

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Patricia Rodrigues Braz

**SIGNIFICANDO A ARTE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Juiz de Fora
2017**

Patricia Rodrigues Braz

**SIGNIFICANDO A ARTE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha da Pesquisa: “Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem”

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rodrigues Braz, Patricia.

Significando a arte no cotidiano de usuários de um centro de atenção psicossocial / Patricia Rodrigues Braz. -- 2017.

147 f.

Orientador: Marcelo da Silva Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Terapia pela arte. 3. Serviços de Saúde Mental. 4. Socialização. 5. Enfermagem Psiquiátrica.. I. da Silva Alves , Marcelo, orient. II. Título.



**SIGNIFICANDO A ARTE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

PATRÍCIA RODRIGUES BRAZ

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 23/03/2017

Márcelo da Silva Alves

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves (Orientador)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Cláudia Mara de Melo Tavares

Prof. Dr. Cláudia Mara de Melo Tavares
Universidade Federal Fluminense - UFF
1ª-Avaliadora

Cristina Arreguy-Sena

Prof. Dr. Cristina Arreguy-Sena
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
2ª Avaliadora

Ándrea Cardoso de Souza

Prof. Dr. Ándrea Cardoso de Souza
Universidade Federal Fluminense - UFF
Suplente

Geovana Brandão Santana Almeida

Prof. Dr. Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos usuários do CAPS, cenário de pesquisa, presentes nessa trajetória. E em especial ao Sr. Alceu (in memoriam), grande artista que nos deixou há dois anos rumo a outro plano, mas que eternizou sua presença através de suas grandes obras, saudades! E ao meu tio Maurício Rodrigues Olegário (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, ser de luz e grande mentor dos planos para a minha vida, a quem de forma intimista e espiritual recorro sempre com muita fé e aos espíritos amigos, que estiveram junto a mim durante essa caminhada, guiando-me em cada passo e escolha.

Agradeço à minha amada mãe Terezinha, que não mediu esforços para me auxiliar nesse trajeto, que foi cúmplice, anjo, guia e luz. Que tantas vezes abdicou de suas próprias vivências cotidianas para estar perto de mim, que foi refúgio e me ofereceu, de forma protetora, o seu colo e afago nos dias em que o nervosismo e a angústia pesavam. Que me abraçou forte e riu contente o meu sorriso quando cada etapa era vencida. A você mãe, agradeço o dom da vida e a fonte inesgotável de amor, o exemplo de força e humildade. E sei, que a concretude desse sonho foi possível devido ao seu intenso incentivo e encorajamento.

Agradeço ao meu pai Antônio por sempre ser tão solícito e gentil, por ter feito seu papel como um amigo, com quem sempre pude contar.

À minha irmã Vivian Braz, presença fundamental para a concretização dessa etapa. Muito obrigada por disponibilizar a mim a escuta atenta e compreensiva das explicitações ao final dos dias. E por meio de uma conduta tão acariciante e empática, ofereceu-me palavras de carinho e incentivo. Você cuidou de mim, se manteve sempre atenta às minhas necessidades e reforçou o sentido existencial da palavra “irmandade”. Auxiliou-me em cada passo da maneira mais plena que podia. Saiba que nossa amizade e vínculo amoroso, foram fontes de conforto e de imensas alegrias para mim. Sou grata a Deus pela sua presença.

Ao meu irmão Antônio Carlos, pelos momentos de descontração sempre bem-vindos ao final das longas tardes de estudo, e ao companheirismo oferecido de forma tão sincera e confortante. Sei que há muito da sua luta nesse sonho, sou eternamente grata a tudo o que faz por mim.

Agradeço ao meu companheiro Renan Moreira, com quem divido o cotidiano e todas as suas densidades, alegrias e tristezas, com muito amor, dedicação e reciprocidade. Obrigada por toda ajuda dispensada, por ter compreendido os dias mais difíceis, por ter sonhado esse sonho junto a mim e, principalmente, por incentivar meu crescimento pessoal e profissional em todos os momentos com tanto empenho e orgulho.

Agradeço também ao meu “pequeno-grande” amigo, Renan Júnior, com quem compartilhei os melhores momentos de descanso e alegrias, sempre recarregando minhas

energias. E por ter me ensinando sobre a sensibilidade que se ressalta das coisas mais simples da vida, com bondade, generosidade e pureza.

Ao meu Tio Maurício (*in memoriam*), obrigada por motivar-me na escolha pela área de Enfermagem em Saúde Mental e por me ensinar tanto sobre a vida e sobre o perdão. Lutarei sempre pela sua causa!

Ao meu orientador Professor Dr. Marcelo da Silva Alves, por ter aceitado e demonstrado disponibilidade em me orientar nesta pesquisa, confiando em meus passos e protagonizando uma relação empática e amigável, permeada pela compreensão nas horas necessárias e por toda solicitude e boa vontade dispensadas. Agradeço pelos ensinamentos compartilhados com cientificismo, sensibilidade, crítica e reflexividade, bem como por ter me apresentando à referenciais que contribuíram de maneira infindável a esta pesquisa e, conseqüentemente, à minha vivência.

À Professora Dr^a Cristina Arreguy-Sena, atual coordenadora do Programa de Mestrado e componente, como primeira avaliadora interna, da banca de defesa deste trabalho. Faltam-me palavras para exprimir com exatidão a importância da senhora em minha trajetória no curso do mestrado, sou grata por todos os ensinamentos e contribuições valiosas em minha dissertação, repassadas com tanto cientificismo e cuidado. Agradeço, também, pelo comprometimento e dedicação incansável e louvável em seus cargos de coordenadora e docente, sempre buscando por melhorias e nos incentivando a crescer, promovendo e protagonizando com muita luta a mudança que deseja. Obrigada.

À Professora Dr^a Cláudia Mara de Melo Tavares, pela solicitude, simpatia e acolhimento desde o nosso primeiro contato. Por ter aceitado em participar da banca de qualificação e defesa, como primeira avaliadora externa, realizando considerações imprescindíveis e que contribuíram de forma muito positiva para o desenvolvimento desse estudo, bem como por me motivar com suas pesquisas sobre a arte como perspectiva de cuidado na saúde mental.

À Professora Dr^a Geovana Brandão, suplente interna da minha banca de projeto, qualificação e defesa, por ter estado presente durante todo o desenvolvimento deste trabalho, abrilhantando-o com suas contribuições persistentes e pontuais, com o olhar atento e carinhoso. Obrigada pela amizade e pela partilha de conhecimentos.

À Professora Dr^a Rosangela Maria Greco pela excelente participação e contribuição em minha banca de defesa de Projeto. Aos Professores Dr. Divane de Vargas e Professora Dr^a Ândrea Cardoso de Souza, pelas contribuições como suplentes externos.

À Professora Dr^a Anna Maria Salimena, que desempenhou com muita dedicação e zelo, durante grande parte do meu percurso como mestranda, o cargo de coordenadora do curso de Mestrado.

À Professora Dr^a Nádia Fontura Sanhudo, vice coordenadora do Programa de Mestrado.

Ao Professor Dr. Fabio da Costa Carbogim, o qual acompanhei durante os dois anos do Mestrado nas atividades de prática em docência. Agradeço a confiança e os ensinamentos.

Aos Doutores que compõem com excelência o corpo docente do Mestrado, obrigada por compartilharem os conhecimentos e por contribuírem de forma extremamente valorativa na minha formação como Mestra.

À ex-secretária do Mestrado, Elisângela Trovato Nogueira de Almeida, que com sua simpatia e profissionalismo sempre se demonstrou solícita em nos atender. Às atuais secretárias Ana Cristina Sá Fortes Fonseca e Wanessa Alonso pela atenção, disponibilidade e exímia competência exercida em suas funções. Muito obrigada por todas as dúvidas sanadas e auxílios dispensados.

À querida e estimada Professora Dr^a Teresa Cristina Soares, a quem sou grata por todos os ensinamentos e oportunidades incentivadas, e, principalmente, por ter despertado em mim o amor pela saúde mental, sendo peça chave em minha formação. Meu carinho e admiração pela senhora são eternos.

Às professoras Ms^a Angela Maria Correa Gonçalves e Ms^a Graziela Lonardoni de Paula, por serem exemplos e espelhos para minha atuação na caminhada pela especialidade em saúde mental.

Aos discentes que cursaram a disciplina “Enfermagem em Saúde Mental” nos últimos dois anos, os quais pude acompanhar. Vocês motivaram-me ainda mais a conquistar meu sonho em ser futura docente. Obrigada por todo carinho dispensado!

Aos discentes da turma do curso de Mestrado 2015-2017, aprendi muito com cada um de vocês. Em especial às amigas que foram suporte e presença de luz, Mariana Galvão e Michele Nakahara.

À minha “dupla” Christina Otaviano Pinto, com quem compartilhei todos os momentos durante esses últimos dois anos e pude criar laços sensíveis e verdadeiros de parceria mútua e protagonizar o verdadeiro “estar-com”. Sua presença acrescentou coragem, ensinamento e compreensão nessa caminhada. Sentirei muitas saudades. Obrigada por tudo! Guardo você com imenso carinho em meu coração.

À “M1” Tatiane Ribeiro, a quem desejo todo sucesso e estarei sempre de braços abertos para ajudar e auxiliar no que preciso for. Obrigada pelo companheirismo.

À amiga Jordana Eugênio, que durante um dos momentos delicados dessa trajetória estendeu-me a mão com tanto carinho e amizade. Os aprendizados advindos das nossas conversas ecoam e resvalam positivamente aonde quer que eu vá e em tudo o que faço.

Às amigas, que mesmo à distância, devido aos rumos opostos que nossas vidas tomaram em sentido às nossas futuras conquistas, se mantiveram na torcida e emanaram boas energias durante todo esse percurso, Thayrine Silva e Thays Silva.

À amiga de alma e infância, Luana Cunha, que com tanta amorosidade sempre se demonstrou disponível em me ajudar. Obrigada por confiar em mim e por sempre querer o meu bem.

À amiga Lidiane Secundino, por torcer por mim de maneira tão sincera e sempre se fazer presente. Seu auxílio foi fundamental na conquista dos meus sonhos.

Ao amigo e cunhado Daniel, por inúmeras vezes ter auxiliado-me.

Ao querido amigo, Hélder Dalamura. Sou eternamente grata por todas as oportunidades que você me proporcionou. Aprendi muito sobre profissionalismo e liderança altruísta com você, bem como, a toda equipe da Central de Atendimento da UFJF pelo trabalho desempenhado com excelência e dedicação.

Agradeço à Maria Lúcia da Cunha Carmona, secretária do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF, por toda solicitude e atenção dispensadas nos momentos em que precisei.

À Professora Dr^a Carolina Alves, por ter feito a revisão ortográfica do presente trabalho com tanto carinho e atenção.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem” pelas tardes de valiosas trocas de conhecimento.

À Cláudia Mara Oliveira Richa, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial, por gentilmente ter concedido-me a oportunidade de desenvolver esta pesquisa. À Técnica de Enfermagem Dora, por ter me acolhido de forma tão amigável durante todos os anos de convivência no CAPS. Às enfermeiras Darla e Cristina pelo apoio e recepção.

Aos usuários do CAPS, cenário de pesquisa, por serem exemplos de vida e por me ensinarem tanto sobre resiliência e superação, cresci muito ao lado de vocês. Em especial, agradeço aos usuários, participantes da pesquisa, artistas da vida, por terem tornado possível esse estudo e por terem abraçado a minha ideia com tanto comprometimento, carinho e verdade. É extremamente gratificante para mim dar voz e vez a vocês.

À Faculdade de Enfermagem, figurada na Diretora Professora Dr^a Denise Barbosa de Castro Friedrich e na Vice-Diretora Dr^a Zuleyce Maria Lessa Pacheco, instituição em que me graduei e tive a chance de me pós-graduar, a qual atribuo grande carinho e admiração.

Aos técnicos administrativos por desempenharem um excelente trabalho. Bem como à equipe de trabalhadores da segurança e da limpeza, que contribuem diariamente para que o ambiente da FACENF esteja sempre tranquilo e harmonioso.

Ao Reitor, Dr. Marcos David e à Pró-Reitora, Dr^a Girlene da Silva, por juntos estarem trilhando um novo caminho de excelência e ética na Universidade Federal de Juiz de Fora, que em meio às dificuldades emergentes no cenário da educação superior em nosso país, tem resistido e proporcionado o ensino público de qualidade e comprometido com as demandas sociais vigentes. À Universidade Federal de Juiz de Fora, por ser uma instituição que se dedica em promover o ensino e a pesquisa de excelência a toda comunidade acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que disponibilizou recursos para que minha estadia e conclusão no mestrado fosse possível, bem como auxiliou-me no investimento de materiais para o estudo desta pesquisa.

Agradeço a todos que estiveram ao meu lado nessa caminhada, ajudando de alguma forma para que esse sonho se concretizasse.

Gratidão é a palavra que faz morada em meu coração!

E ao finalizar essa etapa, realmente compreendi e vivenciei a frase de Ferreira Gullar: “a arte existe porque a vida não basta”.

Teatro Descabido

(A.P.)¹

*Não quero morrer antes de ter vivido
Não quero falar antes de ser ouvido
Não quero sonhar antes de ter dormido
Não vou embora antes de ter me despedido
Chegou a hora de falar do amor sentido
Do sentimento oprimido
Quero abraçar todos os meus amigos*

*Não quero alienar os meus sentidos
Quero ter gratidão ao acolhimento recebido
Sair de cena desse teatro descabido
Passar a vida sem ser percebido*

*Viver em um mundo não mais dividido
Fechar os olhos, tapar os ouvidos
Fechar as cortinas desse ato proibido
Existir antes de ter vivido.*

(¹ Usuário do CAPS, participante da pesquisa, representado pelo codinome Mário Quintana.)

RESUMO

Os serviços substitutivos se originam em meio à transição paradigmática do modelo assistencial asilar para o modelo baseado em práticas comunitárias, alicerçados pelas mudanças epistemológicas emergentes do processo da Reforma Psiquiátrica, iniciado na década de 70. Um dos serviços substitutivos, inclusos na Rede de Atenção Psicossocial, são os Centros de Atenção Psicossocial, sendo as oficinas terapêuticas uma das propostas assistenciais de cuidado oferecidas nesses serviços, dentre estas existem as oficinas expressivas, que trabalham a livre criação e imaginação do indivíduo por intermédio de diferentes meios artísticos. Nesse contexto, o estudo refere-se a uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória e objetivou a compreensão da visão e dos sentidos atribuídos pelos usuários ao fazer artístico no cotidiano vivido nas oficinas expressivas. O estudo fundamentou-se na Sociologia Compreensiva do Cotidiano proposta pelo sociólogo francês Michel Maffesoli. A presente investigação realizou-se em um Centro de Atenção Psicossocial nível III, as oficinas acompanhadas durante a pesquisa foram as de “artes”, “música” e “poesia”. Participaram da pesquisa sete entrevistados, sendo seis participantes do sexo masculino e uma participante do sexo feminino, selecionados por amostragem intencional. Para coleta dos depoimentos realizou-se entrevistas semiestruturadas e a observação participante assistemática direta, as informações advindas da observação foram registradas em um diário de campo. Para a análise dos dados empreendeu-se a leitura flutuante e posteriormente a leitura exaustiva e minuciosa, para que fossem identificadas as unidades significantes emergentes dos relatos. As informações foram acopladas em categorias analíticas e analisadas a partir da análise de conteúdo. A pesquisa atendeu aos requisitos éticos legais em investigações envolvendo seres humanos, em consonância com as disposições regulamentadas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Com os resultados da pesquisa vislumbrou-se a compreensão do uso da arte como uma tecnologia inovadora na perspectiva da assistência em saúde mental. Compreendeu-se que o meio artístico propicia a livre expressão, trabalhando o desenvolvimento emocional e o reequilíbrio psíquico, oportunizando melhorias nas condições cognitivas, bem como auxiliando à psicomotricidade. Averiguou-se o sentido compreensivo dos relatos, e percebeu-se que as oficinas, quando operacionalizadas e sistematizadas dentro da lógica terapêutica, oportunizam meios para o desenvolvimento de aprendizados, acesso à cultura e informações, assim como a vivência de novas experiências, promovendo vínculos afetivos entre usuários e profissionais, contribuindo, ainda, para a efetivação da ressocialização. No desvelar dos depoimentos, observou-se que a escassez contínua de materiais e a não participação dos profissionais na condução das atividades, foram algumas das fragilidades relacionadas à operacionalização das oficinas. A pesquisa traz reflexões sobre a necessidade de se rediscutir o modelo de cuidado na atenção psicossocial, a partir da percepção e olhar dos usuários participantes da pesquisa, para que, assim, as subjetividades e as densidades emocionais do ser, sejam contempladas na assistência à saúde mental, com intuito de promover, melhorias na sistematização das atividades e consequências positivas em benefício aos usuários. Os achados dessa pesquisa conferiram e permearam a necessidade e a continuidade de estudos que esquadrinhem novas perspectivas de cuidados baseados em tecnologias leves no vivido cotidiano dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Terapia pela arte; Serviços de Saúde Mental; Socialização; Reabilitação; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

The substitute services originate in the middle of the paradigmatic transition of the asylum care model based on communitarian practices and on the epistemological changes that emerged from the Psychiatric Reform process, which began in the 1970s. One of the substitute services included in the Psychosocial Care Network are the Psychosocial Care Centers where the therapeutic workshops are offered, as well as expressive workshops, which work the individual free creation and imagination through different artistic means. In this context, the study herein refers to a qualitative research of exploratory and objective type, which aims to understand the vision and the senses attributed to the artistic activities by users, during the expressive workshops. The study is based on the Comprehensive Sociology proposed by the French sociologist Michel Maffesoli. The present investigation was carried out in a Psychosocial Care Center, level III, during the following workshops: arts, music and poetry. It is worth highlighting that six men and one woman, selected by intentional sampling, participated in the study herein. In order to make the interviews collection, semi-structured interviews and direct unsystematic participant observation were performed. Additionally, the information from the observation was recorded in a field diary. Seeking to analyze the data, the first reading and the exhaustive reading were carried out for identifying the significant units that emerges from the reports. The information was coupled into analytical categories and assessed through content analysis. The performed research met the legal ethical requirements in investigations involving human beings, and it was also in accordance with the regulated provisions under the National Health and Medical Research Council Resolution number. 466/1. The research results envisioned the understanding of the art use as an innovative technology from the mental health care perspective. It was possible to comprehend that the artistic environment fosters the free expression by working on emotional development and psychic balance, as well as provides improvements in cognitive conditions and assists in psychomotor rehabilitation. In order to understand the meaningfulness of the reports, it is clear that the workshops, when operationalized and systematized according to the therapeutic logic, provide opportunities for the learning development, culture and information access, as well as offer new experiences, promoting affective bonds between users and professionals, contributing to resocialization effectiveness. In the disclosure of the testimonies, it was possible to notice that the continuous lack of materials and the participation lack of the professionals in the conduct of the activities were some of the weaknesses related to the operationalization of the workshops. Through the carried out research, brings reflections on the need to rediscutir the care model in psychosocial care, from the perception and look of the users participating in the research, so that the subjectivities and the emotional densities of being, are contemplated in health care in order to promote, improvements in the systematization of activities and positive consequences for the benefit of users. The findings in the study herein confer and permeate the need and the continuity of studies that examine new perspectives of care based on light technologies in the daily lives of users in the Psychosocial Care Centers.

Keywords: Mental Health; Art Therapy; Mental Health Services; Socialization; Rehabilitation; Psychiatric Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEAQ	<i>Centre d'Études sur l'Actuel et le Quotidien</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CTI	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
DINSAN	Divisão Nacional de Saúde Mental
EJA	Ensino de Jovens e Adultos
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FACENF	Faculdade de Enfermagem
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HPS	Hospital Pronto-socorro
IC	Iniciação Científica
IIS	Instituto Internacional de Sociologia
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MG	Minas Gerais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NANDA	<i>North American Nursing Diagnostic Association</i>
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NIC	Classificação das intervenções de enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Política Nacional de Humanização
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica
PT	Partido dos trabalhadores
PVC	Programa de Volta pra Casa
PDT	Partido Democrático Trabalhista
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Responsável Técnica
SRT	Serviços de Residências Terapêuticas
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde (SUS)
UA	Unidades de Acolhimento
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO, CONCEITUAL, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO.....	22
2.1	O CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	22
2.2	OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	34
2.3	AS OFICINAS TERAPÊUTICAS.....	37
2.4	A ARTE COMO RECURSO TERAPÊUTICO E CUIDADO HUMANIZADO.....	39
2.5	SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI.....	50
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	56
3.1	DELINEAMENTO.....	56
3.2	CENÁRIO DE PESQUISA.....	58
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	60
3.4	PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	62
3.5	ANÁLISE DE INFORMAÇÕES.....	64
3.6	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	65
4	RESULTADO E DISCUSSÕES	67
4.1	O LÚDICO EM CENA COMO CUIDADO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EXPRESSIVIDADE DOS SENTIMENTOS E MELHORIAS NA QUALIDADE DE VIDA.....	70
4.2	LUDISMO, IDENTIFICAÇÃO E CIDADANIA: OPORTUNIDADE DE VIVENCIAR A CLÍNICA AMPLIADA.....	83

4.3	ARTE E SAÚDE ACOLHIDAS COMO CUIDADO NAS OFICINAS TERAPÊUTICAS: POTENCIALIDADES EM DESENVOLVIMENTO.....	88
4.4	HUMANIDADES E TECNOLOGIAS: TRANSVERSALIDADES DA ARTE COMO CUIDADO.....	100
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
6	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICE.....	137
	ANEXOS.....	138

1 INTRODUÇÃO

Meu contato na área acadêmica com o universo da saúde mental em um serviço substitutivo, ocorreu durante o sétimo período do curso de graduação em Enfermagem, através da participação como bolsista em um projeto de Iniciação Científica (IC) da Faculdade de Enfermagem (FACENF) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), coordenado por uma professora que compunha o corpo docente da disciplina de “Enfermagem em Saúde Mental”. Minha afinidade com as atividades do projeto justificaram minha permanência no mesmo até o findar da graduação. Essas atividades foram realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de um Município da Zona da Mata Mineira.

Minha atuação sucedeu-se em uma oficina terapêutica, intitulada “Salão de Beleza”, a qual promovia atividades e grupos educativos com foco na promoção do autocuidado. Dentre as atividades trabalhadas, eram realizados cuidados com as unhas, cabelo e pele, com oferecimento de cortes de cabelo, hidratações, manicure e pedicure, além de encontros semanais para se debater acerca de temáticas referentes a conteúdos de promoção e prevenção à saúde. Por meio do cuidado dispensado aos usuários na oficina, no decorrer das atividades, foi possível perceber significativas melhorias na higiene corporal dos participantes, assim como, lhes proporcionou a obtenção de novos conhecimentos sobre as temáticas abordadas de uma maneira geral.

Pude observar que o espaço em que ocorria o salão promovia intensas trocas, por meio dos diálogos traçados, bem como, pela promoção de vínculo. Esse fato me proporcionou várias reflexões sobre tal atividade e ampliou a minha visão sobre a importância atribuída pelos usuários às oficinas terapêuticas.

Minha participação no salão ocorria duas vezes por semana, durante os dois turnos, manhã e tarde. Devido ao vínculo estabelecido no local, com os usuários e com os profissionais, acabei por frequentar o CAPS mais vezes por semana e me inseri em outras atividades que careciam de monitoria e de auxílio, a exemplo, a oficina do bazar e as oficinas de arte, as quais ocorriam em um espaço chamado “ateliê”.

Minha inserção no projeto e a participação na disciplina de “Enfermagem em Saúde Mental”, foram os grandes “divisores de água” em minha escolha por uma área temática em destaque na graduação, bem como, motivaram-me a prosseguir com os estudos na enfermagem com mais empenho.

A problemática dos transtornos mentais sempre esteve presente em meu cotidiano, devido ao contato com um familiar que possui um dos transtornos mentais relacionados à psicose. A convivência diária com este ente familiar, a afinidade com tal área e a atuação nas oficinas do CAPS foram fatores que despertaram em mim o interesse em me aprofundar no estudo sobre tal conteúdo e em compreender a relação do cuidado terapêutico oferecido pela enfermagem a esse público. Assim, comecei a me interessar pelas contribuições da enfermagem no processo de assistência e de ressocialização do indivíduo em sofrimento mental.

No que se refere ao processo histórico, no âmbito da saúde mental, o movimento pela Reforma Psiquiátrica foi um marco consolidado por consecutivas lutas e mobilizações sociais, iniciando-se, em 1970, um processo político que culminaria em diversas mudanças no cenário de assistência e atenção aos indivíduos portadores de sofrimentos mentais. Tal processo ainda não está consolidado, porém, dia após dia, vivenciamos os reflexos da inserção de seus ideais na prática, estabelecendo-se, assim, um processo de transição de um modelo extremamente tecnicista, pautado por métodos de exclusão e de isolamento, para uma forma mais sensível e acariciante de se oferecer a assistência na saúde mental (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento ativo e contou com o apoio social de trabalhadores e de usuários dos sistemas de saúde de assistência à saúde mental e de seus familiares. Tal movimento protagonizou constantes lutas e manteve sua resistência frente a alguns impasses. Para os fins legislativos, o movimento se fez essencial e serviu como alicerce para a criação da Lei Federal nº 10.216/2001, que foi promulgada após doze anos de tramitação no Congresso (PRADO, 2016).

Com as mudanças advindas do processo da Reforma, houve a necessidade de se reestruturar e de se enquadrar os serviços em uma nova dinâmica, alicerçada pelos novos paradigmas epistemológicos trazidos, com base na transição do modelo asilar psiquiátrico para uma assistência comunitária, democrática e respeitosa. Assim, surgiram os serviços substitutivos, os quais incorporaram novas demandas de tratamento, com objetivo de estabelecer um modelo de assistência longitudinal à saúde das pessoas em sofrimento psíquico. Um dos serviços substitutivos incorporado à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais são instituições de referência e tratamento para pessoas que possuem algum tipo de sofrimento mental, com quadros clínicos em que a severidade e a persistência da doença justifiquem a sua permanência em um dispositivo de cuidado, através do acompanhamento cotidiano das atividades (BRASIL, 2011).

Dentro desse modelo de assistência, existem as oficinas terapêuticas, que são dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental e objetivam diferenciar-se das práticas retrógradas, apresentando-se, assim, como um novo recurso, cujos focos são trabalhar o desenvolvimento dos potenciais individuais e a aprendizagem de novos saberes, bem como contribuir para a ressocialização dos usuários.

Com base na transição do modelo assistencial, a relação entre o enfermeiro e o usuário no CAPS deve ter em seu cerne a empatia e uma boa comunicação terapêutica, as oficinas, por sua vez, auxiliam nesse processo. O protagonismo da enfermagem dentro das oficinas se faz presente, pois, nesse cenário, traça-se uma relação horizontal com os usuários. As oficinas expressivas propõe inovações na assistência psicossocial, reconstruindo o cenário assistencial em saúde mental, mesmo diante dos desafios do sistema de saúde público em nosso país e do predomínio da hegemonia biomédica (TAVARES, 1997).

Os diálogos traçados com os usuários durante as atividades nas oficinas de arte despertaram-me algumas reflexões. Esse fato me levou a ter um olhar instigante sobre tal tema e a contemplar o deslumbre de novas formas de tratamento que trabalham a subjetividade do ser, que se efetivam em melhorias na qualidade de vida desses usuários.

Ao buscar referências sobre o uso da arte como um recurso terapêutico, percebi que os estudos sobre o tema ainda são escassos e deixam lacunas, principalmente no que diz respeito à compreensão e à visão dos usuários. Os referenciais encontrados e analisados demonstram que a relação traçada entre os usuários e as produções artísticas, pode trazer inúmeros benefícios. Pode-se ressaltar que a atividade artística é uma potente ferramenta para a livre expressão e comunicação, já que auxilia o processo de inclusão social, ajuda na melhora da capacidade cognitiva, assim como promove o reconhecimento social e oferece um meio para a realização pessoal desses usuários (AMARANTE et al., 2012; DE MELLO et al., 2016).

Uma das formas de se oferecer um cuidado humanizado é colocar em prática novas tecnologias leves, as quais funcionam como ferramentas alternativas, visto que as atividades lúdicas proporcionam o redirecionamento da assistência. Compreender a vivência cotidiana dos usuários nas oficinas expressivas faz-se fundamental para que tais práticas possam ser difundidas e, de fato, reconhecidas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Ao propor inversões epistemológicas no campo da saúde mental, espera-se que as práticas e as novas formas de tratamento sejam voltadas para além da doença e dos sintomas, visto que a assistência deve levar em conta a existência do sujeito, suas vontades e seus desejos (CABRAL et al., 2015).

Ao compreender a assistência com base nos pressupostos da Clínica Ampliada do Sujeito, pode intuir que as práticas em saúde mental devem corroborar para a descentralização do foco apenas na doença e no diagnóstico, tais práticas devem favorecer a integralização do sujeito, que tem seus sofrimentos e sua história de vida e deve ser protagonista de seu tratamento (CAMPOS, DO AMARAL, 2007).

Por meio de uma prática humanizada e atenta aos detalhes subjetivos, transforma-se a forma de cuidar. O cuidado passa a ser algo genuíno, feito com base na solidariedade, na empatia, na vontade e no desejo de “estar-com” o outro, isso propicia que este auxílio e assistência sejam sentidos por ambas as partes e retorne resoluções e encaminhamentos positivos na vida do ser que é cuidado. Todavia, para que este fato ocorra, é preciso abrir mão de toda uma estrutura hegemônica, presa à medicalização. Assim, o profissional de saúde deve utilizar-se da razão interna, como apregoa Maffesoli (1996), da razão posta pelo olhar que contempla e compreende sensivelmente as dores e anseios do outro (CAPONI, 2000).

A ação artística-cultural na saúde mental tem sua relevância, visto que oferece aos usuários uma estrutura diferente do padrão convencional de tratamento e assistência e permite que esses indivíduos expressem suas experiências, seus sofrimentos e sua forma de estar e ver o mundo, lapidando todos os sentimentos angustiantes e ocultos em criações artísticas, por meio da livre expressão oportunizada por tais atividades. A arte realmente nos convida a viver as emoções, afetividades e sentimentos internos do outro (AMARANTE et al., 2012; MAFFESOLI, 1996).

Assim, o presente estudo tem como objetivo compreender a visão e os sentidos atribuídos pelos usuários ao fazer artístico no cotidiano vivido nas oficinas expressivas de arte. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE I). O estudo fundamentou-se na Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli, por esta oferecer uma visão sensível, atentando-se a compreender o fenômeno vivido em sua essência.

Tem-se, como questão norteadora para o processo de investigação, a seguinte indagação: como os usuários compreendem e vivenciam o fazer artístico? O objeto de pesquisa consiste na averiguação das impressões, sentimentos, opiniões e vivências dos usuários de um CAPS sobre as atividades artísticas desenvolvidas nas oficinas.

A pesquisa se insere na linha “Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem (FACENF) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), foi elaborada e está inserida no

grupo de pesquisa sobre “Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem”, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob liderança do Professor Dr. Marcelo da Silva Alves, do qual faço parte desde minha inserção no programa de Pós Graduação *Stricto Sensu*- Mestrado em Enfermagem. A presente investigação atende a “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde”, que trouxe como uma de suas prioridades a Saúde Mental, bem como os estudos sobre a reabilitação psicossocial e os dispositivos terapêuticos (BRASIL,2011).

2 REFERENCIAL TEÓRICO, CONCEITUAL, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

Este capítulo tem como objetivo a apresentação do contexto histórico da Reforma Psiquiátrica, de nossas escolhas metodológicas e teóricas, as quais fundamentam toda a nossa análise, bem como de nosso ambiente de pesquisa – o CAPS e as suas oficinas artísticas.

2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O modelo asilar psiquiátrico emerge por intermédio de dois fatores históricos relevantes, no contexto do tratamento e da compreensão da psiquiatria como um estudo clínico centralizado, esses momentos históricos repassam pelos recortes do nascimento da psiquiatria e da reformulação assistencial desenvolvida por Pinel.

É possível compreender o nascimento da psiquiatria a partir da emergência da medicina social, que se originou no século XVIII. Neste período a medicina se incorpora à sociedade como objeto de controle social dos indivíduos. No processo de medicalização social, a ideia de patologizar o comportamento desviante do indivíduo “louco”, caracterizado, então, como anormal, ganha consistência e se baseia na medicalização destes corpos, que rompem com as regras sociais permeadas pela moralização do sujeito e sua conduta (FOUCAULT, 2007).

O processo de medicalização é efetivado pela prática de internação e institucionalização do sujeito dito “anormal” no século XIX, momento em que o saber psiquiátrico se insere no campo médico e, ao mesmo tempo, adquire sua autonomia como especialidade. A loucura passa a ser percebida com relação à conduta regular e normalizante (FOUCAULT, 2007).

Nesse contexto, o hospício é referido como principal instrumento terapêutico da psiquiatria, sendo necessário para efetivação das práticas higienistas e moralizantes, afastando o “louco”, e a periculosidade representada por este, do âmbito social. Nesses espaços, a ordem disciplinar constitui o eixo fundamental da prática e da funcionalidade da instituição asilar.

O médico Philippe Pinel, que atuava no setor masculino do asilo de Bicetrê, em Paris, propôs, em 1792, separar os doentes mentais dos demais marginalizados, isolando estes doentes para realizar o tratamento médico centrado no comportamento destes indivíduos. O

tratamento moral asilar proposto por Pinel estabelecia a inserção de práticas voltadas para o controle do comportamento, submissão e docilização. O tratamento, ao mesmo tempo em que alienava o indivíduo, segregava-o e afastava-o da sociedade, prezando pela ordem no ambiente social. Em 1801, Pinel publicou o “Tratado Medico-Filosófico sobre a Alienação Mental”, que preceituava uma nova compreensão da doença mental, apresentando-a como resultado da exposição aos estressores ambientais e também hereditários, pesquisada com base em seu método sistemático de observação dos pacientes em isolamento (AMARANTE, 1995; FOUCAULT, 2007).

Os fatores históricos e contextuais do nascimento da psiquiatria e da imposição da prática asilar, alicerçada pelo tratamento moral, segregador e opressivo, auxiliam a compreensão de todo o desnovelar das passagens e fases, as quais a saúde mental atravessou até o advento do processo da Reforma Psiquiátrica.

Os hospitais psiquiátricos, caracterizados pelas internações em tempo integral e de longa duração, chegam à década de 50 superlotados, com o número de funcionários insuficiente para atender a demanda e sendo alvos de denúncias de maus tratos. As cenas de exclusão e violência vivenciadas durante esse período propiciaram uma reflexão sobre a forma pela qual a psiquiatria vinha trabalhando com o sofrimento mental, principalmente no que se refere à privação de liberdade e ao desrespeito aos direitos humanos (PRADO, 2016).

O tratamento dispensado e as ações assistenciais nos hospitais psiquiátricos eram embasados em formas abusivas de poder, pelo “tratamento moral”, baseado em um viés normalizador e controlador que excluía e segregava. Ademais, havia o poder sobre o corpo, por meio das contenções químicas e físicas e aprisionamento em salas isoladas (FOUCAULT, 2007).

Por essa lógica, prevalecia uma assistência relacionada à ética da compaixão, isto é, usavam-se estratégias silenciosas e coercitivas sobre os indivíduos, anulando qualquer oportunidade destes serem tratados como cidadãos, e aplicavam-se recursos que moldavam esses corpos a uma lógica disciplinar autoritária. Estes, passavam então, a ser desprovidos de direitos basilares, fadados apenas a meras classificações diagnósticas que os despersonalizavam e os submetiam apenas ao papel de “loucos” e “doentes”. Submersos a essas condições, esses corpos eram predestinados à submissão e à docilidade, desempoderados de toda e qualquer chance de se apresentarem como sujeitos providos de vontades e de escolhas (CAPONI, 2000; FOUCAULT, 2012).

Esse auxílio compassivo tutelava os corpos em espaços que os tiravam qualquer forma de responsabilidade e conseqüente liberdade, oferecendo tratamentos impostos com base no

que se acreditava ser a necessidade dos indivíduos, diante da verdade reproduzida pelo discurso da “loucura” como algo totalmente incabível e inaceitável no cotidiano da sociedade (CAPONI, 2000).

Ainda no período que compreende a década de 50, a psiquiatria sofreu significativas transformações. Foi alvo de críticas e buscou tentativas para a superação dos problemas no anseio de alcançar uma nova abordagem teórico-prática (TENÓRIO, 2002).

Algumas experiências contribuíram para transformações no modelo assistencial brasileiro, sendo elas a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, as quais tinham como proposta promover mudanças dentro do próprio Hospital Psiquiátrico; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária, que atribuíam à comunidade a importância fundamental para a efetividade no tratamento dos transtornos mentais; e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, as quais propunham que as mudanças deveriam ser realizadas nas práticas e nos saberes da psiquiatria. Duas dessas experiências foram referências para a fundamentação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo elas as Comunidades Terapêuticas e a Psiquiatria Comunitária (DURANTE, 2015; LIBERATO, DIMENSTEIN, 2013; TENÓRIO, 2002).

As Comunidades Terapêuticas, na passagem da década de 60 para 70, evidenciaram sua relação com o movimento da Reforma pelo fato de terem promovido uma reorganização ideológica que se opunha à estruturação do asilo psiquiátrico. O movimento das Comunidades Terapêuticas foi caracterizado por ser um processo de reforma restrito ao ambiente hospitalar, ou seja, estruturado a partir da provisão de mudanças administrativas e técnicas que passaram a valorizar aspectos democráticos e participativos, ocasionando ações transformativas no cotidiano hospitalar (LIBERATO, DIMENSTEIN, 2013).

O modelo propunha uma nova forma de relação, promovendo a escuta e o diálogo com os sujeitos em tratamento. De acordo com Tenório (2002, p. 22), “se tratou de uma experiência que discutiu a questão da cidadania do doente mental em um momento em que este conceito sequer estava em pauta”. Contudo, algumas fragilidades práticas e teóricas do movimento fizeram com que a experiência não causasse, de fato, impacto sobre o modelo e a dinâmica que eram seguidos nos hospitais e, dessa forma, tal estrutura foi rapidamente descondiserada, principalmente pelos manicômios privados que não estavam interessados em adotar as mudanças propostas por esse viés (TENÓRIO, 2002).

A Psiquiatria Comunitária elaborou-se por meio de um movimento que defendia a possibilidade de intervenções nas causas e na evolução das doenças mentais. Nesse sentido, enfatizava a possibilidade de não somente tratar os distúrbios mentais, mas evitá-los.

Propunha-se que a psiquiatria deveria se organizar segundo um programa mais amplo de intervenção na comunidade, visando evitar o adoecimento mental. O objetivo era não apenas detectar as situações críticas, mas resolvê-las sem a necessidade de internações no âmbito hospitalar. Mediante a esse movimento, surgiu o termo “saúde mental” dentro da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

O lugar estratégico que a expressão saúde mental ocupa no discurso da Reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (TENÓRIO, 2002, p.31).

O surgimento do termo “saúde mental” ocasionou mudanças significativas na assistência aos portadores de sofrimento mental, pois reforçou a importância da atenção realizada pela equipe multiprofissional, não restringindo a responsabilidade da assistência apenas ao âmbito médico-hospitalar, o que desconstruiu, em partes, o poderio da hegemonia médica (TENÓRIO, 2002).

Historicamente, os portadores de sofrimentos mentais são um dos grupos sociais mais excluídos e despossuídos de seus direitos. São indivíduos que têm sido colocados à margem da sociedade, vítimas de preconceitos e possuidores de uma imagem estigmatizada e referida de forma negativa e desrespeitosa.

