas ou mentais. Me lembro sempre da frase de um médico durante meu treinamento: "Vocês devem se lembrar que estas pessoas na sua frente são sobreviventes", ele disse isto e depois nos mostrou tudo que acontece com alguém que sofre um acidente de carro e tem um traumatismo craniano, desde o início, do atendimento na ambulância no local do acidente à alta hospitalar. Lembrar disto me faz valorizar muito estas pessoas e todo seu processo de reabilitação.

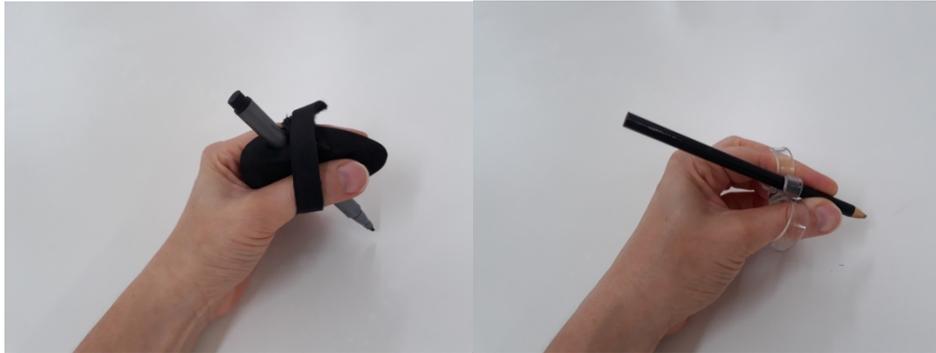
Para participar dos atendimentos de artes o paciente também passa por uma admissão na qual é colhida sua história pessoal e da doença, assim como sua experiência em artes, suas expectativas e interesse nesta área. Os pacientes geralmente são encaminhados pelos médicos, enfermeiros ou demais profissionais de reabilitação.

Depois da admissão, o paciente pode ser encaminhado para atendimentos individuais ou em grupo. Os atendimentos individuais são destinados para aqueles com alguma limitação motora ou cognitiva que exija uma atenção mais individualizada, ou como um processo para posteriormente participar de um grupo. Buscamos, na maioria das vezes, que ele participe nos grupos, mesmo que necessite da mediação de seus acompanhantes, para assim incentivar a socialização e a troca com os demais participantes. Muitas destas pessoas são muito isoladas do ponto de vista social, sendo sua principal atividade frequentar o centro de reabilitação.

Os grupos são divididos por atividades: pintura e desenho; mosaico; arte digital; artesanato e arte no tecido. Os pacientes são agrupados por área de interesse, podendo no mesmo grupo ter pacientes com muita experiência na técnica e outros iniciantes, alguns com muito comprometimento motor e/ou cognitivo e outros bastante independentes. As propostas de atividades são dadas para o grupo todo, mas as orientações quanto à forma de execução são específicas, pois neste momento que se avaliam a necessidade ou não de adaptações para dificuldades motoras, como órteses ¹⁰ ou o cavalete para pintores de boca, adaptações para lápis ou pincel, assim como guias de orientações para aqueles com alterações cognitivas.

¹⁰ órtese: é um dispositivo externo aplicado a alguma parte do corpo visando melhorar sua funcionalidade.

Figuras 11 e 12: Adaptações para caneta, lápis ou pincel.



Fonte: Acervo Institucional

Também existem os grupos que se organizam por perfil de pacientes: de idosos, de jovens e de pacientes adultos com paralisia cerebral, com declínio cognitivo (demências) e de arte e linguagem (pacientes com alteração de linguagem, na compreensão e/ou expressão desta). Nestes grupos são trabalhadas propostas relativas ao momento de vida de cada um, ou ao potencial que precisa ser estimulado, como no caso dos idosos, o envelhecimento; no de jovens, a autonomia e a identificação com os pares; nos casos de demência, as funções cognitivas como a memória; e nos casos de comprometimento da linguagem, a comunicação. É muito estimulada a troca entre os participantes, para que eles resgatem sua autoestima a partir do contato com o outro e da valorização de suas habilidades. A partir das atividades de arte estas diferentes habilidades são estimuladas. Alguns desses grupos são interdisciplinares, participamos junto a outro profissional da reabilitação, no caso dos grupos de demência, com a psicologia; e no de comunicação, com a fonoaudiologia.

O olhar individualizado para cada paciente é primordial para o processo de reabilitação, pois é como se pode perceber a relevância de cada atividade para o processo de autoconhecimento. Além da estimulação de habilidades motoras e cognitivas, a arte proporciona ao paciente um recurso para sua expressão, para a elaboração de sentimentos, emoções e pensamentos, auxiliando no seu processo de autoconhecimento, em que ele vai redescobrando seu corpo e suas potencialidades, após as grandes modificações causadas por uma doença ou acidente, se re-habilitando, isto é, se tornando habilitado de uma forma diferente.

2.5 Galeria de Artes do Sarah Rio

Em 2013 a professora Aline Campelo conseguiu realizar um antigo projeto nosso, abrir uma galeria no Sarah Rio para expor os trabalhos dos pacientes e poder compartilhar estes processos de criação com todos aqueles que passam por aquele lugar, pacientes, acompanhantes e profissionais da unidade.

O espaço da galeria fica próximo à entrada do Hospital, ao lado do ambulatório. É um espaço aberto, composto por quatro painéis com 16 faces para expor os trabalhos, podem ser utilizadas as paredes laterais também e tem um espaço para exposição de objetos com suportes móveis ou instalações.

Os pacientes escolhidos para participar das exposições são aqueles que se engajaram nas atividades de artes, deram continuidade em casa, desenvolveram um trabalho com características próprias e nos quais a arte teve um papel preponderante para seu processo de reabilitação.

A elaboração de cada exposição é construída junto com o paciente e seus familiares ou acompanhantes. Neste momento busca-se que o paciente se aproprie mais de suas criações, reflita sobre seu processo de trabalho, de reabilitação, e principalmente sobre seu fazer artístico. Fazendo com que ele saia do lugar de paciente para o lugar do criador, do artista, refletindo sobre sua forma de criar e como ela pode dialogar com o mundo que o cerca. Geralmente é solicitado que o paciente escreva sobre seus trabalhos e seus familiares também podem ser convidados a fazer o mesmo. Quando o paciente não tem condições de escrever, elaboramos com ele um texto ou com seus familiares, mas ele sempre participa desta elaboração.

Na montagem da exposição também é solicitado que ele participe, para perceber como seu trabalho dialoga com aquele espaço, e como todos os trabalhos juntos conversam entre si ou não, sendo a exposição outro projeto de criação, que vai apresentar e dialogar com o espaço e com o público. Geralmente os quadros são posicionados considerando a apreciação por pessoas em cadeiras de rodas também, eles ficam um pouco abaixo do que geralmente é apresentado em outros espaços de exposição.

Na abertura da exposição é realizado um evento com um momento de "Papo com o Artista", no qual o artista apresenta seu trabalho e fala sobre a arte no seu processo de reabilitação, assim como são convidados, em algumas ocasiões, seus familiares e/ou

acompanhantes para falarem sobre o processo do paciente/artista na arte e como afetou sua vida. Também podem estar presentes outros profissionais da reabilitação que atenderam o paciente e a professora de Artes que é sua referência neste processo. Também é abordado a arte na patologia específica do paciente, se existem estudos sobre o tema este são apresentados, e é pensado o processo de criação e sua contribuição para pacientes daquela patologia específica. A importância deste espaço, da mesa redonda e da galeria, é mostrar também como a arte vai auxiliar no processo de reabilitação, tendo uma função educativa tanto do ponto de vista da arte como do ponto de vista da saúde, falando sobre a patologia em questão e o aumentando o conhecimento dos pacientes e familiares acerca do tema.

As exposições geralmente acontecem de quatro em quatro meses. Alguns pacientes após as exposições começaram a trabalhar com arte, ou expuseram em outros locais, mas na maioria foi percebida uma mudança na percepção de seus trabalhos como algo além da terapia, mais próximo da arte, e acima de tudo como uma forma de valorização de si mesmo, de suas potencialidades.

A galeria também modifica a paisagem do hospital. Já é tradicional no Sarah ter os trabalhos dos pacientes decorando suas paredes, mas a galeria insere na unidade de saúde um espaço destinado à arte e ali o tempo é suspenso, não são mais pacientes e acompanhantes, mas pessoas entregues as suas percepções, refletindo e se abrindo a outras visões de mundo, a outros sentidos. Para muitas destas pessoas aquele é o único espaço de artes que entraram e vão entrar em sua vida interior, por isso a importância de proporcionar-lhes este tipo de experiência.

Constantemente se observa a perplexidade do público da galeria ao saber que aqueles trabalhos são feitos pelos pacientes, que para muitos são considerados deficientes e incapacitados, termos que são utilizados para se referir às pessoas com necessidades especiais. Este é outro caráter importante da galeria, mostrar a potência destas pessoas, dos pacientes, a partir de suas criações poéticas. A galeria pode se tornar assim um espaço de inclusão, onde os trabalhos dos pacientes podem ser apreciados por si só, não importando se quem os fez utiliza cadeira de rodas ou não, se ele fala ou não. São criações poéticas de pessoas, que estão sendo expostos pela sua qualidade artística, estética e poética.

3 ESTUDOS DE CASO

O título desta dissertação, *Gestos criativos*, nasceu de um seminário de Arte na Doença de Parkinson, dentro de um curso de capacitação interna na unidade do Sarah Rio em Doença de Parkinson, em 2010, e também se tornou o título de uma exposição na galeria de arte de pacientes com doença de Parkinson em 2016.

Trabalhar com arte em uma unidade de saúde gera a necessidade de pensar a arte em relação às doenças lá atendidas, à neurociência, e buscar o que já foi pensado, escrito e feito em relação ao tema.

Existe um processo de formação continuada no Sarah, com cursos sobre reabilitação para capacitação de seus profissionais, e as diversas categorias – como fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, professores, fonoaudiólogos e psicólogos – contribuem para este processo. Quando tive que pensar a arte na doença de Parkinson, fui buscar artigos sobre este tema, e descobri que só havia artigos escritos por profissionais de saúde. Faltava um olhar dos artistas e criadores sobre este tema.

Foi interessante também perceber estes olhares curiosos dos outros profissionais da reabilitação, externos ao universo da arte, investigando o processo de criação e confecção dos trabalhos de artes dos pacientes acometidos pela doença de Parkinson. Eles buscavam os aspectos cognitivos, motores, querendo avaliar, quantificar o que modificava depois da doença, qual era o prejuízo, o que era perdido, se eles ainda eram capazes de criar.

Para mim, foi interessante perceber como se dava o processo de criação dos pacientes com doença de Parkinson. Pensar isto em relação aos processos cognitivos, à reabilitação motora e à reabilitação como um todo, e como isso poderia contribuir para alargar meu conhecimento sobre a arte e seus processos:

deficiências, distúrbios e doenças podem ter um papel paradoxal, revelando poderes latentes, desenvolvimentos, evoluções, formas de vida que talvez nunca fossem vistos, ou mesmo imaginados, na ausência desses males. Nesse sentido é o paradoxo da doença, seu potencial "criativo", (...).

Assim como é possível ficar horrorizado com a devastação causada por doenças ou distúrbios do desenvolvimento, por vezes também podemos vê-los como criativos - já que, se por um lado destroem caminhos precisos, certas maneira de executarmos as coisas, podem, por outro, forçar o sistema nervoso a buscar caminhos e maneiras diferentes, forçá-lo a um inesperado crescimento e evolução. (SACKS, 1995, p. 16)

Fui percebendo, a partir da observação do processo de criação dos pacientes e da convivência com eles no ateliê, outras formas de pensar, agir, e criar. A doença fazia com que eles buscassem soluções e processos de elaboração próprios, abrindo novas possibilidades de criações poéticas e estéticas.

Depois dos estudos da arte na doença de Parkinson, elaborei outros, em relação a outras doenças de pacientes que eu atendia. O segundo estudo de caso que será apresentado é sobre um paciente com afasia, em decorrência de um acidente vascular cerebral, e vai envolver a questão da criatividade, da linguagem e da criação de imagens.

3.1. Gestos criativos: arte na doença de Parkinson

Neste estudo de caso será abordado o processo de criatividade na doença de Parkinson e o comportamento compulsivo, e como a arte pode contribuir como tratamento não medicamentoso para a melhora dos sintomas compulsivos na doença de Parkinson, para o resgate da autoestima e para a ressignificação deste sujeito.

3.1.1 A doença de Parkinson

A doença de Parkinson (DP) atinge o sistema neurológico, é progressiva e tem maior prevalência na população idosa. Existem descrições muito antigas desta doença, sendo encontradas menções a ela em papiros egípcios, em textos escritos em sânscrito da antiga medicina hindu, e em textos escritos por Galeno e Leonardo da Vinci, mas estes não apresentam definições consistentes da doença. (BARBOSA e TEIVE, 2000)

É apenas em 1817 que James Parkinson (Londres, 1755-1824) escreve uma monografia denominada *An Essay on Shaking Palsy*, na qual é criada uma descrição bem definida da paralisia agitante.

A enfermidade denominada por Parkinson como paralisia agitante foi caracterizada pela presença de movimentos tremulantes involuntários, diminuição de força muscular,

tendência à inclinação do tronco para frente e alteração da marcha (festinação), sendo que os sentidos e o intelecto estavam preservados.(BARBOSA e TEIVE, 2000, p. 23)

A publicação de James Parkinson não teve grande repercussão no meio médico da época, e foi apenas no final do século XIX, com Jean-Martin Charcot, neurologista francês, que se tem uma melhor definição e estudo desta doença e maior interesse no meio médico.