A prática secular do asilamento colaborou para a segregação e discriminação dessa parcela da população. Segundo Goffman (2001), a prática de institucionalização desses indivíduos em entidades denominadas como instituições “totais”, ou seja, simbolizadas pela barreira social, pela exclusão, pelo isolamento e pelas proibições, assinalava a primeira perda e ruptura da identidade dessas pessoas, através da despersonalização que ocorria, visto que o “eu” referente a cada personalidade era desconfigurado e perdido, já que a única condição que os cabia era a de serem intitulados como seres desajustados.

Tais circunstâncias dificultaram o processo de recuperação e reintegração dos mesmos, assim como a quebra de paradigmas referente à perspectiva distorcida da sociedade sobre a imagem do “louco”. Por trás do surgimento do termo “saúde mental”, houve uma tentativa de ampliar os conhecimentos e os saberes, assim como a visão sobre os portadores de sofrimentos mentais, embora possamos perceber que rastros dessa ideologia perversa de desempoderamento social e julgamento moral desses indivíduos ainda estejam presentes na sociedade (BATISTA, 2014).

Na década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Nesse mesmo período, disseminaram-se alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico, no que tange à assistência psiquiátrica na área da saúde mental.

A hostilidade na forma de tratamento que ocorria no interior dos manicômios e a exclusão destes indivíduos viraram pautas de discussões que reivindicavam os direitos dos portadores de transtornos mentais. Assim, iniciaram-se as denúncias dos maus tratos sofridos, da falta de higiene, de assistência médica e da superlotação nos hospitais psiquiátricos, bem como da péssima qualidade dos serviços oferecidos. Além disso, nesse mesmo cenário, surgiram as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços, estes se tornaram fatores de grande importância e relevância para o movimento da Reforma (TENÓRIO, 2002).

De acordo com Amarante (1995), considera-se como Reforma Psiquiátrica o processo histórico de reformulação prática e reflexiva, que tem como objetivo e estratégia a elaboração de propostas que visem à transformação do modelo hospitalocêntrico e do paradigma da psiquiatria tradicional.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surgiu em meio ao contexto da redemocratização, em meados de 1970, tendo como preceitos fundamentais as críticas ao Sistema Nacional de Saúde Mental e à reorganização estrutural dos saberes apregoados nas instituições asilares.

É válido ressaltar que a Reforma Psiquiátrica teve forte influência do movimento social pela Reforma Sanitária, que tinha como objetivo a busca por melhorias no sistema da saúde. A Reforma Sanitária surgiu no início da década de 70, no contexto da luta contra o regime de ditadura instalado em 1964, e se caracterizou como um movimento que ergueu a luta pela reformulação do Sistema Nacional de Saúde. As propostas levantadas foram abordadas visando aos eixos da administração e dos planejamentos dos serviços, bem como à ampliação do acesso da população à assistência em saúde, reivindicava-se, assim, o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto dos recursos da saúde pela gestão pública (DE BARROS, 2016).

A Reforma Sanitária não se vinculou apenas às transformações e às modificações nos serviços, o movimento trouxe também a discussão sobre a ampliação do conceito de “saúde”, relacionando este termo a outros sentidos, tais como os direitos humanos, a participação social e a democracia. Tal movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual tinha em sua pauta principal a problematização sobre um novo modelo de saúde no Brasil. Esta conferência teve sua relevância no marco político para a transformação dos setores da saúde no país, consolidando, assim, o reconhecimento de que o direito à saúde

estaria inserido dentro dos direitos fundamentais dos seres humanos, sendo dever e função do estado garanti-la (AMARANTE, RIZZOTTO, COSTA 2015; DE BARROS, 2016).

As propostas elaboradas na Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto, as reivindicações propostas pela Reforma Psiquiátrica foram incorporadas ao movimento da Reforma Sanitária. A luta de ambas passa a ter pontos em comum e as políticas de saúde mental desse período se agregam ao projeto de Reforma Sanitária e são constituídas dentro dos planos Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e das Ações Integradas em Saúde (AIS), conquistas do Movimento Sanitário (AMARANTE, 1995).

É importante ressaltar que ambos os movimentos se sustentaram politicamente e tiveram algumas pautas convergentes, mas se tratam de movimentos distintos, a Reforma Psiquiátrica organizou-se como um movimento social independente (TENÓRIO, 2002).

De acordo com Amarante (1995), o principal marco do movimento brasileiro pelas melhorias na assistência à saúde mental, foi o episódio da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do setor de saúde mental. Os profissionais do quadro do DINSAN iniciaram uma greve após a demissão de mais de duzentos estagiários e profissionais dos serviços. A crise se instalou após a denúncia realizada por profissionais de saúde sobre as situações irregulares dos hospitais, tornando público para a sociedade a situação trágica a qual se encontravam as instituições psiquiátricas (CABRAL et al., 2015; CIRILO, 2006).

Logo após esse episódio, ocorreram reuniões periódicas em grupos, assembleias, sindicatos e outras entidades, constituindo-se, portanto, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no final da década de 70, especificamente no ano de 1978, formado por trabalhadores integrantes do Movimento Sanitário, associações de familiares de pessoas que possuíam transtornos mentais, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio foi a fonte de inspiração para o movimento (TENÓRIO, 2002).

Durante o mesmo período, no ano de 1979, o psiquiatra Franco Basaglia, pioneiro na Luta Antimanicomial através da Psiquiatria Democrática na Itália, movimento centrado na luta contra o manicômio, esteve no Brasil participando do I Congresso Brasileiro de Psicanálise e do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. O médico foi autor da Lei Basaglia, Lei

nº180, aprovada em 1978 e vigente na Itália, a qual estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE,1995).

A vinda de Baságlia foi de grande importância no fortalecimento do MTSM, o médico realizou várias reuniões e debates com os membros do movimento, além de realizar uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais, tal visita proporcionou uma série de reflexões e críticas ao modelo asilar, assim como deu um maior destaque ao MTSM que conquistou mais adeptos para a luta do movimento (CABRAL et al., 2015).

Conforme Amarante,

No seu início o MSTM busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica cujos indícios podem ser encontrados seja nas denúncias ao modelo oficial, de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico, seja na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização (AMARANTE, 1995, p.15).

Assim, o movimento passou a denunciar a violência dos manicômios, a falta de recursos nas unidades e a precariedade das condições de trabalho refletida na assistência, surgiram também as críticas e os questionamentos sobre o chamado “saber psiquiátrico” vigente na época, sobre o modelo hospitalocêntrico na assistência aos portadores de doenças mentais e sobre a rede privada de assistência. A crítica à privatização produziu importantes diagnósticos quanto ao funcionamento do serviço prestado na época no país (TENÓRIO, 2002).

Com a articulação da prevalência da internação e a privatização da assistência, as internações psiquiátricas públicas no Brasil não eram feitas exclusivamente em hospitais públicos. A maioria delas era realizada em instituições privadas, sendo que estas eram remuneradas pelos setores públicos, estabelecia-se, assim, o chamado setor conveniado ou contratado, isto é, hospitais privados que provêm a internação da clientela pública mediante remuneração do Estado, antes via Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), depois via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e posteriormente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CIRILO, 2006).

As clínicas contratadas funcionavam em parte sob as expensas do SUS e existiam como empresas privadas com fins lucrativos apenas para receber essa clientela, já que a única forma de receita era a internação psiquiátrica remunerada na forma de uma diária para cada paciente. A receita era maior levando em conta três variáveis, quais sejam, maior número de pacientes internados, maior tempo de internação e menor gasto da clínica com a manutenção do paciente (TENÓRIO, 2002).

Foram, sobretudo, os Governos Militares que consolidaram essa articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados. Entre os anos de 1965 a 1970, a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil em 1965 para 30 mil em 1970 (TENÓRIO, 2002).

Na década de 80, marcada pelo final da ditadura militar em 1985, desenvolveram-se novas possibilidades de mudanças no setor da saúde mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou força política e social (CIRILO, 2006).

Além de críticas e de uma nova reflexão sobre o modelo privativo de assistência, o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira obteve como incentivos dois eventos, no ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, posteriormente, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (TENÓRIO, 2002).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental representa o início da trajetória para a desconstrução da forma de lidar com a loucura que estava vigente na época, contribuindo, assim, para o processo de desinstitucionalização. Foram discutidos três temas centrais, a saber, “A economia, a sociedade e o estado e seus impactos sobre a saúde mental e a doença”; “Reforma Sanitária e reorganização da assistência em saúde mental” e “Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação”. Foi durante esta conferência que o controle social se pronunciou a favor do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica a partir da construção de um novo modelo substitutivo (CIRILO, 2006; TENÓRIO, 2002).

O II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental estabeleceu um novo olhar sobre as instituições psiquiátricas, sobre a cultura, o cotidiano e a mentalidade da sociedade em relação ao sofrimento mental. O encontro instituiu um novo lema, assim denominado: “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

Ainda na década de 80, surgiram duas experiências institucionais, quais sejam, a Casa de Saúde Anchieta e o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, ambos no estado de São Paulo (CARDOSO et al., 2014).

A Casa de Saúde Anchieta era uma clínica privada conveniada com o INAMPS e funcionou mais de quarenta anos recebendo a demanda de internação asilar da região. As denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus tratos comprovadas desencadearam uma série de ações para extinguir os manicômios na cidade, ocorrendo, assim, a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) (CARDOSO et al., 2014).

O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, aberto em 1987, tornou-se exemplo para novos modelos de cuidados na psiquiatria brasileira, nesse sentido, inspirou a criação de outros CAPS em diversas regiões, estabelecendo um novo modelo de cuidado para a psiquiatria brasileira. Os CAPS e NAPS vieram a ser regulamentados em plano nacional pelo Ministério da Saúde através das portarias nº189 de 1991 e nº 224 de 1992, respectivamente (BRASIL, 2002; CARDOSO et al., 2014).

No ano de 1989, as propostas para consolidar outras modalidades de tratamento se reforçam e, pela primeira vez, é usado o termo “substitutivo” nas políticas públicas, referindo-se aos serviços que propunham a substituição do tratamento consolidado no modelo asilar para uma forma de tratamento humanizado (AMARANTE et al., 2012).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT) apresentou o projeto de Lei nº 3.657/ 89, o qual veio a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica e estabelecia três artigos. O primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público fixava-se, assim, a extinção progressiva dos manicômios no país. É válido recordar que, nesse período, prevalecia o Decreto Presidencial nº 24.559/34 , baixado por Getúlio Vargas em 1934, esta resolução previa o recolhimento e as internações nos hospitais psiquiátricos mediante apenas a um atestado médico. O segundo item do projeto previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomial de atendimento. Por fim, o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria, então, emitir um parecer sobre a legalidade da internação (CIRILO, 2006; TENÓRIO, 2002).

Paulo Delgado conseguiu aprovar seu projeto na Câmara dos Deputados em 1990, em seguida, o documento passou por algumas dificuldades no Senado, que em seu lugar aprovou dez anos depois um outro projeto elaborado pelo senador Sebastião Rocha do Partido Democrático Trabalhista (PDT), o substitutivo chegava a autorizar a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de novos leitos (AMARANTE, 1995).

Foi apenas em 2001, após doze anos de tramitação e de muitas manobras políticas, que a Lei Federal nº 10.216 foi aprovada. A aprovação, no entanto, foi de um substitutivo do Projeto de Lei original que trouxe importantes modificações no texto normativo. Assim, a Lei Federal nº 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe também sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

É válido destacar que a apresentação do projeto de Lei original, em 1989, teve o efeito de produzir reflexões e discussões sobre o tema em todo país. A intensificação do debate e a

popularização da causa da Reforma, desencadeada pela iniciativa da revisão legislativa, contribuíram para os avanços na Luta Antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Em 1990, destacou-se a realização da Conferência de Caracas, a qual teve como objetivo discutir as políticas de saúde mental e a reorientação do modelo de atenção nos países da América Latina e no Caribe. A conferência levou a criação da Declaração de Caracas, que trouxe como princípios a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, e o respeito pelo direito das pessoas com sofrimentos mentais, através da superação do modelo do hospital psiquiátrico e da luta contra todos os abusos e exclusão de que estes sujeitos eram vítimas (BRASIL, 2005; CIRILO, 2006).

O Brasil assinou a Declaração de Caracas e assim entrou em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, usando como referência a experiência dos primeiros NAPS e CAPS, bem como as normas de fiscalização e de classificação dos hospitais psiquiátricos (CIRILO, 2006).

Em 1992, foi realizada a II Conferência de Saúde Mental, que contou com a participação de familiares, de usuários e de profissionais, na qual foram discutidos os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dando ênfase à questão da desinstitucionalização (CARDOSO et al., 2014).

Em 2001, foi sancionada no país a Lei Federal nº 10.216, a promulgação da Lei impôs novo impulso e ritmo ao processo da Reforma. O processo de desinstitucionalização de pessoas internadas durante longos períodos é intensificado com a criação do programa “De volta para a casa” em 2003, instituído pela Lei nº 10.708, o qual dispõe sobre a regulamentação do auxílio destinado à reabilitação psicossocial aos indivíduos que tenham permanecido internados por longos períodos. O programa contribuiu efetivamente para o processo de reinserção social dessas pessoas e organizou a estrutura da rede de recursos assistenciais à saúde mental. Posteriormente, em 2005, foi desenvolvida a “Estratégia de Redução de Danos” estabelecida pela Portaria nº 10.228, caracterizada como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar os danos sociais e à saúde associados ao uso de álcool e substâncias psicoativas (TENÓRIO, 2002; TISOTT, 2015).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Cuidar sim, excluir não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, foi convocada após a promulgação da Lei nº10.216, a etapa nacional foi realizada em dezembro de 2001. Esta III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere ao CAPS valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a

construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BATISTA, 2014; CIRILO, 2006; TENÓRIO, 2002).

Foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com a participação dos movimentos sociais, dos usuários do sistema e de seus familiares, que forneceu embasamento para a política de Saúde Mental no Brasil. Depois da III Conferência e seguindo as recomendações discutidas no evento, foram promulgadas em 2002 as portarias nº 255 e nº 336. A primeira regulamenta as normas para assistência hospitalar psiquiátrica, instituindo normas de funcionamento dos hospitais e dispendo sobre a classificação destes. Já a segunda discorre sobre o funcionamento e financiamento do CAPS, ampliando o seu funcionamento e complexidade (TENÓRIO, 2002).

Em 2004, realizou-se o I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo, reunindo mais de dois mil trabalhadores e usuários do CAPS. No evento, a seguinte temática foi a pauta: “O cuidado cotidiano no CAPS; Trabalhadores, usuários e familiares – transformando relações, produzindo novos diálogos”. Durante o congresso, realizaram-se mesas redondas, oficinas, cursos, miniconferências, apresentações artísticas e culturais, mostra de artes e produtos artesanais produzidos nos CAPS. O congresso configurou-se como algo inédito na área da saúde mental brasileira (BRASIL, 2004; CIRILO 2006).

Posteriormente a esse evento, em 2005, ocorreu a realização da “Conferência de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, realizada em Brasília. Esta teve como objetivos, avaliar e reafirmar as propostas elaboradas na Declaração de Caracas de 1990, bem como elaborar novas diretrizes a serem seguidas pelos países participantes. As questões pautadas foram relacionadas à ampliação do movimento da Reforma Psiquiátrica, descritos no documento nomeado “Carta de Brasília: princípios para o desenvolvimento da saúde mental nas Américas” e elaborado durante a Conferência (BRASIL, 2004).

Junto a esses fatos, o Ministério da Saúde fortaleceu o processo de redução dos leitos psiquiátricos, a ampliação dos modelos substitutivos e o incentivo à inclusão social. Tais ações foram realizadas com a criação e o incentivo dos principais programas: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH); Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH); Programa de Volta pra Casa (PVC); Programa de Inclusão Social pelo Trabalho; ampliação dos CAPS, dos Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) e dos Centros de Convivência e Cultura (CECO); entre outros mecanismos (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tiveram grande valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituindo-se como um dos instrumentos de gestão que permitiram as reduções e os fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada. O surgimento desse serviço possibilitou a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. Desse modo, os CAPS passaram a ser um dos articuladores estratégicos da rede de assistência e da política de saúde mental (BRASIL, 2005).

Não há dúvidas de que a expansão da rede CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. A implantação dos serviços de atenção diária tem ajudado a mudar o quadro de desassistência na saúde mental pública no Brasil. A cobertura assistencial vem melhorando progressivamente, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (BATISTA, 2014).

Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) veio a contribuir com o processo da Reforma e da assistência em Saúde Mental, com o objetivo de formar uma rede de atenção e de cuidado aos portadores de transtornos mentais, considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para atender a essa demanda. A RAPS, rede integrada ao SUS, foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais e usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A RAPS é composta por alguns serviços, sendo eles as Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), os Centros de Convivência e Cultura (CECO), as Unidades de acolhimento (UA) e os leitos de atenção em hospitais gerais (BRASIL, 2011).

A criação da Rede teve como objetivos ampliar e promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas aos pontos de atenção, bem como garantir a articulação e integração das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção nas situações de crises e de urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS se faz presente na atenção a urgências e emergências, na atenção hospitalar e residencial, na estratégia de desinstitucionalização e na inclusão e reabilitação social. Seu foco é o modelo de atenção ampliado, com foco no sujeito, de acordo com o propósito que a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar (BRASIL, 2011).

Diante de todas as transformações históricas e das reformulações legislativas, podemos inferir que muitas mudanças foram, de fato, efetivas na melhoria das condições de tratamento dos indivíduos possuidores de sofrimento mental. As ações assistenciais passaram a ser respaldadas juridicamente e fiscalizadas, garantindo melhorias na qualidade destes serviços. Porém, é válido ressaltar que o processo da Reforma Psiquiátrica não se findou, esta continua em processo (BARBOSA et al., 2016).

Embora estejamos diante da transição para um novo modelo paradigmático, é possível encontrar nos serviços práticas centradas na “doença” que seguem o modelo psiquiátrico clássico focado no controle dos sinais e dos sintomas.

No que diz respeito aos recursos humanos, algumas fragilidades podem ser destacadas, como exemplo, a formação durante a graduação, que, muitas vezes, é respaldada prioritariamente no modelo biomédico, baseada na classificação diagnóstica e nos procedimentos centrados na tutela do corpo do sujeito, bem como a dificuldade de alguns profissionais mais antigos realizarem a verdadeira transição de um período pós-reforma para o novo cenário de assistência, reproduzindo, assim, práticas clínicas disciplinares remanescentes do modelo asilar (ESPERIDIÃO et al., 2015; TAVARES et al., 2015).

2.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Para dar início a uma nova e reformulada assistência à saúde mental, o Brasil teve como fontes inspiradoras as estruturas desenvolvidas com intuito de evitar internações prolongadas em Hospitais Psiquiátricos, como ocorria na França, com o Hospital-dia em 1940, as Comunidades Terapêuticas e a Psiquiatria de Setor influenciada por Michel Foucault e Robert Castel e a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia na Itália nas décadas de 70 e 80 (CARDOSO et al., 2014).

No Brasil, o primeiro CAPS foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo e denominado como “Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira” em função de uma homenagem ao psiquiatra alagoano e coordenador do Departamento de Saúde Mental em São Paulo em 1973. Já em 1989, surge o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, São Paulo. A criação dessas instituições integrou os intensos movimentos sociais deflagrados durante a Reforma Psiquiátrica (CABRAL et al., 2015).

Anteriormente, as instituições hospitalares eram as únicas a receberem os portadores de transtornos mentais, ou seja, o único recurso para a assistência e tratamento. Nesse contexto, os serviços de saúde mental substitutivos foram se propagando e se consolidando

como meios eficazes na diminuição das internações e nas mudanças no cenário da saúde mental na assistência, sendo criados com intuito de substituir as internações nos hospitais psiquiátricos (CABRAL et al., 2015; CARDOSO et al., 2014).

Atualmente, o CAPS é regulamentado pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, sendo um dos serviços de saúde mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), respondendo pela porta de entrada na rede primária de atenção em conjunto com o programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram reconhecidos e tiveram seu funcionamento ampliado pela portaria nº 336, nesta, esses serviços passaram a ser instituídos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

Os Centros de Atenção Psicossocial se diferenciam quanto infraestrutura e mão de obra, tais como, a estrutura física, aos profissionais, à diversidade nas atividades terapêuticas e à especificidade da demanda, sendo esses seguimentos direcionados para atenção infanto-juvenil, para adultos e usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2002).

Os diferentes tipos são denominados CAPS I, II e III, CAPS i, CAPS AD e o CAPS ad III. O CAPS I e CAPS II referem-se ao atendimento diário de adultos em sua população de abrangência com transtornos mentais persistentes. O CAPS III trata-se de CAPS para atendimento diário e noturno durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais. O CAPS i oferece atendimento diário para crianças e adolescentes até dezoito anos com transtornos mentais e o CAPS AD é voltado para o atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Já o CAPS ad III possui suporte de acolhimento temporário em quartos instalados para tal fim e funciona durante vinte quatro horas todos os dias da semana (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

O CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população de uma área de abrangência determinada, realizando o acompanhamento clínico e terapêutico diário. A sua principal característica consiste na promoção da reinserção social dos usuários através do acesso a atividades de lazer, cultura, educação, bem como auxiliando o fortalecimento dos laços com a família e a comunidade (BRASIL, 2004).

O CAPS deve ter o suporte de uma equipe multiprofissional mínima, composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, e, ainda, pode contar com a atuação de terapeutas ocupacionais, artistas plásticos, entre outros profissionais necessários aos projetos terapêuticos. Nessa equipe, devem existir, também, profissionais de nível médio, como técnico de enfermagem e técnico administrativo. Toda a equipe que pertence ao CAPS

deve oferecer uma assistência humanizada aos usuários, oferecendo um cuidado longitudinal em saúde mental que proporcione a reabilitação e a reinserção psicossocial dos usuários desses serviços (BRASIL, 2004; MOLL, 2015).

O indicador de cobertura é o de um CAPS para 100 mil habitantes de cada Município, este indicador passou a ser efetivado em 2002, ano que marca a primeira habilitação desses serviços. Para esse indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPS III e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS sendo o II, ad e i, cobertura de 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

No entanto, essa meta ainda não foi alcançada até o presente momento, mas pode-se verificar uma melhora da cobertura, visto que o indicador de cobertura atual no Brasil é de 0.86, no ano de 2012 era de 0,72. Atualmente, a região Sudeste apresenta um número um pouco mais baixo que o nacional, o de 0.79, mas em Minas Gerais é de 0.95 (BRASIL, 2015).

Nos últimos anos, ocorreu um crescimento significativo dos Centros de Atenção Psicossocial. De acordo com os dados atualizados em 2015 pelo Ministério da Saúde, existem 1069 CAPS I; 476 CAPS II; 85 CAPS III; 201 CAPS i; 309 CAPS AD e 69 CAPS AD III, sendo este um novo componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) implementado em 2011 (BRASIL, 2015).

Para a obtenção de atendimento no CAPS, há o sistema de referência e contra-referência, através do encaminhamento do Programa de Estratégia da Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS) ou por outro serviço de saúde. Quando há a solicitação do serviço, o usuário deve ser acolhido de forma humanizada, esse acolhimento pode ocorrer de diversas formas, levando-se em conta a organização de cada serviço. Após o acolhimento e o cadastro no serviço, são elaboradas estratégias de cuidados, conjuntamente por profissionais de saúde, podendo ser um médico, enfermeiro, assistente social ou psicólogo, e pelo usuário. Este deve ter um Projeto Terapêutico Singular, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a particularidade de cada indivíduo, considerando a história de vida relatada durante o acolhimento, o tratamento necessário para cada situação e as preferências e vontades do usuário (BRASIL, 2004; MARTINES et al., 2010).

Conforme o projeto terapêutico do usuário no serviço, o CAPS pode oferecer os seguintes tipos de atendimento:

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades

intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004, p.16).

Os CAPS não são unidades de urgência e emergência, porém devem acolher as situações de crise dos usuários em acompanhamento no serviço, o CAPS III fica responsável por esses acolhimentos. Em casos mais graves, dependendo da necessidade do usuário, o CAPS realiza o encaminhamento para o serviço de emergência ou internação, preferencialmente em leitos de hospitais geral (BRASIL, 2015).

Conforme explicitado, enfatiza-se a relevância dos CAPS como um serviço fundamental para a assistência e tratamento na saúde mental, pois contribui para o cenário das novas práticas no país, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar e contribuindo para a diminuição dos leitos psiquiátricos.

2.3. AS OFICINAS TERAPÊUTICAS

Com o processo da Reforma Psiquiátrica em andamento, a assistência aos portadores de sofrimento mental vem passando por mudanças, uma vez que se está deslocando a centralidade na doença para o sujeito e os direitos que lhe são inerentes. Assim, houve a necessidade de que alguns instrumentos terapêuticos e reabilitadores fossem implementados nos programas e nos modelos substitutivos, um desses instrumentos foram as oficinas terapêuticas. É válido ressaltar que a prática de atividades em oficinas terapêuticas foi uma ferramenta experimentada inicialmente em 1940 e teve como principal protagonista a psiquiatra Nise da Silveira.

As oficinas são dispositivos da Política Nacional de Saúde Mental, as quais buscam sensibilizar e efetivar um cuidado ampliado, fomentado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica de 2001, sendo estas atividades obrigatórias incluídas nos planos terapêuticos do CAPS (BRASIL, 2004).

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, estes têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica, as quais são atividades realizadas em grupo e devem contar com a presença e a orientação de um ou mais

profissionais, monitores e estagiários. Nas oficinas, realizam-se vários tipos de atividades que devem ser definidas através do interesse e da demanda dos usuários, estas objetivam a promoção de melhorias na qualidade de vida dos usuários, além de contribuir na reinserção social destes pelo acesso ao trabalho e ao lazer, propiciando o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004).

São oferecidos diferentes tipos de oficinas, quais sejam, oficinas de alfabetização, geradoras de renda e expressivas. As oficinas de alfabetização possibilitam àqueles usuários que não tiveram acesso ou que não puderam frequentar e/ou permanecer na escola e concluir os estudos a oportunidade de exercitar a escrita, a leitura e o raciocínio lógico. Já as oficinas geradoras de renda servem como instrumento de lucro, uma vez que possibilita o aprendizado de atividades específicas, oferecendo atividades de culinária, costura, artesanato, brechó, entre outros tipos de atividades com fins lucrativos. Existem, também, as oficinas expressivas, que são o foco do presente trabalho, estas oficinas oferecem espaços para a livre expressão por meio das atividades artísticas em suas diversas modalidades (BRASIL, 2004).

As oficinas terapêuticas expressivas são estratégias de cuidado que possibilitam a projeção de conflitos internos por meio de atividades que valorizam o potencial expressivo do usuário bem como sua criatividade e imaginação (NASCIMENTO, 2016; TAVARES, 2003).

O foco das oficinas está em promover meios e condições que auxiliem o processo de reinserção social por estimular atividades em grupo e trabalhar a promoção do desenvolvimento de novas habilidades, além de refinarem e aperfeiçoarem as habilidades adquiridas anteriormente. Muitas vezes o que é produzido nessas oficinas é externalizado para os demais âmbitos sociais para fins de comercialização ou para exposições e amostras, bem como para apresentações musicais e de danças. Fato este que ajuda na autoestima e na valorização dos indivíduos possuidores de sofrimentos mentais, pois, nessas horas, o que ganha espaço é a atividade produzida, o que reforça a identidade do sujeito como cidadão e propicia a aproximação entre a comunidade e os usuários (LIMA, OLIVEIRA, WILRICH, 2013; NASCIMENTO, 2016).

Outro benefício da implementação das oficinas é que esses espaços facilitam a criação do vínculo e a comunicação dos usuários com os profissionais, uma vez que ocorrem em um ambiente livre e com características diferentes de um consultório. Muitas vezes, durante as atividades promovidas nas oficinas terapêuticas, o usuário dialoga sobre assuntos e histórias diversas e expõe fatos que não são verbalizados durante o acolhimento ou consulta. Desse modo, a oficina propicia a produção de uma relação horizontal entre usuário e profissional, criando um espaço mútuo de aprendizado e trocas (TAVARES, 2003; SCHOLZ et al., 2015).

As oficinas terapêuticas se integram ao cenário da Reforma Psiquiátrica para contribuir com um modelo assistencial diferenciado, reinventando o cotidiano desses sujeitos e possibilitando melhorias no tratamento. Elas fazem parte de uma proposta integradora e devem ser associadas ao uso correto da medicação, ao acompanhamento nas consultas e às avaliações com a equipe multiprofissional. Seja nos hospitais psiquiátricos, seja nos CAPS, a oficina terapêutica é uma forma de preparar a pessoa para o convívio na sociedade e no âmbito familiar, além de propiciar o autodesenvolvimento e autovalorização com o incentivo das atividades, buscando, assim, produzir possibilidades de se reconquistar a autonomia e promover a cidadania do sujeito (AZEVEDO E MIRANDA, 2011; BRASIL, 2004).

Um dos objetivos das oficinas terapêuticas é a tentativa de romper com a lógica manicomial, porém sabe-se que ainda há muitas oficinas realizadas nos serviços de saúde mental que buscam apenas tornar os usuários produtivos e reforçar atividades lucrativas, sem contemplar o potencial terapêutico, institucionalizando tais atividades. As oficinas precisam se apoderar do espírito de inovação para não produzir uma simples adaptação dos usuários aos protocolos e às demandas clínicas tradicionais, visto que tais atividades têm em seu cerne a ruptura desses padrões (GONÇALVES, 2016; PÁDUA et al., 2010).

Por isso, ao criar e atuar nos espaços das oficinas terapêuticas, deve atentar-se aos riscos de se cair na lógica psiquiátrica, na qual o espaço que deveria ser de criação se torna um ambiente que reforça os laços manicomiais, normatizando e controlando os comportamentos. (COQUEIRO, VIEIRA, FREITAS, 2010).

2.4 A ARTE COMO RECURSO TERAPÊUTICO E CUIDADO HUMANIZADO

Podemos ver no cotidiano que o cuidado está presente nas relações de diferentes formas, de acordo com Dantas (2015, p. 24), “o cuidar compreende comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas, para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”. O ato de cuidar refere-se a uma postura que contempla não apenas a responsabilidade, a preocupação e a consideração, mas também a aceitação, a autenticidade, o respeito e o desenvolvimento do outro.

Para o filósofo Milton Mayeroff (1971), cuidar é, em seu sentido mais significativo, ajudar o outro a crescer e a se desenvolver, por isso não pode ser confundido ou visto de uma forma reducionista como o simples ato de desejar o bem. Ajudar o outro a crescer pode ser

sentido por ambas as partes envolvidas no cuidado, cada um assumindo seu papel existencial em cada situação, traçando-se uma relação horizontal na qual não deve haver dependência, deve-se ter um olhar atento, mas afastado para que a pessoa possa descobrir suas fragilidades, trabalhá-las e buscar o seu autodesenvolvimento.

Para ajudar o outro a crescer, segundo Mayeroff (1971), não se deve impor nenhuma direção, em vez disso deve-se respeitar o ritmo e o tempo do outro, permitindo a direção do outro guiar as condutas a serem tomadas e ajudando-o a determinar as respostas às suas necessidades. O cuidar pode ser compreendido como a construção de um caminho para a necessidade do crescimento do outro, caminho este que deve ser traçado em conjunto entre ambos os envolvidos neste processo.

Nesse sentido, faz-se importante refletir sobre as diversas formas de cuidado que podem ser aplicadas, visto que o cuidar representa o pilar que fornece o sustento ao exercício profissional da enfermagem.

Na saúde mental, o cuidado oferecido deve respeitar e acolher as diferenças. Os indivíduos que possuem algum tipo de sofrimento mental devem ser percebidos como sujeitos que possuem emoções e sofrimentos em seu contexto de vida, e não apenas como sujeitos que possuem sintomas a serem tratados (DANTAS, 2015).

Compreende-se a noção dos sentidos atribuídos aos transtornos mentais, de acordo com a *American Psychiatric Association* (APA) como:

Transtorno Mental é uma Síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos Mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, p.20, 2014).

Os Transtornos Mentais são classificados de maneira mais ampla em distúrbios relacionados à ansiedade, ao humor, ao pensamento e ao uso de substâncias químicas (ARAÚJO, LOTUFO, 2014; WHO, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que 10% da população global sofre de algum distúrbio de saúde mental, aproximadamente 700 milhões de pessoas, representando um terço do total de casos de doenças não transmissíveis. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave. Os casos mais prevalentes no país são os de transtornos de ansiedade, sendo 9,3% da população atingida e a depressão que afeta 5,8% da população, um total de

11,5 milhões de casos, o índice é o maior da América Latina, e o quinto maior nas Américas. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), 75% a 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado (MELO et al., 2015; WHO, 2016).

Levando em conta os dados alarmantes e o processo de desinstitucionalização, humanizar a assistência em saúde mental é uma das prioridades do sistema de saúde. Logo, criar um meio que favoreça o diálogo e a troca entre profissional e usuário é fundamental para se oferecer um cuidado efetivo durante o tratamento. Os valores que norteiam a Política Nacional de Humanização (PNH) da assistência são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos e a participação coletiva nas práticas em saúde (BRASIL, 2015).

De acordo com Oliveira e Fortunato (2014, p.69), “a importância do referencial humanístico para a enfermagem é possibilitar o resgate da subjetividade do sujeito, isto é, a mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo”. O tratamento centrado no modelo humanista tem seu foco na terapia e na potencialidade que existe no próprio ser humano. Fazendo um elo entre esses dois pontos, é necessário promover meios para que o indivíduo enfrente desafios e obstáculos que, por ventura, possam surgir no decorrer do quadro clínico, de forma acolhedora e humanizada (BRASIL, 2015).

O enfermeiro tem seu papel como agente terapêutico e a base dessa terapia é a relação com o usuário e a compreensão do seu comportamento, algo desafiante na enfermagem em saúde mental. Nesse sentido, o objetivo da enfermagem não é apenas o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas sim o compromisso com a qualidade de vida do ser (DANTAS, 2015).

Sendo assim, faz-se importante repensar os saberes da prática de enfermagem em saúde mental, moldando-a em uma perspectiva humanística, reflexiva, criativa e imaginativa, criando práticas subjetivas que compreendam o usuário como um sujeito plural, social e dotado de experiências e vontades, que o ajude a buscar sua própria identidade, reconhecer seu potencial e resgatar sua cidadania.

Segundo Eygo, Teixeira e Fernandes (2016), é preciso dar visibilidade às práticas alternativas de cuidado em saúde que rompem com a lógica manicomial e valorizam a coparticipação e o protagonismo do usuário.

É nesse contexto que algumas práticas terapêuticas tradicionais foram repensadas, a fim de se construir repertórios pautados na cultura e na arte, como, por exemplo, o uso da arte como terapia nas oficinas expressivas (LIMA, GUIMARÃES, 2014).

O uso da arte como recurso terapêutico, ou seja, a arte aplicada como forma de tratamento, tem como um de seus objetivos buscar o equilíbrio da vida psíquica, organizando

as percepções, os sentimentos e as sensações, em que conteúdos internos da vida psíquica são transformados em imagens simbólicas, estas possibilitam a expressão de conteúdos do inconsciente, favorecendo a transformação de sentimentos contraditórios, angustiantes, em criações, um meio para canalizar as emoções não verbalizáveis (DE AZEVEDO et al., 2014; JUNG, 2002; SCORSI et al., 2014).

Segundo Scorsi,

Um paciente psiquiátrico, ao produzir arte, tem a possibilidade de exprimir seu inconsciente, retratar, por exemplo, em imagens a experiência caótica que lhe invade a consciência, e assim num processo catártico, diminuir a carga energética destas emoções (SCORSI et al., 2014, p.57).

Assim, o fazer artístico se constrói através do processo do autoconhecimento e de ressignificação do sujeito acerca de si mesmo e de sua relação com o mundo, proporcionando um meio de livre expressão e reflexão (REIS, 2014).

É importante ressaltar que, no âmbito da arte terapia, as atividades expressivas não têm propriamente uma finalidade estética. A produção artística não deve ser analisada pelo seu valor estético, como uma obra de arte, ainda que muitas vezes possa ser reconhecida como tal. De acordo com Reis (2014, p. 148), “com a atividade terapêutica não se pretende fazer arte, mas sim, exercitar a criatividade, proporcionar que no fazer criativo se produzam outros modos de objetivação e subjetivação”.

De acordo com estudos realizados por Michel Foucault, a relação da arte com a doença mental possui registros desde a criação das instituições hospitalares especializadas para receber pessoas com transtornos mentais no território árabe, criado por volta do século XII. A música, a dança e os espetáculos naquela época eram utilizados como recursos para a intervenção na assistência e na cura, promovendo verdadeiros rituais culturais e artísticos (FOUCAULT, 2007; PROVIDELLO, YASUI, 2013).

No Brasil, os estudos sobre a relação entre arte e loucura avançaram ao final do século XIX, período de criação das primeiras instituições asilares no país, ressalta-se que, nessa época, a arte não era compreendida e utilizada como instrumento terapêutico. A psiquiatria, inicialmente, utilizou-se das criações expressivas por meio de desenhos e pinturas produzidas pelos indivíduos acometidos por sofrimentos mentais com intuito de estudar as obras focando na descoberta e aprimoramento dos diagnósticos estabelecidos na época (PROVIDELLO, YASUI, 2013).

Pretendia-se, portanto, enquadrar cientificamente essas produções, usando-as como elementos para os diagnósticos, por serem reconhecidas como um meio figurativo de revelar

as condições patológicas dos indivíduos. Esta visão formalista e reducionista da arte como meio de expressão contribuía para uma concepção que levava em conta apenas o sintoma vivenciado pela pessoa, não considerando os demais significados atribuídos e os sentimentos que se faziam presentes no ato da criação (ARAUJO, CAMARA, XIMENES, 2012).

Em 1920, os estudos dos psiquiatras Carl Jung e Hans Prinzhorn estabeleceram novas concepções e preceitos epistemológicos sobre a produção artística, articulando as produções expressivas por meio da arte com a relação entre e os processos inconscientes desvelados nas criações, conferindo, assim, o valor terapêutico da arte como recurso na clínica. Esses estudos influenciaram o pensamento de psiquiatras no Brasil (LIMA, PELBART, 2007).

No Brasil, a relação entre arte e terapia foi ressaltada na década de 1940. Em São Paulo, o precursor foi o psiquiatra Osório Cesar sob influência da Psicanálise. Já no Rio de Janeiro, foi Nise da Silveira sob influência da Psicologia Junguiana, apesar de bases distintas, ambos enfatizaram o discurso simbólico da arte no cuidado terapêutico (DE CARVALHO, REILY, 2010).

Osório Cesar realizou uma análise sistemática dos trabalhos artísticos realizados por indivíduos internados no Hospital de Juquery, escreveu publicações a respeito do recurso da arte como uma forma de terapia, divulgando o trabalho realizado pelos pacientes em “A expressão artística dos alienados” em 1929 e “A arte nos loucos e vanguardistas” de 1934, além disso criou a “Escola Livre de Artes Plásticas” do Juquery, cujo principal objetivo era o aprendizado da técnica e a formação em artes para os internos. No período de 1930 a 1960, Osório César, junto de outros profissionais, investiu no ateliê de pintura com atividades orientadas por profissionais da área de artes plásticas (DE CARVALHO, REILY, 2011).

Promoveu, também, a “Semana dos Loucos e das Crianças”, em que expôs os desenhos e as pinturas de crianças das escolas particulares e públicas de São Paulo e dos internos do Hospital Central do Juquery. Tal evento teve como um de seus propósitos inserir esses artistas no meio artístico e apresentar aos espectadores o aspecto social e cultural dos “alienados” (DE CARVALHO, REILY, 2011).

O psiquiatra compreendia que a necessidade do indivíduo de se manifestar pela arte não era uma consequência do estado doentio, como defendia alguns psiquiatras na época, mas procedia da capacidade humana de organizar ideias e sentimentos por meio de imagens (DE CARVALHO, REILY, 2011; MILHOMENS, LIMA, 2014).

Na década de 1940, no Rio de Janeiro, a reabilitação ganhou destaque com o trabalho da médica psiquiátrica Nise da Silveira. Nise atuou na prática do Setor de Terapêutica Ocupacional, no antigo Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro, lugar de origem

do atual “Museu das Imagens do Inconsciente” e posteriormente na Casa de Palmeiras, clínica de reabilitação para portadores de sofrimentos mentais, que funcionava em regime de externato e utilizava as atividades expressivas como um dos principais métodos terapêuticos (SCORSI et al., 2014).

Nise sempre privilegiou recursos terapêuticos que propiciassem a livre expressão. Em seus diversos ateliês e oficinas, eram trabalhados os aspectos afetivos e sentimentais dos indivíduos por um viés oposto ao da abordagem da psiquiatria clássica. A psiquiatra recusou métodos agressivos, como eletrochoques, coma insulínico e a lobotomia e, ao se opor a práticas utilizadas na época, percorreu um novo caminho, criando uma proposta clínica inovadora e acolhedora para o cenário da Saúde Mental (DE CARVALHO, REILY, 2011).

Com intuito de humanizar o modelo biomédico medicalizador da psiquiatria, ela adotou a terapia ocupacional como modalidade de tratamento. Esta prática objetiva trabalhar atividades cotidianas que promovam a autonomia e a reintegração social e, em 1946, Nise fundou a Seção de Terapêutica Ocupacional no antigo Centro Psiquiátrico Nacional, onde se iniciaram as oficinas e os ateliês de artes (MILHOMENS, LIMA, 2014).

A psiquiatra se consagrou historicamente por propor a ruptura de antigos paradigmas das condutas práticas na assistência à saúde mental e pôde ser reconhecida como referência por inserir um novo modelo de atuação no cuidado em saúde mental. O tratamento proposto por Nise tinha como meta a reinserção social do sujeito à sociedade, além das oficinas serem um meio dos indivíduos se expressarem e se libertarem (DE CARVALHO, REILY, 2011).

Nise baseava-se nas concepções do psiquiatra e psicanalista suíço Carl Jung sobre o inconsciente e a forma artística. Jung considerava a atividade artística uma função psíquica natural e estruturante que tinha a capacidade de transformar conteúdos inconscientes em imagens simbólicas. Ele utilizava o desenho livre para facilitar a interação verbal com os portadores de transtornos mentais, pois acreditava na possibilidade do homem organizar seu caos interior utilizando-se da arte, atingindo, assim, o processo de individuação (JUNG, 2002).

O termo individuação proposto por Jung (2002) compreende o processo de tornar-se um ser único por meio do desenvolvimento da personalidade individual, é justamente a correlação entre o consciente e o inconsciente que resulta em tal processo. Os símbolos e os conteúdos internos propiciam o desvelar de sentimentos íntimos e reestruturados na vida do ser (JUNG, 2002; RUEDA, 2016).

Jung sugeriu aos internos que pintassem e desenhassem livremente seus sonhos, sentimentos e conflitos e, posteriormente, analisava as imagens criadas como simbolização do

inconsciente pessoal e coletivo. O inconsciente pessoal é composto de memórias esquecidas, vivências e experiências reprimidas e recalçadas, bem como percepções subliminares. Jung formulou também o conceito de inconsciente coletivo, também conhecido como impessoal ou transpessoal, o qual representa um conjunto de sentimentos, pensamentos e lembranças compartilhadas pela humanidade, é formado por imagens arquetípicas¹ que representam símbolos de vivências e sentimentos relacionados à experiência humana social (DA SILVA, 2017; JUNG, 2002).

De acordo com Jung,

O inconsciente coletivo é uma parte da psique que pode distinguir-se de um inconsciente pessoal pelo fato de que não deve sua existência à experiência pessoal, não sendo, portanto, uma aquisição pessoal. Enquanto o inconsciente pessoal é construído essencialmente de conteúdos que já foram conscientes e, no entanto, desapareceram da consciência por terem sido esquecidos ou reprimidos, os conteúdos do inconsciente coletivo nunca estiveram na consciência e, portanto, não foram adquiridos individualmente, mas deve sua existência apenas à hereditariedade. Enquanto o inconsciente pessoal consiste em sua maior parte de complexos, o conteúdo do inconsciente coletivo é construído essencialmente de arquetípicos (JUNG, 2002, p.53).

Nessa perspectiva, a função da atividade artística é mediar a produção de símbolos do inconsciente, desvelando sentimentos e pensamentos profundos, muitas vezes impalpáveis. Fazendo um elo com os pensamentos de Jung, Nise também entendia que a função terapêutica da arte era permitir a expressão de vivências não verbalizáveis por aqueles que se encontravam imersos no inconsciente, ou seja, em um mundo fora do alcance da elaboração racional e concreta (JUNG, 2002; SCORSI et al., 2014).

As atividades artísticas na saúde mental podem ser compreendidas como práticas de promoção da subjetividade e da criatividade, sendo um dispositivo propício à livre imaginação e contribuindo para a promoção de cuidados e qualidade de vida (TAVARES, 2003).

As atividades lúdicas, em suas diferentes linguagens, quando experimentadas por esses indivíduos, buscam desvelar os sentidos dos sentimentos, significando o que não é visível, falado e discutido, o que nos faz compreender que a “loucura” não é um simples conjunto de sintomatologias, mas sim um processo complexo e dinâmico da vida que ultrapassa a esfera do real e concreto, que permite a liberdade de experimentações e pensamentos, sem que a normalização social os limite (EYGO, TEIXEIRAS, FERNANDES, 2016).

¹ As imagens arquetípicas, são imagens simbólicas primitivas inseridas no inconsciente coletivo desde os primórdios do ser humano, pautadas nos conhecimentos e nas experiências do ser, cujos significados se apresentam em uma dinâmica ampla de sentidos (JUNG, 2016).

A arte também oferece meios para se resgatar o processo de identificação singular, aumentando a autoestima e a valorização pessoal, deslocando a doença mental para um segundo plano, além de propiciar um meio de vivência com a comunidade (COQUEIRO, VIEIRA, FREITAS, 2010).

Alguns exemplos de artistas que possuíam transtornos mentais e tiveram seus trabalhos reconhecidos mundialmente foram os artistas plásticos Vicent Van Gogh e Francisco de Goya e o filósofo e poeta Friedrich Nietzsche. No Brasil, destacam-se o escritor Lima Barreto, os artistas plásticos Fernando Diniz, que expôs suas obras no Museu Nacional de Belas Artes no Rio de Janeiro em dezembro de 1998, e Arthur Bispo do Rosário, reconhecido internacionalmente por representar o Brasil na Bienal de Artes em Veneza em 1995 (BORGES, 2007; SCORSI et al., 2014).

As atividades artísticas, a produção do trabalho e o seu reconhecimento em exposições e galerias, publicações e apresentações promovem a valorização pessoal e aumentam a capacidade dos indivíduos de reestabelecerem o contato e a proximidade com a sociedade. Mostrar o que é produzido faz com que as pessoas se aproximem e conheçam mais a respeito desses artistas, não dando ênfase apenas ao sofrimento mental que aquela pessoa possui e sim ao trabalho desempenhado.

As apresentações externas cumprem um papel importante no ato terapêutico e são fundamentais como fator de superação pessoal, além de propiciarem vivência com a comunidade e combate ao preconceito, vislumbrando a ressocialização dos usuários. Nesse sentido, a arte pode ser vista como uma ferramenta potencializadora no tratamento e na reabilitação social dos portadores de doenças mentais (LIMA, OLIVEIRA, WILRICH 2013).

Compreende-se reabilitação psicossocial, na perspectiva de Saraceno (2001), como um processo de reestruturação do exercício da cidadania por meio de três principais eixos, a saber, habitat, rede social e trabalho com valor social e de acordo com Kinoshita (2001, p.56): “reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário com vistas a ampliar sua autonomia”.

A reabilitação psicossocial se define enquanto um conjunto de estratégias destinadas a aumentar o poder contratual e as oportunidades de reinserção do indivíduo na sociedade, seu conceito pode ser ampliado como um processo que permite e estimula a inserção social e o desenvolvimento de potencialidades que, ao longo do convívio com o sofrimento psíquico, ficaram ocultadas (GRUSKA, DIMENSTEIN, 2015; SARACENO, 2001).

Sendo assim, é importante usar medidas reabilitativas que se integrem ao contexto social, bem como promover ações que permitam essas integrações (RIBEIRO, BEZERRA, 2015).

A comunicação caracteriza-se como a principal ferramenta do campo artístico, além de ser um fator essencialmente social. Em articulação com a arte e a saúde mental, pode contribuir para que pessoas com sofrimento psíquico atuem e sejam reconhecidas por suas produções, linguagens e papéis exercidos na sociedade. O valor da arte encontra-se justamente na possibilidade do portador de transtorno mental ser visto como cidadão e reconquistar espaços sociais por meio de interações comunicativas (MILHOMENS, LIMA, 2014).

A arte apresenta-se também como uma das ferramentas fundamentais que vêm colaborando para diminuição dos efeitos negativos do sofrimento mental. É central a promoção do bem-estar da pessoa com sofrimento psíquico, uma vez que a arte proporciona mudanças nos campos físicos e afetivos, melhorando o equilíbrio emocional. Assim, ela se configura como um meio eficaz para conduzir de maneira positiva as variáveis do sofrimento em si, assim como os conflitos internos (COQUEIRO, VIEIRA, FREITAS, 2010).

Estudos produzidos nos Estados Unidos, Itália e Argentina relacionam as atividades de arte terapia a melhoras no estado cognitivo de pessoas portadoras de sofrimentos mentais, principalmente no que diz respeito aos portadores de esquizofrenia. Além disso, mostram que o desenvolvimento da criatividade e a expressão de ideias através dos diferentes meios artísticos oferecem a essas pessoas a sensação de bem-estar físico e psíquico (GALVIS, 2013; SAIZAR, SARUDIANSKY, KORMAN, 2013; DE VECCHI, KENNY, KIDD, 2015).

O estudo de Bitonte e De Santo (2014) relata que um senhor de 83 anos portador de esquizofrenia não respondia adequadamente ao tratamento medicamentoso, tinha dificuldades para se comunicar e interagir. No entanto, ao se inserir na prática da arte terapia, houve uma melhora significativa no seu comportamento e na interação relacional. Nos desenhos, ele retratava passagens e partes importantes de sua vida, tal fato ajudava-o a desenvolver a comunicação verbal, já que relatava suas histórias posteriormente.

Portanto, é possível perceber que há uma integração entre arte e saúde, a promoção da saúde implica na criação de espaços de cidadania, na participação do sujeito e na construção de seu próprio processo de saúde. Nesse sentido, a criação artística promove a saúde do sujeito, haja vista que o retira de práticas automatizadas, revalorizando as vivências do cotidiano por meio de práticas criativas que proporcionam a promoção e a manutenção da saúde física e mental (ARAÚJO, CÂMERA, XIMENES, 2012).

Assim, torna-se importante ressaltar que a utilização da arte como terapia não se assemelha a atividades recreativas. Diferenciando-se das atividades recreativas ou de recreação, a arte como terapia não deve ser vista apenas como uma ferramenta de entretenimento ou uma mera ocupação, com atividades já induzidas por algum tema ou temas propostos apenas pela equipe que desenvolve os trabalhos junto aos usuários (GALVANESE, NASCIMENTO, DOLIVEIRA, 2013; LIBERATO, DIMENSTEIN, 2013).

As oficinas artísticas podem ser consideradas como terapêuticas quando visam à potencialização e à valorização de formas singulares do processo de livre criação dos usuários, bem como a elevação da autoestima e a melhora do equilíbrio emocional, propiciando mudanças nos campos afetivos, interpessoal e relacional. Segundo Lappan-Botti e Labate (2004, p. 521), “as oficinas são encaradas como espaços terapêuticos a partir do momento em que possibilitem aos sujeitos que nelas participam um lugar de fala, expressão e acolhimento”.

Vale ressaltar que, ao utilizar a arte em um serviço substitutivo, deve-se ter o cuidado de não levar aos usuários uma arte engessada, pré-moldada, para não empobrecê-la a homogeneizando. Pelo contrário, ela deve ser utilizada como instrumento para contribuir com o tratamento, fazendo com que as atividades coletivas sejam realizadas sem técnicas prontas e formatadas, priorizando a livre expressão e a imaginação (LIMA, GUIMARÃES, 2014).

A não compreensão dessas diferenças pode gerar uma utilização inadequada dos recursos, bem como o direcionamento incorreto de sua aplicabilidade como recurso terapêutico efetivo. Os usuários que participam dessas oficinas de arte, normalmente, buscam a satisfação de suas necessidades emocionais, afetivas e sociais, sem a devida compreensão de que se trata de atividades terapêuticas.

No tocante à equipe multiprofissional que atua nessas oficinas, é muito importante que essa reconheça e compreenda a real dimensão do vivido dos usuários em relação às atividades artísticas, o que facilitaria não só a sua operacionalização propriamente dita, como também a sistematização, planejamento, organização, coordenação e adequação às necessidades psicossociais e afetivas dos usuários.

Promover meios que desenvolvam a autonomia e o potencial dos usuários nos incita a repensar o modelo assistencial com base na Clínica Ampliada e Compartilhada do Sujeito, desconstruindo conceitos e práticas que se alicerçam em modelos opressivos, por meio de técnicas que anulam a participação social desses indivíduos fomentadas por ideais da ética compassiva.

Com o nascimento da medicina ocidental positivista, no XVIII como consequência da forma de organização do conhecimento científico determinada pelo racionalismo cartesiano, ocorreu a substituição do modelo de saúde, antes centrado em práticas empiristas e religiosas, para a estrutura da medicina científica epistemologicamente baseada nas funções anátomo-clínicas corporais. Por intermédio desse modelo, a representação da doença centraliza-se como único objeto da atenção médica, a clínica então constitui-se com base na doença que “habita” o indivíduo. A medicina passa a rotular e a enquadrar esses corpos em um modelo pré-moldado, a ciência médica se apropria do modelo classificatório da biologia e passa a nomear as doenças de acordo com uma lógica padronizada em sinais e sintomas (FOUCAULT, 1979).

O modelo biomédico auxiliou no construto paradigmático dos objetivos e metas da clínica, que se baseiam na cura, no controle e na vigilância da doença, desconsiderando seus determinantes e o modelo transversal voltado ao cuidado. A presença do dualismo constituído pela fragmentação corpo-alma se torna o alicerce da prática (FOUCAULT, 1979; MERHY, FEUERWERKER, 2009).

De acordo com Merhy e Feuerwerker (2009, p.29), “o corpo biológico tornou-se o campo no qual é possível explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer circunstância, sendo o núcleo centralizador da prática assistencial”. O modelo que advém da objetivação da ação sobre o corpo biológico deixa de lado os elementos subjetivos que são constitutivos do ser e sua vivência, molda o ser como um corpo maleável, docilizado e submisso ao aceite das ações e procedimentos profissionais, desprovidos de críticas. A passividade imposta no decorrer do tratamento e das intervenções faz com que a doença e a sua sintomatologia ocupem como um todo o corpo do ser, assim, o modelo biomédico também reforça a descaracterização do sujeito político (FERNANDES, 2014).

O sofrimento como categoria advinda das densidades humanas passa a ser diminuído e negligenciado ao status de “sinais e sintomas”, o sofrimento então está sempre relacionado a uma doença que atinge o corpo. O adoecimento é obrigatoriamente enquadrado no processo científico, que prevê um diagnóstico no modelo restritivo “saúde como ausência de doença” (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

A Clínica Ampliada e Compartilhada do Sujeito propõe, então, a descentralização do foco apenas na doença, propondo a integralização do sujeito. Não há um caráter substitutivo da doença pelo indivíduo, mas sim a ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica, incluindo também o sujeito, suas demandas e vivências. Assim, tem-se como intuito consolidar a participação desse corpo que adocece em seu processo de saúde e doença,

fortalecendo sua autonomia e seu protagonismo diante do processo terapêutico (BRITO et al., 2015; CAMPOS, 2011).

Para a realização de uma prática guiada pelos saberes da Clínica Ampliada do Sujeito, faz-se necessário a construção de vínculos sólidos entre profissional e usuário. Nesse sentido, todos os dispositivos que facilitem essa interação devem ser adotados e o lúdico é uma ferramenta potencializadora desse encontro humanizado.

A arte como recurso terapêutico abre caminhos para se consolidar uma prática que fortaleça a visão ampliada do ser. O lúdico oferece meios para se trabalhar e estimular a comunicação interpessoal e as interações sociais, por meio do cuidado compreensivo, acolhedor e dinâmico. Com o advento desses fatos, podemos perceber que o fracionamento corpo e mente se desintegra. As práticas assistenciais, quando estruturadas por um viés mais humanizado, buscam assistir o indivíduo em sua totalidade (FERNANDES, 2014).

A ciência, juntamente às ferramentas lúdicas e artísticas, oferecem melhorias no acolhimento e no tratamento dos indivíduos. Por isso, reforça-se a importância de compreender como a relação com as atividades artísticas interferem no tratamento, no acompanhamento e na evolução do parecer clínico e psíquico emocional desses indivíduos.

As tecnologias em cuidado na saúde são configuradas em três tipos, quais sejam, tecnologias leves, leve-duras e duras. As primeiras enquadram-se na promoção de relações interpessoais, com foco na produção de vínculo, por meio do acolhimento e da comunicação aberta e compreensiva; nas segundas, incluem-se as reflexões epistemológicas estruturadas, como estudos centrados na clínica e nos saberes da epidemiologia; já as terceiras são compostas pelos equipamentos tecnológicos, pelas normas e pelas estruturas organizacionais (DE OLIVEIRA, SUTO, DA SILVA, 2016, MERHY, 2002).

É indispensável a confluência de ambos os modelos de tecnologias na prestação de cuidados, ambos têm sua relevância diante do tratamento, da prevenção e da promoção de saúde e se determinam por meio das necessidades e das demandas advindas do indivíduo em diferentes situações.

Na assistência à saúde mental, podemos inferir que a arte pode ser incluída como uma das formas de se efetivar o cuidado com base nas tecnologias leves, visto que o fazer artístico tem a premissa de produzir relações afetivas de reciprocidade, corroborando com os pressupostos produzidos pela Reforma Psiquiátrica e a vigente política de atenção psicossocial, objetivando-se, assim, a oferta da prática compreensiva e acolhedora.

2.5 A SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI

O presente trabalho fundamentou-se na Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, o sociólogo francês Maffesoli, nasceu no dia 14 de novembro de 1944, em Graissessac. É considerado um dos maiores especialistas da pós-modernidade, no Brasil, já lançou mais de vinte livros, sendo um dos principais autores da Sociologia Compreensiva. Atualmente, é professor da Universidade de Sorbonne – Paris V, onde é diretor do Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano, *Centre d'Études sur l'Actuel et le Quotidien* (CEAQ), o qual fundou em 1982. Ocupa também a função de vice-presidente do Instituto Internacional de Sociologia (I.I.S.), fundado pelo sociólogo francês René Worms, no ano de 1893 (CENTRE D'ÉTUDES SUR L'ACTUEL ET QUOTIDIEN, 2016).

O sociólogo já publicou várias obras sobre o cotidiano e o viver entre as relações humanas, possibilitando aos leitores enxergar e compreender o mundo através de uma lente compreensiva e sensível, com sua base na antropologia e na sociologia, Maffesoli foi elaborando, ao longo de suas obras, noções, bem como elementos teóricos e metodológicos que aprofundam o entendimento sobre a sociedade em sua transição para a era pós-moderna.

O autor segue a linha da fenomenologia, em que o objeto de estudo é o próprio fenômeno, isto é, o acontecimento em si. Os fenômenos são estudados tal como sensivelmente se apresentam pelos sujeitos, objetivando buscar a essência do que é sentido para se obter, assim, a compreensão. Encontra-se na fenomenologia uma nova forma de percepção e entendimento dos dados mundanos por meio da substituição do “por que” moderno ao “como” pós-moderno, promovendo considerações que vão além do sentido nexo causal (MAFFESOLI, 1998).

O conhecimento é construído por meio da compreensão dos sentidos que significam a vida, a busca por essa compreensão tem como base as vivências cotidianas. O método proposto pelo autor busca manter a captação dos fenômenos em sua essência. De acordo com Maffesoli, “trata-se de buscar a significação de um fenômeno em vez de estar focalizado sobre a descoberta das explicações causais” (MAFFESOLI, 1998, p. 178).

Maffesoli disserta seus estudos com base na dualidade de transformações e mudanças apreoadas pelo período de transição da modernidade para a pós-modernidade, embora tal passagem não esteja totalmente consolidada, como corrobora Silva, com base nos pressupostos de Maffesoli, “para o autor [Maffesoli], ao invés de estarmos entrando no período da pós-modernidade e o início da ordem pós-moderna, vivemos num período de alta modernidade e identificamos o contorno de uma ordem pós-moderna” (SILVA, 2011, p.374).

Isso significa que há um novo contorno para a modernidade, uma nova forma de se compreender os fatos por meio de ideias advindas da pós-modernidade.

Para melhor compreensão, é válido fazermos uma breve distinção epistemológica sobre ambos os períodos e suas ideações. Na modernidade, prevalece a ideia de uma sociedade mecânica, homogênea e restrita, tendo a razão e a ciência como seus pilares em um discurso de formação e afirmação de verdades unívocas e puramente racionais. Oposto a essas ideias, desconstruindo o fatalismo da razão como única maneira de entender os fatos, a pós-modernidade assoma-se à abertura do pluralismo de ideias, ocorrendo à substituição da representação pela apresentação da essência, em busca da compreensão das coisas como são sentidas e vividas no cotidiano, cujo foco é o “estar-junto” nas relações sociais e a experimentação das banalidades e das frivolidades, as quais deixam de ser detalhes ilusórios para ganharem sentido e atenção (MAFFESOLI, 1996; SILVA, 2011).

De acordo com o autor:

[...] a pós-modernidade inaugura uma forma de solidariedade social que não é mais racionalmente definida em uma palavra “contratual”, mas que, ao contrário, se elabora a partir de um processo complexo feito de atrações, de repulsões, de emoções e de paixões (MAFFESOLI, 1996, p. 14).

Assim, a pós modernidade seria um conjunto de elementos que interagem entre si, permitindo a busca por uma compreensão sensível sobre as experiências e o vivido nas relações. Esse entendimento estruturado na pós-modernidade refere-se ao fato de que interpretar se tornou mais importante do que explicar os fatos meramente (DA NÓBREGA et al., 2012; MAFFESOLI, 1998).

Nesse sentido, a Sociologia Compreensiva de Maffesoli busca a compreensão dos sentidos que significam as vivências cotidianas, o método proposto pelo autor objetiva captar esses fenômenos em sua essência, baseado na razão sensível. A noção de “cotidiano” na perspectiva da Sociologia Compreensiva compreende as apresentações do sujeito em sua casualidade e ações subjetivas vividas em seu ambiente de relação. Trata-se de uma área da microsociologia que se preocupa com o “sensível”, com o imaginário e com os fenômenos não causais, mas transversais às relações e às interações humanas, unidades estas que são melhor apreendidas por um método acariciante e flexível (MAFFESOLI, 1998; PEREIRA, 2005).

É importante notar que é a este cotidiano e às suas banalidades que Maffesoli se refere e contempla com o termo “lúdico” em sua obra. Segundo o autor, a vida pode ser reconhecida como uma obra de arte pelas suas relações e maneiras de se mostrar (MAFFESOLI, 1998).

Para a apreensão de todos as minúcias diárias vividas e relativizadas pela sensibilidade advinda do olhar de quem contempla tais acontecimentos, é preciso esvair-se de conceitos e explicações fundamentadas única e exclusivamente no racionalismo estreito e estático, ou seja, que atribui sentido à realidade em uma só dimensão da existência humana, sendo esta embasada pela razão (MAFFESOLI, 1998; ROCHA, 2010).

O racionalismo estático posto na modernidade passa a ser substituído, então, por uma racionalidade aberta, o raciovitalismo, termo usado pelo autor para configurar uma sinergia entre a razão e o “sensível”, ou seja, nesse modo, o afeto e a emoção se confluem nesta reflexão de se compreender as coisas pelo que são e não em função daquilo que deveriam ser, sem o julgamento das relações humanas, mas sim pela compreensão esvaída de pressupostos, aberta à dinamicidade da vida. Assim, o autor propõe, por meio de tal diferenciação, a tentativa de romper com uma razão impositiva (MAFFESOLI, 1998).

Esta racionalidade permeada pelo vitalismo é que propicia o entendimento dos fenômenos em sua essência. Segundo o autor, “esta vida que está aí”, que convida a ser vivida, é que constitui o vitalismo. O raciovitalismo na pós-modernidade intui-se em superar a racionalidade funcional, focada na técnica, promovendo a inter-relação entre as atividades racionais e os fatos emotivos da vida. Por meio da empatia implícita nas vivências e nas integrações, a razão interna se propõe a compreender tais fatos, nesse sentido, a razão interna, compreende e reflete sobre a essência, nas palavras de Maffesoli (1998, p.84), “portanto, pôr em ação uma análise a partir da razão interna dos fenômenos sociais é perceber a destinação fundamental da vida”.

Para melhor compreensão da Sociologia Compreensiva e seus desdobramentos na pesquisa acadêmica, Maffesoli preceitua cinco pressupostos, sendo eles: “crítica ao dualismo esquemático”; “a forma”; “uma sensibilidade relativista”; “uma pesquisa estilista”; “um pensamento libertário” (MAFFESOLI, 1985).

No primeiro deles, o autor ressalta que deve haver um equilíbrio entre “crítica e razão” e “sentimento e imaginação”, preconizando justamente a substituição do racionalismo estático para o raciovitalismo. Segundo o Maffesoli (1985, p. 23), “é preciso uma dosagem sutil entre as duas atitudes descritas, para que se possa ter uma visão das mais bem construídas, seja de um período, seja de um fenômeno particular”. Uma análise respaldada por esse viés permeia um campo aberto à compreensão e à visão dos fenômenos em suas multiplicidades de

significados, sendo ambos os aspectos importantes em uma pesquisa. Tais dicotomias moldam a metáfora, uma construção que se estrutura na conjunção de ambas noções, conforme o autor:

Em resumo, pode aí haver um movimento pendular entre o farejador social atento ao instituinte, ao subterrâneo - e o “taxinômico”, que classifica as formas ou as situações instituídas e oficias. De maneira sucinta, digamos que há diversos “tipos” de conhecimento - o que corresponde ao imenso espectro social e às suas múltiplas variações (MAFFESOLI, 1985, p. 23).

No segundo pressuposto, “a forma”, o autor aborda a noção de “formismo” e a sua diferenciação da “forma” que limita e categoriza os resultados. O “formismo”, por um viés mais libertador, permite realizar a descrição do interior, a revelação do ser e do oculto que se encontra nas entrelinhas do que se mantém vedado, desvendando como visível o que se mostrava invisível. Nesse sentido, o autor nos elucida:

A noção de formismo não mais permite os contrassensos habitualmente induzidos pela ideia de “forma” e está me parece bem adequada para descrever, de dentro, os contornos, os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana (MAFFESOLI, 1985, p. 27).

Logo, o “formismo” nos imerge em uma abordagem social despretensiosa, no sentido de não atribuir juízo de valor aos sentidos advindos da pesquisa, focando na plena revelação do ser, ou seja, repousa sobre o interno, levando em conta as efemeridades e as minúcias sensíveis do vivido.

No terceiro pressuposto, o autor propõe que o pesquisador entenda as diversas apresentações advindas das teatralidades cotidianas e das relações e interações, sabendo que tudo gira em torno de um ciclo de novas nuances, a realidade não se molda apenas de uma maneira unívoca. Segundo Maffesoli (1985, p.31), “não há uma realidade única, mas maneiras diferentes de concebê-la”. Desse modo, entende-se que o cotidiano é plural, exigindo do pesquisador uma visão ampliada, compreensiva e afetiva, focalizada também nos detalhes, naquilo que se mostra nas entrelinhas, assim propõe Maffesoli (1985, p. 35), “é preciso saber ouvir o mato crescer”, isto é, está atento as coisas simples e pequenas de maneira minuciosa.

A sensibilidade relativista afigura a verdade como momentânea e *factual*, dessa forma, não deve haver julgamentos pré-concebidos e afirmativos advindos do pesquisador, seu olhar flexível deve estar apto a apreciar as coisas em seu tempo, de acordo com suas significações em determinado momento. Nessa perspectiva, Maffesoli (1985, p. 33) discorre, “parece fora de dúvida que o sistema está incompleto e inconcluso, e fica a exigir uma sociologia aberta,

apta a interagir saberes *especializados* num *conhecimento* plural sempre em vias de se constituir e de se desfazer”.

O quarto pressuposto, “uma pesquisa estilista”, tem como propósito anteceder a reflexão à explicação causal, substituir o “por que” pelo “como” na busca pela compreensão, conforme Maffesoli:

Há um estilo do cotidiano feito de gestos, de palavras, e teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual é preciso que se dê conta – ainda que, para tanto, seja necessário contentar-se em tocar de leve, em afagar contornos, em adotar um procedimento estocástico e desvolto (MAFFESOLI, 1985, p. 36).

Maffesoli sugere também que as dissertações acerca das diversas temáticas sociais sejam mais amplas, estejam abertas a discorrer sobre os sentidos em sua essência, sem, por isso, perder o valor científico atribuído.

No último pressuposto sugerido, “um pensamento libertário”, o autor defende que o pesquisador deve protagonizar um papel ativo na pesquisa e não apenas atuar como simples coletor de informações, sem o real envolvimento. Segundo o autor:

Em poucas palavras, digamos que, sem ser forçosamente participante ou ator – tal como o exigem certas metodologias – há uma certa interação, que se estabelece entre o observador e seu objeto de estudo. Há convivência: às vezes, cumplicidade, diríamos mesmo que se trata de empatia (*al Einfühlung*). É isto mesmo que talvez constitua a especificidade da nossa disciplina. A compreensão evolva a generosidade de espírito, a proximidade, a correspondência (MAFFESOLI, 1985, p. 43).

Logo, deve haver um envolvimento entre o pesquisador e o fenômeno a ser compreendido por meio de uma relação empática. O pesquisador estabelece a ação de se colocar no lugar do outro, levando em conta as subjetividades do ser no processo de análise. Outro ponto também abordado é a importância de se trabalhar a liberdade do olhar que permite trocas significativas entre ambos os atores envolvidos na pesquisa.

Assim, o autor nos oportuniza, por meio da Sociologia Compreensiva, conduzir a pesquisa *stricto sensu* de maneira mais ampla e aberta a novas racionalidades, nas quais o pesquisador é integrante do estudo e mantém uma visão flexível frente aos achados do fenômeno a ser estudado.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, apresentaremos quais foram nossas escolhas metodológicas e suas implicações a este trabalho, bem como o cenário de pesquisa.

3.1 DELINEAMENTO

Esta pesquisa segue a abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2014), a abordagem qualitativa trabalha com o universo das significações plurais, buscando compreender o sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem a suas ações, representações e sentimentos, assim, entende-se que a abordagem qualitativa enfoca pesquisar fenômenos por um viés compreensivo das relações humanas. Adotamos o uso desta abordagem, considerando que o objetivo da pesquisa é compreender a visão e os sentidos atribuídos pelos usuários sobre o tema e as suas experiências vividas nas oficinas de artes

Este trabalho dissertativo trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, pois tem como finalidade aprofundar o conhecimento sobre a temática estudada, visando clarificar e desenvolver ideias advindas do tema a ser compreendido. Nesse tipo de pesquisa, como método para coleta de informações, utiliza-se o levantamento bibliográfico prévio, entrevistas e observações no campo de pesquisa (LAKATOS, MARCONI, 2010).

Sustentando a metodologia pelo uso da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, têm-se três momentos estruturados metodologicamente, a saber, a descrição, a intuição e a metáfora. Ressalta-se que o autor não sistematiza esses momentos em uma técnica objetivista, criando-se, assim, uma ruptura paradigmática no campo das pesquisas científicas, valorizando não apenas os aspectos da razão, que se fazem essenciais e necessários, mas também os aspectos impalpáveis como os sentimentos e o imaginário (MAFFESOLI, 1998).

O método proposto por Maffesoli pode ser percebido nos detalhes de seus escritos, uma vez que ele busca descrever a experiência tal como ela é. Trata-se de uma metodologia mais propositiva, abrindo portas para a reflexão dotada de uma razão sensível (MAFFESOLI, 1998).

O presente trabalho objetiva-se à compreensão das vivências cotidianas dos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas. Assim, para captar a essência do que é vivido por meio da ludicidade e de suas amplas formas de se mostrar e expressar, optamos por utilizar a Sociologia Compreensiva, que “descreve o vivido naquilo que é” (MAFFESOLI,

1985, p. 25), justamente por esta centrar seu olhar sobre o “sensível”, sobre o cotidiano e sobre as vivências, sem pretensão de explicar os fatos desvelados, e sim de compreendê-los na visão dos usuários entrevistados. O referencial oferece a oportunidade de aproximação com o objeto de pesquisa e seus atores, confluindo-se, assim, em uma relação harmônica que auxilia esse processo e considera todos os detalhes contidos nessa experiência.

Um meio acariciante, que considera as relações na microsociologia, oferece um maior aporte para se alcançar o presente objetivo, visto que essa linha de pensamento considera primordialmente a compreensão do ser em seu contexto de vida.

Apresentada a escolha desta abordagem fenomenológica como método para tal pesquisa faz-se necessário abordar os fundamentos metodológicos nas três fases que os precede, quais sejam, intuição, descrição e metáfora.

No estágio da descrição, entra-se em contato com as informações a serem pesquisadas, ou seja, o objeto de pesquisa a ser compreendido. Neste momento, faz-se a apreciação do cenário e das relações entre os diversos elementos ali contidos. De acordo com Maffesoli (1998), na descrição, deve-se colocar em ação um “espírito contemplativo”, com um olhar cuidadoso e reflexivo sobre o todo, obtendo-se, assim, uma ampla visão.

Nesse ponto, o “estar com o outro”, vivendo a existência do cotidiano, oferece a aproximação com o fenômeno de uma maneira horizontal. Não há sobreposição de papéis, esse convívio se faz entre um elo de posições iguais entre participantes e pesquisador. Assim, lança-se um olhar perceptivo, longe de críticas e de pré-julgamentos. Dessa maneira, Maffesoli ressalta: “talvez seja preciso deixar que o eu e, naturalmente, o eu crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob nossos olhos” (MAFFESOLI, 1998, p.166).

Ainda conforme o autor, “o próprio da descrição é, justamente, o respeito ao dado mundano. Ela se contenta em ser acariciante, em mais acompanhar do que subjugar uma realidade complexa e aberta” (MAFFESOLI, 1998, p. 172). Na descrição, volta-se a atenção para aquilo que convida a ser vivido, tem-se um estado da arte compreensivo, buscando apreender sobre as coisas que têm seu próprio sentido.

A palavra intuição, vem do latim *intueri*, significa em seu sentido literal considerar, ver interiormente ou contemplar, é o ato de perceber, discernir ou pressentir coisas. Na fase da intuição, extraem-se os sentidos da descrição realizada, usando a intuição e o saber interno para compreender os fenômenos. Segundo Maffesoli, “com a intuição coloca-se em jogo uma “visão central”, que justamente, não é indireta, mas, antes, enraíza-se profundamente na própria coisa, dela se nutre e, portanto, dela frui” (MAFFESOLI, 1998, p. 199). Tem-se,

assim, uma percepção individual que advém das interações estabelecidas entre os sujeitos no cotidiano (FERREIRA, 2010).

O lado subjetivo do pesquisador conduz a parte da análise, assim, é possível dar conta do pluralismo das relações cotidianas, pois, quando se adentra na busca da compreensão de fenômenos das relações humanas, a abordagem objetiva não consegue trazer à luz determinados aspectos que se figuram na linguagem dos símbolos, das imagens, ou que habitam o inconsciente. Desse modo, Maffesoli (1998) propõe que o elemento subjetivo consegue lançar um novo olhar sobre a investigação, sendo um importante elemento na condução da pesquisa, sem reduzir a cientificidade advinda dos resultados.

O uso da metáfora nos resultados nos oferece um meio mais propositivo, favorecendo um espaço para discussões e reflexões. O pesquisador revela em suas palavras o que ele intuiu e contemplou na descrição, descobrindo os significados ocultos contidos nas falas e nas informações obtidas na coleta de informações. Maffesoli discursa, “as metáforas favorecem uma arte da descrição que permite epifanizar os fenômenos, tais quais são, fazer com que sobressaiam pelo que são, sem remetê-los a um longínquo além que lhes desse sentido” (MAFFESOLI, 1998, p.242).

A metáfora é uma figura de linguagem em que um termo substitui outro em uma relação de semelhança entre os elementos que esses termos designam. Essa semelhança é resultado da imaginação, da subjetividade de quem cria a metáfora, esta se difere dos conceitos explicativos e objetivistas, descrevendo o fenômeno. Conforme o autor, “contentando-se como descrever, ela auxilia a compreensão sem, por isso, pretender a explicação [...] a metáfora não indica, de maneira unívoca, qual é o sentido das coisas, mas pode ajudar a perceber suas significações” (MAFFESOLI, 1998, p.226).

Vale ressaltar que uma compilação de resultados fechados em explicações diretas pode desfavorecer um aprofundamento da compreensão, nesse sentido, o uso da metáfora suaviza a abordagem de fenômenos sociais e ajuda o pesquisador a perceber o sentido dos fenômenos e os seus significados.

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

A presente investigação foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial gerenciado pela Rede de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de um Município da Zona da Mata Mineira. A Rede de Assistência à Saúde Mental no Município estrutura-se com o suporte de leitos hospitalares e demais serviços substitutivos, além de equipes composta por

médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos atuando nos Consultórios de Rua. No âmbito do SUS, o Hospital João Penido da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) reserva doze leitos para a saúde mental entre os leitos gerais para o atendimento de crises e de intercorrências relativas ao uso de álcool e outras drogas, o Hospital Ana Nery dispõe de vinte e quatro leitos de referência e o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) no Hospital Pronto Socorro (HPS), com mais vinte leitos, além de oito leitos de retaguarda no CAPS AD III e doze no CAPS III.

Atualmente, a cidade possui cinco CAPS, sendo eles, CAPS I, CAPS AD III, CAPS Leste II, CAPS III e o CAPS HU II, sendo este vinculado ao Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Dois desses CAPS funcionam vinte e quatro horas. O município conta com vinte e nove Residências Terapêuticas, as quais acolhem em torno de duzentos e noventa moradores e um Centro de Convivência aberto diariamente. O Município tem ampliado a sua rede de assistência, mas ainda enfrenta o desafio de alcançar uma cobertura territorializada que se torne capaz de atender a população em todas as regiões.

A instituição, cenário de pesquisa, enquadra-se em nível de CAPS III, funciona diariamente, sete dias por semana, no período de vinte e quatro horas. Está situado em uma área central do Município. Suas áreas de abrangência são as zonas Sul, Sudeste, Centro Sul da cidade e alguns distritos entorno, atendendo, em média, duzentos usuários.

Este CAPS foi o primeiro serviço substitutivo implementado no Município, sendo inaugurado em 1993 e em 2014 foi regulamentado como CAPS III, neste ano a instituição recebeu uma nova sede para se instalar, sendo o ambiente mais amplo, com dois andares, duas salas para oficinas, um refeitório com cozinha acoplada, uma sala para reunião de miniequipes, quatro consultórios, uma sala da enfermagem, seis quartos para internação, dois postos de enfermagem um próximo aos ambulatórios e outro próximo aos quartos no primeiro andar e ampla área externa. Por ser a instituição de serviço substitutivo mais antiga no Município, está serviu como modelo para a implementação dos outros serviços posteriormente bem como para a estruturação das equipes.