Charcot identificou que o tremor geralmente começa em apenas um lado do corpo; percebeu também dois tipos diferentes da doença, a tremulante e a rígido-acinética (que causa mais rigidez e diminuição da amplitude dos movimentos), assim como outros aspectos secundários como dor e alterações nas articulações, e demência em alguns casos. Ele também foi o primeiro a propor a denominação de doença de Parkinson, como homenagem a James Parkinson.

Muitos estudos foram realizados buscando as causas da doença de Parkinson, inclusive sobre suas causas anatômicas. Vale ressaltar as contribuições de Brissaud, em 1895, que relatou uma lesão em partes específicas do cérebro, a substância negra e o tronco cerebral, como uma possível base anatômica da doença. Atualmente sabe-se que a perda progressiva de células desta substância negra é um dos marcadores anatômicos da doença de Parkinson. A causa da doença de Parkinson ainda não está bem esclarecida, e pode ter relação com fatores genéticos ou ambientais.

A descoberta da degeneração da substância negra, porém, foi muito importante para se compreender o mecanismo da doença, e assim desenvolver formas de tratamento. A substância negra é formada por neurônios que produzem um neurotransmissor, a dopamina, que é essencial para o controle dos movimentos corporais. Sua deficiência irá atrapalhar o funcionamento dos gânglios da base, que são estruturas responsáveis pela modulação dos movimentos, fazendo surgir assim os principais sintomas da doença de Parkinson (DP).

A evolução da DP é progressiva, desencadeada pela perda neuronal irreversível e incapacitante. A gravidade da DP pode ser avaliada por diferentes escalas, como, por exemplo, a de Hoehn e Yahr, que apresenta 5 graus de gravidade. No estágio um a doença é unilateral (só em um lado do corpo), no estágio dois existe envolvimento bilateral, no estágio três existe comprometimento do equilíbrio associado, no estágio quatro o paciente apresenta uma incapacidade grave, mas consegue deambular (andar), sem ajuda, e no estágio cinco o paciente encontra-se em cadeira de roda, confinado ao leito. Na prática clínica neurológica diária, observam-se diferentes padrões de evolução clínica, e muitos pacientes podem permanecer estáveis por longos períodos no mesmo estágio. (TEIVE, 2000, p. 32)

Devido à falta de dopamina, este neurotransmissor que tem influência tanto na regulação dos movimentos quanto na cognição, os pacientes podem apresentar desordens pré-motoras como alterações do olfato, alterações autonômicas, depressão e desordens do sono. Os principais sintomas, porém, e que mais incomodam os pacientes, são os motores, sendo eles o tremor em repouso, bradicinesia (lentificação dos movimentos), a rigidez e a instabilidade postural. Com o desenvolvimento da doença podem aparecer alterações cognitivas, chegando até mesmo a processos de demências.

O tratamento médico da DP pode ser farmacológico ou cirúrgico, mas ambos têm como objetivo reestabelecer a quantidade adequada de dopamina nos gânglios da base. Neste estudo será abordado, em relação ao tratamento médico, apenas o farmacológico.

Existem vários medicamentos utilizados na doença de Parkinson, aqui será abordado apenas o uso da Levodopa. Esta é a droga mais potente no tratamento da doença, sua função é ser uma precursora da dopamina, que quando entra em contato com as células da substância negra ainda funcionantes é transformada no neurotransmissor dopamina. No entanto, ela pode causar alguns efeitos colaterais como náuseas, queda de pressão seguida de desmaios, desorientação, agitação psicomotora ou sensações persecutórias, assim como comportamentos compulsivos. As doses então devem ser cuidadosamente ajustadas ou associadas a outros medicamentos para reduzir estes sintomas.

O tratamento também pode envolver uma equipe interdisciplinar, com fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, professores de artes, dança e educação física, que vão buscar a reabilitação de forma ampla, com uma visão do ser humano de forma integral, onde todas estas especialidades estejam em diálogo. Esta é a forma de tratamento que a Rede Sarah oferece para os pacientes com DP.

3.1.2 O caso de João: arte, criatividade e potência

Este estudo de caso aborda como a arte pode atuar como um tratamento não medicamentoso para efeito colateral de medicação referente aos comportamentos compulsivos, e

como o processo de criação em artes vai ressignificar este sujeito para além dos aspectos da doença.

Os artistas contam, a partir de suas obras, direta ou indiretamente a história da sua vida. Um artista afetado com uma doença neurológica apresenta uma oportunidade para investigar os efeitos da doença na criação artística, e o mesmo ocorre ao se investigar o processo de criação em artes de uma paciente acometido por uma doença. Existem muitos estudos sobre artistas que tiveram doenças cerebrais, a maioria acidente vascular cerebral, mas existem poucos estudos sobre a criatividade na doença de Parkinson.

A criatividade é uma faculdade exclusivamente humana. É uma função cognitiva e está relacionada à organização do conhecimento e da experiência, associação de ideias e conceitos, associada a formas de expressão e percepção, à originalidade e ao fazer artístico (OSTROWER, 2014). Estes eventos demandam operações que estão muitas vezes comprometidas na DP.

Artistas com doença de Parkinson podem tanto apresentar um empobrecimento na originalidade e na criatividade quanto uma hipercriatividade, e até uma compulsão pela atividade criadora.

A arte, como alternativa de tratamento não farmacológico para estes pacientes, proporciona um espaço tanto para expressão dos processos pelo quais estão passando quanto como elemento reorganizador para a ressignificação deste indivíduo e um resgate da sua potência.

A partir da observação do desenvolvimento intenso do potencial criador do paciente João, percebi que o processo criativo pode ser facilitado por uma doença neurológica e/ou pelas medicações utilizadas. A doença pode fazer aflorar uma capacidade criadora que não era percebida antes da doença, e a canalização deste impulso para uma atividade artística pode trazer muito benefício para o paciente, que vivia antes apenas momentos de perda e se via como um incapaz.

Este paciente se chama João, e chegou no ateliê buscando na arte uma nova forma de ocupação. Ele era médico e pediatra, e com o desenvolvimento da doença teve que interromper suas atividades laborais, ficando com o tempo muito ocioso e sem um objetivo claro na vida, chegando até a desenvolver um quadro depressivo.

A atividade profissional ocupa um lugar muito importante na vida adulta, e em alguns casos as pessoas relacionam esta atividade ao seu lugar no mundo e à sua identidade, sem

perceber que na verdade somos muito mais do que uma identidade, podemos ser muitos, e representar diferentes papéis na nossa existência. Nesses casos, quando a carreira ou atividade profissional é interrompida de forma abrupta, este indivíduo fica fragilizado. Muitos pacientes chegam ao ateliê de artes buscando uma atividade ocupacional, pois não conseguem mais exercer as atividades que faziam antes, se sentem perdidos e não encontram sentido nas atividades que fazem.

A arte possibilita que esta pessoa seja novamente um criador, não de bens de consumo, mas de sentido, de objetos ou ideias que dialogam com o mundo, estabelecendo uma troca, resgatando a potência daquela pessoa.

O paciente em questão já apresentava a doença de Parkinson há mais de 20 anos, estando presentes sintomas motores muito evidentes e incapacitantes, como um tremor excessivo e discinesias (movimentação involuntária causada pelo uso de medicação), assim como dificuldade para falar e alterações cognitivas.

João, que não tinha experiência em artes, chegou ao ateliê com o objetivo de aprender a desenhar de forma realista. Ele apresentava muito tremor, e uma movimentação involuntária que dificultava muito sua escrita. Mesmo assim, seu desejo foi acolhido e foram apresentadas propostas de iniciar o trabalho em artes na pintura, buscando criar imagens mais simplificadas com referência a objetos reais. Aos poucos ele foi percebendo suas potencialidades e dificuldades. João apresentava um interessante uso e combinação das cores, mas tinha muita dificuldade de realizar desenhos.

Foi apresentado, então, à arte abstrata e à obra de Kandinsky. Neste momento ele percebeu que mais do que representar o real, a pintura é uma criação, composta por cores, formas, movimentos e ritmos. Foi orientado então a utilizar sua forma particular de se mover como uma potencialidade, ao invés de controlar os movimentos, fazer com que eles deixassem sua marca na tela, construíssem a pintura a partir do seu gestual. Foi apresentado também a outro artista, Jackson Pollock. Com estas duas referências ele se sentiu seguro para mergulhar na arte abstrata, e pôde se sentir livre para se expressar por meio de suas pinturas.

Certamente há muitas maneiras de ver as coisas. Existem aqueles que tem olhos apenas para o mundo exterior e esperam do desenho ou da pintura cópias mais ou menos aproximadas de seres e de coisas da natureza externa. Outros, como Kandinsky, aceitam a existência de uma realidade interna, mesmo mais ampla que a natureza externa, realidade que unicamente pode ser aprendida e comunicada por meio da linguagem visual. (SILVEIRA, 1992, p.82)

Figura 13 - Charrete de Kandinsky



Fonte: Acervo Institucional

Figura 14: Abstracionismo



Fonte: Acervo Institucional

As pinturas das figuras 13 e 14 são alguns de seus primeiros trabalhos. Foram inspiradas pelas aulas sobre abstracionismo de Kandinsky e Pollock; estes dois artistas tiveram grande impacto no trabalho de João, e foi a partir do contato com estas obras que ele iniciou seu trabalho de pintura, aceitando sua forma particular de se mover e criar.

A pintura proporcionou novas possibilidades para João. Ele se sentia muito isolado socialmente devido à sua dificuldade em se comunicar verbalmente, devido à alteração motora da fala e pela dificuldade em organizar suas ideias em um discurso verbal. Na pintura ele encontrou uma oportunidade de expressar tudo que estava contido dentro dele.

Aos poucos ele começou a demonstrar uma intensa produção, até mesmo um comportamento compulsivo em relação a pintura. Ele passava os dias inteiros pintando, muitas vezes acordando à noite para pintar, e quando viajava sem seu material de pintura ficava extremamente ansioso para voltar. Chegou a pintar quase quinhentos quadros em um ano.

Seu caso foi discutido com seu médico de referência, e percebemos que ele já vinha apresentado este tipo de comportamento compulsivo por compras e por sexo. Isto pode ser atribuído ao uso da medicação ou ao desenvolvimento da própria doença.

Segundo Lakke (1999), uma sensação de transe pode ser experimentada nos períodos “hipercinéticos” (com muita movimentação involuntária), e alguns pacientes atribuíram o trabalho artístico a uma condição mental induzida pelos medicamentos.

Existem alguns estudos que relacionam a dopamina e a criatividade: a dopamina ativaria um circuito ligado à sensação de ganho e recompensa, que é responsável pelos comportamentos compulsivos e pode também estar associada à criatividade.

Segundo Kulisevsky e Martinez-Corral (2009), a facilitação de uma habilidade artística, a emergência de uma criatividade visual e uma produtividade artística compulsiva já foram observadas no quadro de doenças neurodegenerativas, que causam predominantemente lesões cerebrais focais. Na doença de Parkinson, a emergência de um talento poético e um compulsivo aumento da produção artística têm sido relacionados com comportamentos induzidos pelas drogas dopaminérgicas, como a desinibição e o comportamento obsessivo-compulsivo.

Figura 15: Sua intensa produção



Fonte: Acervo Institucional

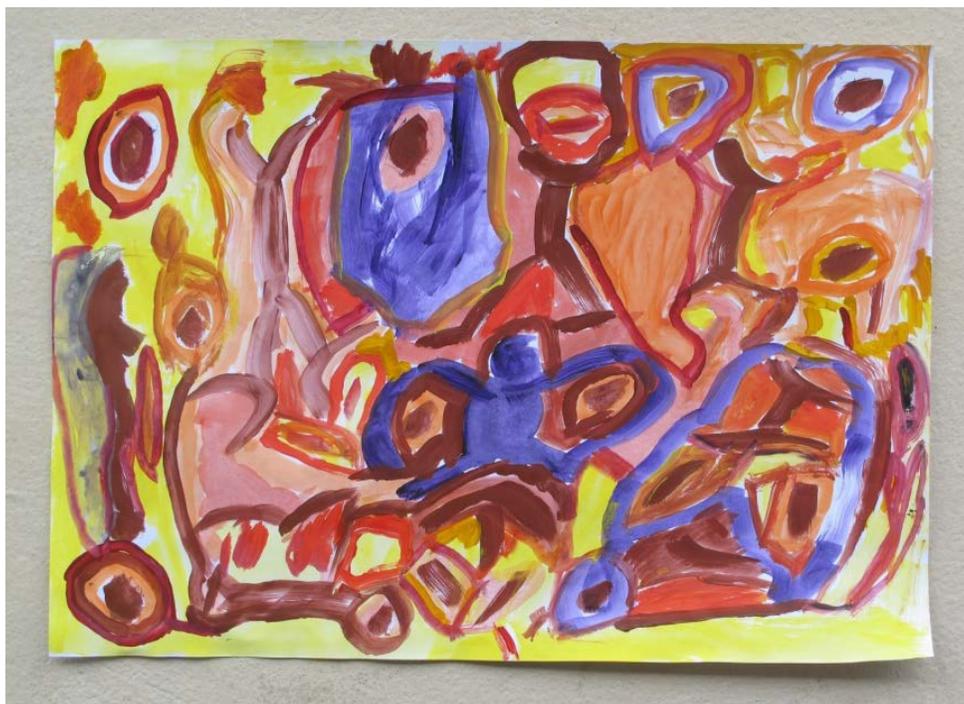
João conseguiu ao longo do tempo regular este comportamento, incorporando a pintura na sua rotina sem causar impacto negativo. A pintura se tornou sua ocupação principal, ressignificando sua identidade, melhorando sua autoestima e fazendo com que desenvolvesse outras áreas de interesse. Durante seu processo na pintura, ele começou a pesquisar sobre novos tipos de tinta e papel, buscando novas técnicas e outras formas de expressão.

Figura 16: Sem título



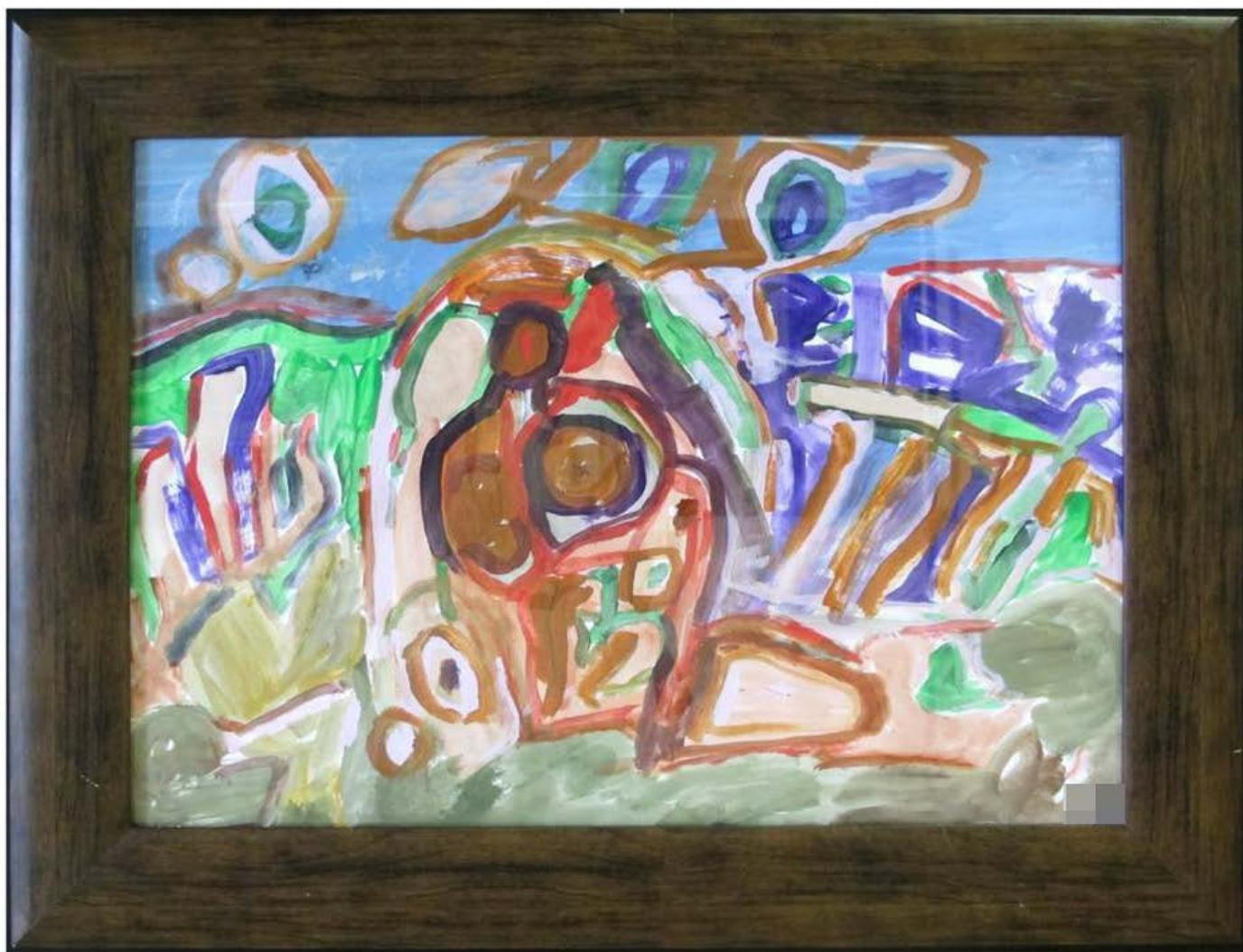
Fonte: Acervo Institucional

Figura 17: Sem título



Fonte: Acervo Institucional

Figura 18: Aconchego



Fonte: Arquivo Institucional

A pintura *Aconchego* ele fez depois de um estudo realizado no ateliê sobre a artista Tarsila do Amaral. Além da pesquisa de materiais, João também começou a pesquisar artistas e a estudar história da arte em casa utilizando a internet. O universo da arte se tornou parte da sua vida, e ele passava dias pintando e estudando sobre temas da arte.

"A pintura me traz uma nova maneira de me entrosar com o mundo. Atualmente desenhar para mim é uma terapia de inclusão." (Fala de João.) Percebemos na sua fala a atividade artística como um processo terapêutico, no qual ocorre um resgate de sua potência e uma mudança na sua

percepção e na sua maneira de se relacionar. A pintura se tornou mais do que uma ocupação, mas uma forma dele encontrar novamente uma significação para sua vida e um lugar no mundo.

“Caminhando, saberá. Andando, o indivíduo configura o seu caminhar. Criar forma, dentro de si e ao redor de si. E assim como na arte o artista procura nas formas da imagem criada, o indivíduo se procura nas formas do seu fazer, nas formas do seu viver. Chegará a seu destino. Encontrando, saberá o que buscou.” (OSTROWER, 2014, p76)

Atualmente a pintura faz parte da sua vida, ele pinta quase que diariamente e já fez diversas exposições. Ele participou de uma exposição na galeria do Sarah em 2016, e depois disso em 2017, na associação para pacientes de Parkinson do Hospital Pedro II, e neste ano de 2019, foi convidado pela prefeitura de Saquarema para expor seus quadros.

Segundo sua companheira, a arte foi "um renascimento para a alma após um colapso com a chegada do Parkinson."

Figura 19: *Homenagem às Gordinhas*



Fonte: Acervo Institucional

3.2 Estudo de Caso: A Voz do Silêncio – Arte e Linguagem, A Criação Artística de um Paciente com Afasia

3.2.1 A linguagem

(...) Só sou verdadeiro quando falo e escrevo, leio ou quando ela sussurra dentro de mim, querendo articular-se. Mas também por que ela é forma simbólica, morada do Ser que vela e revela, vereda pela qual me ligo aos outros, campo de imortalidade *aere perennius*, matéria e instrumento da arte. Ela é meu compromisso, através dela concebo minha realidade e por ela deslizo rumo ao seu horizonte e fundamento, o silêncio do indizível. Ela é minha forma de religiosidade. É, quiçá, também a forma pela qual me perco. (FLUSSER, 2007)

A linguagem é nossa forma de conhecer o mundo: a realidade nos vem em estado bruto pelos sentidos, mas é por meio da linguagem que este real se organiza e se configura. Ele se torna real quando compreendido.

A busca de compreensão do mundo também é uma busca por ordenação, por uma estrutura que torne o mundo menos caótico. A linguagem se estrutura nesta tentativa de ordenação.

As palavras são as unidades mínimas desta estrutura, elas são como metáforas, que substituem e apontam para algo. Ao mesmo tempo são como símbolos e participam de convenções, como os símbolos das placas de trânsito, que podem ser lidos apenas por aqueles iniciados nesta linguagem.

Para Flusser (2007) a realidade não é apenas um conjunto de dados brutos, isto é de sensações. Estes dados se realizam quando articulados em palavras: eles não são a realidade, são potencialidades. Como se as coisas existentes no mundo sensível fossem dotadas de potencialidade que cada língua pode assim articular, à sua maneira configurando realidades diferentes, cosmos diferentes de acordo com a interpretação de cada sensação. Cada símbolo criado faz parte de um sistema criado, sendo compreensível apenas dentro do sistema inteiro.

A criança está primeiro entregue ao mundo dos sentidos, dos dados brutos, que aos poucos vão se configurando e se ordenando por meio das palavras faladas pela mãe. À medida que ela vai adquirindo a linguagem, sua compreensão do mundo vai aumentando. “O intelecto se forma aprendendo palavras.” (FLUSSER, 2007).

A linguagem, mais do que uma forma de comunicação, é uma forma de pensamento; é por meio dela que este se dá.

O que acontece quando perdemos a capacidade de nos comunicar pela linguagem falada ou escrita, pela palavra? Como pensamos? Como compreendemos e ordenamos o mundo que nos cerca?

3.2.2 Linguagem e Neurociências

Segundo Lent¹¹ (2008) a Neurociência é um conjunto de disciplinas que estudam o sistema nervoso. Elas podem ser divididas em Neurociência Molecular, que estuda as moléculas e sua importância funcional no sistema nervoso; a Celular, que aborda as células que formam o sistema nervoso, sua estrutura e função; a Sistêmica, que considera os diversos sistemas funcionais como o visual, auditivo e motor, dentre outros; a Comportamental, que estuda as estruturas neurais que produzem comportamentos ou fenômenos psicológicos; e a Cognitiva, que trata das capacidades mentais mais complexas, como a linguagem, a autoconsciência e a memória, entre outras, e também é chamada de neuropsicologia. O estudo da linguagem nas neurociências está envolto neste campo da Neurociência Cognitiva.

Existem doenças que afetam nossa capacidade de compreensão da linguagem, assim como a expressão desta.

Neste estudo de caso será analisado o processo de criação nas artes plásticas de um paciente com afasia de Broca¹² a partir de seus desenhos e pinturas, relacionando a linguagem, o processo de criação, a percepção visuoespacial e visuoconstrutiva envolvidas na produção artística.

¹¹Roberto Lent (Rio de Janeiro, 1948) é neurocientista, graduado em medicina (1972), tem mestrado (1973) e doutorado (1978) em biofísica pela UFRJ, professor titular da UFRJ. Responsável por divulgar as Neurociências para o público em geral por meio de seus livros *Cem bilhões de neurônios* (2005) e *Neurociência da mente e do comportamento* (2008).

¹²Afasia de Broca: é uma alteração neurológica relacionada à expressão da linguagem. Ocorre por uma lesão na região de Broca, que fica no giro opercular do lobo frontal no hemisfério cerebral esquerdo. Foi descoberta em 1861 pelo cientista francês Paul Broca, que em uma autópsia identificou a relação entre lesões nesta área do cérebro no hemisfério esquerdo e a alteração de fala.

A afasia é um distúrbio de linguagem que pode acarretar alterações no conteúdo, na forma ou no uso da linguagem. Ela pode ser caracterizada por uma disfunção tanto na emissão quanto na recepção da linguagem oral ou escrita, e pode ocorrer em diferentes graus (ORTIZ, 2005).

O paciente em questão, que será chamado pelo nome de Pablo, apresenta uma afasia de Broca associada a uma apraxia de fala. A afasia de Broca se caracteriza por uma dificuldade na expressão da linguagem, não apenas falada, mas também escrita, e também pode envolver uma dificuldade na compreensão, mas não de forma preponderante. A apraxia está relacionada a uma dificuldade no planejamento para a execução de um ato motor, que pode ser a articulação da fala, a marcha, dentre outros; Pablo tinha uma apraxia de fala. Estes dois aspectos associados dificultam ainda mais a expressão deste paciente.

A linguagem não está relacionada a uma única área. A partir dos estudos de Lúria¹³ surgiu a teoria do sistema funcional da linguagem, segundo a qual todos os processos mentais estariam envolvidos. A percepção, a memória, a agnosia, a praxia, a linguagem e o pensamento não seriam funções separadas; mesmo que atualmente se saiba que existem áreas mais específicas para cada uma delas, elas são interdependentes (ORTIZ, 2005).

A linguagem visual também é uma forma de comunicação. Ela é mais simbólica, uma única imagem pode significar muitas coisas diferentes, ela não é necessariamente discursiva e nem sempre precisa se referenciar às realidades concretas.

Os pacientes com afasia muitas vezes demonstram muita irritação e frustração devido à dificuldade de comunicação. O desenvolvimento da linguagem visual pode lhes proporcionar uma alternativa de expressão, um meio para elaborar seus pensamentos e sentimentos e para interpretar o mundo que os cerca.

¹³ Alexander Romanovich Lúria (1902- 1977) foi um importante psicólogo russo especialista em psicologia do desenvolvimento. Considerado um dos pais da neuropsicologia moderna, estudou a influência da linguagem sobre a cognição e a neuropsicologia.

3.2.3 Pablo e a Arte

Pablo ficou afásico em decorrência de um acidente vascular cerebral (AVC). Antes do AVC, ele costumava fazer desenhos de plantas de casa para seus amigos. Ele mesmo desenhou sua própria casa, mas não tinha o hábito de desenhar com frequência. Depois do AVC ele ficou com muita dificuldade para se comunicar, se comunicando principalmente por gestos. Conseguia apontar objetos que queria, comidas, roupas, etc., mas não era capaz de exprimir conteúdos abstratos, sentimentos, sonhos e pensamentos.

Uma vez ele teve um sonho que o angustiou muito e não conseguiu compartilhar com sua esposa o que o afligia, então ele pegou um lápis e desenhou.

Figura 20 - Desenho do Sonho



Fonte: Acervo Institucional

Neste desenho ele conseguiu comunicar que sonhou que estava em uma fila para conseguir emprego. Desenhou a si mesmo com uma pasta que costumava levar para o trabalho antes do AVC. Depois de conseguir comunicar o significado do sonho para sua esposa, acalmou-se.