A equipe multiprofissional da instituição é composta por três enfermeiras assistencialistas, uma enfermeira Responsável Técnica (RT) especialista em saúde mental, quatro psiquiatras, cinco assistentes sociais, nove psicólogos, um artista plástico e dez técnicos de enfermagem. A equipe de serviço ainda conta com quatro auxiliares administrativos, duas auxiliares de serviços gerais e quatro porteiros, sendo as duas últimas categorias oferecidas por empresas terceirizadas. No serviço, há a atuação de três Residentes, sendo uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga que cumprem a carga horária

pelo Programa de Residência de Saúde Mental do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

O CAPS é também cenário de atuação de seis estagiários de psicologia selecionados por um programa da Prefeitura do Município e três estagiários de enfermagem, sendo que estes atuam cumprindo a carga horária do estágio final supervisionado, nos dois últimos períodos, requeridos por uma instituição de ensino superior privada localizada no Município.

O CAPS oferece atendimentos ambulatoriais pela equipe multiprofissional, atividades de acolhimento, matriciamento e visitas domiciliares às Residências Terapêuticas que se encontram no território de abrangência do mesmo. A instituição oferece nove oficinas terapêuticas, sendo elas, “passeio cultural”, “artesanato”, “artes”, “música”, “poesia”, “atividade de bingo”, “salão de beleza”, “roda de conversa” e “informática” oferecidas nos turnos da manhã e tarde, de segunda-feira a sexta-feira.

As oficinas acompanhadas durante a pesquisa foram as de “artes”, “música” e “poesia”, as quais ocorrem em duas extensas salas, direcionadas para este fim. O ateliê conta com duas amplas mesas, cadeiras ao redor, quatro armários para armazenamento dos materiais e uma estante para a exposição de alguns trabalhos realizados. Foi possível observar a escassez de materiais, assim como problemas na infraestrutura, como lâmpadas queimadas, infiltrações que desembocam na sala e o ambiente pouco arejado, composto apenas por janelas basculantes, único recurso responsável pela ventilação local.

A sala de música, onde ocorre também a oficina de “poesia”, possui boa ventilação, é um ambiente organizado, com dois armários e uma estante para o armazenamento dos instrumentos. No entanto, a sala não possui revestimento acústico adequado para tal fim, assim, ocorre a propagação do som por todo ambiente do serviço, fato este que demonstra falhas na estrutura e projeção de tal ambiente.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a realização desta pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: participantes maiores de dezoito anos de idade, usuários do CAPS, atuantes no campo das artes e clinicamente estáveis do ponto de vista psíquico, lúcidos, orientados, ativos e aptos a responderem às questões que foram postas pela entrevista. Tais informações puderam ser constatadas mediante observação participante e informações colhidas com profissionais, todos os usuários participantes se encontravam em tratamento no CAPS referente ao cenário de pesquisa, a terapêutica inclui o acompanhamento psicoterapêutico e medicamentoso dos

usuários. Considera-se também que os usuários do CAPS normalmente estão em condições psíquicas estáveis, ou seja, não se encontram em crise e são acompanhados pela equipe multiprofissional.

Outro critério de inclusão consistiu na aceitação dos usuários em participarem das entrevistas como voluntários, demonstrando sua aquiescência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I), havendo a leitura e os esclarecimentos pertinentes, a fim de se cumprirem os requerimentos e as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aqueles que tivessem autorização dos pais ou responsável legal e que aceitassem participar assinando o Termo de Assentimento (ANEXO II), apesar deste item estar presente em tal critério, por uma exigência normativa advinda do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da instituição proponente que analisou o presente trabalho, ressalta-se que não houve a necessidade de se aplicar tal termo, pois todos os participantes eram capazes de gerir seus atos civis. Nesse sentido, ressaltamos o novo Código de Processo Civil, Lei nº13.105 de 2015, que tornou explícita a afirmativa que estabelece aos portadores de doenças mentais a premissa da “capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida”, ressalvo os casos curatelados.

Foram adotados como critérios de exclusão: participantes menores de dezoito anos, que não estivessem clinicamente estáveis e aptos a responderem as questões postas, que não aceitassem participar da pesquisa, recusassem a assinar o TCLE, ou não tivessem autorização dos pais ou responsável legal do Termo de Assentimento, caso este fosse necessário.

O processo de recrutamento fundamentou-se na seleção por amostragem intencional, considerando que esta é uma seleção alicerçada no conhecimento prévio sobre a população e o objetivo do estudo. Na pesquisa qualitativa alguns itens devem ser considerados na escolha dos participantes, deve-se, assim, de acordo com Mynaio (2014, p.197) “privilegiar os sujeitos sociais que detêm atributos que o investigador pretende conhecer, definir claramente o grupo social mais relevante, ou seja, sobre o qual recai a pergunta central da pesquisa, centralizar nele o foco da pesquisa e da observação”.

Mynaio (2014) ressalta ainda que a representatividade dos participantes deve contemplar grupos direcionados ao objeto de estudo, a fim de que os relatos forneçam informações suficientes para se realizar a análise compreensiva e concisa, independente do número de participantes, conforme a autora: “numa busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a

diversidade no processo de compreensão, seu critério portanto não é numérico” (MYNAIO, 2014, p. 197).

O convite aos usuários que participavam das oficinas e se enquadravam nos critérios de inclusão supracitados, foi realizado pessoalmente no CAPS, seguido de agendamento para entrevista individual em dia e horário em comum acordo entre o (a) participante e a pesquisadora. Não houve recusa dos usuários abordados a participar da pesquisa. As entrevistas ocorreram nas dependências da instituição escolhida como cenário da pesquisa, durante as entrevistas estavam presentes apenas o (a) participante e a pesquisadora, as entrevistas foram realizadas na sala de enfermagem que foi disponibilizada para tal fim e nos ambientes das oficinas após o término das atividades, momento em que o ambiente encontrava-se tranquilo, oportunizando, assim, espaços intimistas e propícios para a realização da pesquisa.

Durante a abordagem, foram elucidados aos participantes o objetivo da pesquisa, os benefícios esperados e a importância dos resultados para a prática assistencial. Os participantes foram informados sobre todos os aspectos éticos do estudo e sobre seus direitos. Além disso, houve a disponibilização de uma via do TCLE aos entrevistados, a qual foi datada e assinada por ambos, participante e pesquisadora.

3.4 PROCESSOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

O processo de coleta das informações fundamentou-se na etapa da “descrição” proposta por Maffesoli. Nesse momento, o pesquisador deve centrar-se em contemplar os fenômenos, sem aferir julgamentos ou levantar pressupostos.

Para coleta dos depoimentos, realizamos entrevistas semiestruturadas, direcionadas por um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE I). De acordo com Minayo (2014), a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, nas quais o participante possa discorrer sobre a temática abordada sem se prender à indagação formulada, podendo desvelar outros sentidos. Por meio de tal técnica, busca-se a compreensão daquilo que o participante está narrando em torno de questionamentos norteadores que não limitam as repostas, mas, sim, configuram-se como um guia para a pesquisa.

As questões foram propostas da seguinte forma: “Como você se inseriu no mundo das artes?”, “O que a arte significa para você?”, “Como você se sente quando realiza seus trabalhos?”.

As entrevistas foram realizadas entre quinze de setembro a vinte e oito de dezembro e, mediante a autorização dos participantes, foram gravadas em mídia de áudio para que obtivéssemos total fidedignidade dos relatos. A duração média das entrevistas foi de quarenta e sete minutos, sendo a menor entrevista com duração de trinta minutos e a maior com duração de uma hora e vinte e cinco minutos. As entrevistas apenas se findaram em decorrência da interrupção dos próprios entrevistados, quando estes expressavam que não havia mais nada a depor no momento. Posteriormente, as informações advindas das entrevistas foram tratadas inicialmente pela transcrição na íntegra dos conteúdos discursivos para o programa *Microsoft Word for Windows* ano 2010.

A coleta de informações ocorreu de forma harmoniosa, os participantes demonstraram proatividade em contribuir com a pesquisa e destacaram a relevância do estudo na promoção de possíveis melhorias das atividades cotidianas nas oficinas artísticas. Os entrevistados apresentaram-se confortáveis e confiantes em desvelar-se, explanando sobre conteúdos íntimos, afetividades e sentimentos angustiantes. Alguns dos participantes, durante sua entrega nas falas se emocionaram, o que demonstra o vínculo e a sinergia das interações constituídas com a pesquisadora, que anteriormente havia se inserido no campo de pesquisa através da participação em oficinas terapêuticas e outras atividades, o que proporcionou maior abertura e acolhimento afetivo pelos usuários.

Durante as entrevistas a conversa fluiu de maneira dinâmica, a confiança dos usuários e a maneira como se sentiam tranquilos e acolhidos promoveu falas críticas e sinceras sobre as atividades e serviços que lhes são oferecidos cotidianamente. Assim, o encontro entre participantes e pesquisadora ocorreu de maneira compreensiva, a interação relacional possibilitou a construção do “diálogo vivido”, por meio da relação “eu-tu” firmada e embasada no “estar-junto” valorativo, contribuindo então para o desvelar das informações sensíveis apresentadas nos resultados (PATERSON E ZDRAD, 1988).

Como complemento da coleta de dados, realizamos a observação direta participante durante o período de dez de maio a três de setembro uma vez por semana. A observação participante é uma técnica de levantamento de informações que se dá por meio do convívio, da comunicação e do intercâmbio de experiências entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, é definida por Mynaio (2011) da seguinte maneira:

Definimos *observação participante* como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da

vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa (MYNAIO, 2011, p. 35).

Utilizamos a técnica de observação assistemática, ou seja, esta não foi realizada por meio de um roteiro estruturado ou questões formuladas, direcionando-se, assim, pelo objeto de estudo. Dessa forma, foi nos exigida uma atitude contemplativa e de atenção minuciosa ao fenômeno estudado. Lakatos e Marconi (2010) compreendem tal proposta da seguinte maneira:

A técnica da observação não estruturada ou assistemática, também denominada espontânea, informal, ordinária, simples, livre, ocasional e acidental, consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas (LAKATOS, MARCONI, 2010, p. 192).

A observação tem seu limiar na antropologia e é um elemento básico de investigação científica utilizada na pesquisa de campo. Trata-se de uma técnica que auxilia na obtenção de informações e na captação de elementos e fenômenos que se deseja estudar, utilizando-se dos sentidos para a obtenção de determinados aspectos que se mostram na realidade, além de possibilitar o vínculo do pesquisador com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências cotidianas dos participantes e compreender o significado que estes atribuem às suas ações (LAKATOS, MARCONI, 2010).

Registramos as informações em um diário de campo, instrumento de anotações das observações e impressões da pesquisadora, assim como da comunicação não verbal e para verbal, incluindo-se os gestos e expressões dos usuários entrevistados. Conforme Mynaio (2014, p. 295) “no diário de campo devem ser escritas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos, como as falas e manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e demais aspectos”. Dessa forma, o diário de campo tem sido empregado como um meio de oportunizar o registro completo e consistente das observações e acontecimentos cotidianos no cenário de pesquisa.

3.5 ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

Após a transcrição das entrevistas, a análise das informações iniciou-se com a realização da leitura em primeiro plano dos depoimentos, após esta etapa foi realizada a leitura flutuante do conteúdo discursivo, de acordo com Mynaio (2014, p. 316), “este momento requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo, deixando-o se impregnar pelo seu conteúdo”. Posteriormente executamos a leitura exaustiva e

minuciosa, objetivando identificar as unidades significantes emergentes dos relatos, que foram a base para a categorização dos achados.

As informações foram acopladas em categorias analíticas temáticas e analisadas a partir da análise de conteúdo, segundo Mynaio (2014, p. 304) “a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

A compreensão, por meio do desvelar dos sentidos íntimos advindo das falas, bem como todo o processo de apreensão e significação do fenômeno embasaram-se nas etapas de “intuição” e “metáfora” descritas por Maffesoli.

Aplicamos também o método da triangulação de técnicas para análise das informações, buscando obter uma análise mais ampla, sendo necessárias distintas fontes de dados para a busca de informações que sustentassem uma análise coerente e confiável. Mynaio (2014, p. 378) afirma, “a triangulação consiste na combinação e cruzamento de métodos, de múltiplas técnicas de abordagem, de coleta de dados, de vários pontos de vista de pesquisadores em trabalho conjunto e de várias críticas elaboradas sobre um mesmo resultado de pesquisa”.

Na etapa de triangulação dos dados qualitativos, a pesquisadora precisa buscar acrescentar algo à discussão que já existe sobre o tema estudado, ampliando sua visão crítica, propondo novas explicações e interpretações, o que poderá configurar-se como uma nova perspectiva teórica. O método é utilizado da mesma forma para validar a pesquisa qualitativa por meio da comparação entre várias abordagens sobre a mesma temática, este é um recurso para atribuir maior fidedignidade do conhecimento e reflexões desenvolvidas (BERNARDI, PRADO, KEMPFER, 2015, MYNAIO, 2014).

3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

A respeito dos aspectos éticos da pesquisa, atendemos todos os requisitos legais em investigações envolvendo seres humanos em consonância com as disposições regulamentadoras da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Submetemos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa Humana (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora para análise. A emissão do parecer de aprovação do projeto ocorreu através do protocolo nº 1.459.558 (ANEXO III), no dia 21 de março de 2016, as entrevistas foram realizadas somente após emissão da aprovação (BRASIL, 2012).

Garantimos aos entrevistados o anonimato, a elucidação sobre o objetivo, a justificativa e os procedimentos do estudo, bem como a informação de que não haveria nenhum custo adicional, nem recebimento de qualquer vantagem financeira em sua participação (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa apresentou risco mínimo, visto que não foi empregada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos. As técnicas empregadas durante a pesquisa foram apenas a coleta de informações por meio de entrevistas e observações. O risco presente é o mesmo existente em atividades rotineiras, como, a exemplo, conversar, ler e escrever, ocasiões que podem suscitar diversas emoções.

O estudo oportunizou benefícios, visto que os resultados suscitaram reflexões que respaldam as discussões sobre o modelo de cuidado na assistência psicossocial, além de trazer contribuições para a prática dos enfermeiros e outros profissionais de saúde do CAPS. Garantimos, ainda, o ressarcimento por qualquer dano que, porventura, viesse a suceder em decorrência desta investigação (BRASIL, 2012).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Ressaltamos que a divulgação dos achados será realizada apenas em eventos e/ou periódicos de natureza científica (BRASIL, 2012).

A partir da comunicação à Direção da Faculdade de Enfermagem (ANEXO IV) para a realização da pesquisa, solicitamos as autorizações à Coordenadora do CAPS, escolhido como cenário de pesquisa, sendo essas, declaração de autorização para realizar a pesquisa (ANEXO V) e a declaração de infraestrutura (ANEXO VI). A anuência aos referidos documentos abrangeu a realização do estudo, citação do cenário e divulgação dos resultados exclusivamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a etapa de compreensão e de significação dos sentidos apresentados nas categorias analíticas advindas dos relatos dos participantes da pesquisa. Tais categorias se estruturam por agrupamentos de afinidades dos conteúdos dos discursos, compondo-se, assim, as diferentes unidades temáticas. Após tal separação, por meio da leitura compreensiva dos achados, organizamos as unidades de significados. Esse processo ocorreu de acordo com os recursos metodológicos indicados, com ênfase nos percursos associados da “intuição” e da “metáfora” propostos por Maffesoli.

Agrupamos quatro categorias, intituladas da seguinte maneira: “O lúdico em cena como cuidado e atenção psicossocial: expressividade dos sentimentos e melhorias na qualidade de vida”; “Ludismo, identificação e cidadania: oportunidade de vivenciar a Clínica Ampliada”; “Arte e saúde acolhidas como cuidado nas oficinas terapêuticas: potencialidades em desenvolvimento”; e “Humanidades e tecnologias: transversalidades da arte como cuidado”, as quais intitulam as subseções a seguir.

Por meio da triangulação entre os depoimentos dos participantes, os referenciais teóricos, os registros no diário de campo e nossas impressões, despontou-se a discussão compreensiva de tais conteúdos.

Diante do exposto, participaram da pesquisa sete entrevistados, sendo seis participantes do sexo masculino e uma participante do sexo feminino. Para a manutenção do anonimato foram utilizados codinomes representados por nomes do universo artístico, escolhidos pelos participantes, inspiradores de suas vivências, sendo eles, os cantores e compositores, Bezerra da Silva, Lulu Santos e Roberto Carlos, os pintores, Picasso e Van Gogh e os poetas Mário Quintana e Cecília Meireles. Veremos que as analogias a esses codinomes podem ser estabelecidas por meio das funções artísticas exercidas e inspiradas por essas personalidades.

Para melhor entendimento na compreensão da análise, faz-se necessária uma breve apresentação dos participantes.

Os participantes do sexo masculino, em sua totalidade, possuem o diagnóstico de Esquizofrenia do tipo Paranoide, tal patologia é caracterizada pela distorção do pensamento e do comportamento, assim como da percepção da realidade. Os sintomas são classificados em positivos e negativos, os sintomas positivos referem-se às alucinações e delírios, acarretando, assim, a desorganização do discurso, das ideias e das emoções, e os sintomas negativos, referem-se ao embotamento afetivo, consistem na pobreza no discurso, ausência de motivação

e apatia. Tais sintomas são demonstrados claramente durante os episódios psicóticos, os sintomas negativos tendem a se manifestar na fase crônica do transtorno (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2016).

Já a participante possui como diagnóstico a Perturbação Bipolar do tipo II. Os transtornos bipolares se desenvolvem por meio de perturbações mentais crônicas com episódios cíclicos, os quais se caracterizam pela alternância de períodos depressivos, hipomaniacos ou maníacos. A Perturbação Bipolar do tipo II apresenta, predominantemente, episódios de hipomania e depressão, sendo esta uma patologia mais comum no sexo feminino (SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2016).

Há várias correntes psiquiátricas com diferentes visões e entendimentos sobre os sofrimentos mentais referentes às psicoses e neuroses. Embora as causas ainda não sejam amplamente esclarecidas, há apontamentos que demonstram que, como efeitos causais, há diversos fatores interligados, a saber, fatores genéticos, ligados à hereditariedade, psicológicos, sociais e ao desenvolvimento mental (MALHEIRO, 2016).

Cabe ressaltar que não houve o intuito de se analisar os depoimentos ou as obras produzidas com base nos diagnósticos psiquiátricos. Tal explanação das técnicas nominiais de padronização, por meio de diagnósticos, apenas se faz pertinente para a clareza de alguns detalhes contidos nos relatos, sendo assim, o decorrer da presente análise e discussão se faz de forma independente a tal questão, tendo como foco o “sensível”, presente na microsociologia cotidiana vivida pelo sujeito, descentralizando o olhar para além da doença.

Durante as entrevistas e após realizada a análise, ficou claro que cada participante possui uma relação intimista com os diferentes meios de expressão artística, fato que justifica a individualidade pelos sentimentos pessoais desenvolvidos na produção artística bem como pela sua realização.

Bezerra da Silva, 61 anos, é morador de uma Residência Terapêutica, frequenta o CAPS em regime intensivo há quatro anos, participa das oficinas de “música” e “poesia” desde que se inseriu no CAPS, é um grande amante do samba, seu instrumento preferido é o cavaquinho, além de esboçar inúmeras letras em um pequeno caderno de rascunho que o acompanha diariamente.

Lulu Santos, 44 anos, reside com a irmã. Entre os participantes é um dos frequentadores mais antigos do CAPS, pois iniciou seu tratamento na instituição desde a inserção do serviço na cidade, há vinte e dois anos, em regime semi-intensivo. Participa da oficina de “música” há quinze anos, desde que tal atividade se iniciou no CAPS, além disso compõe a formação oficial da banda “Os Impacientes”, que se originou no CAPS através da

oficina de música e, em 2000, gravou um CD e um DVD patrocinado pela Lei Murilo Mendes de Incentivo à Cultura.

Roberto Carlos, 41 anos, reside com sua família, frequenta o CAPS há dois anos em regime semi-intensivo. Participa das oficinas de “roda de conversa”, “informática” e “música”, sendo esta sua grande inspiração. Roberto Carlos integra a banda “Os impacientes” atuando na percussão há um ano.

Picasso é o mais jovem dos participantes, com 26 anos, reside com os pais, frequenta o CAPS em regime semi-intensivo há um ano e meio. No CAPS frequenta diversas oficinas oferecidas, entre elas as oficinas de “artes”, “peteca”, “poesia”, “roda de conversa” e “passeio cultural”, mas sua grande fascinação é pela pintura e pelos desenhos. Picasso tem dois cadernos de desenhos com todas as páginas preenchidas, possui três quadros, dois deles estão expostos na sala do ateliê a pedido da equipe.

Van Gogh, 54 anos, reside sozinho no Município, frequenta o CAPS em regime intensivo há 18 anos e participa das oficinas de “música”, “artes” e “informática”. Van Gogh é admirado por sua versatilidade no mundo das artes, é integrante da banda “Os impacientes”, faz parte da sua formação original como baterista há 15 anos, demonstra grande facilidade com os instrumentos musicais, transitando da bateria, ao violão, guitarra e flauta. Além disso, ganhou *status* de “pintor” pela equipe, usuários do CAPS, vizinhos e parentes. Já vendeu vários quadros e grande parte de suas obras estão expostas nos corredores e consultórios do CAPS. Van Gogh participou de duas grandes exposições na cidade, uma que ocorreu no Espaço dos Correios e a outra no saguão de exposições da Universidade Federal de Juiz de Fora, além de ganhar um troféu por uma de suas obras em um evento do Departamento de Direitos Humanos da Prefeitura.

Cecília Meireles, 53 anos, mora com o esposo e a filha, frequenta o CAPS há um ano em regime semi-intensivo, inseriu-se nas oficinas de “música” e “poesia” há nove meses. Cecília tem grande afinidade pela escrita, em 2009, ao cursar o Ensino de Jovens e Adultos (EJA) em uma escola pública no Município, participou de um concurso de poesias realizado pelas escolas do Estado. Cecília ficou em segundo lugar na disputa em Minas Gerais (MG) e, posteriormente, teve seu poema chamado “ser poeta” publicado em um livro de poesias pela Lei Murilo Mendes de Incentivo à Cultura vigente no Município. Em sua adolescência, Cecília passou a ser reconhecida entre a população entorno de sua residência por cantar no *Karaokê* disponível em um estabelecimento, a participante relata grande amor e afinidade pela música e pelo canto, sendo uma das integrantes do Coral do CAPS, atividade trabalhada dentro da oficina de “música”.

Mário Quintana, 73 anos, reside sozinho no Município, frequenta o CAPS em regime semi-intensivo há três anos. Em 2014, após o falecimento de sua esposa, rompeu seu contrato no CAPS e mudou-se para o Município onde sua família reside, local em que permaneceu durante um ano. Em 2016 retornou ao CAPS, e, atualmente, participa da oficina de “poesia” e frequenta o Centro de Convivência. Mário Quintana relata ser conhecido como “poeta” nos serviços que frequenta, devido às poesias escritas. Em 2012 publicou um livreto com poesias de sua autoria pela Lei Murilo Mendes de Incentivo à Cultura, os exemplares foram distribuídos em eventos que abordavam a temática de saúde mental no Município. Em dezembro de 2013 uma das poesias contidas no livreto publicado virou enredo de uma peça teatral chamada “boi tam-tam”, que foi encenada no Fórum Mundial de Direitos Humanos em Brasília, um dos exemplares de sua obra foi entregue a então presidenta Dilma Rousseff.

Esses artistas revelam em suas falas as tantas significações da arte em suas vidas e nos convidam a mergulhar no vivido lúdico do cotidiano das oficinas expressivas, transluzindo a sensibilidade relacional entre arte e saúde mental.

4.1 O LÚDICO EM CENA COMO CUIDADO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EXPRESSIVIDADE DOS SENTIMENTOS E MELHORIAS NA QUALIDADE DE VIDA

*“Longe se vai sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir o que me faz sentir
Eu, caçador de mim”.*

(Caçador de mim - Milton Nascimento)

Esta primeira unidade de significados aborda a experimentação do “fazer artístico” pelos entrevistados no que diz respeito à expressividade de sentimentos velados, os quais se apresentam através da ludicidade, trazendo, dessa forma, a essência do vivido e do que é sentido. Aborda-se também a melhoria nas condições de vida dos indivíduos que, pela arte, conseguem desenvolver maior coordenação físico-motora, assim como reforçar suas estruturas psíquicas.

A manifestação dos aspectos simbólicos da vida, por meio do espaço plural e subjetivo das artes, vem sendo estudada desde a década de 20 por Jung, que acreditava no componente reestruturador e terapêutico da arte por meio da simbologia arquetípica, presente nas expressões artísticas, advindas dos sonhos, de imagens do passado e do amplo aspecto do imaginário. Essas imagens exprimem os conteúdos que estão ocultos, o que demonstra aquilo que se mantém inexprimível, revelando a essência dos sentimentos. Jung considerava o

processo criativo como a mais profunda demonstração do íntimo da estrutura da alma humana (ANTONELLI, 2016; JUNG, 2002).

O seguinte relato demonstra tal ideia:

“Eu tenho pinturas abstratas também, quero dizer que são coisas tão, assim, diferentes que chamam atenção. Essas pinturas vêm de dentro de mim, vem de lá distante, mas de dentro.”(Picasso)

No abstracionismo, de acordo com Antonelli (2016, p.70), “os elementos visuais não são cópias fiéis da realidade, mas sim abstrações expressivas e representativas de uma realidade subjetivamente apresentada pelo seu criador”. Nesse tipo de criação, o indivíduo externaliza os seus sentimentos mais profundos, sentimentos estes antes inexplorados, a essência está presente em sua completude de significações intimistas e criativas.

Segundo Jung (2011, p.39), “a arte não-objetiva extrai seus conteúdos essencialmente do íntimo da pessoa”. Nesse sentido, a arte consegue captar a razão interna que se encontra em uma estrutura não palpável, em um raciocínio não lógico e/ou intencional (MAFFESOLI, 1998).

Nesse viés, Maffesoli (1996, p. 339) discorre que “a intenção simbólica é certamente o aspecto dominante da criação artística”. E é esta simbologia arquetípica e pessoal que transparece na relação obra-sujeito nesse contexto.

As criações e imagens são construídas, muitas vezes, a partir das vivências cotidianas, de maneira particular. Estas se valorizam por meio de um conjunto de emoções, assim os sentimentos trazidos por tais experiências aparecem nas criações.

Nesse sentido, os entrevistados apontam:

“Os meus “flashes” de pintura vêm de dentro do meu pensamento, do meu passado, pode notar que a maior parte dos meus desenhos tem natureza, porque eu morava na roça, vivia na roça, né? O que a gente traz do passado da gente, influência a gente, meu passado tá ali desenhado.” (Picasso)

“[...] tem imagens que tiro lá do meu passado, das coisas que vivi e presenciei, tem imagens que surgem também, mexem comigo e tiro imagens do presente também, da janela lá de casa, eu olho e bato o ângulo, eu vejo assim e falo, “nossa que bonita essa cena, vou por isso numa tela”, seja da rua ou da praça.” (Van Gogh)

Podemos ressaltar na fala de Picasso que suas obras trazem um significado emocional e relacional com suas memórias do passado. O participante sempre relata sentir falta de sua cidade natal, onde residia em uma localidade rural, este fato se reflete na presença de imagens representativas de tal cenário serem pertinentes em suas criações. O participante Van Gogh

também cita sua ligação com o passado e sua vivência rotineira vislumbrada a vistas de sua janela.

Neste sentido, é esta arte que se faz presente nos detalhes, a arte cotidiana, presente naquilo que se convida a ser visto, apreciado e vivido, atribuindo sentido às banalidades e às “vivências minúsculas”, por meio das imagens rotineiras, dos rituais diários e das imagens advindas das lembranças, presentes na microssociologia. É toda essa simplicidade que se depreende nas imagens e na criação, o “sensível” epifaniza as pequenas coisas corriqueiras e compõe o material artístico construído no viver diário (MAFFESOLI, 1996).

A atividade lúdica consegue abrir espaço para que este dado sensível e impalpável seja reconhecido. Tal afirmativa pode ser vista nos discursos de Bezerra da Silva e Mário Quintana:

“[...] essas letras escritas vêm da minha mente e do meu coração, é uma coisa fantástica, eu faço várias. Essas letras vêm da reflexão, do pensamento, dos sentimentos que sinto, aí eu começo a lembrar meu passado, meus momentos felizes, aí a mente começa a funcionar e escrevo.” (Bezerra da Silva)

“[...] aí eu me expesso através da escrita, a maioria das coisas que escrevo são coisas muito íntimas e isso é o que as pessoas se chocam, por lerem a minha verdade. Eu fiz um poema que fala disso, vou te mostrar, vou ler: “eu escrevo para as pessoas viajarem, pode ser um delírio letal, uma faca, um punhal, entrando em um sonho irreal, matando a dor real, ou um labirinto. Sentindo o que eu sinto, vomitando as vísceras, é a linguagem da alma descortinando o “eu”, a navalha cortando tecidos, alinhavando todos os sentidos, o ser vivido, o grito escondido, o sexto sentido, o sangue fluido, libertando pensamentos, todas as alegrias e tormentos, tentando montar fragmentos, são sorrisos e lágrimas, é ar para tentar respirar, voar com o vento, imaginar, criar. Fantasma, é a minha escrita diluída, autobiográfica, a linguagem suicida, a imagem despida, o presente, o passado, o futuro ausente, tentando fazer uma abordagem humana diferente. E a vida reclama permanentemente. A luz da verdade, a escuridão, o pulsar do coração, a comoção, a criatividade, a imagem distorcida, o suspirar de uma vida, são argumentos, convincentes ou indecentes, purificando algumas mentes, inquietas e incoerentes”. É isso. Quando eu escrevo eu começo a viver um mundo irreal, é um mundo irreal, porque é o meu mundo de ilusões.” (Mário Quintana)

Como se percebe, a projeção das ideias vem acompanhada dos dados sensíveis que se explanam por meio da criação, que ultrapassam a racionalização ou a simples explicação unívoca e causal, trata-se de algo que transcende, este processo diz respeito aos dados vivenciados exclusivamente pelo ser (MAFFESOLI, 1996).

Seguindo o pensamento, de acordo com Maffesoli (1996, p. 72), “o exterior, nesse sentido, é apenas o símbolo de uma realidade inefável, é apenas o vetor rumo a um mundo superior, o da divindade ou das ideias. A arte só aponta o além do que se deixa ver” .

O relato do participante Mário Quintana nos traz a noção de que muitas vezes o conteúdo de suas escritas poéticas atribuem valor ao vivido interior, ressignificam e dão

sentido próprio e pessoal às ideias imaginativas presentes no pensamento, não só a poesia trabalha esse valor, mas todas as expressões artísticas. A produção artística está relacionada à saúde mental justamente por permitir a expressão de sentimentos íntimos e pessoais, que trabalham a subjetividade do sujeito.

O acesso a que o participante refere como “mundo irreal” é a significação da descrição da vivência das imagens arquetípicas. Esse processo é considerado terapêutico, pois permite que o ser acesse o seu íntimo e o revele de maneira livre e compreensiva, trabalhando, assim, as emoções e os sentimentos. Na passagem de seu poema “ entrando em um sonho irreal matando a dor real”, esta ideia é demonstrada de maneira clara (PENNEBAKER, 1999; PINKERTON, 2016).

Antes da exposição dos pensamentos, podemos perceber que há um encontro singular entre o indivíduo e os seus sentimentos e emoções, construindo-se, assim, um trabalho minucioso de aperfeiçoamento do autoconhecimento e de estruturação dos sentidos, mesmo que esses fatos ocorram de maneira não intencional.

A criatividade permite o desenvolvimento emocional do indivíduo por criar espaços de livre expressão e potencializar a experiência do “viver a liberdade” das faculdades do “sentir”, corroborando tal pensamento, Maffesoli (1998, p. 233) expõe que “inventar é descobrir aquilo que pode estar oculto, mas que, nem por isso, está menos presente, em recantos esquecidos e por vezes obscuros”.

A arte dá forma ao que está oculto e reprimido, uma vez que o meio lúdico oferece aos indivíduos a possibilidade de problematizar, compartilhar e exprimir sentimentos conflituosos. No poema recitado por Mário Quintana, durante a entrevista, há a presença de elementos que significam a ideia da expressão de sentimentos e conteúdos singulares e íntimos, a exemplo, “é a linguagem da alma descortinando o eu”, “o grito escondido, o sexto sentido, o sangue fluido, libertando pensamentos”, o participante e autor informou que este poema foi escrito na intenção de explicar, o que era a escrita poética em sua vida, nessas passagens, podemos perceber que pela escrita ele consegue desnudar-se e apresentar o que realmente sente.

Esse processo expressivo e criativo atenua sentimentos negativos que podem vir a surgir em decorrência do sofrimento mental, assim como da vivência cotidiana, nesse sentido a escrita expressiva pode ajudar a tranquilizar e reorganizar os pensamentos, o autor faz essa analogia ao citar em seu poema o poder terapêutico positivo que a criatividade tem, como vemos no trecho, “purificando algumas mentes inquietas e incoerentes”.

Expressar sobre si, bem como falar sobre determinadas perturbações, pode ser algo doloroso de acordo com as experiências individuais. Diante disso, uma das vantagens de se trabalhar a atividade artística se pontua exatamente nesse contexto, pois a arte proporciona, de forma indireta, vários recursos expressivos que oferecem a possibilidade de projeção desses conteúdos, reforçando a transição da representação à apresentação da essência dos sentidos.

Tal prerrogativa se confirma nos depoimentos abaixo.

“Às vezes à noite eu sinto um pouco de tristeza, por me sentir sozinho. Lá [na Residência Terapêutica] mora sete, oito comigo, às vezes a gente troca ideia, eles ficam a minha volta, mas tem dia que fico mais triste e deprimido, aí faço uma música, passo para o papel, ponho para fora aquela tristeza.” (Bezerra da Silva)

“[...] a escrita para mim foi impulsiva, pela necessidade, e eu tenho essa necessidade, e escrevo no ônibus, na praça, em casa. Eu tenho essa necessidade, porque eu sou ansioso, eu tenho um vazio muito grande, eu falo muito esse termo “descortinar a alma” entende? Que é o que acontece quando escrevo, é onde me descarrego, me deixo por inteiro.” (Mário Quintana)

“Quando eu escrevo, escrevo sobre as minhas emoções sabe? Sobre tudo que eu sinto, sempre tive muito problema com insônia, eu não dormia, eu ficava sem sono e começava a escrever, eu escrevia sobre tudo aquilo que eu não conseguia falar para as pessoas ao meu redor, eu desabafava ali no papel. A minha escrita é intensa, as dores saem na palavra.” (Cecília Meireles)

“Muitas vezes eu precisava passar para fora o que eu sentia, como ninguém iria entender, eu escrevia. Por exemplo, quando minha irmã caçula faleceu, eu senti muito, porque eu tinha uma amizade muito grande, eu e ela, aí eu escrevi um texto e vários poemas dedicados a ela, me ajudou a tirar as palavras, falar disso, sem sofrer tanto, aí que está a ajuda[...]”. (Cecília Meireles)

Como apontado nos trechos elencados acima, podemos ver que a escrita expressiva pode ser compreendida como um recurso de comunicação interpessoal por meio das palavras. Tal exercício pode acalmar e amenizar sentimentos de angústias e tristezas, aliviando, assim, o sofrimento psíquico (BENETTI, DE OLIVEIRA, 2016).

Podemos identificar pelas falas dos entrevistados, Bezerra da Silva, Mário Quintana e Cecília Meireles, que ambos encontram na escrita um meio de se vivenciar as dores de uma maneira menos sofrida, compartilhando suas aflições por meio da escrita terapêutica. Fato este que enfatiza o discurso da atividade artística como terapia.

Outro ponto abordado por Cecília Meireles foi o episódio de falecimento de sua irmã, momento este em que a participante se emocionou. É possível compreender que sua dor foi se esvaindo nas palavras e o ato terapêutico da escrita se fez presente durante tal fato. É sabido que as emoções devem se extravasar de alguma forma e que, se veladas ou oprimidas em um processo de anulação da expressão, essas dores podem causar mazelas não só emocionais,

como físicas. Quando esses sentimentos são libertados, o processo de alívio por meio da sua dissipação ocorre de maneira singela e terapêutica, conforme discorrem os autores Benetti e De Oliveira (2016, p.71):

A escrita, envolvendo a expressão dos pensamentos e sentimentos, é conhecida por ajudar a amenizar traumas psicológicos e melhorar o humor. Quando as pessoas escrevem sobre si mesmas, colocando suas experiências e seus sentimentos em evidência, este ato permite, de uma nova maneira, identificar e “sentir” estes sentimentos. Escrever sobre o que se sente torna-se, assim, um mecanismo de enfrentamento do estresse, e traz benefícios fisiológicos e para a saúde como um todo.

Outro relato relacionando a perda de um ente querido à escrita terapêutica e seus benefícios, é o do participante Mário Quintana, este relatou ter perdido, há dois anos, a companheira, com quem tinha um relacionamento estável há cinco anos e morava junto há três anos. No dia da entrevista, Mário Quintana selecionou algumas poesias para ler e explicou que todas foram escritas e dedicadas à sua falecida parceira.

O participante passou por uma situação muito delicada, a perda de sua companheira causou diversos transtornos, desde gastos financeiros indevidos, abandono da medicação, ruptura do contrato com o CAPS, até às crises psicóticas como consequência da negligência do seu tratamento. Durante algum tempo Mário Quintana deixou a produção de suas poesias de lado, mas, garantiu que após retornar a escrever, conseguiu atingir o reequilíbrio emocional e, assim, procurou ajuda e voltou a frequentar o CAPS.

“Nos dias mais difíceis as minhas poesias saem melhor, eu não tenho a menor dúvida disso, porque são nesses dias que eu estou me despindo, eu estou indo no meu âmago, na minha psiquê, no meu espírito, na minha alma, e me aprofundo. As coisas fluem, não sei se é a dor do sofrimento, porque essa dor mental que eu sinto flui de uma maneira terrivelmente trágica, mas boa ao mesmo tempo, é quando eu falo em meu poema que eu “vômito as minhas vísceras”, porque é muito intimista, é meu, a dor é minha, talvez eu nem consiga ter a dimensão do quanto isso é terapêutico, porque eu trabalho com os meus sentimentos mais obscuros nas minhas poesias, até porque os meus sentimentos são muito exacerbados. As minhas poesias são meu norte, me ajudaram a me reencontrar, depois da morte de uma pessoa muito amada por mim. Foi meu suporte terapêutico.” (Mário Quintana)

Expressar na escrita as experiências angustiantes auxilia o indivíduo a compreender melhor os eventos vividos, assim como a contorná-los com maior equilíbrio emocional. A escrita expressiva e autobiográfica emerge dando vida e sentido aos sentimentos internos. Muitas vezes essas palavras refletem o estado emocional em que o indivíduo se encontra, sendo considerada uma técnica oportuna à ofertas de meios para recuperar-se mentalmente de situações difíceis (PINKERTON, 2016).

De acordo com Benetti e De Oliveira (2016), há evidências de que podem haver mudanças significativas na saúde e no bem estar das pessoas que utilizam da escrita expressiva para transformar seus sentimentos em palavras grafadas, sendo esta uma atividade complementar muito útil à psicoterapia. Como referido por Mário Quintana, compreender e encarar as dores internas e íntimas é algo doloroso, mas que ao mesmo tempo pode fluir de maneira positiva quando se encontra um escape para que esses sentimentos sejam compreendidos e processados da melhor maneira, destarte, a arte se encarrega de oferecer suporte para que as expressões se dissipem de forma sentimental e cuidadosa.