A partir deste desenho Pablo conseguiu expressar o significado do sonho para ela e o que ele sentiu. Sua esposa então começou a incentivá-lo a desenhar. Deu-lhe um caderno, no qual ele realizava desenhos apenas em preto e branco, feitos com lápis grafite.

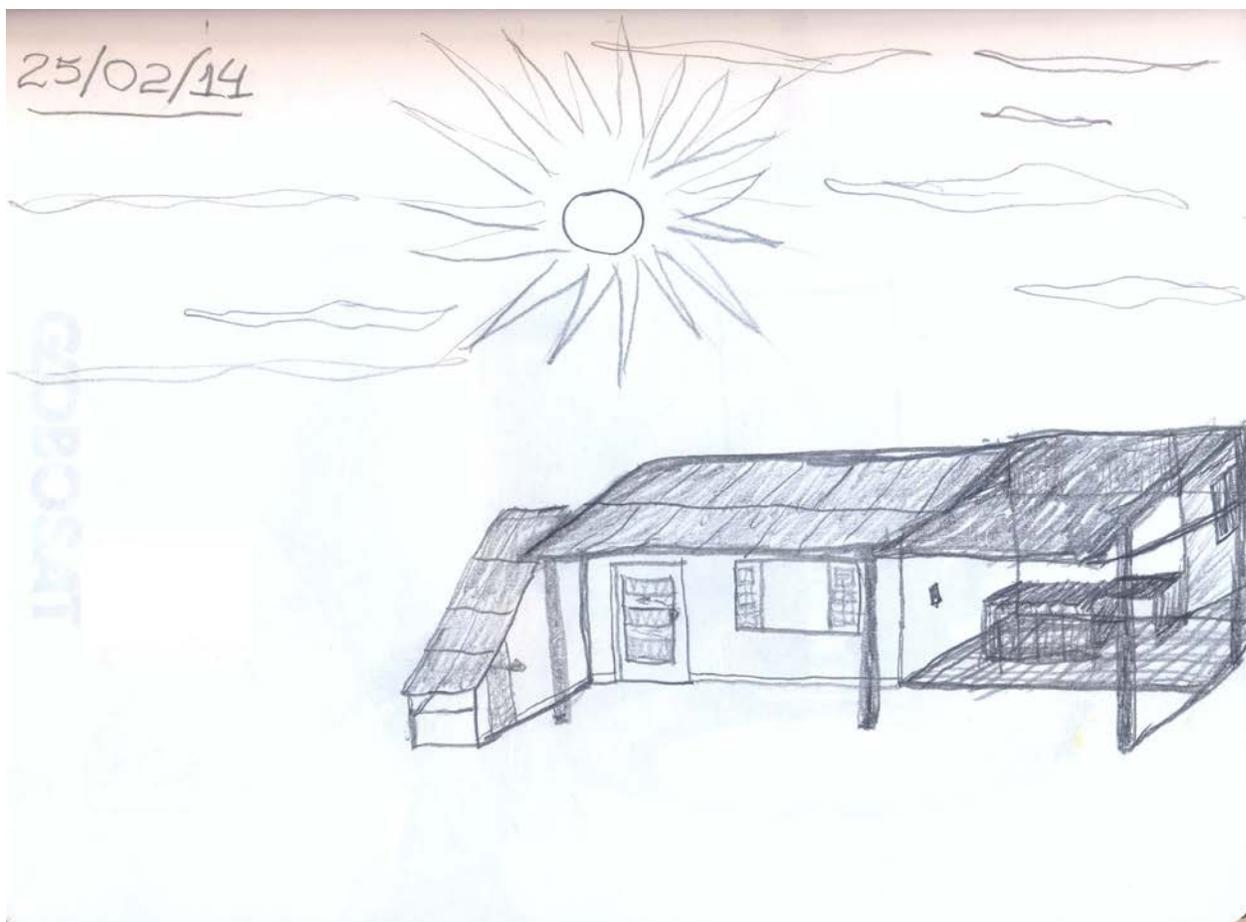
Figura 21 - Caderno



Fonte: Acervo institucional

No início realizava desenhos de paisagens imaginárias, geralmente plantas de casa. Neste desenho da figura 22, ele fez a planta de sua casa. É interessante perceber que ele sempre faz questão de assinar seu nome nos desenhos, aqui tiveram que ser apagados para preservar seu anonimato.

Figura 22 - Desenho da planta de sua casa



Fonte: Acervo Institucional

Posteriormente ele desenvolveu toda uma série de desenhos que partem do desenho de observação de um carrinho *Hot Wheel*, figura 23, que ele insere numa paisagem criada. Depois do AVC ele ficou com o hábito de colecionar estes carrinhos, sendo uma de suas principais atividades.

Figura 23 - Desenho a partir dos carrinhos de *Hot Wheels*



Fonte: Acervo Institucional

A atividade do desenho se tornou sua única atividade ocupacional, passando grande parte do dia desenhando neste caderno.

Durante a admissão com a fonoaudióloga ele utilizou o desenho para se comunicar, e ela percebeu a oportunidade de investir nesta forma de comunicação. Ele foi direcionado para o Ateliê de Artes, onde foram realizados atendimentos em conjunto com a fonoaudióloga.

Pablo foi apresentado a outros materiais artísticos, começando a pintar e utilizar a cor nos seu trabalhos. A família começou a utilizar o desenho no dia a dia, quando ele não conseguia se exprimir por gestos.

Figura 24 - Desenho da Chuva



Fonte: Acervo Institucional

Figura 25 - Desenho da Chuva colorido



Fonte: Acervo Institucional

Muitas vezes ele tinha dificuldade para compreender o que era dito: quando era solicitado a fazer alguma coisa não compreendia, tendo a necessidade de ser mostrado o que era solicitado com objetos concretos. Neste desenho e na pintura da chuva, figuras 24 e 25, sua esposa pediu para ele fazer um desenho da chuva. Ele não compreendeu, e ela lhe mostrou um guarda-chuva. Ele então desenhou o guarda-chuva, e a partir dele desenvolveu o desenho todo. A versão colorida foi uma das primeiras pinturas que ele realizou.

Ao longo dos atendimentos Pablo começou a desenvolver uma linguagem própria nas artes visuais, muito gráfica, com uso de cores puras e uniformes, sempre muito detalhista e perfeccionista. Ele sempre utiliza um pincel muito fino para dar melhor acabamento à pintura.

Figura 26 - Paisagens e carrinhos

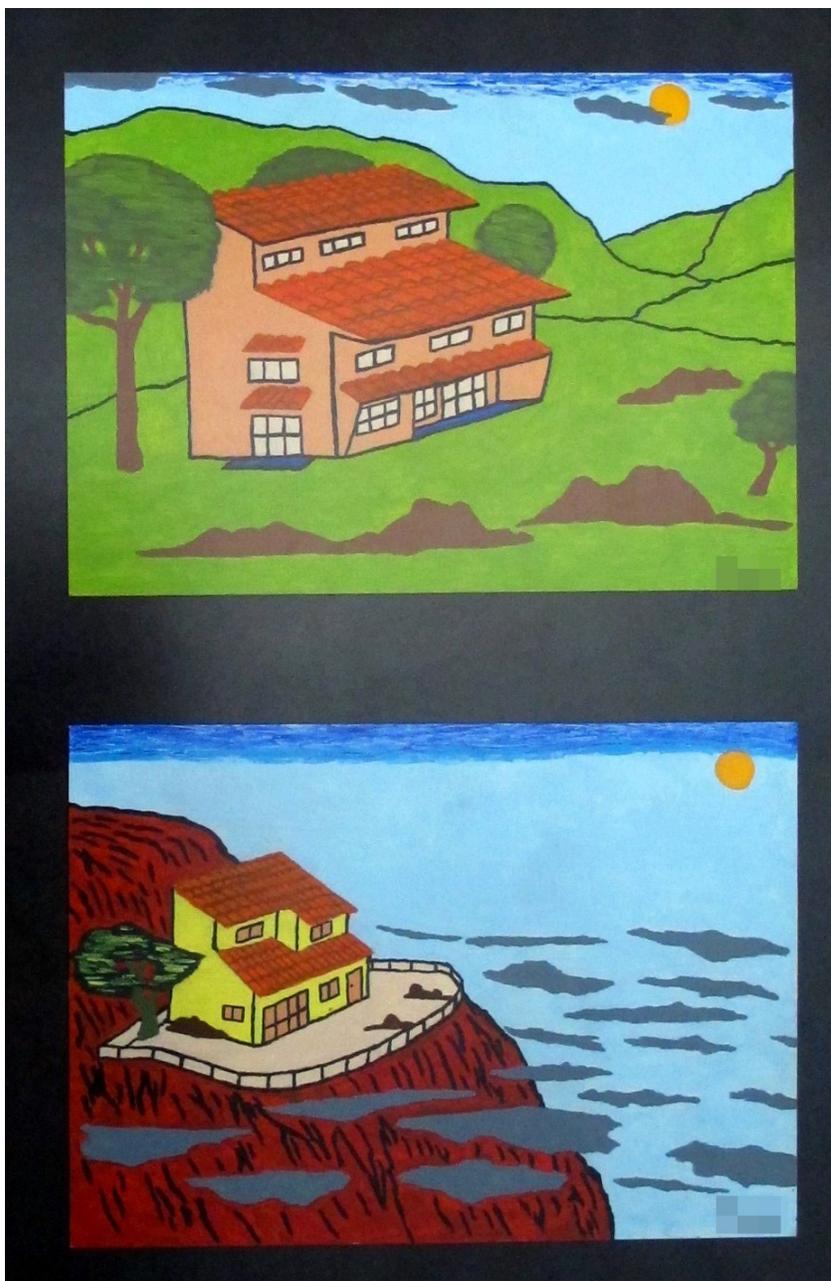


Fonte: Acervo Institucional

Ele começou a fazer os mesmos temas dos carrinhos com as paisagens em cores, e inserir as casas em alguns deles. Ele gosta de usar a tinta acrílica fosca ou PVA, para dar um acabamento bem uniforme em cada área de cor.

Surgiram então paisagens imaginárias, onde ele buscava diferentes pontos de vista, de cima, ou de baixo, buscando perspectivas diversas. Ele fazia estas pinturas em casa de forma espontânea, sem utilizar nenhuma referência.

Figura 27 - Paisagens imaginárias

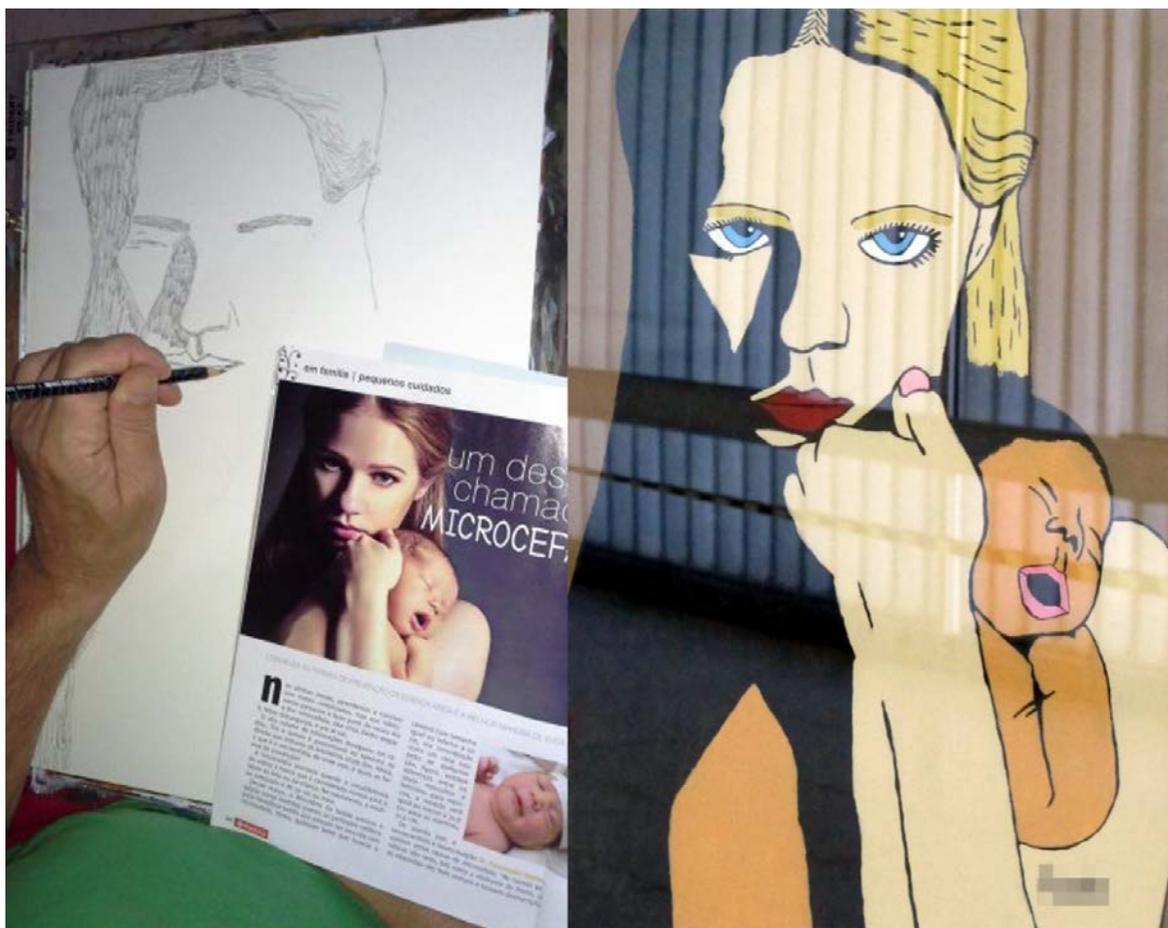


Fonte: Acervo Institucional

Durante as aulas ele sempre solicitava uma imagem para utilizar como referência. Quando eu não dava nenhuma imagem, ele buscava qualquer desenho que tivesse na sala, e iniciava seu desenho a partir da cópia desta imagem.

Comecei a perceber que fora as paisagens e as casas ele tinha dificuldade para criar outras imagens. Ele partia sempre de um desenho de observação de um objeto ou imagem, preocupando-se em copiar o mais fielmente possível o desenho; mas não copiava apenas, sempre acrescentava algo ou imprimia seu estilo gráfico no final. Retirava estas referências de elementos do seu cotidiano, jornais, revistas, panfletos e etc.

Figura 28 - Desenho de observação



Fonte: Acervo Institucional

Pablo era DJ na juventude e a música sempre representou um lugar importante em sua vida. Considerando seu interesse musical, ele foi estimulado a desenhar a partir de músicas que

fossem importantes para ele: porém, encontrou muita dificuldade para fazer os desenhos sem a referência de uma imagem. Ele fez uma ilustração literal de cada parte da letra da música e solicitou imagens de referência, para cada elemento desenhado.

Figura 29 - Ilustração da música "Tempo Perdido".



Legenda: Parte referente à "a tempestade que chega é da cor de seus olhos / castanhos".

Fonte: Acervo Institucional

Foi feita uma série de desenhos ilustrando esta música e com estes realizada uma animação. Mesmo o estímulo sendo musical, Pablo teve dificuldade para compreender o conteúdo da música, necessitando sempre de mediação e não conseguindo fazer desenhos espontâneos a partir da proposta.

O objetivo dos atendimentos em artes inicialmente foi estimular a habilidade do desenho para complementar sua forma de comunicação, mas ao longo do processo o paciente apresentou um desenvolvimento rápido na atividade do desenho e da pintura, o que fez com que os atendimentos de artes ganhassem o foco do tratamento dele em reabilitação.

O que continuava a me intrigar era sua dificuldade para criar imagens espontaneamente. Apesar disso, quando copiava algumas imagens, ou criava as paisagens para inserir os elementos copiados nelas ou acrescentava elementos à imagem original.

Esta dificuldade de criar imagens sem uma referência, segundo a fonoaudióloga que o atende, está relacionada à dificuldade de simbolizar: assim como ele tem dificuldade para evocar palavras, ele tem dificuldade para evocar imagens.

Segundo Montallana e Montanes (2010), uma enorme facilidade para copiar imagens é encontrada em alguns pacientes com afasia, o que se chamou de facilitação patológica.

O cérebro é dividido em dois hemisférios, o hemisfério esquerdo e o hemisfério direito, e também é dividido em lobos segundo a região do cérebro. No lobo temporal esquerdo fica a região responsável pela linguagem. Como já foi dito anteriormente, a linguagem não fica situada apenas em uma única região, mas esta é a principal região responsável, e lesões nesta área podem causar comprometimentos de linguagem. No hemisfério esquerdo se situa a área responsável pela percepção visuoespacial, que faz com que percebamos os objetos na sua localização espacial.

A facilitação patológica que Montallana e Montanes mencionam aconteceria devido a um comprometimento do hemisfério esquerdo na área da linguagem, o que faria com que o hemisfério direito tivesse sua função facilitada. Muitos artistas e arte educadores percebem, durante a atividade do desenho, uma maior atenção visual, com uma concentração nas formas dos objetos, como se a percepção destes se tornasse puramente visual. É o que estas autoras sugerem que ocorra com os pacientes com afasia.

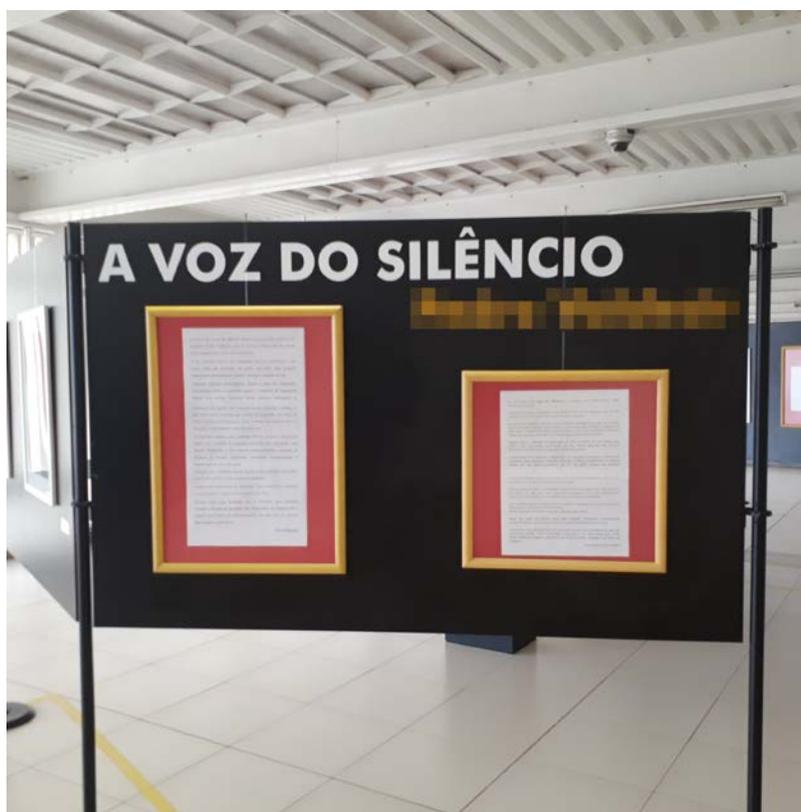
Segundo o artista Richard Serra (2014), muitos artistas e professores de Artes se referem à habilidade do desenho como uma capacidade de ver mais do que uma habilidade manual. A arte-educadora Betty Edwards utiliza, em seu livro *Desenhando com o lado direito do cérebro* (1984), um exercício de desenho onde se inverte a imagem para que a pessoa não identifique o objeto e desenhe apenas o que vê, não o que pensa que vê; não o objeto, mas as formas, a partir da sua percepção visual e não intelectual.

O paciente que não acessa o significado do objeto o percebe mais enquanto forma, o que talvez facilite sua habilidade de desenhar. Ele vive em um mundo povoado por imagens, não por palavras. Uma dificuldade ou comprometimento pode facilitar uma habilidade; ao buscar compensar uma falta, surge uma nova forma de habilidade, uma outra maneira de fazer, perceber, expressar-se.

Poder acessar a maneira como estes pacientes afásicos percebem o mundo pode abrir uma porta para que nós os compreendamos melhor e possamos acessar seu universo, seus sonhos, sentimentos e emoções.

Depois de três anos de atendimento, foi realizada uma exposição com as pinturas de Pablo na Galeria de Arte do Sarah Rio, na qual ele e sua esposa participaram da curadoria e da forma de sua montagem na Galeria do Sarah.

Figura 30 - Exposição de Pablo na Galeria do Sarah 1



Fonte: Acervo Institucional

Figura 31 - Exposição de Pablo na Galeria do Sarah 2



Fonte: Acervo Institucional

Figura 32 - Exposição de Pablo na Galeria do Sarah 3



Fonte: Acervo Institucional

A exposição foi uma oportunidade para o paciente e sua família perceberem seu processo de desenvolvimento na arte e na reabilitação, valorizando esta nova habilidade. As atividades de desenho e pintura tinham se tornado suas principais atividades ocupacionais, melhorando seu humor e autoestima.

Foi realizado no dia da abertura um evento com uma mesa redonda, na qual ele teve oportunidade de mostrar seus trabalhos, e sua esposa e sobrinhas, que o acompanharam durante seu processo de reabilitação, falaram sobre a importância da arte na sua reabilitação. A fonoaudióloga e eu, sua professora de Artes, também abordamos o tema da arte e da comunicação.

Este estudo de caso pretende mostrar a importância da atividade de artes plásticas como uma alternativa para a expressão de pacientes com afasia, pois a arte requer habilidades que não estão comprometidas, como a percepção visuoespacial e visuoconstrutiva. A alteração de linguagem pode até mesmo facilitar estas habilidades, como visto acima, transformando uma dificuldade em habilidade.

A atividade artística resgatou sua potência, deu-lhe uma ocupação e um sentido para seu dia a dia. Muito mais do que uma forma de expressão, a produção plástica se tornou uma maneira de estar no mundo, e tornou acessível para nós sua forma de pensar e perceber o mundo por imagens.

A arte muitas vezes torna visível processos de pensamento e sentimento que não poderiam ser expressos de outra forma, sendo uma importante ferramenta no processo de reabilitação para um maior conhecimento do universo de cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar a produção criativa de pacientes com alterações neurológicas me deparei com diversas questões: quem é este sujeito que cria? Como é a arte feita num ambiente hospitalar? Qual a diferença entre a arte que está nos museus e galerias e a arte que é criada nos hospitais?

O que pude perceber é que este sujeito somos nós, que a noção de normalidade não serve para falar sobre quem somos, não faz sentido pensar nos pacientes como tipos de sujeito diferentes do que eu sou, do que os alunos das escolas de arte são. Somos todos seres únicos, com formas próprias de pensar e agir no mundo. Os pacientes criam como os alunos de ateliês e escolas de arte criam, com os recursos que dispõem: materiais, técnicos, espaciais, corporais, de acordo com sua maneira de pensar e sentir, e de elaborar todos estes elementos numa produção plástica e poética. Segundo Mario Pedrosa:

"Cada indivíduo é um sistema psíquico à parte, e também uma organização plástica e formal em potência. Normalidade e anormalidade psíquica são termos convencionais da ciência quantitativa. Sobretudo no domínio da arte elas deixam de ter qualquer prevalência decisiva. Os limites entre uma coisa e outra no campo da arte são ainda mais apagados, mais difíceis de precisão, do em qualquer outro domínio da atividade mental." (PEDROSA, 1947, p63)

A arte feita nos hospitais não difere da arte feita nas escolas de arte e nos ateliês, no sentido de que dentro destes locais podem haver trabalhos que possuam valor artístico e outros que não. Pedrosa (1947, p.61) fala que muitas vezes o que falta para se tornarem obra de arte "é uma vontade realizadora (...) impondo uma organização plástica e disciplinando suas forças explosivas". Se a pintura de um paciente tem esta vontade realizadora e uma organização plástica, por que não chamá-la de arte? Talvez a diferença seja porque nos hospitais, mesmo que não apresente estes elementos, ela tem enorme valor como uma expressão potente de um universo pessoal, mas não menos importante por isso.

No entanto quando falamos de galerias e museus, estamos nos referindo a um sistema de arte, que trabalha com seus próprios conceitos de valor e de arte, que muitas vezes transforma estas criações plásticas em artefatos e produtos. Neste sentido, a arte feita nos hospitais não serve para ocupar estes lugares, e se fossem inseridas neles, perderiam toda sua potência. Nise da Silveira percebe isto quando impede que uma pintura de Emydio, um de seus pacientes, seja

comprada por um colecionador de arte, ela age como uma guardiã deste tesouro do inconsciente. (MELO, 2001, p73)

Esta pesquisa pretende repensar estes lugares da arte a partir das relações entre arte e clínica, focando na potência da criação dos pacientes neurológicos e buscando, através da observação de suas criações poéticas, pensar em outras formas de processo criativo, na arte e na vida.

Um acidente ou uma doença podem causar uma alteração drástica no indivíduo. Um acidente vascular cerebral ou uma doença degenerativa como a doença de Parkinson causam uma alteração no funcionamento do corpo, na sua forma de pensar, sentir ou se expressar.

Algumas partes do sistema neurológico ficam comprometidas e este organismo então busca novas formas de organização, e por meio da neuroplasticidade o cérebro busca outros caminhos para que a função antes desempenhada pela área afetada ocorra em outra área. É nisto que se baseia o conceito de neuroreabilitação.

Na saúde se tem geralmente como meta a restituição à forma anterior à doença. Muitas vezes este retorno à normalidade, à norma, à forma anterior não é possível. Em reabilitação já se parte do princípio de uma nova habilidade, de uma re-habilitação, uma adaptação.

Nas doenças degenerativas e em outras doenças neurológicas, é justamente isto que acontece, este retorno à forma original não é possível. Existe então a necessidade de se olhar para aquela pessoa e ver o que lhe resta, mas é só isso? Ver o que sobrou, calcular o que lhe falta? O corpo atingido por uma doença é um outro corpo, muitas vezes com outro funcionamento, é criada uma nova organização do organismo, uma metamorfose para outros estados do ser. É necessário estar aberto para conhecê-lo e assim aprender com ele outras formas de existir.

Este trabalho buscou observar o processo de criação de um paciente com doença de Parkinson e de outro com afasia (alteração de linguagem causada por um AVC) abordando a questão da criatividade e sua relação com a compulsão e com a linguagem, e mais do que tudo, percebendo a potência criativa, presente mesmo na doença ou até mesmo facilitada por ela.

As limitações causadas pela doença fazem com que as pessoas acometidas por ela não tenham determinadas funções com as quais nós criamos, quer seja o controle dos movimentos, a

linguagem ou a memória. Eles então se valem dos seus potenciais e neles lançam a força para criar.

Do descontrole dos movimentos surge um outro movimento, um grafismo tumultuado e formas que se misturam. Da dificuldade para simbolizar surge uma extrema necessidade de observar e desenhar o mundo que o cerca. Observar estes processos nos faz conhecer outras formas de potência.