É esta sensibilidade dos detalhes e dos sentimentos que o lúdico traz à vida. Os sentidos são postos de maneira genuína, explicitados por meio dos dados sensíveis. Nas palavras de Maffesoli (1996, p.72): “o sensível é uma dimensão que basta a si mesma, e que convém pela produção artística engrandecer”. Logo, o sentido desses achados se mantêm presentes e se revelam por meio da arte.

Fato este demonstrado também nos relatos de Picasso, Roberto Carlos e Bezerra da Silva:

“Meus desenhos me ajudam a expor o que eu tô sentindo, por exemplo, eu me sinto meio mal tem hora, mas aí vou lá e penso em algo melhor, um lugar de paz, uma cachoeira, um campo de roça e coloco no papel, isso tira aquilo de ruim dentro de mim, isso me faz sentir melhor, expressar o que eu quero na minha vida, eu solto aquilo que tá preso aqui dentro, passo o sentimento ruim para o papel, mas de outra maneira.” (Picasso)

“[...] às vezes você tá com raiva, você extravasa tocando a música, você tá triste, você se alegra tocando a música, você quer falar de uma coisa, você vai lá e se expressa pela música. Quando você tá cantando a música, não precisa ter sido você que fez, mas quando você tá cantando, você se expressa nela. Quando você canta, você mostra o sentimento e nisso a música ajuda na ansiedade, melhorando.” (Roberto Carlos)

“A música faz parte da liberdade da gente, a gente sorri pra vida quando toca, a gente se expõe para fora mesmo, eu dou muito valor a isso!” (Bezerra da Silva)

Picasso, por meio das subjetividades de ideias e do pluralismo de signos existentes, idealiza sua tela, exprimindo, assim, o seu sentimento de maneira oposta. Sua representação na tela se dá por meio do eufemismo, do adoçamento dos sentimentos transmitidos em sua arte, esta inversão dos sentidos é algo realmente intrínseco ao seu pessoal, não havendo, assim, qualquer explicação causal, objetiva ou entendimentos preestabelecidos. Nesse sentido, Nise da Silveira (1997) afirma que o maior sentido terapêutico do fazer artístico encontra-se no fato da arte propiciar a expressão de conteúdos para os quais não exista uma conceituação verbal lógica a ser explicitada pelo indivíduo.

A música, por sua vez, é notada nos recortes de discursos dos participantes Roberto Carlos e Bezerra da Silva, a partir deles, podemos compreender a relação de livre expressão entre o indivíduo e a música. Esta, muitas vezes, é promotora da expressão verbal e não verbal, através da musicalidade, as emoções conseguem ser expressas e vivenciadas intensamente, pois, quando a música é cantada e sentida de forma apreciável e significativa, possibilita condições favoráveis ao desprendimento de emoções e de perturbações psíquicas (ALVES, 1999; AUSTIN, 2008).

Identificar as significações atribuídas pela arte como meio de livre expressão é algo realmente relevante no que diz respeito à saúde mental, pois a saúde está inserida na conjuntura de ter e viver em liberdade pelos diversos modos de subjetivações, sendo a expressão artística um dos meios, se não o único, em que o indivíduo se coloca em debate, dialogando e se mostrando sem medo. Para os portadores de transtornos mentais, este processo torna-se extremamente importante, devido à lembrança de todo um passado pautado por opressões, anulações e tomada de seus direitos. Nesse sentido, a arte pode ser considerada um recurso para se realizar a terapia subjetiva, pois é por meio desta que conteúdos sufocados pela sociedade fazem-se expressos (TAVARES, 1997).

É na arte que, muitas vezes, reencontra-se a liberdade, a qual frequentemente se mostra anulada pelos mecanismos reguladores e segregativos da sociedade devido à padronização e normalização imposta. A arte traz a afirmativa de que a opressão social não consegue inibir os sentimentos, tampouco anular a força da imaginação e da criação. O relato de Cecília Meirelles ratifica essa ideia:

“A arte liberta, te dá voz, traz a liberdade de se expressar, isso ajuda no tratamento.” (Cecília Meirelles)

Desse modo, as atividades artísticas expressivas corroboram também a efetivação da reinserção social, visto que uma das premissas para a conquista dos direitos sociais é o direito de “dizer a palavra”, fazendo-se ouvir, dando lugar à emergência do discurso social, a arte possibilita a ocorrência de tais processos (FREIRE, 1987).

A arte habita um espaço sem padrões concebidos, aberto ao infinito de possibilidades, em que a expressão desacorrentada flui. É neste cenário que os indivíduos acham uma saída, um escape e a chance de viver sua liberdade, sendo que esta ocorre pela ligação do artista com sua obra, pela necessidade de fazê-la e de estar comprometido com sua criação, em uma relação de cuidado e de liberdade mútuos (MAYEROFF, 1971).

Além da arte promover saúde por ser um meio de exercer a livre expressão, existem outros fatores implícitos atribuídos a esta atividade, a exemplo, o sentimento de bem-estar, de conforto e afeto. Por isso, é considerada o “remédio da vida”, que se objetiva a curar e a tratar a alma, como nos mostra o relato de Picasso:

“A arte vale mais que remédio, a medicação e um tratamento meio que hostil porque tem efeitos ruins, a pintura e a música não, não é hostil, a arte vem agir dentro da pessoa, o medicamento não, ele age só no corpo, mas lá dentro da mente e naquilo que tá bem escondido lá, o medicamento não consegue agir, mas já arte sim, porque o desenho, a pintura, a música, o dom vem da gente e age na gente, e faz a gente se sentir melhor, mais feliz. A arte é um medicamento do bem. Eu vivo esse processo.”(Picasso)

Podemos inferir, portanto, que a arte pode ser compreendida como uma ferramenta do cuidado voltada para as subjetividades e as densidades representadas pelas emoções, oferecendo a cura e o tratamento dos sentimentos inexprimíveis que causam sofrimento e dos pensamentos perturbadores, questões que não conseguem ser trabalhadas apenas com a terapia medicamentosa ou por um viés unicamente tecnicista, pois estes são os dados sensíveis do viver, que a arte, com sua sensibilidade e liberdade, toca e estimula, é essa emoção que se ressalta no fazer artístico.

Essa força autocurativa, acariciante e compreensiva é oferecida pelo trabalho lúdico, a arte paira sobre esta dimensão receptiva da afetividade e da emoção, conforme Maffesoli (1996, p.78), “o sensível, é fonte de riqueza espiritual, fortalece o corpo, mas, ao mesmo tempo, permite a plenitude do coração”. Por isso, essa força pode ser análoga ao medicamento que, com suas propriedades, tem seu mecanismo para curar e para tratar.

Mário Quintana em seu relato compara suas poesias a uma droga do bem, algo que o tira da realidade, mas não traz prejuízo, ao contrário, promove melhorias, permitindo a experiência de trabalhar a criatividade e a imaginação.

“Eu tive minha primeira crise aos 17 anos, quando eu fazia curso de paraquedista, e foi a época que comecei a usar muitas drogas, inclusive LSD. E depois disso tive muitas internações, até que um dia retomei à minha droga do bem, que me subjetiva, a droga do bem que falo, fazendo uma analogia à poesia, para mim foi uma droga do bem, porque hoje, há um tempo já eu não uso, e é a poesia que me tira da realidade dura.”(Mário Quintana)

Watson (2002) assinala que a arte estimula a vibração de energias profundas que curam e que, além de metaforizar símbolos, a arte pode transformar sentimentos, reintegrar e regenerar forças.

A arte tem poder, não apenas o poder da metáfora, do símbolo, do mito e da auto expressão, mas um poder operativo real, que pode afetar transformações, mudar vidas e curar verdadeiramente. A arte que cura em todas as suas dimensões têm acesso à essa alma humana, a força da vida e a energia arquetípica curativa que está dormente em cada ser humano (WATSON, 2002, p. 193).

Nesse sentido, a arte é uma linguagem que leva em conta toda a teatralidade da vida, em sua pluralidade. É capaz de colocar o ser em movimento, revelar novas coisas, novas imagens, novas possibilidades e os conteúdos internos da pessoa.

Dentre tantos meios expressivos para se obter esta força autocurativa terapêutica, a música é ressaltada nos discursos dos entrevistados:

“Quando eu toco meu cavaquinho, me traz felicidade, e isso é pra qualquer pessoa, você tá em casa no caso, você tá aborrecido com alguma coisa, ou tá nervoso, o que você faz? Você vai lá e faz um som ou escuta as músicas, o CD que você mais gosta, você põe lá e deixa rolar, a música serve de terapia para a mente, a música é uma terapia, porque se você tá muito deprimido e começa a tocar ou ouvir uma música, você esquece daquele problema que você tinha naquela hora, tudo passa rápido, quando vem um pensamento ruim, negativo, a música me alivia na hora, isso é uma coisa que ajuda muito a gente, tudo meu é a música, sou fã de música, ajuda muito, ajuda muito, ajuda muito sim.” (Bezerra da Silva)

“[...] a música age em várias coisas da nossa vida, você tá alegre, você toca, você tá triste, você toca, às vezes você quer esquecer algum problema, eu quando tinha algum problema, eu ia lá tirar música, aí quando eu ia ver estava dando duas...três horas da manhã e cadê o problema? Eu nem lembrava mais.” (Roberto Carlos)

De acordo com as autoras De Almeida, Zeferino e Furegato (2016), a música pode transmitir tranquilidade, reequilibrar o estado de humor, aliviar a ansiedade e trazer melhorias para o comportamento diante de situações de adversidades.

A música oferece um amplo meio para manifestações, pois esta se molda aos sentimentos que estão sendo expressos, sejam estes de alegria, serenidade, raiva ou tristeza. A sonoridade escolhida, o ritmo tocado e a entonação vocal são itens que se confluem na direção em que devem atuar em determinado momento (SACHS, DAMASIO, HABIBI, 2015).

A música, como demonstrado nos relatos, auxilia o indivíduo a enfrentar os sentimentos negativos e as contrariedades encontradas e vividas no cotidiano. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da música como forma de cuidado que agrega diversos aspectos psicossociais do sujeito e suas demonstrações de diferentes formas.

Cardoso et al. (2016) afirma ainda que a música pode provocar também o alívio das tensões e do estresse, causando efeitos como, alteração da pressão arterial, das frequências cardíacas e respiratórias, aceleração do metabolismo, relaxamento muscular e, entre outras questões, a redução dos estímulos sensoriais, a exemplo da dor. É importante frisarmos que

essas sensações estão diretamente ligadas ao gosto musical e ao cenário e experiência em que se vivência a atividade musical.

Diante disso, é notório a importância da música como intervenção de cuidado para diversos quadros de problemas biopsicossociais. Segundo as autoras Herdman e Kamitsuru (2015) na obra *North American Nursing Diagnostic Association (NANDA)* e em acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a música é elencada como cuidado na assistência em enfermagem nos seguintes diagnósticos, distúrbio do sono, angústia, desesperança, ansiedade, distúrbio no autoconceito, déficit de lazer, isolamento social, risco para solidão e dor (BULECHEK, et al, 2015; CARDOSO et al, 2016; HERDMAN, KAMITSURU, 2015).

Desse modo, depreendemos que a arte é capaz de minimizar fatores negativos decorrentes das variáveis do sofrimento psíquico e das frustrações presentes na vida, da mesma maneira que facilita a compreensão e a resolução de conflitos internos. Segundo Coqueiro Vieira e Freitas (2010, p. 862), “nota-se que pela arte há uma minimização dos fatores negativos de ordem afetiva e emocional que naturalmente surgem com a doença mental, tais como: angústia, estresse, medo, agressividade, isolamento social, apatia, entre outros”.

Conforme Guo et al. (2015), o indivíduo que possui algum tipo de sofrimento mental, ao se conectar com a música, pode experimentar uma redução de seu esgotamento mental, causado muitas vezes pelos sentimentos de menos valia advindos de sua vivência. Além disso, a música pode auxiliar em melhorias nas atividades psicomotoras e a nível comportamental e cognitivo. Nesse seguimento, os entrevistados apontam:

“A música ajuda também quando eu toco e mexo o corpo, o esqueleto, eu mexo pra da energia pra música e penso ali na hora no que eu tô fazendo, tô tocando, tenho que prestar atenção, sem deslize para não sair errado, então, tô ali mexendo e pensando, mexendo e pensando, isso vai ajudando o meu corpo a encontrar movimento com pensamento.” (Lulu Santos)

“Eu acho que a música me ajuda mentalmente e fisicamente, porque aprender a tocar é um obstáculo né, então a gente vai desenvolvendo, colocando um ritmo melhor, você tá ali mexendo os braços, a cabeça, a mão, os dedos, você coloca cada um na corda direitinho sabe, ajuda na... [pensativo] coordenação do corpo, e assim a gente vai evoluindo, acalmando, tranquilizando.” (Van Gogh)

“Para mim a arte sempre significou muita coisa e me ajudou muito. A música me ajudou sempre, até mesmo antes de entrar aqui [no CAPS]. Eu tive um acidente muito feio, fiquei entre a vida e a morte, e nisso que a música pede, de você ter que gravar as letras, me ajudou, porque eu ainda tenho dificuldade de memorizar, mas antes era pior, antes você falava comigo e daqui a dez minutinhos já não lembrava nada, hoje não é assim, a música foi me ajudando, porque preciso guardar aqui [faz um gesto apontando para a cabeça] as notas. Ajuda também nos movimentos dos

dedos, porque por causa do acidente e também por conta desse monte de remédios, tenho dificuldade, a posição de fazer “dó” eu não conseguia fazer não, mas com um tempo fui reaprendendo, e agora depois de muito tempo, aprendi. Meu acidente aconteceu há quatro anos e a música me ajudou muito, eu tenho certeza disso, se eu reabilitei e tenho a mente mais ou menos boa é porque hora nenhuma abandonei a música.” (Roberto Carlos)

Compreendemos, assim, que a musicalidade estimula a execução da motricidade fina, ou seja, do ato de executar movimentos finos e precisos com controle e destreza como, por exemplo, tirar as notas musicais nos instrumentos, bem como promover a operação de movimentos intencionais, os quais ocorrem em sintonia como o fato de simplesmente tocar a música, mesmo que não seja em um padrão de regulação da estética musical, o que, aliás, não se faz relevante nesses casos (CAMELO, 2016).

Dentre os sintomas negativos causados pela esquizofrenia, há o comprometimento das funções psicomotoras. Esse quadro é constitutivo da doença em si e agravado pelos fármacos antipsicóticos, que são fundamentais na terapia medicamentosa para tal patologia.

Essas alterações ocorrem por meio de agitação psicomotora ou catatonia, imobilidade e rigidez, déficits na coordenação de movimentos, dificuldades na execução de atividades coordenadas, instabilidade postural, movimentos repetitivos sequenciais, além dos sintomas de parkinsonismo, causado por efeitos extrapiramidais advindos da medicação. Considerando tais fatos, efetivar uma linha de cuidado que leve em conta a psicomotricidade é fundamental a esses indivíduos, para que, assim, eles consigam reestruturar, dentro de suas possibilidades, a coordenação sensório-motora e a motricidade fina e grossa, compreendendo os movimentos ordenados, a regulação tônica e toda a sua estrutura corporal, para que com isso, estejam aptos a desenvolverem competências e atividades prazerosas do cotidiano (CAMELO, 2016).

As atividades terapêuticas que trabalham a psicomotricidade devem ser realizadas de forma complementar às demais formas de se efetivar o cuidado na saúde mental. Por trás de tal atividade, está a correlação entre a motricidade, a mente e a afetividade. A música é um dos métodos expressivos utilizados para se trabalhar esta sintonia, como apresento nos depoimentos.

Roberto Carlos, em seu relato, clarifica as ideias elencadas acima quando afirma que, após um grave acidente, a música o auxiliou em sua reabilitação e em seu desenvolvimento. O acidente mencionado por ele foi consequência de um envolvimento em uma briga de rua, que resultou em uma fratura craniana fechada e em uma fratura superior do úmero esquerdo, fora as diversas escoriações. O participante relata ter permanecido internado durante três meses, ficando em um período determinado, o qual não soube informar, no Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI) e, posteriormente, no ambulatório para recuperação e tratamento. O

participante relatou que a música o ajudou na retomada das atividades de coordenação bem como no processo de memorização.

Estudos apontam que há correlações neurais com a atividade musical, as conexões sonoras de melodias e a sequência das letras, quando repetidas e trabalhadas, podem ajudar no processo de memorização, nesse sentido, justifica-se a utilização da música nas salas de aula e no processo de alfabetização. O reconhecimento sonoro pela audição ativa exercita determinadas áreas cerebrais, esse mecanismo ajuda a reter mais informações e, com isso, a memória passa a ser trabalhada (PEDERIVA, LIMA, TRISTÃO, 2006; WILLIAMON, EGNER, 2004).

Alves (1999), em seus estudos, propõe que não só a memória recente é trabalhada, mas como também a memória longínqua, visto que a música auxilia no resgate de lembranças vividas no período em que a doença mental não havia se manifestado.

Com isso, a música é uma potente ferramenta para a recuperação e o desenvolvimento de algumas funções prejudicadas e do estímulo cognitivo, seja para a prevenção da amnésia anterógrada e retrógrada, para a sua restituição ou para a coordenação corporal.

Nessa lógica, a arte por meio de sua expressividade compreende as diversas dimensões humanas, como a emocional, a mental, a biológica e a espiritual. Na visão dos participantes, é possível intuir que a arte rompe com o dualismo corpo-alma e oferece um cuidado mais globalizante, que abrange não somente os aspectos emocionais, mas também físicos, e oferece um caminho para o processo de adaptação, compreensão e reestruturação biopsicossocial (BOFF, 2004; WATSON, 2002).

A relação traçada pelos sujeitos e suas criações nos mostra que a arte cotidiana da vida serve de plano de fundo para as suas idealizações, o que remete a todas as práticas minúsculas repousadas no prazer das experiências vividas. Por meio dos depoimentos coletados, é possível ter a compreensão de que a arte está inserida nos detalhes e estes carregam um conjunto de conteúdos emocionais que são representados por meio daquela. O lúdico faz parte do ser e do viver, conforme Maffesoli aponta, “[...] ao lado de elementos lógicos, racionais, utilitários, todas as relações sociais põem em jogo aspectos lúdicos, oníricos, afetuais” (MAFFESOLI, 1998, p.178).

Entendendo a saúde como um processo inacabado, sempre estando em permanente busca por melhorias, equilíbrio e bem-estar, a arte contribui para essas circunstâncias, promovendo o afeto e a produção de saúde. Nas entrelinhas das falas dos sujeitos, no tocante à profundidade dos sentidos atribuídos à tal temática, podemos inferir que a arte não é o ator principal desse processo, mas sim a sua capacidade de ajudar, desenvolver, criar e expressar,

mesmo que tal questão seja efetivada de maneira inconsciente, sem o possível entendimento dos sujeitos sobre tais fatores (DE MELLO et al., 2016).

Assim, a arte está ligada diretamente à melhoria na qualidade de vida e à livre expressão, justamente por priorizar o cuidado e o afeto, isso faz com que esses indivíduos desenvolvam competências, melhorem sua autoestima e retomem a consciência sobre si, sobre o “ser” e “estar” com o mundo de forma autêntica .

4.2 LUDISMO, IDENTIFICAÇÃO E CIDADANIA: OPORTUNIDADE DE VIVENCIAR A CLÍNICA AMPLIADA

*“Eu não sou o que aconteceu comigo
Eu sou o que eu escolhi ser”.*

(Carl Jung)

As percepções dos entrevistados apresentadas nesta categoria evidenciam que o fazer artístico é um meio que os possibilita reconstruir suas identificações, devido a novos sentimentos e papéis assumidos, bem como descobrir suas potencialidades e capacidades, firmando, assim, seu lugar no mundo, sendo protagonistas de sua existência. A arte pode conceber-se como uma ferramenta facilitadora do processo de reinserção social, auxiliando no resgate à cidadania por meio de diversas articulações.

Além dos conteúdos mencionados, os sentimentos de reconhecimento e valorização também se fazem presentes nos relatos, como exposto abaixo:

“Eu sinto a importância com humildade. Eu não me acho melhor que ninguém, mas eu sirvo de exemplo para os outros, eu tenho meu reconhecimento. Isso, de tocar, me traz um bem, porque tô fazendo bem para as pessoas também, quando toco, eles pedem, “toca a música que eu gosto” ou “toca aquela música que me faz lembrar de fulano”, esse é o barato da vida!” (Roberto Carlos)

“Meus trabalhos me trazem um sentimento de conforto, de reconhecimento, é tão legal você ver uma pessoa te elogiar né? Falar, “poxa, você toca bem!”, “você toca bateria heim?!”, então a gente fica assim, com o astral levantado né e faz bem isso pra gente.” (Van Gogh)

“O que eu escrevi de bom, eu não deixo guardado, eu gosto de divulgar, apesar de eu ser usuária, paciente, mas sei que posso levar coisas boas para outras pessoas, sei que as pessoas gostam do meu escrito, por isso eu quero sempre escrever e que cada vez mais as pessoas me leiam, que meus materiais sejam divulgados. Ali está minha identidade”. (Cecília Meirelles)

O reconhecimento e a contemplação refletem aos indivíduos os sentimentos de valorização, gratificação e bem-estar. Essa troca entre o artista e os seus apreciadores possibilita também a criação de novos laços relacionais com a sociedade, assim, a produção

artística pode ser uma ponte para o processo de reinserção social desses indivíduos, que se mantiveram segregados, isolados e rotulados pela cronicidade da doença mental, bem como estigmatizados como sujeitos desprovidos de habilidades.

Compreende-se por reinserção social, o processo de valorizar e de ressaltar as competências do indivíduo, através de recursos e de oportunidades, ressignificando a participação do ser como protagonista de seu tratamento e resgatando seus direitos e sua cidadania por meio do viver e conviver valorativo e ativo em sociedade (PACHECO et al., 2016; SARACENO, 2001).

Como apresentado nos relatos, o sentimento de bem-estar é desencadeado pela experimentação de uma nova possibilidade de se apresentar à sociedade, assim como pela obtenção de um olhar mais respeitoso e compreensivo do corpo social.

O espaço de interações proposto pelas apresentações e demonstrações artísticas propicia um importante campo relacional. São as relações vividas entre as pessoas que, segundo Mayeroff (1971), oferecem a sensação de se “ter-um-lugar”, não um lugar em um espaço concreto, mas de uma maneira subjetiva, afetiva e emotiva, “ter-um-lugar” pela maneira de se relacionar com as pessoas, em um processo de desenvolvimento, cuidado e atenção, processo este que culmina na valorização pessoal e no sentir-se acolhido e respeitado.

A satisfação vivida e compartilhada com os demais é outro ponto desvendado nas falas, dessa maneira, revela-se a motivação e o empenho na divulgação dos trabalhos, pois essa demonstração refere-se aos sujeitos, à validade de serem vistos como exemplos e como emissores e receptores de sentimentos positivos.

Toda essa conjunção de experimentações otimistas nos mostra que a arte é precursora do sentir-se contentado, uma vez que permite ao sujeito ser reconhecido e admirado por aquilo que faz, como evidenciado nos relatos:

“Tocar é bom porque a gente se diverte muito, eu fico feliz quando tem público e batem palma né, as pessoas vão lá me ver, eu recebo palmas, é bom!”. (Lulu Santos)

“Eu, quando apresento, fico feliz porque eu tô levando alegria para as pessoas que tá na minha volta, e se tá na minha volta é porque gostaram, entende? Aí que tá a felicidade.” (Bezerra da Silva)

“[...] aí eu fico feliz quando eu toco uma música e na hora de cantar e eu vejo que saiu legal, eu fico todo alegre sabe? Eu fico emocionado de ver.” (Van Gogh)

“[...] no dia da comemoração da luta antimanicomial eu cantei, me chamaram no microfone porque sabiam que eu gostava. Quando eu subi no palco me filmaram, eu gostei daquilo sabe? Fiquei bem especial.” (Cecília Meirelles)

“Quando eu publiquei meu livreto de poesias, eu me senti muito satisfeito, inclusive naquele mesmo ano eu escrevi uma poesia que virou enredo da peça do “boi tam tam”, que foi levada ao Fórum Mundial de Direitos Humanos em Brasília em dezembro de 2013, e as pessoas, as autoridades estavam perguntando quem era o autor, e isso fez muito bem para minha autoestima. Eu adoro que as pessoas vejam, mas não escrevo para ganhar reconhecimento, mas por fazer com amor, eu sou reconhecido como poeta.” (Mário Quintana)

Por meio da arte, os indivíduos resgatam a autoestima e a autoconfiança. O espaço artístico oportuniza essas vivências, pois eles passam a ser reconhecidos pelo que fazem, descaracterizando-se, assim, a representação única de “doentes mentais”, demonstrando outra face presente e todo seu potencial.

A Clínica Ampliada do Sujeito, tendo em vista as diversas dimensões do ser social, trabalha o cuidado e a saúde por um viés mais sensível e humanizante, considerando o potencial eminente de cada ser. A arte oferece o cuidado justamente por oferecer ao indivíduo a possibilidade de desenvolver esse potencial. A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao conceituar a noção de “saúde mental”, relata sobre a importância de cada sujeito se conscientizar sobre o seu potencial e autonomia. Inclui-se, nesse sentido, a capacidade de reconhecimento das qualidades e o desenvolvimento pessoal, a fim de, assim, obter-se saúde mental, física e espiritual (WATSON, 2002; WHO, 2014).

No sistema humanístico de valores pensado por Watson (2002), a autonomia e a liberdade do sujeito são itens importantes para que este possa atingir o autoconhecimento e o autocontrole. Freire (1996) corrobora essa ideia ao afirmar que a autonomia e a dignidade do ser humano são um imperativo ético, um direito a ser estabelecido e empreendido na prática.

Quando o indivíduo enxerga seu potencial, ele passa a aceitar-se e compreender-se como um ser pertencente à sociedade. Esta aceitação pessoal se faz extremamente significativa para o processo terapêutico, para a melhoria da saúde e para a reinserção social. Ao enxergar as suas capacidades, tem-se o entendimento de que a doença pode manifestar certos limites, mas que estes não o impede de vivenciar outras experiências, como apresentado nos discursos seguidos:

“Eu não preciso ter vergonha de ser quem sou, não tenho vergonha de não ser o que a sociedade espera, a arte trouxe isso, me ajudou a ter uma maior aceitação, eu não me aceitava porque eu queria que as pessoas me entendessem, me aceitassem, eu coloquei minha autoestima em jogo, a arte acabou me ajudando a me aceitar, porque descobri minhas qualidades, eu sei escrever e eu me aceito, tenho essa qualidade [...]” (Cecília Meireles)

“A arte trouxe para minha vida, assim, muita coisa boa, a gente fica com a cabeça preenchida sabe? A música e a pintura me deixa assim, com um astral levantado sabe? Eu fico mais confiante, eu fico pensando que eu sou capaz, não sou aquele

que fica parado, doente, sem fazer oficina, pondo coisas erradas na cabeça. Ali na pintura e na música não, você se solta sabe? Você deixa o barco tocar.” (Van Gogh)

“A arte ajudou num grande avanço para minha vida, eu aprendi a enxergar minhas capacidades, que eu não sabia que eu tinha capacidade, para mim era como se eu não soubesse fazer nada, agora eu já sei que eu tenho capacidade de fazer coisas boas, eu descobri minha função. Eu só dormia antes, agora não, agora eu pinto, faço desenho, faço coisas diferentes, posso me ver como um pequeno artista”.
(Picasso)

O cuidado por intermédio das atividades lúdicas possibilita uma intervenção multidimensional ao sujeito, e não somente à patologia e às suas dificuldades. A amplitude do cuidado é fomentada por “fazer saúde com pessoas e não sobre elas” (MATTOS, 2016, p.41).

Nesse sentido, a doença já não ocupa o lugar central em suas vidas, esses sujeitos passam a se reconhecer por suas potencialidades singulares, pelo que fazem e produzem. Há a descoberta de uma nova forma de experimentar a vida cotidiana por meio da criação e do dinamismo entre criar a arte e ser parte deste trabalho, como demonstra o trecho do discurso do participante Van Gogh:

“Eu sempre fiz terapia de pintura no CAPS né? Aí quando eu vejo uma tela minha assim eu penso: “será que é eu mesmo que fiz? Como eu consegui fazer isso? ”, aí da aquela vontade de fazer melhor, melhor e melhor, aprimorar mais e ir em frente, não preocupar que eu sou paciente não, que eu não sou capaz, cheguei até aqui e consegui. Isso me ajuda a levantar, isso me levanta.” (Van Gogh)

Descobrir-se e revelar-se capaz traz de volta o resgate da identidade, no sentido de “ser”, “estar com” e “pertencer” ao mundo. De acordo com Camelo (2016), o indivíduo pode realizar-se como ser psicossocial através do contato com a arte, pois esta ajuda no processo de reestruturação do “eu”, fato este indispensável ao bem-estar (FREIRE, 1996).

O sentimento de pertença está relacionado diretamente à percepção de si, essa percepção ocorre por meio do conjunto de entendimentos pessoais que se afirmam na identidade do indivíduo. Segundo Nascimento (2013, p.105), “a constituição identitária é infundável e embebida por elementos que contribuem diretamente em sua configuração”, o “sentir-se como um artista”, estabelece uma nova identificação, uma nova forma de se posicionar perante à sociedade. Fato presente nos discursos de Bezerra da Silva e Lulu Santos:

“[...] porque eu sou artista de rua, é mais um motivo para eu me sentir um artista, eu me sinto um artista, um artista de rua, eu tenho esse valor, isso é meu”. (Bezerra da Silva)

“Eu não gosto de falar não, gosto de ficar “no meu lado quieto”, mas gosto de tocar, pra público grande ou pequeno, na hora que tô ali sendo integrante da banda, tô de peito aberto, tô sentindo um artista dentro de mim”. (Lulu Santos)

As diversas formas pelas quais podemos transparecer nossa personalidade ocorre por meio das identificações atribuídas em concordância com o que se experimenta. Segundo Maffesoli (1996), na pós-modernidade, há uma saturação do esquema identitário. É importante realizar a diferenciação compreensiva de identidade e identificação explanada pelo autor, bem como o uso em primeira instância do termo “identidade” no texto. O termo “identidade” que utilizamos nesta pesquisa, refere-se única e exclusivamente ao processo de se personificar por uma função e por uma competência. Já para Maffesoli, a “identidade”, na modernidade, refere-se à nominação causal do ser a um perfil delineado, enquanto a “identificação” refere-se ao pluralismo de apresentações encontradas no meio em que se vive.

Como preceitua Maffesoli (1996, p. 338), “a arte é certamente o domínio onde o processo de identificação foi reconhecido e aceito”. A arte suscita a pluralidade de ideias e subjetivações do ser, sua diversidade de sentidos não se enquadra mais na conceituação de uma única identidade, mas sim pertence a um universo de identificações abundantes, as quais serão correspondentes ao vivido momentâneo, à variedade de alternativas postas pelo cotidiano. O indivíduo, reconhecendo-se em suas diversas facetas como artista, vive o processo de identificação, descaracterizando a identidade enquadrada ao sujeito de “louco” e “doente”.

O processo de sentir-se sujeito ativo também desencadeia a autonomia e a liberdade de mostrar-se como ser atuante e ciente de suas vontades, como aborda Cecília Meireles e Mário Quintana em seus depoimentos,

“A arte não escolhe cor, credo, não escolhe se é doente ou não, ela está em você, no seu dom, é algo tão seu. Então, a arte me dá à luz, aqui não está mais a paciente, aqui está a pessoa, que produz, escreve, canta, sente, chora, brinca e erra, que vive.” (Cecília Meireles)

“A escrita então é isso, é o que eu tento levar para as pessoas, a minha arte, porque essa arte é minha, a minha arte é epifania, e nela faço o que quiser, sou quem eu quiser, sou um ser com diversos sentidos.” (Mário Quintana)

Sentir-se no mundo, tendo uma função, também são aspectos atrelados à liberdade e à autonomia. O comprometimento e a responsabilidade são percebidos como sentidos significativos para se viver a própria vida. Com base nessa ideia, segundo Mayeroff (1971, p.88), “a liberdade do artista se baseia no fato de ele precisar de sua obra, de estar

comprometido com sua obra e de ser necessário a sua obra”. Fatos esses evidenciados no depoimento de Van Gogh:

“A arte é uma espécie de profissão, é um compromisso, um compromisso de tocar minha música e pintar e, assim, eu acho que isso ajuda no meu tratamento viu? Me ajuda muito! Por que você se desenvolve como pessoa né? Começa ver que seu trabalho é importante!” (Van Gogh)

Em seu discurso, Van Gogh refere-se à arte como uma profissão exercida, sendo seus quadros frutos do seu trabalho como artista plástico. O participante é um dos usuários que consegue obter retorno financeiro por meio de suas pinturas. Seus quadros ficam expostos em uma feira mensal organizada entre o CAPS e o Departamento de Saúde Mental, além de vendê-los na instituição.

Sobre as vendas, há um acordo no retorno do lucro. Quando a obra é produzida no CAPS, com o uso de espaço e materiais da instituição, sessenta por cento do valor é retornado ao artista e quarenta por cento à instituição, que emprega esse dinheiro como uma ajuda de custo para comprar materiais para a oficina de ateliê e de artes. O valor retornado pelas vendas é uma de suas fontes para o auxílio financeiro, como demonstrado em seu relato:

“[...] aqui no CAPS, se eu fizer uma tela e vender por 100, tenho que da quarenta por cento para o ateliê, agora se eu pinto em casa e vendo la, o dinheiro é todo meu né? Então a arte também me ajuda a voltar um financeiro, ajuda sim, eu já devo ter vendido umas 30 telas só aqui, para psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, porteiros e “pacientes”, e é um dinheirinho né, que eu faço por um preço bem levinho, pra num pesar, por exemplo, o gás custa 60 reais, eu vendo uma obra por 60 e já levo o gás entendeu?” (Van Gogh)

O trabalho é visto como um dos principais instrumentos de inclusão social e sociabilidade. Nesse caso, trata-se de um trabalho solidário, para lucro pessoal e ajuda nas oficinas. Sua importância transpassa apenas a oportunidade de se ter um reforço na renda financeira, mas promove a autonomia, a identificação de um ofício e o resgate da cidadania (PACHECO et al., 2016).

As atividades artísticas propiciam a esses sujeitos a vivência da Clínica Ampliada, pois os usuários passam a ser muito mais do que meros expectadores de seu tratamento, eles vivenciam por meio da arte a oportunidade de protagonizar seu papel no mundo, atribuindo consciência e responsabilidade aos seus atos. Por meio desse protagonismo, a arte devolve a dignidade de viver em liberdade ao ser humano, como expressa o artista Ray Lima em uma de suas composições: “a arte é a linguagem de tecer cidadania”.

Compreendemos, portanto, que a arte provoca diversos sentimentos admiráveis em quem a experimenta de maneira plena, em sua entrega sensível e aberta ao viver lúdico. A arte

oportuniza a reconstrução de identificações, potencialidades e capacidades, além de ser uma ferramenta de grande destaque no processo de ressocialização.

4.3 ARTE E SAÚDE ACOLHIDAS COMO CUIDADO NAS OFICINAS TERAPÊUTICAS: POTENCIALIDADES EM DESENVOLVIMENTO

*“Outras vezes, outros tempos
Outros fins pelo avesso
Sabidos são os afetos
O amor é terapêutico”.*

(Cuidar do outro é cuidar de mim - Ray Lima)

Esta categoria aborda o contexto das oficinas terapêuticas como espaços de promoção de saúde. As oficinas terapêuticas são espaços que permitem a criação de vínculos, o contato com novas possibilidades e experimentações, além de auxiliarem no desenvolvimento e aprimoramento de habilidades requeridas por diversas atividades. Tendo como foco as oficinas expressivas, é possível compreender que o encontro entre a arte e um ambiente diferenciado para sua produção gera saúde e se estabelece como uma forma de cuidado, configurando as oficinas em espaços realmente terapêuticos.

Por meio dos relatos, podemos perceber que as oficinas terapêuticas são, de fato, reconhecidas como uma das principais formas de tratamento e cuidado no CAPS. Estes ambientes significam o CAPS como um ambiente prazeroso e saudável, sendo, muitas vezes, uma das únicas atividades que realmente estimulam os usuários a saírem da monotonia e da ociosidade negativa, como se apresenta nos discursos dos participantes:

“Às vezes eu fico desanimado, fico quieto lá no banco, fumando, quando eu não estou na oficina tocando, eu fico sem fazer nada, nada, fico na roda de amigos fumando.” (Lulu Santos)

“As minhas pinturas fazem parte da minha terapia, se não tivesse pintura eu talvez nem ia querer vim aqui. Quando eu comecei a vim aqui pensei “isso não vai dar certo”, mas aí fui pra sala de arte e passei a gostar cada vez mais de vim aqui.” (Picasso)

“A terapia faz a diferença, nas oficinas né? Porque você não fica assim, sem fazer nada, você tá fazendo alguma coisa sabe? Além do tempo que passa bem, faz a mente da gente se abrir mais, ficar mais inteligente, é quase igual um remédio né, é assim como se você tomasse um remédio bom e melhorasse, porque melhora minha saúde, me deixa de bom humor, a gente fica muito satisfeito né? A gente pensa, “poxa hoje eu fiz alguma coisa”. Quando eu saio daqui sem participar das oficinas e não faço nada, eu já saio preocupado daqui, porque eu penso, “fui lá e não fiz nada o dia inteiro”, pra você vê como essa parte aqui é importante.” (Van Gogh)

As oficinas possibilitam mudanças significativas no cotidiano e no hábito de vida dessas pessoas, é válido ressaltar que os momentos vividos cotidianamente durante as

atividades são carregados de sentidos, pois o que é experimentado propicia uma sensação única de cuidado e atribui sentido à participação diária dos usuários no CAPS.

É esta lógica do “cuidar” que devemos ressaltar, as políticas firmadas devem se estabelecer com base em uma assistência solidária à saúde, a qual construa práticas que permitam a inserção dos usuários em novos campos, reconhecendo os sujeitos e as suas vontades e escolhas, bem como oferecendo oportunidades que os afaste do isolamento, da sensação de inutilidade e da desocupação (CAPONI, 2000).

As oficinas expressivas legitimam este papel em uma política efetiva para se oferecer o cuidado, favorecendo a criação de um ambiente oportuno a uma prática solidária e compatível com os ideais da Clínica Ampliada do Sujeito.

Como demonstrado, as atividades artísticas desenvolvidas nas oficinas expressivas estão diretamente ligadas à terapia, dessa forma, tais atividades devem ser incluídas, seguindo as demandas e preferências dos usuários, no Plano Terapêutico Singular, o qual tem o objetivo de apresentar propostas e oportunidades capazes de promover melhorias nas condições de saúde, na recuperação da autonomia, assim como no desenvolvimento biopsicossocial (MARTINES et al., 2010).

Por meio das oficinas, os usuários conseguem se desenvolver, aprimorar e enxergar novas oportunidades, por isso, essas configuram-se como uma ferramenta que auxilia no enriquecimento e na potencialização de habilidades pessoais, bem como na aprendizagem de novas técnicas e atividades, trabalhando o “vir-a-ser”, ou seja, o tornar-se “mais humanamente possível”. Nesse sentido, segundo Paterson e Zdrad (1988), o indivíduo tem o potencial para estar bem, mas também para atingir o “estar melhor”, por meio da valorização do potencial humano.