O objetivo deste trabalho é mostrar que apesar da doença se pode criar e que a arte pode estar presente em muitos lugares e circunstâncias diferentes. Talvez o mais importante seja que por meio da investigação dos processos destes pacientes e suas obras se possa repensar, na área da saúde, outras formas de ver a doença, percebendo seu potencial criativo; e tanto na arte, quanto na arte educação, perceber outros caminhos para a criação artística.

REFERÊNCIAS

- ANDRIOLO, Arley. A "psicologia da arte" no olhar de Osório César: leituras e escritos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 74-81, 2003.
- ARGAN, Giulio Carlo. **Arte moderna**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- BRAGA, Lúcia Willadino; CAMPOS DA PAZ JR., Aloysio. **Método Sarah**: reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.
- CAMPOS DA PAZ JR., Aloysio. **Tratando doentes e não doenças**. Brasília: Editora Sarahletras, 2002.
- CAMPOS DA PAZ JR., Aloysio. **Percorrendo memórias**. Brasília: Editora Sarahletras, 2010.
- CARVALHO, Ruy Luís Gonçalves. **Criação terapêutica nas instituições**: teoria e técnica. In: ASSOCIAÇÃO DE ARTETERAPIA DO RIO DE JANEIRO (org.). **Estudos em Arteterapia**: diferentes olhares sobre a arte Rio de Janeiro: WAK Editora, 2009. (Cadernos da AARJ, nº 1).
- DIONÍSIO, Gustavo Henrique. **O antídoto do mal**: crítica de arte e loucura na modernidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- EDWARDS, Betty. **Desenhando com o lado direito do cérebro**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1984.
- FLUSSER, Vilém. **Língua e realidade**. São Paulo: Annablume, 2007.
- FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1995.
- FREITAS, Fernando Ferreira Pinto; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A importância de Hans Prinzhorn para a reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em debate** [online], v. 42, n. 117, p. 503-517, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811713>. Acesso em: 10 jul. 2018.
- GAMA, Aline Campelo. **Arte e reabilitação**: motivação pelo afeto. 2014. Dissertação (mestrado) - Instituto de Artes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.
- GIL, Roger. **Neuropsicologia**. São Paulo: Livraria Santos, 2002.
- GRAMARY, Adrian. De Prinzhorn a Dubuffet: A repercussão das coleções de arte criada por doentes psiquiátricos na arte do século XX. **Leituras**, v. 7, n. 2, p. 47-50, mar.-abr., 2005. Disponível em: http://www.saude-mental.net/pdf/vol7_rev2_leituras1.pdf. Acesso em: 16 fev. 2019.
- LAKKE, J. Art and parkinson's disease. **Parkinson's Disease: Advances in neurology**, v. 80. Philadelphia: Ed Lippicot Williams & Wilkins, 1999.

- LENT, Roberto (coord.). **Neurociências da mente e do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- LIMA, Elisabeth Araújo. **Arte, clínica e loucura: território em mutação**. São Paulo: Summus, 2009.
- LIMA, Elisabeth Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: território em mutação. **Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 709-735, jul-set. 2007.
- KULISEVSKY, Jaime; MARTINEZ-CORAL, Javier. Changes in artistic style and behaviour in Parkinson's disease: dopamine and creativity. **Journal of Neurology**, março, 2009.
- MATEER, Catherine A.; SOHLBERG, McKay Moore. **Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2009.
- MELLO, Luiz Carlos. **Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatria rebelde**. Rio de Janeiro: Automática, 2014.
- MELO, Walter. **Nise da Silveira**. Rio de Janeiro: Imago, 2001.
- MONTALLANA, Diana; MONTANES, Patricia. Demencia e creatividad: emergencia de una actividad pictorica en un paciente con afasia primária progressiva. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 39, n. 1, p. 211-223, 2010.
- ORTIZ, Karin Zazo (org.). **Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição**. Barueri, SP: Manole, 2005.
- OSTROWER, Fayga. **Universos da arte**. Ed. Campus, 1989.
- OSTROWER, Fayga. **Criatividade e processos de criação**. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 2014.
- PEDROSA, Mário. Arte, necessidade vital. **Correio da Manhã**, Rio de Janeiro, 21 de Abril de 1947. p. 47-67.
- PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, out.-dez., 2013.
- SACKS, Oliver W. **Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SERRA, Richard. **Escritos e entrevistas 1967-2013**. São Paulo: Instituto Moreira Sales, 2014.
- SIMAS, Claudia Gunzburger. **Janelas expressivas: o desenvolvimento da capacidade comunicativa em um indivíduo com afasia**. 2004. Dissertação (mestrado) - Instituto de Artes, Universidade de Brasília. Brasília, 2004.

SIMAS, Claudia Gunzburger. **Arte e reabilitação**: fazendo brotar emoção com ajuda de aparato digital. 2012. Tese (Doutorado) - Instituto de Artes, Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

TEIVE, Hélio A. G. **Doença de Parkinson**: um guia prático para pacientes e familiares. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

ANEXO A - Relato de Experiência da Professora Márcia Abreu

História da Dança na Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

A dança foi introduzida na Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação por meio do programa de reabilitação de pessoas com lesão medular em 1993, em Brasília, pela professora Elizabeth Maia¹. A proposta era transformar essa linguagem artística em um instrumento para o aprendizado das possibilidades do corpo e do movimento, contribuindo para o processo de reabilitação do paciente, seguindo o método Angel Vianna, bailarina e pioneira do trabalho de dança com pessoas com deficiência no Brasil.

A dança integra o programa de reabilitação com o propósito de oferecer ao paciente meios de se relacionar positivamente com seu corpo. Paulatinamente, com o processo de sensibilização, pela percepção corporal, ele passa a lidar melhor com seus desconfortos, experimentando bem-estar e descobrindo potencialidades que antes pareciam inexistentes.

Em 1994 foi aberto concurso público, e o trabalho se expandiu para outras unidades da rede, como Salvador e São Luís. O trabalho de dança foi implantado por Márcia Abreu na unidade SARAH-Salvador, recém-inaugurada, em 1994. Nesta unidade ela passou a atender não só pacientes com lesão medular, mas também com lesão neurológica, adultos e crianças, pacientes ortopédicos, da enfermaria clínico-cirúrgica e do primeiro estágio, onde os pacientes chegavam em fase aguda.

Pacientes eram então acompanhados pela dança desde a fase aguda à crônica. Na fase aguda, durante o processo de internação, o enfoque era dado à percepção corporal. Ao longo do processo de reabilitação, a dança surgia complementando o processo de percepção corporal do paciente e expandindo as suas possibilidades. O paciente que recebia alta e se interessava em dar continuidade às aulas de dança tinha a opção de realizá-las como paciente externo. Pacientes ambulatoriais, que não tinham passado pelo período de internação, também frequentavam as aulas. Com o intuito de atender às demandas de alguns pacientes externos, que encontravam na dança sua principal forma de expressão, e requisitavam um tempo maior de aprofundamento e pesquisa nessa atividade, foi criado o grupo Rodança².

O Rodança apresentava as seguintes propostas: (i) aprofundar a pesquisa de movimentos realizada ao longo do processo de reabilitação, objetivando a reinserção social pela dança, um dos pilares principais da reabilitação; (ii) estimular o fortalecimento da autoestima e contínua reconstrução da autoimagem; (iii) suscitar reflexões e discussões entre os integrantes do grupo acerca da cidadania; (iv) estimular o sentido de equipe, cooperação e autogerenciamento do grupo a partir da divisão de atribuições de produção; (v) amadurecer o profissionalismo em relação ao aprimoramento de habilidades e à conduta; e (vi) informar à sociedade, por meio de apresentações regulares em espaços públicos e em eventos científicos, sociais e artísticos, acerca de questões referentes à expressão pela dança da pessoa com deficiência física.

Em 2002, Márcia Abreu implantou o trabalho de Dança no Centro de Reabilitação Infantil – Sarah Rio, unidade destinada à reabilitação de crianças e adolescentes de 0 a 16 anos.

Em 2008, foi aberto novo concurso público e Márcia Abreu treinou novos professores de dança para atuar nas unidades do Rio de Janeiro, Salvador e Brasília (Centro e Lago Norte), tendo contribuído no treinamento dos professores de artes.

Em 2009, foi inaugurado o Centro Internacional de Neurociências e Neuroreabilitação no Rio de Janeiro, e a profissional supracitada implantou a dança nesta unidade, tendo sido membro do Comitê Transdisciplinar de Organização e Montagem do Programas de Reabilitação.

Atualmente trabalha nesta unidade, atendendo aos programas de Reabilitação Infantil e Adulto, neste último setor conjuntamente com o professor Alexandre Franco.

1 Em 1993, a professora de dança Elizabeth Maia implantou o trabalho de dança na unidade de Brasília da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação, na época Sarah – Hospitais do Aparelho Locomotor. Segundo Bruce Curtis, sociólogo e portador de tetraplegia, consultor do *World Institute On Disability*, em Oakland (EUA), e precursor (como dançarino e portador de deficiência) do trabalho de dança em cadeiras de rodas, a Rede SARAHA é, em todo o mundo, a instituição pioneira na adoção da proposta de inclusão do trabalho de dança em seu programa interdisciplinar de reabilitação. (Videoconferência concedida por Bruce Curtis no SARAHA-Brasília, em 1996)

2 O grupo foi premiado, por duas vezes, com o segundo lugar, em dois solos apresentados no 11º Festival Internacional de Danças - Dança Bahia - 1999, concorrendo com pessoas não portadoras de deficiência, nas modalidades: Folclore Tradicional e Dança Moderna / Contemporânea e categoria: Solo Avançado.

ANEXO B - Entrevista feita à professora Claudia Gunzburger Simas no dia 09/02/2019.

Olívia- Como começou o trabalho de artes no Sarah?

Claudia - Na década de 1960, o Aloysio Campos da Paz fazia parte de um conselho da Aliança Francesa, junto com outros intelectuais da época. Na Aliança Francesa, em 1964, nasceu a primeira Escolinha de Arte de Brasília. Quem criou, junto com o apoio dos franceses, foi a Renê Gunzburger Simas: ela tinha saído do Rio depois de fazer os primeiros concursos para trabalhar em Brasília. Nesta época, na década de 1960, começou o movimento mais forte do que era a arte-educação, com o movimento das escolinhas, em Recife, no Rio de Janeiro, com as Escolas Parque também. Estes professores eram ligados a este novo conceito do país moderno que estava nascendo.

Em 1964 a professora Renê foi cassada, então que ela abriu a Escolinha de Arte dentro da Aliança Francesa. O Campos da Paz, como era da associação da Aliança, começou a ver o trabalho que ela desenvolvia lá e ficou encantado, porque a Escolinha de Arte era uma coisa fantástica, realmente. Ela experimentava todos os materiais, era um grande ateliê, que ia desde a cênica às artes plásticas.

Quando o Sarah ganha maior autonomia e a Fundação das Pioneiras Sociais passa a ser uma associação, Campos da Paz faz um convite a Renê, para montar um centro de artes para as crianças que tinham paralisia cerebral e outras alterações neurológicas.

Ela então foi até o Sarinha, olhou, deu algumas sugestões de como poderiam trabalhar com todas as crianças por meio da arte, mas ela não se sentiu ainda com forças para lidar com aquela quantidade de problemas que as crianças tinham. Ela manteve a escola dela e acabou não aceitando o convite do Campos.

Como o Campos era ligado ao Lelé e ao Athos Bulcão, todos trabalhavam com arte e entendiam a importância da arte na educação. Athos Bulcão convidou a Zezé, que montou o primeiro Centro de Criatividade dentro do Sarah, que era um trabalho muito interessante. Era um pouco diferente do trabalho que foi passado para vocês, porque o Centro de Criatividade era um espaço muito bonito, no térreo do Sarah Centro, e ela trabalhava basicamente com sucata. Este tipo de trabalho teve uma grande influência na década de 1970 e 1980, muitos professores trabalhavam com as sucatas, restos, e iam construindo. Era um trabalho sem dúvida, muito bonito. Ela trabalhava junto com outro professor de Artes.

Este trabalho era um pouco independente, diferente do que vocês conheceram em 2008, quando foram a Brasília. Este Centro de Criatividade recebia as crianças, recebia alguns adultos, que iam no Centro e faziam todo aquele trabalho.

O - Então este trabalho não era apenas para as crianças?

C - Ele era mais voltado para as crianças, mas tinha adultos também que iam para o Centro de Criatividade. Talvez, essa seja a grande diferença que acontece dessa passagem, do Centro de Criatividade para quando eu fui trabalhar.

A primeira experiência foi em 1997, eu e uma professora da Secretaria de Educação tínhamos ganhado um prêmio, que era um calendário belíssimo de design, de todas as escolas de arte do Brasil. Tinham escolas aqui do Rio, acho que era o Parque Lage; em São Paulo, o SESC Pompéia; no Sul, eu não me lembro mais, todas as grandes escolas de arte do Brasil inteiro participaram deste calendário, com desenhos de alunos, de crianças. Era um calendário fantástico, que era patrocinado na época por uma das maiores editoras de livros, agora não me recordo do nome, quase como um concurso.

O Alex, que tinha sido designer do Sarah no início do Sarah, ficou sabendo por uma professora de Artes de Brasília que existia uma escolinha dentro do Espaço Renato Russo, que tinha sido aberto na quadra 508 Sul, e disse que lá eles encontrariam professoras que trabalhavam com crianças. Nesta história toda, o Alex ficou enlouquecido com o trabalho que era desse ateliê, que se chamava A Cor da Cor, e começou a pegar uns desenhos das crianças. Ele já tinha contatado com os outros ateliês do Brasil inteiro. Começou então a confecção deste grande calendário, que ia ser da abertura de Pinacoteca de São Paulo, só para você sentir a grandiosidade da história.

A confecção do calendário foi tão cuidadosa na questão da reprodução – porque o desenho de criança sempre perde na hora da reprodução – que foi levado para um laboratório francês, para que não houvesse perda da qualidade do desenho. Era algo assim, fascinante. O que aconteceu é que o dono desta editora ficou muito interessado pelo trabalho que eu e Iracema fazíamos, e acabou que de 12 meses, 8 foram dos trabalhos das crianças do ateliê A Cor da Cor, um do Parque Lage, e um de cada uma das outras escolas. Existia alguma coisa que diferenciava a maneira como a gente tinha desenvolvido o trabalho com aquelas crianças de escola pública. Eram 200 crianças, era um volume enorme. Esta oficina começou a ganhar muitos prêmios: este do calendário, da Unicef, um monte de prêmios de trabalho de arte com crianças e adolescentes.

Neste momento, o Alex pediu para que a gente entregasse o calendário no Centro de Criatividade, pois um dos desenhos era do Sarah, que a Zezé e o outro professor haviam enviado. Fomos entregar o calendário, e depois ligam para a minha mãe, Renê Simas, do Sarah, perguntando se ela poderia implementar mais o trabalho de artes lá. Ela tinha ajudado a organizar um concurso de professores de Artes para lá, anteriormente, mas os professores acabaram saindo, não deu muito certo. Então eles perguntaram se ela não queria voltar para dar uma levantada na questão das artes, porque a Zezé já estava ficando muito idosa. Ela novamente não aceitou, pois ela não conseguiria lidar com as perdas dos pacientes todos, mas disse que poderia indicar a Claudia Simas, que talvez tivesse interesse. Então me ligaram perguntando se eu tinha interesse em desenvolver um trabalho – na época eu estava no ateliê A Cor da Cor e era da Secretaria de Educação, concursada. Aceitei, mas era uma coisa meio híbrida, eu ficava um tempo, porque eu não ia largar a oficina, e então viajava.

O trabalho era basicamente ir para Salvador e começar a montar um trabalho de arte lá. Então eu fiz isso durante uns três, quatro meses. O Aloysio Campos da Paz conseguiu, junto com o secretário de cultura e educação, para quem eu estava cedida, que eu pudesse fazer uma semana em Salvador, e o restante do mês em Brasília na Secretaria de Educação. Então comecei a fazer este trabalho, meio sem saber o que iria acontecer, mas nesse viés da arte.

O - Você montava este trabalho em Salvador para os professores de lá?

C - A princípio era para isso, mas eu encontrei uma resistência danada.

O - Mas eram os professores de Artes?

- Não existiam professores de Artes lá, eram os professores hospitalares. Só que nisso, eu reparei que existia uma resistência danada dos educadores que eram formados para a alfabetização, e que não tinham muito conhecimento sobre esta questão estética.

Havia um afastamento muito grande, na formação deles, do que é a importância dos materiais, a importância de uma criança desenvolver a expressão, a importância de uma individualidade representativa e criativa. Isto não existia muito claro, então a reabilitação era muito voltada em cima da perda. Então, se a criança tem que desenvolver o "a, e, i, o, u", então apostava neste "a, e, i, o, u" como se fosse a única forma, e a arte não trabalha desta forma. Lógico que ela vai desenvolver a linguagem, mas ela quer uma coisa maior, a gente quer uma coisa muito maior, que é o mundo, descobrir esse mundo com um olhar meio diferencial.

Nisso os professores não conseguiam entender o que era o trabalho de arte, era como se eu estivesse falando de uma coisa que não era de domínio, o domínio eram coisas reproduzidas. Então a parte pedagógica trabalhava muito com a reprodução de desenhos ou xerox. Então eu cheguei neste momento, em que eles acreditavam muito nesta repetição, e não na reflexão, que são coisas diferentes, e em coisas programadas, e não numa coisa conquistada.

Então eu começo a tentar explicar isso para os professores, comecei a montar grupos com as crianças, adultos de lesão medular, trouxe todo material que eu tinha pedido para que o Sarah comprasse. E comecei a montar os ateliês nas enfermarias, mas não houve engajamento dos professores, eles se mantiveram resistentes àquele tipo de trabalho. Só que, por ironia, os meninos começaram a ficar enlouquecidos com aquilo, era a primeira vez que eles eram o que eles eram, não tinha problema, eles não estavam ali porque eram diferentes. Eram pessoas que iam descobrindo aqueles materiais todos e enlouquecendo com aquilo tudo. E eu acho que aí eu fui descobrindo também como lidar, tive que aprender, coisas que não eram do nosso *métier* também. Porque existem duas estranhezas: a dos professores, que não se mostraram muito repetitivos, em cima de uma educação previsível, e chega uma professora de Artes, formada em Artes Plásticas, que vê que a educação não é previsível, que os resultados não são previsíveis e que tem que ter uma troca a dois. E que não há deficiência que tire uma coisa maior, que é a expressão pessoal. É aí que começa a brotar este trabalho.

Ao mesmo tempo eu fico muito curiosa para entender com mais profundidade o que é esse ser humano, que na nossa formação de licenciatura em Artes Plásticas, ou em qualquer outra área, é muito pouco aprofundada. A filosofia fala sobre existência, mas a filosofia nem sempre vai tratar de grandes perdas, ou perdas motoras, ou perdas cerebrais, e nisso eu acho que a grande curiosidade – para quem é de arte – é ir descobrindo outros aspectos desse corpo e desse ser.

O - Outras formas de você pensar, de criar, de interagir.

C - E de você estabelecer que limites são estes, que impedem ou não um ser de se expressar. Então, ao mesmo tempo que eu achava que ia lá para – de repente eu me vejo num papel ao contrário, tendo que aprender o que é esse ser. Que a gente se diz íntegro, só que nós não somos inteiramente. E é aí que a curiosidade nasce, neste período da descoberta de milhares de coisas, de como é o funcionar esse cérebro, como é que esse corpo pode se mover, como é que uma lesão frontal estabelece uma outra relação de existência com o outro, como é que uma mão paralisada pode não ser tão importante, como é que um corpo que não tem toda a nossa gesticulação e movimento pode ter sua potência. Então, eu começo a ver um outro tipo de energia, que lá no ateliê das crianças de colégio público era uma outra pulsação, e no Sarah teria que ser uma outra coisa.

Então eu fico fazendo este trabalho durante uns quatro meses, ia e voltava, ia e voltava, mas comecei a ver que não tinha para quem replicar aquele trabalho, era uma coisa meio vazia. Eu ia todo mês e passava uma semana, e nas férias da Secretaria de Educação passava 15 dias.

O - Mas você também fazia este trabalho no Sarah de Brasília?

C - Não, em Brasília tinha o Cento de Criatividade com a Zezé, que ainda funcionava. Eu não entendi o que o Sarah queria de fato, ficou meio confuso na minha cabeça. Eu fazia um esforço danado para trabalhar com aqueles pacientes, mas para quem? No momento em que eu saísse, quem daria continuidade a aquele trabalho? E aquilo foi ficando muito cansativo, dar conta da Secretaria de Educação mais do Sarah. Então entreguei tudo que eles tinham me pedido, todos os trabalhos, mostrei todas as possibilidades, e encerrei o trabalho.

Em 2000, há uma mudança de governo em Brasília, dessas que acontecem de quatro em quatro anos, que não é diferente até hoje. E o trabalho da nossa escolinha A Cor da Cor, que era super premiado, foi destruído num desses governos. Como é na área de Educação, destruir é uma coisa rápida. Eu, que era concursada da área de educação, pedi uma licença sem vencimentos, entrei em contato com o Sarah de novo e perguntei se naquele momento eles tinham interesse em manter aquele trabalho que eu comecei em 2008. Demorou um mês, e eles falaram que queriam, mas que eu tinha que fazer uma opção: trabalhar no Sarah ou na Secretaria de Educação. Então eu fiz uma opção, e pedi demissão, mas aí já era para trabalhar no Sarah Brasília, com uma equipe já composta de professores, fisioterapeutas, psicólogos, e assistente social, e o Centro de Criatividade que existia.

A diretoria falou para eu me apresentar aos profissionais, ir no Centro de Criatividade conhecer o trabalho que a Zezé montou, que era um trabalho muito bonito, todo em cima de sucatas, mas que eu não iria trabalhar no Centro de Criatividade. O que eles queriam era que eu atendesse nas enfermarias, porque eles não dão conta, só iam para o Centro de Criatividade os pacientes que tivessem um mínimo de condição.

O que acontecia na época, do primeiro ao quinto andar, da pediatria, da oncologia, da ortopedia, do neurológico e do medular, era que quem estivesse acamado não frequentava as aulas de artes, então era uma perda muito grande. As pessoas ficavam lá só olhando os aspectos físicos, mas os aspectos da alma, que a gente fala – poética, essas coisas – ficavam lá, sabe-se lá para onde, num país que não trabalha muito essa questão da cultura e da poesia, imagina... E era isso que o Campos queria que eu continuasse, o trabalho da questão da poética, da estética, de como ir desenvolvendo isso com as crianças.

Quando eu me apresentei para a equipe, aconteceu a mesma estranheza do que aconteceu em Salvador. Elas também sabiam o que um professor de Artes poderia fazer. Apesar de existir o Centro de Criatividade, ele não estabelecia uma dinâmica com o resto, e depois eu fui entender o porquê; mas eu teria que fazer parte desse grupo, desse grupo maior. Então a coordenadora me deu uma resma de papel ofício e uma caixa de lápis de cera para eu começar a trabalhar. Eu expliquei que eu não trabalhava com este tipo de material, que não poderia fazer as atividades assim. Então fui visitar as enfermarias. Como eu já era uma professora antiga, não estava começando a experiência de professora, eu comecei a olhar o quê que podia, eu peguei um carrinho, daqueles carrinhos que tem na enfermaria, que nem eram ainda os carrinhos desenhados que nós construímos depois. Peguei um carrinho e comecei a procurar alguns materiais que tivessem e que fossem possíveis.

O - Então não tinha uma conversa do trabalho do Centro de Criatividade com esse outro trabalho nas enfermarias?

C - Não, tinha esse trabalho, mas sempre do ponto de vista muito lúdico. Não tinha um olhar para aquilo como um ateliê poético, estético, em que você vai desenvolver o potencial daquela pessoa, daquele indivíduo. Não tinha essa seriedade, que eu acho tem que ter o papel da arte em qualquer lugar. Ela é recreativa, pode ser, mas é muito pouco para falar sobre arte, sobre estética, falar que ela é puramente recreativa, ela não é, ela pode ter de vez em quando esta possibilidade. Ela trabalha sim com a alegria, mas ela também trabalha com a dor, ela também trabalha com o medo, ela também deve trabalhar as angústias, ela deve vencer expectativas, barreiras. Então isso tudo faz parte, é o que a gente tem de mais consistente para trabalhar dentro de uma enfermaria.

Em cima destes elementos todos, junto com o carrinho, que eu comecei a juntar materiais. Fui no centro de custos e falei que não dá para trabalhar com artes com uma resma de papel e um lápis de cera duro. Então fiz uma lista, uma primeira lista de materiais, porque até então tudo era sucata, o Sarah não disponibilizava verba para material de arte. Então foi a primeira vez que se

começou a comprar de maneira formal toda aquela lista que eu fiz. E que também era desconhecido do resto dos professores, o nanquim, os papéis, etc.; papéis não precisava na época, porque tinha a gráfica (dentro do Sarah), então eu fui lá pesquisar os papéis, cortava no tamanho. Papel a gente tinha sem problemas, mas os outros materiais necessários para trabalhar: essa coisa plástica, tintas com cores bonitas, lápis adequados. Porque se a gente sabe que um paciente tem lesão medular, como é que você vai dar um giz de cera duro? Você tem que dar o lápis mais macio. Quanto menos força, mais capacidade ele vai ter de trabalhar a pinça, mesmo com as adaptações.

Quando vocês entraram já existia uma dinâmica, e a dinâmica tinha sido criada para que acontecesse nas enfermarias, mas a dinâmica ainda era ambulatorial. O paciente ficava três meses, ou duas semanas, três semanas, mas ao mesmo tempo eu vou descobrindo que estes pacientes vão voltar. E que muitos precisam voltar, não pelas questões principais, ou biológicas, ou neurológicas, mas que eles precisam voltar também para uma reabilitação do ser. E a arte, devagarzinho, vai construindo junto este ser, que talvez anteriormente nem se conhecia. Que isto é que é o fantástico: se a gente entra achando que a questão é da deficiência, ele descobre que anteriormente, mesmo antes de ter alguma sequela, ou de ter tido, ele já era, já tinha um buraco aí. É aí que eu acho que o ateliê de arte começa a ter uma outra perspectiva. Crianças descobrindo que podiam desenhar, nunca tinham experimentado o que era um círculo, o círculo virava bola, virava carro, carro virava balão, balão virava desenho geométrico, e aí virava tapeçaria, virava fantoche. Foram descobrindo uma coisa que é fascinante, e aí eu acho que o ateliê vai nascendo disso, nas enfermarias. Mas a curiosidade de envolver mais, aí é o que eu acho que faz uma diferença o ateliê de artes. Que era aquela coisa, num curto período acabava o seu trabalho.