Tal premissa pode ser evidenciada nos seguintes relatos:

“[...] porque depois que eu vim aqui para a cidade eu esqueci tudo que eu sabia, parece que fizeram uma lavagem cerebral em mim no hospital, mas agora eu pego o cavaquinho e vou reaprendendo de novo, reaprendi aqui no CAPS, dentro da oficina.” (Bezerra da Silva)

“[...] nem eu sabia que eu conseguia fazer desenhos, foi aqui que eu comecei a desenhar, o CAPS que me ajudou a enxergar esse dom, aí agora eu já comecei a pintar quadros. Foi muito bom ter vindo pra cá, dentro de casa eu não saía, ficava só em casa, agora não, agora eu venho pra cá sozinho e participo da oficina artística, começo a fazer novas coisas.” (Picasso)

“No CAPS eu fui me especializando, porque eu num tocava bateria não, o meu colega aqui que passou para mim, a estagiária também começou a me colocar na bateria, eu toco um pouco de violão, mas estou me aperfeiçoando mais, porque eu

era percussionista de zabumba e tambor, agora eu tô aperfeiçoando, aprendo bastante, a oficina aqui é uma escola.” (Roberto Carlos)

“[...] a minha família não tinha dinheiro e nem condições de pagar colégio de música para mim, mas aí aqui no CAPS eles montaram a banda, aí eu pensei “ah acho que dá para eu tocar bateria”, aí eu comecei a tocar e comecei a gostar, a música que toca na banda é boa né? Aí foi aí que eu comecei a tocar. A pintura eu também não desenvolvi antes, por causa da condição financeira da minha família, aí quando eu fui para oficina no CAPS eu comecei a fazer os primeiros desenhos na oficina.” (Van Gogh)

As oficinas artísticas criam ambientes saudáveis e livres do estigma da “doença mental”, o que propicia redescobertas e novas chances. O foco dessas atividades está no sujeito e na sua vontade, oportunizando formas de se aprender e reaprender diversas atividades. Nas oficinas, os usuários redescobrem suas capacidades e se apropriam de novas funções, vivendo novas relações, conquistando e reconquistando-se assim o cotidiano (DE ALMEIDA, ZEFERINO, FUREGATO, 2016; LAPPANN-BOTTI, LABATE, 2004).

Logo, esse espaço é imperioso, pois, muitas vezes, são as oficinais que aproximam os usuários da convivência social, da cultura e da arte. São nas oficinas que eles reaprendem diversas questões do cotidiano da vida, o que os tornam capazes de reestabelecerem seus gostos e vontades, reavendo a capacidade de fazerem escolhas e de experimentarem novos caminhos.

Tais descobertas eram impossibilitadas a essas pessoas, o tratamento asilar e manicomial as fadava ao isolamento e à sua descaracterização, nenhuma função que estimulasse o crescimento de fato lhes era permitida. A clínica alicerçada na razão disciplinar, afastava esses indivíduos da ludicidade imaginativa, criativa e intuitiva presente no cotidiano. Nesse contexto, as oficinas terapêuticas expressivas são propostas que atribuem um novo sentido ao cuidado. Segundo Camelo (2016, p.27), “nas oficinas terapêuticas é criado um ambiente informal e prazeroso em que aqueles, que muitas vezes apenas experienciam o fracasso e o insucesso, têm oportunidade para experienciarem o sucesso e a valorização pessoal”.

Desse modo, as oficinas oferecem os recursos mínimos abarcados para que estes sujeitos tenham acesso a oportunidades. Como demonstrado no relato de Van Gogh, sua iniciação no mundo das artes, por meio da pintura e da música, apenas se concretizou pelas oficinas expressivas apresentadas no CAPS. Talvez este seja o único ambiente que realmente lhe permitiria a oportunidade de aprender e desenvolver os dons artísticos, devido à sua condição financeira e conseqüente falta de oportunidade.

É notório, portanto, que as oficinas ajudam no crescimento do outro, por meio de suas potencialidades ativas. O “cuidar” está baseado nessa premissa, cuidar implica,

necessariamente em ajudar o outro a crescer e a se desenvolver, respeitando suas escolhas, seu tempo, seu ritmo e sua própria maneira. Os profissionais, estagiários e usuários entre si promovem esta confiança mútua no crescimento uns dos outros por meio das atividades lúdicas contempladas nas oficinas (MAYEROFF, 1971).

O crescimento efetiva-se por meio de reaprender o novo, de ter contato com o que se convida a viver de forma única e exclusiva. Nos relatos, é possível compreendermos que este crescimento advém do sentimento de autoconfiança, da sensação de sentir-se seguro, tendo uma base de apoio para se iniciar este processo individual. Sendo assim, o conhecimento estimulado por estas atividades também auxilia em um processo de evolução e crescimento pessoal, tais fatores representam a concretização da potencialidade humana presente intrinsecamente em cada sujeito em seu contexto histórico de vida (MASLOW, 1968).

No entanto, é importante ressaltarmos que os fatores elencados acima apenas são vivenciados quando as oficinas se estruturam com base em atividades terapêuticas, que privilegiam a livre expressão e proporcionam condições para que os indivíduos se desenvolvam e vivenciem, pelas atividades, os sentimentos de prazer e de realização.

Durante a observação das atividades nas oficinas, foi possível perceber que, muitas vezes, estas são guiadas por temas, havendo certa inflexibilidade por parte dos monitores em relativizar tais conteúdos. Com isso, o espaço acaba ficando restrito a determinado tipo de atividade, a qual, muitas das vezes, não é advinda das demandas dos usuários.

Outro ponto relevante diz respeito à diferenciação entre oficina de artesanato e artes, que acaba não ocorrendo, assim, há a incompreensão em relação às oficinas recreativas e terapêuticas. Esse equívoco faz com que os próprios usuários se sintam perdidos dentro desse ambiente. Durante o período de observação, percebemos muitos usuários desinteressados e frustrados, pois não possuíam algumas habilidades que eram demandas por determinadas atividades, assim, não havia vontade por parte desses em participar.

Esse não é um fato isolado, visto que muitas vezes essa diferenciação estrutural das atividades e do espaço não é compreendida pelos profissionais, as oficinas acabam se articulando como espaço para atividades de entretenimento, sendo projetadas com o único objetivo de fechar lacunas nos horários de atividades e evitar a ociosidade dos usuários, não sendo valorizadas como meio de se construir e produzir terapia.

Elaborar as atividades das oficinas sem considerar as demandas e os desejos dos usuários ou até mesmo exigir a obrigatoriedade da presença destes nas oficinas, são condutas que promovem atitudes que reforçam uma prática alienante no cotidiano. Foucault (2012) utilizou-se do “princípio da distração” justamente para exemplificar práticas que trabalham

apenas com o preenchimento de espaço e tempo, sem fins terapêuticos de fato. As práticas que aplicam o “princípio da distração” estão alicerçadas na manutenção do poder institucional por meio da tutela em relação aos usuários, suas escolhas e oportunidades (CARDOSO et al., 2014).

Segundo Moro e Guazina (2016), as oficinas devem romper com a lógica mecanicista estabelecida pelo modelo biomédico, não devem seguir com uma ordem preestabelecida, pois é preciso desconstruir as ideações das “instituições totais”. Assim, as atividades promovidas nesse meio não devem ser estritamente controladas e meramente ocupacionais. Nesse sentido, as autoras preceituam que:

A partir do que preconiza o Ministério da Saúde, as propostas das oficinas não garantem o efeito “terapêutico” das mesmas, é notório que as oficinas apresentem um viés muito mais ocupacional do que de fato promotor de cuidado em saúde mental. Logo, infelizmente, o fato de inserirmos práticas artísticas em Saúde Mental não garante que elas sejam terapêuticas, ou que possam produzir alguma potência de vida, ou ainda, uma experiência pela via da arte (MORO, GUAZINA, 2016, p. 37).

Fato este comprovado pelos entrevistados na pesquisa, os discursos de Van Gogh e Mário Quintana reforçam a ideia de que, muitas vezes, há um planejamento e uma execução equivocada das atividades nesses espaços.

“E não é todo dia que dá pra pintar, tem dia que tem tema, o tema é colorir, fazer bijuterias, preparar decoração pra data especial de alguma coisa, aí assim eu já não gosto, porque a minha pintura às vezes não se enquadra no tema.” (Van Gogh)

“[...] dar um desenho para colorir no ateliê não faz parte de uma terapia, como eles propõem, essa atividade prende a criatividade, é técnica e controlada, não faz a pessoa despertar. A pessoa que tem transtorno e não tem discernimento faz qualquer coisa que você oferecer, porque é novo e ele estará com uma ânsia de aprendizagem enorme, então ele aceita.” (Mário Quintana)

Analisando as falas, o fato da pintura não se enquadrar no tema e do ato de colorir ser referido como uma atividade que inibe a criatividade, se justifica exatamente pela compreensão de que a arte requer liberdade para se mostrar e acontecer, é no “sensível” vivido que as produções criativas se estruturam. Padrões e definições forçam o enquadramento de uma atividade que não deve ser realizada dentro de tal proposta, aliás a função terapêutica dessas criações está presente justamente através do livre meio de subjetivação que a arte em si oferece. Van Gogh relata que grande parte de suas pinturas passaram a ser produzidas em sua casa, justamente pelo ambiente das oficinas não favorecer a prática de tal atividade, devido à estrutura e à dinâmica preconizada:

“Em casa é melhor, eu desenvolvo em casa minha tela, porque aqui o ateliê é apertado, pequeno sabe? Tem uns problemas ali da mesa, as pessoas às vezes te esbarram sabe? Aí você tá fazendo ali um detalhezinho na pintura aí de repente te dão um esbarrão e ficam conversando alto também. E tem dias que quero pintar, mas aí o ateliê já tá ocupado com produção de bijuterias ou outras coisas que fazem lá. Lá em casa o tempo é livre, lá em casa é um silêncio também né, o pensamento sai melhor.” (Van Gogh)

Assim, as oficinas devem ser reforçadas pelo seu papel como dispositivos reabilitadores, que promovem saúde e oferecem ambientes propícios para a realização das atividades, levando em consideração os desejos e as vontades dos usuários na hora de planejá-las e sistematizá-las.

No entanto, apesar de carecem de uma melhor elaboração, as oficinas constituem-se como um dos espaços mais importantes para se promover a interação, o diálogo e trabalhar a reabilitação psicossocial. Desse modo, pudemos observar que quando há à operacionalização acertiva das oficinas, ocorrem resultados positivos. Nas oficinas, que eram conduzidas seguindo proposta terapêuticas, os usuários se encontravam tranquilos, contentes e focadas nas atividades desenvolvidas, a participação era realmente significativa.

Esses espaços são apontados como ambientes terapêuticos e representam uma das ações operacionais mais relevantes que podem ser concretizadas pelo CAPS, além do que, promovem uma alienação saudável aos problemas, permitindo que o indivíduo se concentre nas atividades. Estas são reconhecidas como uma válvula de escape, tal qual identificado nos relatos dos entrevistados:

“Na oficina, você esquece dos problemas do dia-a-dia, com certeza, porque quando você tá ali, você não vai pensar em outra coisa, você vai se concentrar ali na música e assim você se desconecta do resto das coisas da realidade.” (Roberto Carlos)

“[...] aqui no CAPS quando eu estou na oficina eu já não preciso disso, fumar e beber, não penso em fumar e beber, eu descobri que a oficina me afastava desses pensamentos, isso me ajudou muito, eu nem sei te explicar o quanto.” (Cecília Meirelles)

“Lá na sala de música, quando participo, eu não fico assim, com o pensamento preocupado com remédio, com psicose, com assistente social, você fica nesse caminho sabe? É isso, é um caminho para mim. Aí quando você chega de manhã, você já tem aquilo na mente, vou lá, vou tocar, vou cantar, vou pintar, aí junta um grupo e nós vamos pra lá, então esquece tudo sabe? Esquece que tá tomando remédio, esquece se o remédio tá fazendo efeito, essas coisas, não fica ali pensando, esquece os problemas, quando a gente tá lá na oficina, a gente não fica lembrando do cigarro, esquece um pouco o cigarro, isso é bom tem hora.” (Van Gogh)

Podemos inferir, desse modo, que a promoção do cuidado por meio das oficinas terapêuticas está presente no cotidiano vivido dos usuários nesses espaços, através das manifestações sensíveis das banalidades e atitudes que compreendem a microsociologia, ou

seja, pelo que é simplesmente vivido nestes ambientes (MAFFESOLI, 1996; MARTINES et al., 2010).

Watson (2002) aponta que, para o cuidado se efetivar de maneira harmoniosa, o ambiente deve ser um dos fatores convidativos para se experimentar este “cuidar”. Segundo a autora, deve haver “a provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e ou autocorretivo” (WATSON, 2002, p.256). O ambiente de cuidado deve oferecer meios que oportunizem o desenvolvimento pessoal das potencialidades, permitindo que o indivíduo possa escolher o melhor para si mesmo. Este não deve ser um espaço frio, pouco receptivo, sem interações e mecanismos animadores, mas sim um espaço aberto às vivências. As oficinas, quando estruturadas em conformidade com os preceitos terapêuticos, proporcionam um ambiente confortável e hospedeiro.

O escapismo dos problemas não ocorre apenas pela produção das atividades artísticas, mas também pela execução desta atividade ser prazerosa, pelos relacionamentos e vínculos constituídos, bem como pela atmosfera acolhedora construída nas oficinas. O sentimento de sentir-se bem e esvair-se dos problemas acontece pelo simples fato de estar se realizando uma atividade que os preenche em sua completude, psíquica, emocional e social.

Tal sensação contribui para que os usuários estejam presentes nos serviços, queiram participar das atividades e se mantenham distante de pensamentos negativos e hábitos não saudáveis por mais tempo. Ademais, reforça-se o vínculo entre eles, promovendo o sentimento de confiança e amizade.

As oficinas terapêuticas trabalham dinâmicas coletivas, o que permite maior interação entre os indivíduos, estagiários e profissionais, quando estes participam. Essa relação ajuda o usuário a não se sentir isolado, identificando-se como sujeito inserido em um meio onde possa partilhar sentimentos, anseios, recriar novos laços de amizade e confiança, reencontrando, assim, amparo e sustentação psicossocial por meio das relações traçadas, como apontado nos relatos dos participantes Bezerra da Silva e Cecília Meireles:

“Nas oficinas acontece dá gente ficar mais chegado nos profissionais, aí a gente pega confiança em vocês e vocês pegam confiança na gente, a gente bate mais papo né, e ali a gente tá aprendendo também. É muito importante isso acontecer.”(Bezerra da Silva)

“[...]mas mesmo quando a gente se sente bem, tem alguma coisa que a gente quer falar sabe? E nas consultas não ouvem, não assim, oferecendo um suporte né? Mas quando eles [profissionais] vêm participar das oficinas, conseguimos conversar melhor.”(Cecília Meireles)

O encontro entre os diversos atores nas oficinas propicia a comunicação e o diálogo sincero em um espaço acessível para este fim. Durante a observação realizada, pudemos

perceber que é nesse ambiente que os usuários dialogam abertamente com os profissionais e estagiários. Eles desabafam sobre diversos problemas, expõem situações difíceis que necessitam de enfrentamento, como ocorrências conflituosas vivenciadas no âmbito familiar e pessoal, e também tiram dúvidas sobre as medicações, exames, procedimentos entre outras temáticas.

Conforme notado no período de observação, certa vez, uma das usuárias estava se preparando para se submeter ao procedimento de colecistectomia e se encontrava com diversas dúvidas sobre o procedimento, apresentando-se ansiosa e receosa quanto à anestesia. Durante as oficinas, ela sempre questionava sobre tais pontos e fomos esclarecendo suas dúvidas, o que fez com que, durante as conversas, a usuária fosse se apresentando mais calma e segura sobre o procedimento.

Outro episódio vivenciado durante a observação foi o fato de uma das usuárias, durante a oficina de desenhos, ter optado por não desenhar, pois se mostrava indisposta. Ela, então, utilizou o material para passar uma mensagem. Por meio de um desabafo pessoal, a usuária relatou no papel que estava sem a medicação de controle da tireoide e de hipertensão, que não havia conseguido os remédios e estava sem dinheiro para comprá-los, justificando, assim, o seu estado de humor irritável e ansioso. É importante destacar que, segundo ela, isso não havia sido contado a nenhum profissional e familiar, o que demonstra a criação de vínculo afetivo e de confiança entre os envolvidos nas oficinas. Diante dessa informação foi possível realizar uma intervenção através da mediação do diálogo entre a usuária e sua referência, no caso, a profissional que a acompanha no CAPS.

As oficinas são reconhecidas pelos usuários como ambientes livres e propícios ao diálogo aberto, com características diferentes dos espaços fechados, neste sentido, elas objetivam produzir uma relação horizontal entre usuários e profissionais, promovendo um espaço de trocas e reforçando o vínculo e a confiança por meio da comunicação. Nesses ambientes, os usuários sentem-se desimpedidos e mais seguros a expressarem espontaneamente o que desejam e sentem. Conforme apontam os autores De Farias, Thofehrn e Kantorski,

Havendo na oficina terapêutica a interação, poderá ser viabilizada a outros profissionais que também fazem parte do CAPS, a oportunidade de verem a pessoa por uma perspectiva que vai além daquela experimentada pelo atendimento individual (DE FARIAS, THOFEHRN, KANTORSKI, 2016, p.9).

Dessa forma, a comunicação traçada pela horizontalidade entre usuários e profissionais dentro das oficinas faz com que a equipe tenha maior dimensão do universo de

sentimentos da pessoa do que teria se estivesse em um ambiente estressor, como os consultórios. Os fatos relatados bem como os depoimentos, reforçam a importância do vínculo na relação profissional-usuário.

A comunicação pode ser reconhecida como um dos fatores basilares na promoção do cuidado, através da comunicação verbal e não-verbal e da escuta não-diretiva e/ou objetiva, todas essas formas de comunicar ajudam o indivíduo a se expressar, por isso deve ser entendida como o processo de compreensão sensível das mensagens emitidas e recebidas (DE ALMEIDA, ZEFERINO, FUREGATO, 2016; STEFANELLI, CARVALHO, 2012).

Para que a comunicação horizontal e compreensiva ocorra, é preciso estar disposto a escutar o outro, em sua própria dimensão, pois só assim é possível traçar-se a “dialogicidade verdadeira”, em que ambos crescem, aprendem e se respeitam (FREIRE, 1996).

O diálogo faz parte da convivência entre os seres, sendo uma das exigências existenciais. Por meio do diálogo que se efetivam as relações humanizadas. No entanto, o “diálogo vivo” não ocorre apenas no ato de trocar ideias simplesmente, sem nenhuma intencionalidade, mas sim na construção de pensamentos, na problematização e na discussão sobre as ideias, confluindo-se, assim, em uma maior compreensão do que é pronunciado. O diálogo entre os sujeitos dispostos faz parte de uma construção infundável de possibilidades, de ajuda e de crescimento (BOFF, 2004; FREIRE, 1987).

Seguindo os pressupostos trazidos pela Teoria Humanística de Paterson e Zdrad, o cuidado e a prática em enfermagem ocorrem através da experiência vivida entre os seres humanos, do encontro entre duas pessoas. Paterson e Zdrad (1988) afirmam que a enfermagem é um “diálogo vivo” pelo qual os seres se encontram e se relacionam. Esse encontro se dá através da presença de um modo existencial na relação “eu-tu”, entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, sendo ambos componentes significativos no processo de cuidar.

O diálogo envolve o estar presente e a relação entre um chamado e uma resposta, a enfermagem oferece uma resposta ao outro, em um momento de necessidade, visando ao desenvolvimento do bem-estar e do “ser mais” (PATERSON, ZDRAD, 1988).

O “estar com” o outro na prestação do cuidado possibilita a experiência do diálogo vivido, sendo este o momento no qual o enfermeiro está por inteiro, dedicando-se a ofertar um meio propício para a interação enfermeiro e cliente, estando disponível para ouvi-lo e compreendê-lo. Efetivando-se a relação “eu-tu”, pode-se conhecer o outro em suas particularidades e oferecer uma assistência individualizada, ajudando-o a sentir-se apoiado e amparado (PATERSON, ZDRAD, 1988).

Stefanelli e Carvalho (2012) ressaltam que a comunicação deve ser uma competência interpessoal a ser desenvolvida com sensibilidade pelo enfermeiro, pois quando a comunicação terapêutica contempla a finalidade de compreender as necessidades do outro, a assistência consegue abranger as dimensões do ser e suas peculiaridades.

Desse modo, criar um meio que favoreça o diálogo terapêutico e a troca entre profissional e usuário é fundamental para se oferecer um cuidado efetivo durante o tratamento e o acompanhamento. Ao fundar-se na solidariedade, a comunicação favorece a confiança firmada entre os indivíduos, segundo Watson (2002), um dos melhores meios que a enfermeira pode usar para construir uma relação de ajuda e confiança é a comunicação harmoniosa e compreensiva.

O diálogo favorecido por esse meio não abrange apenas as relações entre usuários, profissionais e estagiários, mas também entre os próprios frequentadores das oficinas, de acordo com o relatado pelos participantes Roberto Carlos, Bezerra da Silva e Mário Quintana:

“A oficina ajuda na amizade, quando a gente conversa lá na banda, a gente pergunta um para outro: “o que tá acontecendo?” , “como tá?” , a música ajuda a unir mais a gente, viramos uma família, um olha pelo o outro, a gente tem uma proximidade junta, é uma família.” (Roberto Carlos)

“[...] e dentro do CAPS, lá no ateliê, a gente conversa, bate um papo, troca uma ideia, pensa nas ideias, é o tempo que você tá ali e começa a conversar com alguém e fica melhor. A oficina é o melhor lugar pra ficar.” (Bezerra da Silva)

“Eu acho muito bonito quando estamos todos unidos, compartilhando e desenvolvendo. A gente que ficou sozinho internado por muito tempo, perdeu muita amizade e aqui no CAPS vamos resgatando isso.” (Mário Quintana)

Por meio da aproximação e das relações cotidianas traçadas, cria-se o sentimento de cuidado um com o outro através do companheirismo. Esse afeto os tornam próximos a ponto de reconhecerem estas relações como relações familiares. Muitas vezes, esses usuários acabam não tendo suporte familiar em seus lares, pela fragilidade dos vínculos, pela perda de contato, justificada por longos períodos de internação e pelo próprio sofrimento mental em si, bem como a ruptura de redes sociais de amizades. Nas oficinas, esses vínculos se transvestem por uma afeição genuína que preenche esse espaço. Conforme demonstram os autores De Farias, Thofehn e Kantorski,

Quanto à interação entre os usuários, é relevante a possibilidade do contato e das relações interpessoais, havendo uma tendência a manifestarem sua compreensão dessa interação como sinônimo de oportunidade para o crescimento como ser

humano e para a reconstrução de laços afetivos perdidos após a doença (DE FARIAS, THOFEHRN, KANOTRSKI, 2016, p.9).

Segundo Maffesoli (1996), o ser humano constrói-se pela comunicação vivida nas relações cotidianas, o autor amplia a noção do termo “comunicação”, para ele, diversas potencialidades humanas estão inseridas nos processos de interlocução, “[...]sem dar a esse termo um sentido mais restrito, ele tem um forte componente hedonista, isto é, todas as potencialidades humanas: a imaginação, os sentidos, o afeto, e não apenas a razão, participam desta construção” (MAFFESOLI, 1996, p. 310). São as vivências, que permitem a significação desse processo ser sentido de forma plena e elementar.

Compreende-se, assim, de acordo com De Farias, Thofehr e Kantorski (2016), que as oficinas permeiam espaços onde os usuários possam agir e demonstrar seus sentimentos livremente, construindo polos de afinidades e confiança, buscando maneiras efetivas de se reorganizarem psiquicamente. Essas características fazem das oficinas espaços acolhedores e amáveis, como relata a participante Cecília Meirelles:

“[...] aqui achei ambientes que me acolhem, as oficinas me acolhem com afeto, gosto muito de ficar lá.” (Cecília Meirelles)

Nesse sentido, as oficinas passam a ser ambientes convidativos e aconchegantes justamente pelos encontros e relacionamentos traçados nesses ambientes. Tal fato nos faz compreender porque muitos usuários se inserem nesses espaços mesmo sem participarem das atividades artísticas de fato, durante a observação pudemos perceber que estes permanecem nas salas para conversar e interagir com os demais colegas, estagiários e profissionais, havendo intensas trocas durante esses diálogos, que perduram por todo período de funcionamento da oficina, além de cantarem junto e apreciarem os ensaios da banda, como vimos nas oficinas de música.

Essas relações não estão diretamente ligadas ao fazer artístico em sua forma estritamente técnica, mas ao ambiente lúdico e à oportunidade de vivenciar relações mais afetuosas nesses espaços, o que não podemos deixar de configurar como uma característica terapêutica das oficinas.

É esta experimentação do “estar-junto” que Maffesoli (1996) denomina de “ética da estética”, segundo o autor:

Essas relações tornam-se animadas por e a partir do que é intrínseco vivido no dia-a-dia, de um modo orgânico, além disso, elas tornam-se a centrar-se sobre o que é da ordem da proximidade. Em suma, o laço social, torna-se emocional. Assim, elabora-

se um modo de ser (*ethos*) onde o que é experimentado com outros será primordial. É isto que designarei pela expressão “ética da estética” (MAFFESOLI, 1996, p. 12).

A “ética da estética” pode estar presente exatamente nos ambientes relacionais, pois se compreende, nesse sentido, o prazer e o desejo de se estar junto sem um objetivo concreto ou definido, mas sim pelo fato de experimentar juntos as emoções. Dessa maneira, a atmosfera estética se compõe pelos sentimentos e afetos compartilhados (MAFFESOLI, 1996; SILVA, 2011).

É o cuidar da alma que se faz presente nesses cenários, por meio da sensibilidade do sentir-se acolhido, do “estar-junto”. Esta forma de cuidar, levando em conta as subjetividades emocionais, está presente na lógica paradigmática do cuidado transpessoal proposto por Watson:

Dentro do transpessoal, a arte e o artístico desempenham um papel muito mais consciente, intencional e proeminente, a todos os níveis. Isto vai desde as modalidades de cuidar-curar da expressão artística até ao espaço de arte que nos permite participar numa experiência profunda de humanidade, partilha através do tempo. Este cuidar da alma está a ser progressivamente integrado em práticas convencionais e não convencionais (WATSON, 2002, p.194).

Destarte, em face do acima exposto, é imprescindível valorizar os espaços das oficinas, considerando-as como ambientes terapêuticos, que proporcionam o desempenho de novas habilidades, bem como facilitam o encontro existencial entre os sujeitos, promovendo laços afetivos, essas relações interpessoais proporcionam ao indivíduo o desenvolvimento de suas potencialidades e o sentimento de bem-estar em um sentido amplo, a ponto de alcançar o “mais estar”.

4.4 HUMANIDADES E TECNOLOGIAS: TRANSVERSALIDADE DA ARTE COMO CUIDADO

*“E se você puder me olhar
E se você quiser me achar
E se você trouxer o seu lar
Eu vou cuidar, eu cuidarei dele
Eu vou cuidar do seu jardim”.*

(Os cegos dos castelo - Nando Reis)

Os fatos demonstrados no decorrer das categorias elencadas justificam a importância de haver investimentos em recursos humanos e materiais para a sustentação e o desenvolvimento das oficinas, pois a vivência no meio lúdico e seu valor terapêutico só podem ser alcançados se houver uma estrutura sólida no planejamento e na execução de tais

atividades. Tal categoria aborda este viés através dos relatos dos usuários e das demandas reivindicadas.

A oportunidade oferecida pela instituição ao programa de estágio é um fator relevante para a melhoria e funcionamento das oficinas. Pudemos perceber através das observações e dos depoimentos que são os estagiários que acompanham e orientam os usuários nas atividades:

“[...] com os estagiários tá bom, eles ajudam, ajudam muito, eles tocam junto com a gente, participam sabe? Agora as outras profissionais participam só vendo as vezes. Os estagiários que animam quando tá desanimado. Às vezes eu fico desanimado, mas escuto eles tocando lá com os outros, e vou pra lá.” (Lulu Santos)

“O ruim é que quando estamos mais acostumando com os meninos estagiários, eles saem, gira toda hora. Os estagiários são importantes na oficina, eles ajudam muito, porque cada um tem um jeito pra alguma coisa, tem uns que tem a mente para a música, outros para a pintura, uns para o futebol [...] no ateliê, mesmo faltando algumas coisas, a gente tá se virando, os estagiários ficam ali com a gente, e ali eles estão aprendendo e estudando também. Pra você ver, tenho carinho de verdade pelos estagiários, alguns estagiários são grande exemplo pra mim, eles viram amigos nosso, a gente nunca mais esquece deles.” (Bezerra da Silva)

Esses relatos demonstram que os estagiários de enfermagem e psicologia, em sua predominância, mantêm-se comprometidos com os indivíduos no desenvolver das atividades, ou seja, mostram-se disponíveis para interagir, ensinar e aprender. Nesses espaços, transcendendo suas funções para além do que é preconizado pelo plano de atividades e pelos requisitos tecnicistas listados, os discentes ampliam sua maneira de atuação respaldando-se pelo modelo psicossocial requerido para atenção à saúde mental e operacionalizando as tecnologias leves no cuidar (DE FARIAS, THOFEHRN, KANTORSKI, 2016).

A presença, no sentido de fazer-se disponível de maneira recíproca, efetiva-se pelo relacionamento entre “eu-tu”, “sujeito-sujeito” e “eu-nós”. Estes ocorrem quando pessoas abertas entre si e dispostas a se relacionarem de forma completamente humana se encontram, promovendo, assim, o “estar-com”, pois, para cuidar do outro, é preciso estar com esta pessoa em seu mundo, ir ao seu chamado e promover, desse modo, essa união (PATERZON, ZDRAD, 1988).

No que diz respeito à humanização do cuidado em saúde mental, a aproximação por meio da comunicação e do vínculo são fatores pertinentes, estes são fomentados por ambas as atuações nos espaços da oficina (BRASIL, 2015).

O cuidado dispensado por um viés humanizado diz respeito ao “cuidar” em seu sentido ampliado, cuidar das relações, das emoções, dos sentimentos, promovendo a satisfação pessoal desses indivíduos. Como pudemos intuir, o cuidado promovido no espaço

lúdico, por meio das relações e das criações, abrange o ser em sua longitudinalidade, não apenas o cuidar do corpo que habita o ser, mas o cuidar do ser em sua existência, nesse sentido, segundo Boff (2004, p.7), “o cuidar do corpo é sempre animado, cuidar do corpo de alguém, dizia um mestre do espírito, é prestar atenção ao sopro que o anima”.

O protagonismo das ações dos estagiários projeta bem essa ideiação. A participação nas oficinas auxilia no acolhimento dos indivíduos em um espaço onde se alcança um cuidado interpessoal, focado no alívio do sofrimento, na empatia e no ajudar o outro a crescer em seu próprio tempo por meio do reconhecimento da capacidade de progressão do outro (DANTAS, 2015; MAYEROFF, 1971).

A atuação dos estagiários pode ser vista de maneira positiva pelos usuários, justamente por eles se mostrarem solícitos e acessíveis a compreenderem os usuários e a ouvirem suas demandas. Embora algumas atividades sigam um roteiro mecanicista, é válido ressaltarmos que, muitas vezes, os estagiários têm autonomia restrita em seu campo de atuação, porém, mesmo diante de alguns empecilhos, eles se mostram abertos a entenderem os anseios, as vontades e as vivências dos usuários.

Essas relações carregam em si a apresentação da “ética-da-estética” por meio do vivenciar juntos as relações, estando os estagiários abertos e receptivos ao mundo do outro. Segundo Maffesoli, essa abertura compreende-se a “abertura aos outros, abertura as diversas características do ser, o despojar-se de um si” (MAFFESOLI, 1996, p.310).

São nessas vivências momentâneas que o olhar a estes usuários se mantém próximo, amigável e respeitoso, sendo essas características primordiais para se estabelecer o cuidado, como corrobora Mayeroff:

Para cuidar de outra pessoa, devo ser capaz de entendê-la e ao seu mundo como se estivesse dentro deste. Devo ser capaz de ver, como se tivesse seus olhos, como o seu mundo e para ela e como ela se vê a si mesma. Em vez de simplesmente olhar para ela de fora, com distanciamento, como se fosse uma raridade, devo ser capaz de estar como ela, em seu mundo, entrar nesse mundo, para sentir de dentro (MAYEROFF, 1971, p.57).

Esse entendimento deve ser compreendido por meio de ações e olhares compreensivos, oferecendo conforto e segurança através do “estar-com”, para que o ser confie na ajuda e no auxílio oferecidos. Sendo assim, muito mais do que meros monitores, os estagiários significam sua participação por uma presença existencial, que leva ao relacionamento e ao encontro terapêutico.

Outra questão abordada diz respeito à persistência e à dedicação dos estagiários em tornar as atividades, de fato, terapêuticas e produtivas, pois, mesmo diante da escassez de

materiais e insumos, os discentes se fazem presentes, tentando promover melhores condições para se efetivar o cuidado e as oportunidades trazidas pelas oficinas. Nesse seguimento, segundo Mayeroff (1971, p.29), “a dedicação aparece no fato de eu estar “ali” para o outro. Observada por um período de tempo mais extenso, ela aparece por minha constância, que se expressa pela persistência sob condições desfavoráveis e por meu desejo de superar dificuldades”.

Durante as observações realizadas, percebemos que os estagiários, muitas vezes, assumem o compromisso de coordenar tais oficinas, no sentido de prever e prover diversos materiais faltosos e de improvisarem meios para se trabalharem as atividades expressivas. Fato este demonstrado pelo discurso do participante Roberto Carlos:

“Os estagiários são bons, mas falta muito material, os estagiários, coitados, eles fazem o que eles podem, tá faltando é material, aí fica complicado, os estagiários têm que se virar com o que tem, é muito difícil, ainda assim eles estão lá, ensinam e ajudam, se não tem corda nas guitarras, eles vão lá e arrumam.” (Roberto Carlos)

Logo, podemos compreender que a atuação dos estagiários se perfaz com base na solidariedade, privilegiando o diálogo e o crescimento desses indivíduos. Tal forma de se viabilizar a assistência supera o vínculo da compaixão piedosa, uma vez que as ações promovidas pelos estagiários fortalecem os usuários ao invés de restringi-los ou torná-los dependentes, pelo contrário, por meio do processo de aprendizagem, estes melhoram suas condições de vida e sua saúde mental (CAPONI, 2000).

Além da participação dos estagiários, é preciso enfatizar a importância da participação dos profissionais que atuam no CAPS. O fato destes não participarem das oficinas é realmente sentido e percebido pelos usuários e nas entrelinhas pode-se perceber que a presença constante dos estagiários demonstra a ausência dos profissionais nas oficinas, como se confere nos relatos:

“Acho que se os profissionais viessem para as oficinas ia ser melhor, tanto pra eles, quanto pra gente, porque ali eles estariam vendo a melhora de cada um, mas isso aí só os estagiários vê, acho que os outros profissionais poderiam participar um pouco com a gente, incentivar mais e tá sentindo a evolução da gente, seria muito importante os profissionais ali, tirar um tempinho para ver como é que tá ali, pra eles saber que a oficina e a banda é uma coisa que nunca podia parar, tem que ter no CAPS.” (Bezerra da Silva)

“Profissional não vai lá né? Os formados né? Seria muito importante eles irem lá dá uma força, eles não vão, não é porque eles não querem, eles dão uma passadinha, dão um “tchauzinho”, mas não podem ficar, eles vão lá, mas só passam, porque não tem como participar, eles já fazem tanta coisa né?” (Roberto Carlos)

“Os profissionais deveriam acompanhar, só a enfermeira técnica que participa e organiza tudo, eles não veem o que as referências estão fazendo, tinha que acompanhar para saber da melhora que traz.”(Picasso)

Os profissionais encontram-se diante de novos desafios postos pelo redirecionamento das práticas em saúde mental. Os serviços substitutivos abarcam novas possibilidades de se reconstruírem meios para a reabilitação desses usuários, sendo assim, a atuação dos trabalhadores deve guiar-se pela projeção de planos terapêuticos e pela promoção de atividades que incluam este fator.

É importante elucidarmos que, para efetivar a reabilitação psicossocial, as interações entre equipe e usuários se fazem primordiais, assim, o profissional deve estar presente no acompanhamento das oficinas terapêuticas. A participação dos profissionais de nível médio e superior nas oficinas terapêuticas, é, inclusive, uma das exigências da Portaria nº 336, que pronuncia esse requisito em seu artigo 4º (BRASIL, 2002; DE FARIAS, THOFEHRN, KANTORSKI, 2016).

Porém, como demonstrado nos discursos dos depoentes, os profissionais do CAPS acabam não vivenciando a evolução dos usuários por meio das oficinas e não inserem a atuação nesses espaços em suas rotinas de trabalho. Tal fato demonstra como os profissionais ainda estão atrelados à lógica tecnicista, voltada para a produção de consultas e procedimentos centrados no saber biomédico, fortalecendo práticas endurecidas, que não abarcam em seu sentido os sentimentos, as emoções e toda carga sensível presente no cotidiano.

É possível perceber que o enfrentamento ao modelo da psiquiatria clássica, que preconizava práticas embasadas na tutela dos indivíduos e na centralização do olhar sobre o corpo biológico, ainda está em processo. A busca objetiva por demandas clínicas e afazeres administrativos voltados para a organização estrutural e burocrática do serviço, gera a escuta empobrecida e a negligência de tratamentos e ferramentas subjetivas que trabalham com o modelo de cuidado respaldado na Clínica Ampliada do Sujeito. Desse modo, as ações de saúde no CAPS, ao que tudo indica, não têm contemplado o cuidado como um encontro existencial, nem potencializado a sua dimensão reestruturadora e promotora do bem-estar (MERHY, 1997; PRADO et al., 2016).

Tais práticas contrariam a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual valoriza a participação dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção e de promoção de saúde, ressaltando a corresponsabilidade e o envolvimento entre profissionais e usuários para se atingir tal fim (BRASIL, 2015).

Nas oficinas terapêuticas, o ambiente lúdico apresentado valoriza não só a produção artística e seus feitos, mas também permite aos profissionais colocarem em prática o uso das tecnologias leves, desenvolvidas por meio do relacionamento e das interações. Nesse sentido, os profissionais devem refletir sobre suas funções exercidas, embora saibamos que a sobrecarga de atividades seja algo real, é preciso suscitar nesses indivíduos a importância das oficinas terapêuticas, que são os pilares do CAPS, além de sensibilizá-los a melhor compreenderem a necessidade desses serviços para os usuários e a exercerem seus ofícios em consonância com as disposições da Portaria nº 336 (DE ALMEIDA, ZEFERINO, FUREGATO, 2016; DE OLIVEIRA et al., 2016).

Os profissionais devem se enxergar como agentes transformadores em saúde e reverem o dimensionamento do cuidado cotidiano em suas ocupações, valorizando as subjetivações dos sujeitos em consonância aos aspectos psicossociais, preconizando a sensibilidade, a afetividade, a criatividade e a sensibilidade, isto é, valorizando a expressividade desses sujeitos (BERGOLD, AVIM, 2008).

Com base nas observações realizadas, podemos ressaltar a participação de uma das técnicas de enfermagem na coordenação e na atuação das oficinas, paralelamente à sua rotina de trabalhos na prestação de cuidado no posto de enfermagem. Tal participação foi apontada no relato do depoente Picasso. Essa profissional está sempre presente nas atividades dentro das oficinas, sendo três destas elaboradas e coordenadas por ela. Outro fator que nos chamou atenção foi a atuação do profissional artista plástico no CAPS, pois este não se faz presente nas oficinas, tendo um vínculo frágil com os usuários. Alguns dos frequentadores novatos do serviço não sabiam ao menos atribuir qual era a função dele na instituição.