Mas você sabe que, pela própria dinâmica do hospital, que tem uma primeira internação, uma segunda internação, tem a terceira internação, então você se organiza – enquanto no ateliê, você já organiza que aquele menino que teve uma lesão medular, que vai voltar daqui a seis meses, então vamos pegar este mesmo menino, vamos começar a fotografar, a gravar o processo, a entender o que acontece, se está tendo diferença daquele primeiro atendimento, o que ele está fazendo da vida, se ele conseguiu sair daquela berlinda que ele se encontrava quando dentro do hospital. Tudo isto vai mudando a perspectiva. Então a gente consegue ter os pacientes que passam a ser os pacientes para o ateliê, não é só mais o atendimento ambulatorial ou médico.

Segunda parte:

Olívia - Então no início não tinha o Lago Norte, era só o Sarah Centro, e você ficava só nas enfermarias?

Claudia - Só tinha o Sarah Centro e eu ficava só nas enfermarias, mas começou a ter uma coisa muito interessante. Ao invés de ser uma coisa fragmentada, tinha duas vezes por semana. Então em cada enfermaria você acabava ficando quatro horas. Então tinha vezes que o paciente, o

aluno, ele nem saía, ficava de duas às sete horas da noite, e toda semana, até ele ir embora. Então acabava tendo uma hora aula muito interessante.

O - Ele podia vivenciar o processo, que é o do ateliê, que a gente fica no mínimo três horas para vivenciar o processo.

C - Estar envolvendo um processo é o que era mais interessante. Esse atendimento que é equivocado em qualquer situação do processo educacional, que é essa coisa de apresentar e acabar, isso não serve de nada. É igual ganhar um brinquedo, logo perde completamente o seu valor de surpresa. Começar um processo com uma criança com processo que tem atraso, e tem uma dificuldade na fala, você começa lentamente a ir construindo uma fala com essa criança, e ela vai descobrindo. Então você combina com a mãe dela voltar depois de 15 dias para continuar o processo. É lento, demorado e caro.

Mas isto o Aluizio Campos da Paz não questionava. Lento, demorado e caro. Porque ele acreditava no sujeito, e acreditava que arte talvez desse aquela diferença no que ele acreditava como sendo um processo de reabilitação. E foi deixando, eu acho que por isso a gente teve um pouco de liberdade no processo de experimentação. Até a época em que ele vai abrir a outra unidade, que é o Lago Norte. Aí vai começar a ficar interessante.

O - Os pacientes do Sarah Centro eram pacientes mais agudos?

C - No Sarah Centro os pacientes eram mais agudos. Depois da abertura do Lago Norte, estes pacientes retornavam para lá e davam continuidade à reabilitação por uns dois ou três meses. Lá tinha a náutica, a educação física, etc. Lá era um segundo estágio na reabilitação. Ficava claro que a primeira internação era apenas um processo inicial, que depois tinham que lidar com todo um processo de reabilitação.

O trabalho de reabilitação nas enfermarias lidava com esta fase mais aguda, da compreensão dele como sujeito, como pessoa. Você vai pegar uma pessoa aguda, que ainda mal consegue sentar na cadeira de rodas, que não consegue levantar o braço, o que está completamente fragilizado emocionalmente, ainda tendo que se adaptar, então você pega esses casos.

Ou no caso do neurológico, pessoas que tiveram um infarto que provocou um AVC, um traumatismo craniano, são pessoas numa fase muito aguda. Você vai ter que fazer alguma coisa para desencadear esse processo, que o Lago Norte vai aprofundar. E aí eu acho que é interessante para todo mundo. Porque o paciente internado lá vai acordar lá, vai ficar hospitalizado, mas num lugar propício a trocas e novas formas de interação com este corpo.

O - É muito diferente da nossa dinâmica aqui no Rio, onde o atendimento é ambulatorial. A gente não consegue que o paciente fique muito tempo no ateliê, pela própria dinâmica da cidade, de ser uma cidade grande e do hospital ser muito afastado do centro. Alguns pacientes só conseguem vir quinzenalmente. Isso faz com que o processo fique muito esgarçado, mais rarefeito: não é tão

intenso, eu acho. O que eu me lembro, a imagem que ficava para mim, era da intensidade lá de Brasília.

C - Mas que durou pouco tempo. A intensidade faz a pessoa redescobrir uma outra história de vida. Então você tinha tempo de ver se era fotografia, ou então é desenho, que a pessoa se interessava. E você vai correndo atrás para que aquela pessoa encontre a atividade que faz sentido para ela.

Parte 3

C - A gente chamava de carrinho parangolé, o carrinho parangolé foi a equipe de design me vendo igual passeando pelas enfermarias e supercansada, tinha que carregar aquela quantidade de materiais que eles construíram, aquele carrinho que funciona superbem. É uma arte itinerante. Não tem o projeto do teatro itinerante pelo país? A gente tinha arte itinerante pelas enfermarias. Você abria o carrinho e em um segundo virava um ateliê, e de novo desfazia aquele ateliê, somos itinerantes. Se é para levar arte, a gente vai nos lugares mais difíceis, como um hospital, que ninguém espera que a gente chegue lá. É uma novidade no país o trabalho de arte em um lugar que não seja em questões mentais.

A gente está falando de um trabalho de arte, e o preconceito é muito grande porque sai da escola, a arte acontece onde tiver espaço. Ela funciona na escola dentro de uma sequência, sim, mas ela pode funcionar num centro comunitário, ela deve existir dentro de um hospital, ela deve existir dentro de uma comunidade, como nas favelas com as ONGs. É esse o papel da arte.

O - A gente vai pensar a arte no hospital. Ela começou nos hospitais psiquiátricos, então tudo isso, dos hospitais que trabalham com questões neurológicas e arte lá dentro, é muito novo.

C - É, quase não se tem.

O - O que vejo é que aqui no Brasil é que tem o Sarah e a Alice Francisquetti na AACD de São Paulo, mas lá em São Paulo tem um olhar mais voltado para a arteterapia. Tem os ateliês, mas o foco é mais terapêutico.

C - Mas o que esses alunos estavam exigindo era a arte, uma conversa igual. É lógico que em alguns momentos a gente vai se deparar com o marido, a mãe.

O - Mas e os acompanhantes, você deixava participarem das aulas?

C - Os acompanhantes foram sempre meio complicados, porque a maior parte dos pacientes/alunos já perdeu um pouco a sua liberdade. E a ansiedade, muitas vezes, do pai, da mãe ou do acompanhante, atrapalha muito o processo de individuação. Então eles (os acompanhantes) saíam do atendimento. Porque para o paciente, até descobrir o não segurar com a mão, é também um processo educacional. Se você não segura com a mão, vamos agora fazer adaptação

"tabajara". O que é: é pegar uma fita crepe, enrolar o pincel, porque o pincel está sujo, e assim pode colocar na boca para pintar. Então ele vai descobrindo sem muita vergonha. Porque a expectativa do marido ou filhos é aquela normalidade. Mas que normalidade é esta? Na vida não existe essa normalidade, não existe na nossa existência, ela é caótica. Então a educação, quando não aceita o caos, ela é uma prisão. E era isso o que o Aloysio Campos da Paz não queria, porque a prisão, nem na cama maca ele admitiu, ela não admitiu que uma cama maca ficasse ali parada. Com a cama maca você podia passear. Quantas vezes a gente viu paciente nadando com a cama? Você podia ir de um lugar para outro, não era uma prisão. Se o conceito do design não era aprisionamento, por que a educação ia ser aquele aprisionamento de xerox ou de "você tem que me entregar um produto"? Que produto? Qual o produto do ser humano, neste caos moderno que a gente vive, ou contemporâneo? Não existe. Então, o máximo é trabalhar as questões estéticas e sensíveis: cheiros, curiosidade.

O - Quando a gente fala dos materiais, que vão muito além do guache e do giz de cera – porque você fala muito da importância da experimentação dos materiais – é para justamente desencadear essa questão da sensibilidade e do desejo?

C - Do desejo, porque imagina que você chega e tem uma comida que não tem sal, nem tempero, nem aparência nenhuma, não tem cor. Isso o Oliver Sacks percebe muito bem, e é muito legal dele. Quando ele mostra aquele paciente que não vê mais cor, o Pintor Daltônico. Então o que acontece é a mesma coisa, do professor de arte não mostrar as possibilidades. O vermelho, pode ser um vermelho carmim, pode ser um outro vermelho, existem vários tons de vermelho, existem porcentagens de vermelho. Tem uns que dá vontade de morder, tem outros que dá vontade de ir para China, aquele vermelho chinês, tem outros vermelhos que parecem frutas já perdendo completamente a delícia de ser comida. Então, como eu vou mostrar pela primeira vez para um aluno que existem milhares de jeitos, de tons vermelhos ou de flor, se ele não tiver o material adequado? Então, com os materiais, é a mesma coisa de comer uma torta de morangos frescos, tem que ter esse frescor. E a maior parte da educação no Brasil não gasta dinheiro com nada, fica sempre muito pobre, tanto nas escolas públicas como nas particulares, a prática deixou de ser uma coisa vivida.

Você vê na internet, não se vive a internet com potência, não como eu fiz com as artes gráficas, misturada com arte digital, que eles tinham que apresentar resultados estéticos não prontos vindo da internet, eles tinham que criar todo dia outras coisas. A animação: quando a gente pensou que meninos com lesão medular podiam fazer animações? Então eles estavam se movimentando por meio do desenho que estavam fazendo. Gente, isso é fantástico, eles podiam não se movimentar, mas eles continuavam a entender a importância do movimento.

O material bonito, gostoso, é igual comida. Como é que você não vai ter num hospital? Eles permitiram isso, que a gente pudesse usar um lápis, pastel a óleo, aquarela, acrílicas, papéis variados, papel machê. Não consegue apertar a gente vai arranjar um jeito de ele saborear. Argila,

tinha tantos materiais. E era tanta coisa, tinha massas coloridas, que as crianças gostavam, que podiam virar bichos, era muita coisa.

Então veio a arte digital complementando, as crianças podiam desenhar, e reproduzir aquele desenho num retroprojeter. Crianças pequenas desenhavam num *tablet* e aparecia na parede com outra dimensão. É arte sendo impressa em fórmicas pelo próprio hospital. Os primeiros trabalhos impressos e escaneados numa dimensão de três, quatro metros, ninguém imaginava que o próprio paciente pudesse.

Você vai entrando em várias áreas, como isso não é magnífico? É um outro mundo, eles descobriram que o corpo deles era muito mais do que eles tinham sido.

Tinha também as adaptações, desenvolvidas pelo Equiphos, que era uma equipe de design que dava suporte para todas as equipes. Eu fazia as adaptações "tabajaras" – mais para aquela hora enquanto o Equiphos não estava pensando em alguma mais elaborada. Mas depois eu falava com eles, e por exemplo, se um paciente meu quer fotografar, mas ele não consegue mexer com os braços, ele vinham e a gente ia compartilhando. Mas a estrutura, como entender o parafuso, qual o material adequado, lógico que era o Equiphos e o pessoal do design. A gente, professor, tinha a sensibilidade de falar sobre o dedinho que funciona melhor no pé, e perguntar para eles o que achavam de uma adaptação *touch*.

Quando saiu (a interface *touch*) eles foram correndo, a equipe de design e a bioengenharia, e começaram a surgir as primeiras adaptações *touch*. Uma paciente, que até hoje me manda milhares de desenhos, e se formou na UNB, com paralisia cerebral, usou uma das primeiras adaptações *touch* acionadas pelo pé. Se formou na universidade utilizando esta adaptação feita pelos designers do Sarah, que foi experimentada no ateliê de arte digital, e que até hoje esta adaptação conseguiu viabilizar a vida dela. Ela me mandou agora os últimos desenhos. Está com vinte anos, e ela toda semana me manda desenhos. A última vez que entrei em contato, ela me disse que estava mandando um desenho para a professora do Instituto de Artes, que era uma das matérias que ela fazia. Ela me mostrou, e eu falei: “não fala que você foi minha aluna não, porque isso não está bom não”. Ela então riu, e respondeu que, como eles acham que a gente é tortinho, que eles nem ligam, é só fazer qualquer rabisco que está bom. Eu falei “então, mas não diz que eu fui sua professora”. Uma semana depois de ela manda um desenho. “Então,” eu disse, “agora eu voltei a ser a sua professora”. Quer dizer, eles jogam até com a incompetência do outro professor, veem ela só pela aparência, e nunca pensaram que aquela menina tinha um potencial além daquela aparência corpórea, o professor ainda está na lógica daquela normalidade. Por isso que a nossa vida no hospital se tornou muito mais rica, porque a gente descobriu que essa anormalidade não era nada. Não era uma grande verdade, não existia nem para a gente, nem pra ninguém. Não existe. A gente tem que ficar descobrindo, descobrindo, descobrindo. Isso que é legal de ser professor.

ANEXO C -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Estudo: “Gestos Criativos: arte na reabilitação neurológica”****Pesquisa de Mestrado - UERJ**

Pesquisador responsável: Olívia Britto Brandão

A presente pesquisa pretende demonstrar a importância do trabalho de artes na reabilitação de pacientes com doenças neurológicas atendidos na Rede Sarah, unidade Rio de Janeiro; assim como os benefícios que a produção artística pode proporcionar aos pacientes durante e após o seu programa de reabilitação; e a atuação do professor de arte no contexto da saúde.

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que a professora Olívia Britto Brandão utilize fotografias das minhas produções artísticas, meus depoimentos e informações sobre o meu caso clínico. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica.

Fui devidamente informado sobre a pesquisa e a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento nesta instituição, e de que não receberei gratificação de espécie alguma por minha participação nesta pesquisa.

Eu, _____

Filiação _____,

RG _____ Prontuário _____

Abaixo assinado, concordo em participar como voluntário do estudo supracitado.

Rio de Janeiro, _____ de _____ 20 _____.

Assinatura _____.