É válido reconhecer que não são todos os profissionais que têm perfil para tal atividade, mas o que é pertinente nesse sentido é a presença, o “estar-com”, a interação atribui os sentidos mais sensíveis dessa proposta. A questão técnica também não se faz algo primordial, em algumas situações especiais, pode-se precisar de algum profissional capacitado com o conhecimento acadêmico, porém não é este o cerne da questão quando falamos de atividades terapêuticas, haja vista que se enfatiza, nesse ambiente, o livre processo criativo e expressivo e o encontro vivido entre os seres.

É importante ressaltar que as oficinas devem ser realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS, assim cada atividade deve ser coordenada por um profissional diferente e trabalhar diversos temas advindos das demandas dos usuários. Essa dinâmica oportuniza aos profissionais a chance de vivenciar junto aos usuários o conjunto de emoções e

significados pertinentes a esse ambiente, porém em muitos serviços essa proposta não é consolidada (SILVA et al., 2017).

Um dos itens ressaltados nos depoimentos de Cecília Meireles e Mário Quintana diz respeito ao perfil dos profissionais atuantes no CAPS e a resistência por parte destes em compreender o modelo de atenção substitutivo e suas mudanças trazidas à prática assistencial:

“Quem tá trabalhando nisso, tem que saber, tem que conhecer, pra ver que aqui tem que lhe dar com ser humano, entendeu? Queremos coisa com sentido. Não é só o fato de vir pra cá e participar de uma oficina. Mas isso é uma coisa que o profissional só vê se gostar e se estiver motivado pra tá aqui, se não, se for só vim tomar remédio, consultar e participar do que tem, quando abre, se abrir, aí o CAPS não fica sendo terapêutico entendeu? Porque o que eles propõe, junto com a prefeitura, é existir terapias para que aquelas pessoas que tenham sofrimento mental e já passaram a vida inteira mesmo castigadas, coitadas, jogadas no manicômio, sem ter uma família para entender, sem ter alguém pra conversar né? Porque todo mundo precisa disso. Essas pessoas deveriam revigorar. Então, quer dizer, o que foi proposto, não tá acontecendo, porque por mais que o usuário tenha o dom e goste do meio da arte, não consegue desenvolver, as pessoas que trabalham não entendem o valor disso.” (Cecília Meireles)

“Acho que ainda não evoluímos muito, porque o discurso e a prática ainda são enraizados, não é só o governo, a política, o sistema, se não tiver dentro da pessoa, do funcionário aquela visão bastante abrangente, no sentido de ele saber o porquê tá fazendo aquele trabalho e ter essa abertura de compreender que transtorno não tem que vir acompanhado de segregação e punição, a coisa vai fluir. O problema é que eles escolhem funcionários totalmente alheios aquelas situações de trabalhos mais humanos, aí fica difícil, porque aí ele vai agir, falar e pensar reproduzindo o que fez e viu no passado. Eu acredito que a nova geração de profissionais vem vindo com um olhar diferente, o problema é que eles ainda não conseguiram chegar no sistema, ainda tem muita gente antiga.” (Mário Quintana)

Dentro desse contexto alguns pontos podem ser problematizados. A reorganização dos serviços substitutivos emergiu com o objetivo de reformular as estratégias de atenção e promoção à saúde mental, no entanto para que esta transição seja efetivada, é necessário, como pré-requisito basilar, a ocorrência de mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais atuantes nesses serviços (PRADO et al., 2016).

Muitos desses indivíduos são profissionais egressos de instituições manicomiais e orientam sua atuação com base no modelo de práticas retrógradas, focadas no controle, na punição, na vigilância e nos procedimentos, tratando e dirigindo-se aos usuários como meros objetos, sem a compreensão da dimensão humana de possibilidades que habita esses seres. Além disso, mesmo os profissionais formados no período pós-reforma encontram dificuldades e possuem fragilidades para atuar de maneira abrangente e aberta nos CAPS (MERHY, 1997; PRADO et al., 2016).

A formação exigida para a atuação no CAPS III, de acordo com a Portaria nº 336, em seu artigo 4º, refere-se à exigência de que alguns cargos possuam especialização na área de saúde mental, a enfermagem é uma das categorias incluídas neste item. Embora não sejam todos os serviços CAPS que contemplem essa normativa (BRASIL, 2002).

Os cursos de especialização e residências na área e até mesmo a graduação, têm algumas fragilidades em seus planos curriculares, ocasionando a formação de “técnicos” na área da saúde mental, com uma concepção fechada sobre os recursos terapêuticos, com a formação ainda focalizada no trabalho clínico, não contemplando as subjetividades do ser. Muitas vezes, durante a formação, não ocorre a promoção de reflexões críticas e evolutivas sobre os serviços e suas demandas por um viés diferente e inovador, proposto pelo processo da Reforma Psiquiátrica e pela implementação da RAPS (BEZERRA, 2016; JÚNIOR, 2016).

A Reforma tem sua importância como marco histórico, as portarias e programas que constituem todo arcabouço legislativo também são essenciais para a transformação paradigmática do modelo de assistência à saúde mental, contudo, a formação acadêmica deve acompanhar esses avanços. Os indivíduos devem ter aporte teórico e prático no decorrer de sua formação para que se formem profissionais aptos e habilitados para atenderem as demandas densas da saúde mental, dentro da perspectiva da atenção psicossocial (DA COSTA et al., 2017).

O suporte emocional e terapêutico deve ser desempenhado com sensibilidade e preparo, os profissionais devem compreender a importância de trabalhar com tecnologias de assistência que vão além do corpo biológico e suas funções, para que, assim, não haja a reprodução de práticas unidirecionais voltadas para a lógica manicomial e nem ocorra a negligência de ferramentas inovadoras e criativas centradas nas necessidades emocionais dos indivíduos portadores de sofrimento mental (DA COSTA et al., 2017; MERHY, 1997).

Um dos agravantes nesse cenário, ocorre também, devido à duração dos contratos dos profissionais não efetivos da rede pelo Município, com duração de um ano e prazo de renovação por mais um ano. A alta rotatividade de profissionais é um fator dificultador para a promoção de vínculo e inserção nas atividades no CAPS.

Uma questão a ser refletida diz respeito à incompatibilidade de demanda e oferta de atividades nas oficinas terapêuticas. A obrigatoriedade da participação nas oficinas durante a formulação do chamado “contrato” no acolhimento, gera alguns impasses, pois para que esse requisito seja de fato cumprido, primeiramente, deve haver disponibilidade e vontade por parte dos profissionais em atuar nesses espaços, promovendo atividades terapêuticas e

significativas que suscitem nos usuários a vontade de frequentá-las. E a participação nas oficinas não deve ser uma imposição e sim uma oportunidade de escolha.

Como consequência do despreparo na atuação dos profissionais e dos demais fatores dificultadores, há o comprometimento do funcionamento das oficinas, que, muitas vezes, depende da disponibilidade dos profissionais e acaba sendo prejudicado, embora os estagiários sejam atuantes e estejam presentes em alguns períodos ou, a exemplo, nas férias destes alunos, as oficinas carecem de algum monitor para que as atividades ocorram, como verificado no depoimento dos entrevistados Cecília Meireles, Mário Quintana e Bezerra da Silva:

“[...] por exemplo tem um amigo meu aqui que vem, mas fica doído para ir embora, ele vem porque assinou o contrato, não é prazeroso para ele, porque não tem mais as atividades que ele gostava. Ele me perguntou, “o que tem de oficina hoje?” eu respondi que hoje não ia ter, não tinha ninguém para fazer.” (Cecília Meireles)

“Aqui eu vejo, muitas pessoas chegando, está ficando cheio de usuários e não tem atividades e nem profissionais para conduzir essas atividades, ficamos na rotina da ociosidade, uma ou outra oficina funciona bem.” (Mário Quintana)

“Se não tem estagiário e profissional para atuar na oficina, a oficina não abre, então é uma coisa importante isso, de ter alguém lá para abrir e fazer funcionar. Às vezes, você pode ver, tem hora que não tem ninguém lá, aí nós mesmos que juntamos, montamos e ficamos lá tocando, quando deixam abrir a oficina.” (Bezerra da Silva)

A falta de profissionais atuantes nos espaços das oficinas, gera implicações negativas na condução dessas atividades na ausência dos estagiários. A ociosidade e falta de opções de atividades, acaba provocando, em alguns usuários, a desvalorização do CAPS como ambiente terapêutico (CARDOSO et al., 2014).

Inclui-se também nessa problemática, o fato das portas das salas onde ocorrem às oficinas de “ateliê”, “arte”, “música” e “poesia” se manterem fechadas durante o dia, esses espaços são abertos apenas na presença de um monitor, sendo este responsável por retirar e recolher as chaves ao final de cada período, como ilustrado no discurso de Bezerra da Silva.

A incompreensão do espaço das oficinas e sua finalidade pelos profissionais, é uma das questões mencionadas pelos usuários:

“Por exemplo, a música me faz bem, eu estava aperfeiçoando o canto, mas eu preciso de um lugar para desenvolver, para me soltar, extravasar, fazer a terapêutica acontecer de verdade. E agora já tem mais esse problema de não poder usar da forma que a gente quer. Eu até entendo que não pode ser alto para não incomodar, deve ser chato para os vizinhos também mas deveria ter uma saída né? Ninguém gostou disso.” (Cecília Meireles)

“Na sala do ateliê você viu lá, alguns escritos na parede? Então, para as pessoas comuns e que trabalham aqui, aquilo é vandalismo, elas olharam e falaram “está tudo sujo”, mas aquilo não é nada disso, aquilo é expressão artística, aquilo é uma expressão, é uma expressão de alguém que achou um meio para se expressar, mesmo que os desenhos sejam desordenados e as palavras desconexas e confusas, mas é dele, e ali não é a sala de arte? Isso é a imaginação fluindo.” (Mário Quintana)

Durante a observação de campo foi possível presenciarmos algumas situações que envolvem as problemáticas apresentadas nos depoimentos. Na sala onde ocorre a oficina de música não há isolamento e/ou revestimento acústico, assim, não há absorção dos sons emitidos, o que ocasiona a propagação e reverberação sonora por todo ambiente da instituição. Geralmente as oficinas de música acontecem no turno da manhã, se iniciam após as dez horas e tem seu término às dezesseis horas da tarde, respeitando os intervalos de almoço e café da tarde dos usuários, ou seja, ocorrem em horários flexíveis.

Devido à propagação sonora, a oficina de música é alvo de reclamações e críticas por parte de alguns profissionais e de denúncias por parte da vizinhança do entorno, visto que o CAPS se situa em uma área central do Município. Durante o período de observação, presenciamos a ocorrência de algumas denúncias direcionadas ao serviço devido à perturbação sonora, respaldada pela Lei de Contravenções Penais, em seu artigo nº 42 e, claramente, atreladas à estigmatização do ambiente e seu público alvo frequentador.

Após o ocorrido, foi solicitado aos participantes da oficina de música que os instrumentos fossem tocados em modo acústico, sem utilizar o meio eletrônico, por meio dos amplificadores. Este fato foi alvo de inúmeras reclamações por parte dos usuários, como mostra o relato de Cecília Meireles. A equipe não se posicionou acerca do ocorrido, não houve um diálogo esclarecedor com os usuários, nem proatividade em buscar uma resolução mediadora para a situação, os profissionais demonstraram apatia e indiferença em relação ao ocorrido.

Outro fato mencionado no depoimento do entrevistado Mário Quintana, diz respeito à manifestação de um dos usuários, que, participando da oficina de artes, em um momento onde não havia estagiários e profissionais presentes na sala, escreveu nas paredes diversas frases e desenhou diversas formas geométricas. O usuário se encontrava em acolhimento nos quartos do CAPS III, e frequentava algumas oficinas. O modo de expressão utilizada por ele gerou críticas por parte dos profissionais, que não refletiram sobre a compreensão sensível da expressão artística e libertadora que estava envolvida neste processo, promoveram um olhar simplista, zelando apenas pelo patrimônio, e, como consequência, mantiveram maior rigor sobre o controle dos espaços das oficinas após o episódio.

Nessas situações, fica claro os resquícios das formas asilares predominantes por longos anos no tratamento desses indivíduos, por meio de privações e proibições, algo contraditório ao que é apregoado nas novas legislações que subsidiam e respaldam as atividades nos serviços substitutivos, logo, há a necessidade dos profissionais estarem presentes e repensarem esses espaços, como espaços livres e dedicados à atenção aos usuários (CARDOSO et al., 2014).

Diante do exposto, é considerável que os profissionais sejam sensíveis a esta modalidade terapêutica e às atividades artísticas desenvolvidas, bem como aos benefícios trazidos, são essas práticas minúsculas que significam e compreendem o “cuidar”, estando junto aos usuários, neste sentido, segundo Watson (2002, p. 195), “a arte serve para humanizar e revitalizar os cuidados de saúde, tanto para o doente como para o profissional”, ambos vivem os sentimentos de conforto em uma sinergia completa e única, estabelecida por essa tríade de relações entre arte, cuidado e sujeitos.

No âmbito da assistência em enfermagem, Watson (2002) discorre sobre a necessidade de se cultivar a sensibilidade para si e para os outros, ou seja, a enfermeira deve sentir a emoção como ela se apresenta, pois, desenvolvendo seus próprios sentimentos, a pessoa pode interagir sensivelmente e verdadeiramente com a outra, tal premissa é válida para as diversas relações entre diferentes profissionais e usuários. Nesse ponto, o olhar ampliado sobre o exercício do cuidar deve deixar-se inclinar sobre o ser em si e em suas necessidades.

Logo, é preciso que os profissionais voltem sua atenção para os detalhes, para as frivolidades do dia-a-dia, tornando as relações mais humanas, fazendo com que o indivíduo em sua totalidade seja o foco de suas práticas de trabalho. Nessa perspectiva, podemos nos ancorar ao sentido atribuído ao termo “socialidade” proposto por Maffesoli (1996), que se fundamenta no “estar-junto” vivenciando as banalidades cotidianas envoltas pelo lúdico, pela criatividade imaginativa e pelas emoções afetivas, pois esses atributos se somam e valorizam a vida e as relações sociais. Nas palavras do autor (1996, p. 107), “significa que a vida social não poderia se reduzir às simples relações racionais ou mecânicas, que servem, em geral, para definir as relações sociais”, ou seja, uma relação verdadeira não se permeia apenas por meios técnicos, mecânicos e objetivos, principalmente se tratando da assistência em saúde mental.

O encontro entre profissional e usuário exige a mediação de uma relação aberta e compreensiva, em que ambos exerçam juntos o cuidado por meio do vínculo constituído. Nesse sentido, podemos refletir sobre o “trabalho vivo” proposto por Merhy:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de fala, escutas, interpretações, no qual há a produção de uma acolhida (MERHY, 1999,p. 308).

O trabalho vivo diz respeito às duas principais dimensões que nos faz compreender o trabalho como prática social, sendo elas, a realização de atividades produtoras de bens, que estão ligados a alguma finalidade e necessidade, e a outra dimensão se vincula ao profissional e sua relação com as ações efetivadas, bem como sua relação com os diversos atores envolvidos no trabalho vivo, equipe multiprofissional e usuários. São essas dimensões que significam a produção do trabalho vivo em saúde, com predomínio das tecnologias leves relacionais, tendo como principal compromisso a assistência e atenção focada nas necessidades biopsicossociais dos indivíduos (MERHY, 2002).

Compreendemos assim, que é necessário oportunizar a esses profissionais momentos mediados pela reflexão da *práxis* assistencial como uma função que transcende a ação tecnicista, que deve trabalhar diretamente com tecnologias que contemplem as vivências e determinantes sociais, culturais e psicológicos do ser. A sensibilização por intermédio das atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), direcionadas às prioridades, aos desafios e ao processo de análise do trabalho, são fundamentais, visto que a EPS propicia a educação sustentada a partir da problematização da própria prática (DA COSTA et al., 2017)

Toda equipe que atua na assistência deve repensar sua prática nos moldes alicerçados nas inovações tecnológicas que otimizem o processo de cuidado e que sejam a base para uma abordagem clínica sensibilizadora e eficiente (DA COSTA, et al., 2017).

As oficinas e suas demandas, além de necessitarem de recursos humanos, requerem insumos materiais para sua estruturação e funcionamento. Este é um item que se mantém problemático na estrutura do CAPS. As oficinas são propostas do Ministério da Saúde, porém não há recursos mínimos direcionados para tal fim, assim os materiais necessários são adquiridos por meio de vendas de artesanatos, quadros e doações. As oficinas sofrem com a enorme escassez de produtos basilares para seu funcionamento, sendo este fato, um item levantado pelos usuários, que se mostram queixosos quanto a esta situação, como demonstrado nos trechos:

“Se eu pudesse falar com a coordenadora geral, de tudo, da prefeitura, eu falaria para ela ajudar e não deixar a banda acabar, pra sempre ter oficina, pra ter nossos instrumentos. Eu falaria isso, para ela sempre manter a banda de pé.” (Lulu Santos)

“Agora, tem que pedir ajuda pra melhorar as oficinas, tá bom sabe? Mas assim melhorar, investir mesmo. Por a gente pra tocar na praça, nos eventos da cidade, nos clubes, que nem essa banda aqui da minha camisa toca, tem que falar que isso ajuda, pedir ajuda na prefeitura, falar né, que as vezes eles acham que não faz diferença, que não ajuda né, tem que mostrar que é ao contrário, que isso ajuda aqui, não é só um hobby não, tô ali tocando e botando minha cabeça para funcionar.” (Lulu Santos)

“Assim, as oficinas estão meio fracas né? Com pouco estagiário, e também tem a questão de material né? O material aqui tá bem ruim, tá fraco, porque a banda também precisa de material né? Recurso né? Falta recurso para as oficinas, fica ruim, tem que comprar os materiais né? Ali no ateliê tem que comprar muito material mesmo, eles tem que ver que isso traz positividade para a gente e investir. O CAPS tem esse negócio de ser terapêutico por causa das atividades de oficinas, a gente melhora praticando essas atividades, se não tiver, ai fica complicado.” (Van Gogh)

“O que você deveria levar para essas autoridades é a questão de que nós ficamos muitos anos segregados. Eu por exemplo, eu não ia para o pátio quando estava internado em minha juventude, por causa da minha agressividade e do nervosismo, eu ficava em enfermarias de leito para crises, no meio de injeções, ampolas e seringas enormes. Me impregnavam, me davam comida por sonda e eu e vários daquela época erámos visto pelo núcleo familiar e pela sociedade, como seres incapazes de fazer qualquer coisa, entende? Se o governo prestasse atenção nos benefícios que a arte traz pra inserir a pessoa que tem transtorno mental na sociedade, eles irião se espantar, eles irião ver que deve haver investimento e ajuda na compra das coisas que precisa ter.” (Mário Quintana)

Os entrevistados ressaltam os benefícios conquistados por meio de suas participações nas oficinas e argumentam sobre a necessidade dos membros da equipe reconhecerem tal fato, bem como sobre a importância de haver o investimento adequado.

A solicitação de verbas e materiais pelos usuários é constante, embora esta não seja uma responsabilidade única e exclusiva dos funcionários e da coordenadora, e sim das tramitações e dos repasses do Ministério da Saúde ao Departamento de Saúde Mental do Município.

De acordo com as autoras Marinho e Rosa (2017), há certa dificuldade por parte dos gestores em diferenciar o CAPS de uma unidade de saúde tradicional, pois não há a devida compreensão da rotina e dos processos de trabalhos produzidos nesta instituição especializada de saúde, e, ainda, pela falta de identificação da missão e objetivos institucionais. Está incompreensão gera dificuldades na aquisição de materiais para as oficinas.

A escassez de investimentos na saúde pública é um outro obstáculo. O valor repassado ao CAPS nem sempre supre o necessário, havendo, nessa perspectiva, inúmeras necessidades prioritárias que antecedem estas atividades e não conseguem ser contempladas.

Durante o período de observação foi oportunizada a participação em uma reunião quinzenal chamada “assembleia”, que ocorre no CAPS, entre funcionários, usuários e seus familiares. Nas assembleias há elaboração de diversas pautas relacionadas às questões do

funcionamento interno da instituição e das atividades oferecidas, bem como de diagnósticos situacionais levantados pelos usuários (SILVA et al., 2017).

Na assembleia assistida, havia poucos profissionais participando, muitos permaneceram em suas funções de trabalho durante o encontro. Na sala se encontravam a psicóloga, coordenadora do CAPS, dois psiquiatras, três técnicos de enfermagem, a enfermeira RT e uma das enfermeiras assistencialistas, uma assistente social, duas psicólogas, dois estagiários, as residentes de psicologia, enfermagem e serviço social e a equipe da limpeza composta por duas profissionais. Apenas dois usuários estavam acompanhados por seus familiares, sendo ambos acompanhados pelas irmãs.

O ambiente estava tranquilo, havia cerca de vinte usuários e a reunião tinha como mediador um dos profissionais do CAPS. Um livro de pautas foi preenchido com a ajuda de um dos usuários e posteriormente assinado por todos os presentes. A reunião teve a duração de aproximadamente uma hora e meia. Entre as principais pautas dos usuários estavam a má qualidade das refeições oferecidas e a falta de recursos materiais e humanos nas oficinas, sendo esta uma temática sempre levantada com muito empenho pelos usuários, porém o problema persiste sem uma solução razoável para tal fim.

Pudemos perceber que a ideia de se viabilizar as reuniões é extremamente positiva, porém o encontro não ocorre de maneira aberta e democrática, pois a participação dos usuários e de seus familiares, quando estes comparecem, algo que não é recorrente, se respalda mais em aceitar o que é proposto. Os contextos econômicos, políticos e sociais não são discutidos, ocasionando, assim, o fenômeno da “alienação” e despolitização, mesmo que de forma não intencional pela equipe multiprofissional.

A não participação dos usuários na construção das atividades, que estão inclusas no cotidiano e tratamento na gestão do serviço, gera implicações negativas para a estruturação deste, assim como o descontentamento por parte dos usuários. Como demonstrado nos relatos de Cecília Meireles e Mário Quintana:

“Aqui nós somos os beneficiários, mas nossa força é pouca aqui, a força de quem recebe é pouca, então não é aquela coisa, que a pessoa pode pensar e falar assim “vou, vou falar”, aqui não, por mais que a gente fale, não é tido aqui como uma grande relevância, porque a gente não tem essa força. Não tem essa força, e não são os usuários daqui que conseguem entender isso, muitos não tem nem essa noção, se tá ruim, se tá bom. A assembleia sempre fala das mesmas pautas porque elas não são resolvidas, sempre é coisa da oficina também, porque parece que o profissional não entende o valor da oficina aqui dentro.” (Cecília Meireles)

“Uma vez reclamei sobre a maneira que a oficina estava sendo conduzida, e ouvi um discurso assim, “vocês têm comida, café e internação de graça quando precisam aqui no CAPS”, escutei isso muitas vezes aqui, escutei a primeira vez, a segunda

vez e na terceira vez eu me abri com os funcionários, e falei “esse serviço é direito nosso, é uma política criada com base na evidência”, não gostaram, eles não me olharam com bons olhos.” (Mário Quintana)

A distância entre profissionais e usuários, construída pelo modelo de relações verticalizadas, ainda predominante, gera a pauperização da escuta por parte dos trabalhadores e a superficialidade no diálogo para discutir as reais demandas dos usuários. Como consequência dessa desvinculação, a atuação dos profissionais nas estratégias de atenção psicossocial são elaboradas sem contemplar as vontades e necessidades dos usuários, produzindo, então, atividades mecanicistas, envolvendo apenas o que a equipe julga ser necessário para esses indivíduos.

De acordo com Prado et al. (2016, p. 425) “[...] percebe-se que pensar em gestão participativa do sistema de saúde implica a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações”. Para que se efetive a gestão participativa do usuário nos serviços, os meios de informações devem ser claros e acessíveis e os meios de comunicação devem estar abertos a escutar e acolher as opiniões e críticas persistentes, sem julgamentos ou menosprezo das informações repassadas. O acesso dos indivíduos que possuem algum tipo de sofrimento mental aos meios de comunicação nos serviços de saúde é respaldado pelo artigo 1º da Lei nº 10.216, em sua alínea VI, “ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis” (BRASIL, 2001, p.1).

O processo de participação social dos usuários nos serviços e nas estratégias de atenção desenvolvidas nos planos terapêuticos, estimula a produção de espaços para se reconquistar e conquistar a cidadania, efetivando, assim, o passo inicial para se atingir o controle social, ou seja, a luta participativa por seus direitos. Sendo a participação social um dos princípios doutrinários do SUS assegurado pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8080/90 e nº 8142/90 (PRADO et al., 2016).

A voz dos portadores de sofrimento mental ainda não ecoa sem barreiras, a voz ativa ainda é suprida pela aceitação e anulação por parte da própria gestão, neste contexto há a interligação de vários vieses, desde o despreparo por parte dos profissionais para atuar no serviço, até as relações de poder implícitas e do estigma preconceituoso e excludente presente na sociedade e no interior dos serviços substitutivos especializados (PRADO et al., 2016).

Esta é uma problemática histórica reforçada pela afirmação do “discurso da verdade”, ligado unidirecionalmente à epistemologia médica, apregoado à delimitação do pensamento reducionista, entre o discurso detentor do saber dos profissionais e a inércia e despolitização

total do “louco”. É possível afirmar que a prática discursiva como produção e dispositivo de poder se mantém presente nas relações da assistência à saúde mental (FOUCAULT, 2012).

Este fato se exemplifica pelo relato de Cecília Meireles:

“Essa coisa do governo tá em parceria com uma unidade que trata da saúde mental é bem maquiada, a política é maquiada, a política é uma coisa e a realidade é outra, a realidade nossa eles não sabem, porque não é levado muito em conta. Não acontece de encarar mesmo frente a frente o problema, que vem aqui, que procura saber, não procuram conversar com uma ou duas pessoas, como você mesmo faz quando chega aqui, para saber o que está acontecendo. Isso é muito importante. Mas acaba que são eles que decidem.” (Cecília Meireles)

A transformação de sujeitos sujeitados em sujeitos protagonistas e atuantes ainda é um desafio a ser enfrentado no campo da saúde mental. A lógica da razão terapêutica compassiva ainda é utilizada como base para as estratégias de atuação e cuidado, anulando a vontade e liberdade do ser. Por meio da ruptura do “eu” e da perda da singularidade, de acordo com Caponi (2000, p. 37) “faz-se do doente um ser desprovido de seus direitos elementares” (FOUCAULT, 2012 ; FREIRE, 1996).

No lugar do sujeito político proativo, reforça-se a lógica do sujeito disciplinar, segundo Foucault (2012, p. 72) “restituem-lhe a plenitude dos seus direitos” e as restrições e anulações em seus discursos são postas para que se mantenha o princípio do controle.

Toda a escassez demandada pelo discurso dos usuários, e as relações assistenciais inapropriadas protagonizadas pelos profissionais que atuam no CAPS, emergem da rede de micropoderes operada pela instituição, o que Foucault (1979) chamou de “Microfísica do Poder”. Entendemos, nesse sentido, que o poder está implícito nas práticas sociais cotidianas, está presente no elo entre indivíduo, instituição e discurso, assim como na posição relacional. A cadeia hierárquica estruturada por funções precisas compondo a rede de controles, docifica o corpo dos sujeitos que se encontram à margem e na periferia dessa estrutura (FOUCAULT, 2012).

Está estrutura, que põe em funcionamento o exercício do poder, do controle e da submissão, se mantém presente nos serviços, embora tenha ocorrido avanços com o processo da Reforma Psiquiátrica. O predomínio dessa lógica se sustenta pelo sistema que é criado e operacionalizado pelas instituições (FOUCAULT, 2012).

De acordo com o depoimento de Cecília Meireles:

“Tem o pessoal que comanda e coordena mas parece que eles também ficam travados, porque tem aquela coisa da hierarquia entendeu? Então quer dizer por mais que eles queiram, eles não têm essa autoridade toda para mudar. Existe essa

hierarquia com a gente também, por isso é difícil falar e ser escutada.”(Cecília Meireles)

A participante deixa em evidência a lógica seguida pela verticalidade das relações e pela rede de poderes atuante, não apenas entre os profissionais e usuários, mas entre a própria gestão. As relações e estratégias de poder são necessárias e fazem parte da base estruturadora das instituições, porém a rede deve servir como princípio de organização, não de controle, anulação e dominação (FOUCAULT, 2012).

Essas condutas fortalecem a repetição de práticas do modelo tradicional de assistência à saúde mental. A falha no planejamento das atividades, que acabam não sendo direcionadas ao objetivo de suprir às solicitações dos frequentadores, pode gerar a institucionalização e a cronificação desses indivíduos, justamente pela tutela dos corpos, pelo princípio da alienação e pelo desincentivo ao desenvolvimento da visão política participativa. Essas ideias estão presentes nos relatos de Cecília Meireles e Mário Quintana:

“As vezes o profissional fala assim, “ah o CAPS, CAPS é o lugar daquelas pessoas né ,que ficaram a vida inteira dentro de um manicômio, então existe para poder incluir eles e aquilo ali tá bom, porque já tá melhor que antes”, mas a gente que tá aqui sabe que não tá, porque não é assim, as coisas não funcionam desse jeito, porque é como se colocasse a gente aqui e deixasse. Nós que entramos, apesar de está gostando, tem hora que a gente fica chateado, porque você vai ficar andando pra lá e pra cá o dia inteiro? Ninguém aguenta, mesmo que a pessoa esteja tomando remédio, fica chato.”(Cecília Meireles)

“O que acontece, não tem maltrato, mas também não cumprem com a terapia. Precisamos da terapia para inserir na sociedade. Nessas horas lembro muito de uma poesia do Mário Quintana, que se chama “jardim interior”, que fala assim: “o que mata o jardim, não é silêncio ou a ausência, o que mata o jardim é esse olhar vazio de quem por eles passa, indiferente”, escutou isso? Isso é triste.” (Mário Quintana)

O participante Mário Quintana se emocionou ao citar a poesia durante a entrevista, e relatou que aquela era a demonstração íntima de como ele se sentia sendo assistido no serviço, fazendo uma analogia ao jardim, no contexto poético trazido em seu depoimento.

A implementação do serviço é um avanço dentro da proposta política e da organização da RAPS, mas para que a instituição seja realmente estruturada sobre o prisma do cuidar terapêutico e faça sentido para os usuários, é imprescindível que a Reforma Psiquiátrica ocorra por um viés sensibilizador em quem atua nesses lugares. O olhar vazio deve ser preenchido no eixo lacunar de se efetivar a devida atenção ao contexto dos determinantes sociais de saúde e na atenção emocional e subjetiva ao ser. Compreender o que é do outro e

suas necessidades são as premissas basilares para que se possa operar as mudanças necessárias, enfrentando as diversidades deixadas por um modelo fragmentador do cuidado.

De acordo com Merhy (1999), os trabalhadores da saúde devem ser capazes de realizar intervenções que satisfaçam a necessidade e os direitos dos usuários de acordo com suas realidades. Reconhecer o direito de falar, criticar, questionar e propor do usuário, dando espaço a sua palavra em um serviço voltado às suas necessidades, também é um ato de cuidar e corrobora para que o CAPS mantenha como foco a assistência transversal ao indivíduo e que o espaço seja, de fato, terapêutico e ressocializador (PRADO et al., 2016).

As mudanças na estruturação do serviço e na relação profissional- usuário, podem auxiliar na reconstituição de valores que ajudam no resgate da proatividade e em novos ordenamentos para a vida dos indivíduos possuidores de algum sofrimento mental, oportunizando a retomada do poder contratual destes usuários. Nesse contexto, afirma Kinoshita (2001, p.56) “a contratualidade do usuário, primeiramente estará determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem, se estes podem usar seu poder para aumentar o poder do usuário, ou não”.

A compreensão de se investir em novas propostas e inovações tecnológicas do saber e da prática, sustentam iniciativas inovadoras, criativas e centradas nas necessidades prioritárias que se pretende assistir, promovendo o cuidado solidário e acolhedor. Contudo, apesar das inúmeras fragilidades apontadas, em concordância com os depoimentos dos participantes, o CAPS tem tentado se estruturar como dispositivo de cuidado, por isso o investimento nas oficinas terapêuticas deve ser uma das prioridades a ser compreendida e afirmada pela gestão.

O entendimento científico do uso das tecnologias leves deve ser suscitado pelos profissionais, pois são essas tecnologias que contribuem para uma *práxis* terapêutica e resolutive, sendo essas pontuações que advêm do próprio discurso dos usuários e suas necessidades (CARDOSO et al, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

(Chico Xavier)

Algumas considerações afluíram durante o processo de condensação das informações e finalização da análise, foram várias as reflexões suscitadas no desenvolvimento do presente trabalho. Apresentaremos a síntese compreensiva das informações neste capítulo final.

O vivido durante a pesquisa, bem como o desvelar dos participantes, vislumbram novos entendimentos sobre as práticas assistenciais subjetivas e o uso das tecnologias leves, que acrescentam cientificismo e conhecimento ao exercício das funções assistenciais desempenhadas no contexto da atenção psicossocial, tornando a *práxis* profissional humanizada, empática e resolutiva em ambas as esferas compostas pela transversalidade do ser.

O trabalho propiciou a participação ativa dos usuários entrevistados na construção desta pesquisa, visto que estes foram os principais atores do estudo. O encontro sinérgico entre participante e pesquisadora fluiu de maneira harmoniosa, o que propiciou o diálogo aberto, sendo este um dos valores atribuídos à riqueza da pesquisa, que atingiu a profundidade analítica preceituada pela Sociologia Compreensiva.

A participação dos usuários por meio das entrevistas, os incentivou e os sensibilizou para a importância da participação social na construção singular de debates e reflexões sobre o processo de saúde e doença, bem como promoveu, de maneira sensível, a escuta atenta de suas vivências e demandas. Os usuários puderam expressar suas frustrações, críticas, opiniões e atribuir o sentido da arte como perspectiva do cuidado relacional e emocional em suas experimentações cotidianas.

A escolha e estratégia de seleção dos participantes foi um dos itens relevantes do trabalho, visto que pudemos perceber a escassez na produção científica que envolva a participação dos usuários do serviço de saúde nos estudos, quando estes possuem algum tipo de sofrimento mental.

O objetivo de entrevistá-los transpassou os impasses burocráticos apresentados em respaldo à Resolução nº 466/12, que, indiretamente, demonstra os efeitos enraizados da estigmatização e da obstaculização da participação desses em estudos científicos. A exigência do Termo de Assentimento e as exaustivas explicações solicitadas e disponibilizadas ao Comitê de Ética em Pesquisa Humana da instituição proponente na etapa de análise do

projeto, exemplificam a lógica associada ao discurso excludente que emerge do corpo social direcionado a esses indivíduos e que perdura a longas datas.

A atenção a saúde mental emergiu em meio à homogeneização de ações disciplinares em práticas terapêuticas, assim, condutas assistenciais coercitivas e punitivas, firmadas por meio do isolamento e da segregação do indivíduo possuidor de sofrimento mental, fomentavam a base do modelo asilar. Tais ações resultaram em práticas violentas, que foram alvos de inúmeras denúncias.

O movimento militante, político e social da Reforma Psiquiátrica, deflagrado durante a década de 70, marca o início da transição paradigmática e epistemológica dos saberes teóricos/práticos da psiquiatria. Para os fins legislativos o movimento impulsionou e propiciou o advento e sancionamento da Lei Federal nº 10.216/2001, que estabelece os direitos dos portadores de sofrimento mental, além de embasar a reestruturação da rede de assistência.

O processo de redirecionamento do modelo asilar foi alicerçado por lutas sociais e desdobramentos políticos, o que culminou na implementação de diversas portarias e programas na lógica reformista, priorizando a atenção comunitária e substitutiva às internações de longo prazo. Para reafirmar o conjunto de estratégias incluídas nos objetivos e metas dos serviços direcionados à saúde mental, em 2011 é implementada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), responsável pelo acesso dos portadores de sofrimento mental nos serviços de saúde em suas diversas complexidades e interligações de referência e contra-referência.

As marcas deixadas pelo modelo asilar ainda ecoam nas práticas de assistência à saúde mental e, embora seja difícil superar esse modelo, que foi exemplo e esteve vigente desde o nascimento da psiquiatria, é inegável reconhecer os avanços promovidos pelas políticas públicas e o desenvolvimento de novos programas respaldados na atenção psicossocial, vislumbrando novas práticas e saberes no campo da saúde mental, alicerçados em mecanismos reestruturadores e dinâmicos disponíveis por meio das atividades psicoterapêuticas.

A transposição desse modelo está em vigência e as tentativas de superação estão sendo estabelecidas com a implementação de novos serviços substitutivos, porém, é válido considerar que a sensibilização e a desconstrução por parte dos profissionais e da gestão que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, devem ser realizadas com primordialidade e devida compreensão, para que os meios sensíveis, que trabalhem a subjetivação do ser sejam contemplados como ferramentas do cuidado.

O estudo propôs pesquisar os sentidos atribuídos pelos usuários ao desenvolvimento das atividades artísticas nas oficinas expressivas, com o propósito de contribuir no cenário de pesquisas que abordam a temática direcionada à inovações assistenciais que potencializem o uso de ferramentas ativas e transformadoras.

A metáfora nos propiciou a compreensão dos conteúdos desvelados nos relatos dos participantes, a análise apreendida nas categorias analíticas estruturadas, expressam os sentidos e vivências advindos do cotidiano lúdico existente em meio às expressões artísticas.

A projeção dos conteúdos internos por intermédio dos diferentes meios artísticos fazem o elo terapêutico com a expressividade dos sentimentos velados, apresentando a essência do vivido. O meio artístico propicia a livre expressão e demonstração do estado emocional puro do ser, assim, por meio das linguagens artísticas o indivíduo consegue vivenciar de forma mais sutil e serena, sentimentos de angústia e tristeza. Esses fatos estão inclusos no auxílio de melhorias no desenvolvimento emocional e reequilíbrio psíquico, oferecendo a sensação de conforto e imperturbabilidade, sentidos no desenvolvimento de suas criações.

A arte e sua amplitude de sentidos e significados pode ser considerada como parte do tratamento dispensado por meio da assistência psicossocial, visto que, além de coadjuvar positivamente no estado de humor e oferecer suporte para o enfrentamento de situações difíceis, bem como a sensação de tranquilidade e relaxamento, a arte pode promover também melhorias nas condições motoras comprometidas, auxiliando no desenvolvimento e reabilitação da motricidade humana, por meio da reabilitação contínua exercida durante as atividades que exigem a operação de movimentos manuais e corporais. Além do desenvolvimento intelectual e cognitivo, através do acesso à cultura e à dinâmicas que trabalham com a memória, com a imaginação e o desenvolvimento da criatividade.

O portador de sofrimento mental sofre as consequências da estigmatização negativa por meio do isolamento e da difícil efetivação da inclusão social respeitável. O pensamento de que essas pessoas não têm a capacidade de produzir, aprender e exercer algum ofício ainda é estruturado por grande parte da população, nesse sentido, como relatado nos depoimentos, compreende-se que a arte e suas demonstrações promovem a principal ligação dos usuários com a promoção da ressocialização.

Através das apresentações e mostras de trabalhos, estabelece-se a aproximação entre os indivíduos e o meio social, o que ocasiona mudanças na compreensão do olhar social sobre os portadores de sofrimento mental, promovendo algumas rupturas paradigmáticas e diminuindo a distância entre a normalidade aceitável e a dissociação categorizada em seu

estado puro como uma doença incapacitante. A conjuntura do ser passa, então, a ser resgata através da compreensão de que a vida vai muito além do diagnóstico e que este não os define.

O reconhecimento e a valorização atribuídas aos trabalhos e seus autores permeiam o processo de reconfiguração do “eu”, da retomada da identidade social do ser. A anulação da singularidade, consequência da ruptura perversa de suas identificações, como mecanismo de descaracterização imposto pelas instituições asilares fizeram com que esses indivíduos fossem reduzidos ao título depreciativo de “loucos”.

Ao assumir um novo papel tem-se a possibilidade de ressignificação da imagem, propiciando a tomada de uma identificação que afirma o “estar com o mundo”, ocasionando a abrangente compreensão do ser e suas habilidades, descaracterizando a doença e apresentando o sujeito que se manifesta por trás dos sintomas atribuídos ao sofrimento mental. Ser reconhecido e atuar como artista os aproximam da convivência social respeitosa, valorativa e acolhedora, por isso as apresentações e exposições de trabalhos são relevantes. Este também é o início do resgate à cidadania. A função e o ofício são condições promissoras para ser aceito e acolhido socialmente e não se sentir excluído e marginalizado.

A produção dos trabalhos promove sentimentos positivos, que envolvem a autoestima e autoconfiança, assim como retoma a possibilidade dos usuários se reconhecerem como seres dotados de potencialidades e habilidades. A etapa de autoconhecimento e descobertas é essencial para o tratamento terapêutico, pois envolve o eixo do autocuidado. As condições de assistência que lhes foram oferecidas durante anos e que ainda persistem em algumas instituições, não lhes possibilitava a chance de desenvolver qualquer competência e aptidão, visto que esses eram enxergados apenas como corpos maleáveis, subjugados ao estigma de “não-sujeitos” ou de seres incapazes.

O desenvolvimento de uma postura positiva frente as próprias capacidades e o respeito a si mesmo, são condições que auxiliam no desfruir de uma vida mais saudável e gratificante, além de transformar o “corpo doente” em um sujeito social ativo.

Averiguado o sentido compreensivo dos relatos, pudemos perceber que as oficinas, quando operacionalizadas e sistematizadas dentro da lógica terapêutica, oportunizam meios para o desenvolvimento de aprendizados, o acesso à cultura e informações, assim como a vivência de novas experiências, promovendo vínculos afetivos entre usuários e profissionais, contribuindo, ainda, para a efetivação da ressocialização. Tais fatores confluem diretamente na manutenção de uma vivência significativa, nesse sentido, os usuários atribuíram às oficinas terapêuticas como sendo uma das principais ferramentas de cuidado oferecidas pelo CAPS.

O ambiente lúdico, que trabalha com dinâmicas coletivas, é um ambiente favorável à integração entre os usuários que compartilham experiências e atuam juntos. O espaço transpassado pela fluidez dos sentimentos, e pelas livres expressões e apresentações, possibilita o diálogo sincero e o encontro existencial potencializado pelas relações horizontais que são desencadeadas nas oficinas entre usuários, estagiários e profissionais participantes.

O encontro interpessoal em uma esfera longe das padronizações mediadas pela mensuração de dados, checagem de sinais e sintomas, anamnese investigativa, questionários e roteiros, promove um elo de confiança que auxilia na reestruturação das relações amigáveis e terapêuticas, que proporcionam a escuta ativa e aberta à compreensão das histórias, vontades e demandas do outro. Essas relações efetivam o cuidado, que é promovido pela experimentação da prática vivida pelo “estar com”, ajudando o indivíduo em seu tratamento e desenvolvimento contínuo.

A importância conferida à atuação dos estagiários nas oficinas terapêuticas baseia-se justamente no princípio da oferta do cuidado solidário e próximo. Como demonstrado nos relatos, a maioria das oficinas são ofertadas por estagiários, fato este que demonstra o distanciamento dos profissionais dessa prática.

É imperioso ressaltar que há várias problemáticas envolvidas na negligência da operacionalização das oficinas por parte dos profissionais atuantes no CAPS, bem como na inserção e atuação em práticas que utilizem ferramentas subjetivas inclusas nas tecnologias leves.

Como discutido, o predomínio do modelo biomédico, orientado pela fragmentação do ser e, conseqüentemente, do cuidado, está presente nas práticas assistenciais, que se unidirecionam para a produção de procedimentos, reforçando práticas duras e tecnicistas. Alguns dos profissionais atuantes nesses serviços substitutivos são egressos de instituições manicomiais, este fato justifica a dificuldade destes em compreender as mudanças paradigmáticas e epistemológicas e superar essa transição. Percebe-se, também, que a função da prática profissional no CAPS centralizou-se em suprir as necessidades institucionais e distanciou-se dos principais atores do serviço, os usuários.

Depreende-se pelos relatos que, presumivelmente, os profissionais não assimilam de forma compreensiva os espaços das oficinas como meios de se produzir saúde e terapia, e da arte como ferramenta terapêutica incluída em tecnologias inovadoras de trabalho na atenção psicossocial. Este desentendimento advém de fragilidades na formação, no direcionamento das atividades desempenhadas e no despreparo para se realizar a escuta ativa e atenta das necessidades, vontades e demandas dos usuários. Esses indivíduos, na luta pela emersão por

sua participação social, ainda têm suas explanações subjugadas e muitas vezes desconsideradas, como demonstrado nos relatos.

Assim, as relações vivenciadas no cenário vigente da assistência em saúde mental demonstram que os profissionais encontram dificuldades e fragilidades em trabalhar com a Clínica Ampliada do Sujeito, centralizando a atuação em práticas mecanicistas e burocráticas, não contemplando a base de conhecimentos e proposições de mudanças decorrentes do período emergente após início da Reforma Psiquiátrica. Esses vieses interferem no comprometimento dessas atividades, fato resvalado negativamente na assistência terapêutica dispensada aos usuários.

A formação acadêmica também é um fator relevante a ser problematizado e discutido, pois as grades curriculares ainda se delineiam ao predomínio das práticas tecnicistas e mecânicas. Não há a relativização aplicada ao uso das diversas tecnologias e suas funções necessárias nos diferentes contextos na assistência. Trabalhar conteúdos subjetivos e guiar a formação com base nos serviços comunitários, que exigem uma prática criativa, dinâmica e humanizada, ainda é um obstáculo que impacta diretamente na qualidade da atuação dos profissionais.

Outra questão ligada à operacionalização e estruturação das oficinas terapêuticas refere-se à demanda por recursos materiais e financeiros, esta temática desaponta nos discursos dos entrevistados como uma problemática conflituosa e sem resolução, visto que não há o devido investimento e repasse do valor direcionado a esses gastos pelo Ministério da Saúde, que se mostra comprometido pelo cenário social e político vigente de escassez em recursos destinados à saúde pública no Brasil.

Os diversos desdobramentos temáticos compreensivos e desvelados nas entrevistas, evidenciam uma série de eixos interligados ao serviço e às atividades expressivas, desde o ambiente, aos profissionais e aos recursos necessários para o devido funcionamento das oficinas terapêuticas.

O trabalho teve como objetivo geral compreender a visão e os sentidos atribuídos pelos usuários ao fazer artístico no cotidiano vivido nas oficinas expressivas do CAPS. Este objetivo foi apreendido devido ao aprofundamento dos depoimentos, que foram emocionalmente expostos e desvelados em detalhes e relatos intensos, que abarcaram toda a densidade emocional contida nas entrelinhas dessa prática, favorecendo uma análise ampla e concisa.

Por meio dos relatos dos entrevistados, o trabalho expôs de maneira clara e objetiva, a importância das ações terapêuticas que a arte e todo o simbolismo composto por esta oferecem.

A pesquisa traz reflexões sobre a necessidade de se rediscutir o modelo de cuidado na atenção psicossocial, a partir da percepção e olhar dos usuários participantes da pesquisa, para que, assim, as subjetividades e as densidades emocionais do ser, sejam contempladas na assistência à saúde mental, com intuito de promover, melhorias na sistematização das atividades e consequências positivas em benefício aos usuários.

O trabalho, alicerçado na temática da arte como ferramenta de cuidado, oportunizou reflexões para novas formas de atuação na Rede de Atenção Psicossocial, corroborando para a reestruturação das ações e condutas dos profissionais. A presente pesquisa atribuiu conhecimento tecnológico, contribuindo para uma *práxis* solidária, compreensiva, que promova o cuidado transversal e tenha seu respaldo no cientificismo pelo uso de tecnologias inovadoras de cuidado.

Pretendeu-se com a ampliação compreensiva sobre o objeto de estudo da arte como recurso terapêutico, redirecionar a assistência e resgatar o cuidado humanizado e empático, que descentraliza o olhar das questões estritamente clínicas e do uso majoritário de tecnologias duras, oportunizando práticas que relativizem o modelo biomédico por intermédio de ações de cuidado que abarquem o ser e suas densidades biopsicossociais.

É importante frisar que além das divulgações científicas, a presente pesquisa objetivou-se a apresentar resultados relevantes para a prática assistencial, comprometendo-se com o benefício do retorno social e com a meta de promover mudanças operacionais no serviço, otimizando a prática profissional dos trabalhadores e o cotidiano terapêutico dos usuários.

Uma limitação deste estudo é contemplar o vivido cotidiano de usuários de apenas um dos serviços de saúde mental, o que não faz inferência em outras realidades, restringindo a universalização dos resultados. O estudo contemplou na seleção dos participantes, usuários que atuam no meio artístico, novos estudos podem realizar pesquisas complementares, abrangendo aos demais perfis de usuários. Os achados dessa pesquisa conferem e permeiam a necessidade e a continuidade de estudos que esquadrihem novas perspectivas de cuidados baseados em tecnologias leves no vivido cotidiano dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial.

6 REFERÊNCIAS

ABRAHAO, Ana Lúcia; AZEVEDO, Flávia Fasciotti Macedo; GOMES, Maria Paula Cerqueira. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no centro de atenção psicossocial. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 55-71 2017.

ALDRIDGE, David; GUSTORFF, Dagmar; NEUGEBAUER, Lutz. A preliminary study of creative music therapy in the treatment of children with developmental delay. **Arts Psychother**, v. 22, n. 3, p. 189-205, 1995.

ALVES, Marcelo da Silva. **O Lúdico na interação aluno-paciente no cotidiano da enfermagem psiquiátrica**. 1999. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

ALVES, Wedencley; FARIA, Aline. Comunicação, Arte e Loucura: Atravessamentos discursivos em Imagens do Inconsciente. **Revista ECO-Pós**, v. 15, n. 3, p. 128-143, 2013.

AMARANTE, Paulo; CAMPOS, Fernanda Nocam. **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2012, p. 206.

AMARANTE, Paulo et al. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 125-132, 2012.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p.136.

AMARANTE, Paulo; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2023-2029, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Org.). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Dsm V**. 5. ed. Brasil: Artmed, 2014. p. 992

ANTONELLI, Márcia Cristina Quaiatti. Vivenciando a arte e a criatividade na instituição: oficina de pintura. **Revista Saberes Universitários**, v. 1, n. 1, p. 63-77, 2016.

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAÚJO, Sicília Maria Moreira; CÂMARA, Cândida Maria Farias; XIMENES, Verônica Moraes. Arte e saúde comunitária: contribuições para a compreensão do processo de desinstitucionalização. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 4, n. 2, p. 106-115, 2012.

AUSTIN, Diane. **The theory and practice of vocal psychotherapy: songs of the self**. Philadelphia: Jessica Kingsley, 2008. p. 224

AZEVEDO, Medeiros; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes . Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 339-345, 2011.

BAPTISTA, Iuri Furukita; GAMBA, Janaina; WEBER, Karina. Sociologia, política e arcaísmo—Entrevista com Michel Maffesoli. **Sessões do Imaginário**, v. 19, n. 32, p. 01-04, 2015.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde debate**, v. 40, n. 108, p. 178-189, 2016.

BATISTA, Eraldo Carlos; FERREIRA, Dayane Fernandes. A música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência. **Rev. Psicologia em Foco**, v. 7, n. 9, p. 67-79, 2015.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, p. 391-404, 2014.

BENETTI, Idonezia Collodel; DE OLIVEIRA, Walter Ferreira. A escrita como recurso terapêutico: quando o silêncio fala alto. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 19, p. 67-76, 2016.

BERGOLD, Leila Brito; AVIM, Neide Aparecida Titonelli. Visita musical: estratégia terapêutica fundamentada na teoria do cuidado transpessoal. **Online Braz Journal Nurse**, v. 7, n. 1, 2008.

BERNARDI, Mariely Carmelina; PRADO, Marta Lenise; KEMPFER, Silvana Silveira. Delineando e articulando distintas fontes de dados: o desafio da triangulação no processo de análise qualitativa. **CIAIQ2015**, v. 1, p. 261-264, 2015.

BEZERRA, Benilton Júnior. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 3, n. 4, p. 1 – 9, 2016.

BITONTE, Robert; DE SANTO, Marisa. Art therapy: an underutilized, yet effective tool. **Mental Illness**, v. 6, n. 1, 2014.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 199 p.

BORGES, Viviane Trindade. Memória e (re) construção de si nas obras de dois “loucos” artistas. **Métis: história & cultura**, v. 6, n. 12, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF), p.86. 2004

_____. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento:** Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios. Brasília – DF, 2013.

_____. **Lei n o 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília- DF 2011

_____. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília- DF, 2015.

_____. **Portaria nº 3.088,** de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília -DF 2011

_____. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Brasília -DF 2002.

_____. **Portaria nº 189 de 20 de março de 2002,** que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília-DF 2002.

_____. **Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005.** Determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Brasília – DF, 2005.

_____. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília – DF, 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília- DF, 2005.

_____. **Resolução CNS Nº 466,** de 12 de dezembro de 2012: estabelece Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília – DF, 2012.

_____. **Saúde Mental em Dados – 12,** ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília – DF, 2015.

_____. **Caderno humaniza SUS- Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed. 2015. Brasília – DF, 2015.

_____. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005. Brasília – DF, 2005.

_____. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS.** Brasília -DF, 2011.

BRITO, Diwlay Anne Silva et al. A transdisciplinaridade na construção da prática psicológica e no campo da Clínica. **Revista Húmus,** v. 5, n. 14, p. 1-23, 2015.

BULECHEK, G.M, et al. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 6. ed. Elsevier Brasil, 2015. p. 640.

CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira, et al. A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura. **INTESA**, v. 9, n. 1, p. 85-90, 2015.

CAMELO, Carlos Vicente. **A comunicação e a relação em musicoterapia na deficiência mental**. 2016. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Musicoterapia. Universidade Lusíada de Lisboa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.185

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DO AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 9-100.

CARDOSO, Amanda Vieira Macedo et al. Cuidando com Arte: a promoção da saúde por meio da música. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 1, p. 714-735, 2016.

CARDOSO, Antonio José Costa et al. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 57-63, 2014.

CENTRE D'ÉTUDES SUR L'ACTUEL ET QUOTIDIEN (Paris, França). **Curriculum vitae professeur Michel Maffesoli**. 2015. Disponível em: <<http://www.ceaqsorbonne.org/node.php?id=91>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. 2006, p.168. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Paraíba, Campina Grande, 2006.

COLWELL, Cynthia M.; MURLLESS, Kathleen D. Music activities (singing vs. chanting) as a vehicle for reading accuracy of children with learning disabilities: A pilot study. **Music Therapy Perspectives**, v. 20, n. 1, p. 13-19, 2002.

COQUEIRO, Neusa Freire; VIEIRA, Francisco Ronaldo Ramos; FREITAS, Marta Maria Costa. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, p. 859-62, 2010.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes et al. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014.

DA COSTA, Tiago Dutra et al. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Biológicas & Saúde**, v. 7, n. 23, 2017. p. 1 – 13

DA NÓBREGA, Juliana Fernandes et al. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2012.

DA SILVA, Alessandra Garrido Sotero. Os caminhos da memória e o inconsciente coletivo. **Revista Garrafa**, v. 1, n. 11, p. 1-9, 2017.

DA SILVEIRA, Nise. **Jung: vida e obra**. 7º ed., Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1997, p 180.

DANTAS, Charleia de Abreu da Silva. **O acolhimento humanizado em saúde mental**. 2015. 40 f. TCC (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

DAVIES, Christina; KNUIMAN, Matthew; ROSENBERG, Michael. The art of being mentally healthy: a study to quantify the relationship between recreational arts engagement and mental well-being in the general population. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 2-15, 2016.

DE ALMEIDA, Denize Alves; ZEFERINO, Mariana Gondim Mariutti; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Relação de ajuda do enfermeiro com portadores de transtornos mentais através de oficina musical. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 3, n. 2, p. 82-95, 2016.

DE AZEVEDO, Elisângela Braga et al. Arteterapia como promotora da qualidade de vida e inclusão social de profissionais e usuários. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 167-176, 2014.

DE BARROS, Fernando Passos Cupertino; DE SOUSA, Maria Fátima. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

DE CARVALHO, Rosa Cristina Maria; REILY, Lucia. Arte e psiquiatria: um diálogo com artistas plásticos. **Artcultura**, v. 12, n. 21, 2011

DE CASTRO, Cecília et al. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças—A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. **Mnemosine**, v. 9, n. 1, 2013

DE FARIAS, Izamir Duarte; THOFEHRN, Maira Buss; KANTORSKI, Luciane Prado. A oficina terapêutica como espaço relacional na atenção psicossocial. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 11, n. 2, 2016.

DE MELLO FACCO, Sílvia Castro et al. A Arteterapia no tratamento dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, p.45-54, 2016.

DE OLIVEIRA, Jones Sidnei Barbosa; SUTO, Cleuma Sueli Santos; DA SILVA, Rudval Souza. Tecnologias Leves como práticas de Enfermagem na Atenção Básica. **Saúde. com**, v. 12, n. 3, p. 613-62, 2016.

DE VECCHI, Nadia; KENNY, Amanda; KIDD, Susan. Stakeholder views on a recovery-oriented psychiatric rehabilitation art therapy program in a rural Australian mental health service: a qualitative description. **Int J Ment Health Syst.**, v. 9, n. 1, p. 11, 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.

DOS SANTOS, Josenaide Engrácia; LOPES, Maria Julia; DA SILVA, Erica Quinaglia. (Re) inserção social: perspectiva do interno da ala de tratamento psiquiátrico. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 19, p. 116-126, 2016.

DUBOW, Camila et al. Promoção da Saúde, Clínica Ampliada e Doenças Crônicas: Estudo De Revisão. **Revista Uniabeu**, v. 9, n. 22, p. 283-296, 2016.

DURANTE, Juliana Cáu. Relações sobre Discurso, Poder e Mudança Social: um Ensaio sobre a Loucura. **Eutomia**, v. 1, n. 09, p. 507-226, 2015.

ESPERIDIÃO, Elizabeth et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **CIAIQ2014**, v. 2, p. 58-62, 2015.

EYGO, Hudson; TEIXEIRA, Irenides; FERNANDES, Ismarina Ferreira. Tecnologias de cuidado em saúde mental: proposta transdisciplinar no Portal (EN) CENA. **DESAFIOS**, v. 2, n. 1, p. 217-231, 2016.

FERNANDES, Maikon Guimarães. **Clínica Ampliada: Fortalecimento da autonomia do sujeito como instrumento ativo no processo terapêutico**. 2014. 77 f. TCC (Graduação) - Curso de Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 8º ed. Nova Fronteira, 2010, p.1299.

FERREIRA, dos Santos, GOMES, da Silva, DE SIQUEIRA, Miguel. Tecnologias leves presentes na atenção de usuários de drogas em internação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.7, n.2, p.83-92, 2016

FERREIRA, Rosa Gomes. “Duras tecnologias Leves” nas ações da enfermagem em saúde mental: ferramentas ao subsídio da prática. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 66-77, 2016.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p.510. Tradução Eduardo Brandão.

_____. **História da loucura: na Idade Clássica**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. p.551. Tradução de José Teixeira Coelho Neto

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p.288. Tradução de Raquel Ramalhetete

_____. **Microfísica do poder**. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p.296. Tradução Roberto Machado

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente**. 25. ed. São

Paulo: Paz e Terra, 1996, p.90.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. 3, 1987, p.107.

GALVANESE, Ana Tereza Costa; NASCIMENTO, Andreia de Fatima; DOLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas. Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 360-367, 2013.

GALVIS, Pedrosa Paola. Del universo simbólico al arte como terapia: Un camino de descubrimientos. **Cuad. Cent. Estud. Diseño Comun. Ens.**, n. 43, p. 141-150, 2013.

GEORGE, Julia, et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.361.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7^a ed. São Paulo: Perspectiva, 2001, p.159. Tradução de Dante Moreira Leite.

GONÇALVES, Alda Martins et al. Oficinas terapêuticas: intervenção de enfermagem em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 19, p. 107-115, 2016.

GRUSKA, Viktor; DIMENSTEIN, Magda. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 101-122, 2015.

GUO, Wei et al. Effects of Relaxing Music on Mental Fatigue Induced by a Continuous Performance Task Behavioral and ERPs Evidence. **Plos One**. v. 10, n. 8, 2015.

HERDMAN, Heather Tracy; KAMITSURU, Shigemi. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda - Definições e Classificações - 2015-2017**. 10. ed. Brasil: Artmed, 2015. p.488.

HOOPER, Jeff et al. The practical implication of comparing how adults with and without intellectual disability respond to music. **Br J Learn Disabil**, v. 39, n. 1, p. 22-28, 2011.

JÚNIOR, João Mário Pessoa et al. Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-7, 2016.

JUNG, Carl Gustav. **Arquétipos e o inconsciente coletivo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.389. Tradução de Dora Mariana R. Ferreira da Silva.

_____. **O espírito na arte e na ciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011, p.90. Tradução de Dora Mariana R. Ferreira da Silva

_____. **O homem e seus símbolos**. 3. ed. Rio de Janeiro: *Harper Collins Brasil*, 2016, p.439. Tradução Maria Lucia Pinho

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Contratualidade e Reabilitação psicossocial**. in Pitta. A. Org. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2. ed., São Paulo: Hucitec, p. 55-59, 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia**

Científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.320.

LAPPANN-BOTTI, Nadja Cristiane; LABATE, Renata Curi. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 519-526, 2004.

LIBERATO, Mariana Tavares Cavalcanti; DIMENSTEIN, Magda. Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 272-281, 2013.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde** –Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.709-735, 2007

LIMA, Fernanda Passos; OLIVEIRA, Márcio Luzardo; WILRICH, Janaína Quinzen. Relato de experiência -a arte como instrumento de reinserção social. **J Nurs Health**, v. 2, p. 265-275, 2013.

LIMA, Maristela Viana; GUIMARÃES, Samuel Macêdo. Possibilidades terapêuticas do dançar. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 98-127, 2014.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum: introdução a sociologia compreensiva**.1. ed. Porto Alegre: Sulina, 1985. p.261. Tradução de Aluizio Ramos Trinta

_____. **Elogio da razão sensível**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.305. Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck

_____. **No fundo das aparências**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p.309. Tradução de Bertha Hlpern Gurovitz.

MALHEIRO, Sara Filomena Leitão. **Intervenção Psicomotora em Saúde Mental em Contexto Sócio Ocupacional**. 2016. p. 51. Tese (Doutorado) - Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016.

MARINHO, Lionara de Cássia Paim; ROSA, Roger dos Santos. Gestão de recursos federais aos Centros de Atenção Psicossocial. **Gestão e Sociedade**, v. 11, n. 29, p. 1830-1849, 2017

MARTINES, Wania Regina Veiga, et al. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 328-333, 2010.

MASLOW, Abraham Harold. **Introdução à psicologia do ser**. Rio de Janeiro: Eldorado, 1968. p.252.

MATTOS, Nara Fabiana Mariano Santos. **O processo de trabalho da enfermagem no CAPS III de Campinas a partir da clínica ampliada e compartilhada**. 2016. 167 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

MAYEROFF, Milton. **On Caring**. 1. ed. Rio de Janeiro:Record, 1971. p.95. Tradução de Cristina Carvalho Boselli.

MELO, Matias Carvalho Aguiar, et al. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 343-352, 2015.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura CM. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. Mandarino A.C.S; Gomberg, E., organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: UFS, p.56, 2009.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, Emerson Elias. **Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy e Onocko (orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.112.

_____. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 192.

MESSIAS, Paula Peixoto. Vivenciando Novas Práticas em Psiquiatria e Saúde Mental. **Saúde. com**, v. 9, n. 3, p.179-184, 2016.

MILHOMENS, Aline Ernandes.; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Recepção estética de apresentações teatrais com atores com história de sofrimento psíquico. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p. 377-388, 2014

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 . ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 269.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28^a ed. Editora Vozes Limitada, 2011, p. 4-54.

MOLL, Marciana Fernandes et al. Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 24-30, 2015.

MONTAG, Christiane et al. A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. **PloS one**, v. 9, n. 11, 2014.

MORO, Larissa Moraes; GUAZINA, Félix Miguel Nascimento. Arte e experiência: relações da arte no contexto da saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 18, p. 25-42, 2016.

NASCIMENTO, Alessandra. Possibilidades de recursos terapêuticos para pacientes psicóticos. **Cadernos de Saúde**, v. 1, n. 15, p. 81-95, 2016.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira et al. Concepções sobre identidade social da pessoa em sofrimento mental nos estudos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2013.

- OLIVEIRA, Francisca Bezerra; FORTUNATO, Maria Lucinete. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev. Bras. de Enf.**, p 67-70, 2014
- PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes et al. Saúde Mental e inclusão social: Um estudo de revisão sistemática da literatura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 18, p. 43-54, 2016.
- PÁDUA, Flávia Helena Passos et al. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicologia USP**, v. 21, n. 2, p. 457-478, 2010.
- PATERSON, Josephine; ZDERAD, Loretta. **Humanistic nursing (Meta-theoretical Essays on Practice)**. 2. ed. New York: National League for Nursing; 1988, p.249.
- PEDERIVA, Martins; LIMA, Patrícia; TRISTÃO, Rosana Maria. Música e cognição. **Ciências & Cognição**, v. 9, p. 83-90, 2006.
- PENNEBAKER, James W.; KING, Laura A. Linguistic styles: language use as an individual difference. **Journal of personality and social psychology**, v. 77, n. 6, p. 1296, 1999.
- PEREIRA, Álvaro. O cotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. **Rev Gaucha Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 316-324, 2005.
- PINKERTON, Sarah Maria. **Writing to Right Themselves: Poetry as a Psychological Intervention for Women with Depression**. 2016. 116 f. Tese (Doutorado) - Psychology, The Chicago School Of Professional Psychology, Chicago, 2016.
- PISONI, Godoy Luthiane et al. Vida, Arte e Loucura: a Saúde Mental em movimento. **Anais de Jornada de Pesquisa em Psicologia**, 2016.
- PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016, p.203.
- PRADO, Ernande Valentin et al. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. **Revista de APS**, v. 18, n. 4, p. 424 - 429, 2016.
- PRADO, Guilherme Augusto Souza. Revisitando a História da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **ECOS**, v. 6, n. 2, p. 223-238, 2016.
- PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde**, p. 1515-1529, 2013.
- REIS, Alice Casanova. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. **Psicol. ciênc. prof.**, p. 142-157, 2014.
- RESENDE, Raphael Lobo et al. A vivência de pessoas em sofrimento mental e alunos de enfermagem em oficina de música. **CIAIQ2015**, v. 1, p. 421-425, 2015.
- RIBEIRO, Mara Cristina; BEZERRA, Waldez Cavalcante. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 301-308, 2015.

ROCHA, Alessandro Rodrigues. Do racionalismo ao raciovitalismo: os caminhos da razão na pós-modernidade. **Synesis**, v. 2, n. 2, p. 1-22, 2010.

RUEDA, Carlos Velázquez. A experiência artística como fundamento no processo de individuação. **Revista de Humanidades**, v. 30, n. 1, p. 32-50, 2016.

SACHS, Matthew; DAMASIO, Antonio; HABIBI, Assal. The pleasures of sad music: a systematic review. **Front Hum Neurosci**, v. 9, p. 1-12, 2015.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11, ed., Brasil: Artmed, 2016, p. 1490

SAIZAR, María Mercedes; SARUDIANSKY, Mercedes; KORMAN, Guido Pablo. Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. **Psicología & Sociedade**, v. 25, n. 2, p.451-460, 2013.

SANDAK, Billie et al. Computational paradigm to elucidate the effects of arts-based approaches and interventions: Individual and collective emerging behaviors in artwork construction. **PloS one**, v. 10, n. 6, p. 64-67, 2015.

SARACENO Benedetto. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: Pitta A organizadora Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec; p.13-18, 2001.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro et al. A clínica na comunidade: Uma experiência de intervenção intersetorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 18, p. 68-80, 2016.

SCHOLZ, Danielle Celi Santos et al. A construção do projeto terapêutico de um CAPS no sul do Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 27, p. 65-69, 2015.

SCHU, Fatima Cereza. **A musicoterapia em saúde mental: uma estratégia de promoção e educação em saúde**. 2016. p.26. Monografia (Especialização) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Atenção Psicossocial, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SCORSI, Letícia et al. Da arte para a cura: um possível diálogo entre Vygotsky e Nise da Silveira. **Revista Eletrônica Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 1, n. 1, 2014.

SILVA, Maria Caroline Medeiros et al. Redescobrimo um panorama de possibilidades: práticas de ressocialização oferecidas pelo centro de atenção psicossocial. **J Nurs UFPE on line.**, v. 11, n. 3, p. 1269-1278, 2017

SILVA, Sandra Siqueira. A modernidade e a pós-modernidade. Uma leitura de Michel Maffesoli e Anthony Giddens. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção** v. 10, n. 29, p.372-377 2011.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO Emília Campos. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012, p.228.

TAVARES, Claudia Mara de Melo et al. Mudanças no ensino de graduação na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line**, v. 9, n. 12, p. 1329-1336, 2015.

TAVARES, Claudia Mara de Melo. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial CAPS. **Rev Bras Enferm**. Brasília (DF), p. 35-39, 2003.

_____. Oficina de arte: atuação terapêutica da enfermeira psiquiátrica. **Rev Bras Enferm**, v. 50, n. 4, p. 569-76, 1997.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. **História, Ciências, Saúde**. v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TISOTT, Zaira Letícia et al. Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: Revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p. 79-89, 2015.

UTTLEY, Lesley et al. The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. **BMC psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 151, p. 1-13, 2015.

VASCONCELOS, Isabel, et al. Concepções de loucura em um traçado histórico-cultural: uma articulação com o Construcionismo. **Mental**, v. 8, n. 14, p. 49-63, 2010.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016.

VIEIRA, Priscila Piazentini. Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**, v. 1, n. 3, 2015.

WATSON, Jean. **Enfermagem Pós-Moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. 1. ed. Lusodidacta, 2002. p.285. Tradução de João M. Machado Enes

WILLIAMON, Aaron; EGNER, Tobias. Memory structures for encoding and retrieving a piece of music: An ERP investigation. **Brain Res Cogn Brain Res.**, v. 22, n. 1, p. 36-44, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf> Acesso em: 02 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Mental Health Day 2016: Depression and Other Common Mental Disorders**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/>. Acesso em: 12 jan. 2017.

APÊNDICE I



ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

“Significando a arte no cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. ”

Pesquisadora Responsável: Enfermeira Patricia Braz
Orientador Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves.

Data: ___/___/201__

Codiname escolhido: _____

Iniciais: _____ **Idade:** _____

Sexo: F () M () Outros ()

Há quanto tempo você frequenta o CAPS?

Há quanto tempo você participa das oficinas de arte no CAPS?

De quais oficinas você participa?

1) Como você se inseriu no mundo das artes?

2) O que a arte significa para você?

3) Como você se sente quando realiza seus trabalhos?

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF*36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Significando a arte no cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”**. Nesta pesquisa pretendemos compreender suas impressões, suas opiniões, os sentidos e significados das atividades artísticas em seu dia-a-dia como participante das oficinas terapêuticas de arte. O motivo que nos leva a estudar o tema proposto, justifica-se por buscar a compreensão da arte como uma atividade terapêutica dentro do Centro de Atenção Psicossocial na visão dos usuários que frequentam a instituição e participam das oficinas de arte, as pesquisas mostram que há poucos estudos que abordam este tema. O presente estudo atenderá a um dos itens prioritários de pesquisas na saúde mental segundo o Ministério da Saúde, esta se integra ao subitem de estudos sobre reabilitação psicossocial e dispositivos terapêuticos.

Sua participação na pesquisa acontecerá através de **entrevistas** agendadas em dias em horários que você possa participar, para colher suas informações. As entrevistas realizadas **serão gravadas em mídia digital**, apenas o áudio será gravado, não haverá gravação de vídeos. A entrevista acontecerá por meio de uma conversa, quando irei fazer algumas perguntas. Após o fim da coleta de informações as entrevistas serão digitadas exatamente de acordo com a sua fala, após essa etapa, a pesquisadora fará as leituras e a interpretação dos depoimentos.

Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, ler, escrever etc. O método e a técnica a serem utilizados durante a coleta das informações não empregará nenhum risco a sua saúde física ou mental, não haverá nenhum procedimento ou intervenção biológica ou psicológica.

A pesquisa contribuirá para o incentivo às oficinas terapêuticas e para reforçar a importância das atividades artísticas dentro destas oficinas, sensibilizando a equipe de enfermagem e os outros profissionais que trabalham nos serviços sobre a necessidade de construir uma prática criativa, acolhedora e solidária na saúde mental, oferecendo um novo cenário para o tratamento.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, ou seja, **não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação**, não havendo ressarcimento, pois não haverá gastos adicionais. Embora os riscos sejam mínimos, caso venha a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovado, **será indenizada pela pesquisadora responsável**.

Você poderá tirar dúvidas sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e **estará livre para participar ou não participar**. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a

participação a qualquer momento. A **sua participação é voluntária**, ou seja, de livre e espontânea vontade, e a recusa em participar não trará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. **Você não será identificado** em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, ou seja, o seu nome não aparecerá na pesquisa. Para fazer a sua identificação, você poderá escolher o nome de algum artista que você goste para lhe representar nas entrevistas.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“SIGNIFICANDO A ARTE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que **concordo em participar**. Recebi **uma via original deste termo de consentimento** livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de **ler e esclarecer as minhas dúvidas**.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Nome Assinatura participante
Data

Nome Assinatura pesquisador
Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

<p>CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br</p>	<p>Orientador: Marcelo da Silva Alves Endereço: Bairro São Pedro Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário CEP: 36036-900 – Juiz de Fora - MG Fone: (32) 21023911 E-mail: enfermar@oi.com.br</p>	<p>Nome da Pesquisadora Responsável: Patricia Rodrigues Braz Endereço: Bairro São Pedro Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG Fone: (32) 21023911 E-mail: patibrazenf@gmail.com</p>
---	---	---

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Significandoa arte no cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”**. Nesta pesquisa pretendemos compreender suas impressões, suas opiniões, os sentidos e significados das atividades artísticas em seu dia-a-dia como participante das oficinas terapêuticas de arte. O motivo que nos leva a estudar o tema proposto, justifica-se por buscar a compreensão da arte como uma atividade terapêutica dentro do Centro de Atenção Psicossocial na visão dos usuários que frequentam a instituição e participam das oficinas de arte, as pesquisas mostram que há poucos estudos que abordam este tema. O presente estudo atenderá a um dos itens prioritários de pesquisas na saúde mental segundo o Ministério da Saúde, esta se integra ao subitem de estudos sobre reabilitação psicossocial e dispositivos terapêuticos.

Sua participação na pesquisa acontecerá através de **entrevistas** agendadas em dias em horários que você possa participar, para colher suas informações as entrevistas realizadas **serão gravadas em mídia digital**, apenas o áudio será gravado, não haverá gravação de vídeos, a entrevista acontecerá por meio de uma conversa, quando irei fazer algumas perguntas. Após o fim da coleta de informações as entrevistas serão digitas exatamente de acordo com a sua fala, após essa etapa, a pesquisadora fará as leituras e a interpretação dos depoimentos.

Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, ler, escrever etc. O método e a técnica a serem utilizados durante a coleta das informações não empregará nenhum risco a sua saúde física ou mental, não haverá nenhum procedimento ou intervenção biológica ou psicológica.

A pesquisa contribuirá para o incentivo às oficinas terapêuticas e para reforçar a importância das atividades artísticas dentro destas oficinas, sensibilizando a equipe de enfermagem e os outros profissionais que trabalham nos serviços sobre a necessidade de construir uma prática criativa, acolhedora e solidária na saúde mental, oferecendo um novo cenário para o tratamento.

Para participar desta pesquisa, **o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento**. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, ou seja, **não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação**, não havendo ressarcimento, pois não haverá gastos adicionais. Embora os riscos sejam mínimos, caso venha a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovado, **será indenizada pela pesquisadora responsável**.

Você poderá tirar dúvidas sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e **estará livre para participar ou não participar. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária**, de livre e espontânea vontade, e a recusa em participar não trará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, ou seja, o seu nome não aparecerá na pesquisa, para fazer a sua identificação, você poderá escolher o nome de algum artista que você goste para lhe representar nas entrevistas.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais, atendendo a legislação brasileira de pesquisa com seres humanos (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa **“SIGNIFICANDO A ARTE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. **Tendo o consentimento do meu responsável já assinado**, declaro que **concordo em participar** dessa pesquisa. Recebi **uma via original deste termo de assentimento** e me foi dada à oportunidade de **ler e esclarecer as minhas dúvidas**.

Juiz de Fora, ____ de _____ 20__.

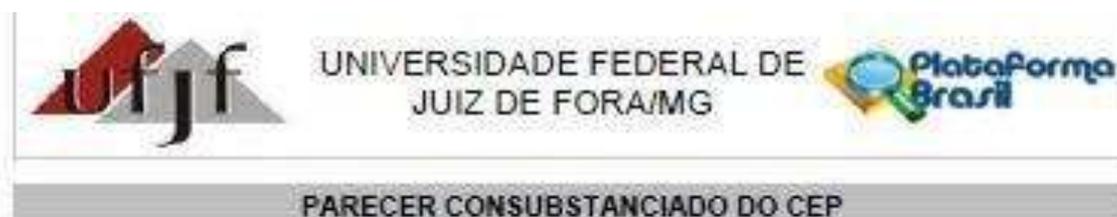
Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

<p>CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br</p>	<p>Orientador: Marcelo da Silva Alves Endereço: Bairro São Pedro Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário CEP: 36036-900 – Juiz de Fora - MG Fone: (32) 21023911 E-mail: enfermar@oi.com.br</p>	<p>Nome da Pesquisadora Responsável: Patricia Rodrigues Braz Endereço: Bairro São Pedro Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG Fone: (32) 21023911 E-mail: patibrazenf@gmail.com</p>
---	---	---

ANEXO III

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Significando a arte no cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Pesquisador: Patricia Rodrigues Braz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53623716.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.459.558

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delimitado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de Infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.452.556

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_640037.pdf	27/02/2016 13:06:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOASSENTIMENTO.pdf	27/02/2016 13:07:47	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/02/2016 13:07:30	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	16/02/2016 19:25:09	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/02/2016 19:06:03	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/02/2016 19:05:33	Patricia Rodrigues Braz	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propoes@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.459.556

Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOUFJF.pdf	15/02/2016 19:04:52	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOCAPS.pdf	15/02/2016 19:04:24	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO.pdf	15/02/2016 19:03:37	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/01/2016 19:15:42	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Outros	CurriculosLattes_Marcelo.pdf	12/01/2016 20:21:20	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Outros	CurriculoLattes_PATRICIA.pdf	08/12/2015 10:24:48	Patricia Rodrigues Braz	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf	05/12/2015 15:05:06	Patricia Rodrigues Braz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 21 de Março de 2016

Assinado por:

Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

IlmaProf^a. Dr^a Denise Friedrich
Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG.

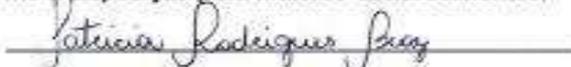
Solicito de Vossa Senhoria a autorização para a realização e divulgação da pesquisa: "Significando a arte no cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial" que será desenvolvida por mim, Patricia Rodrigues Braz, sob a orientação do Professor Dr. Marcelo da Silva Alves.

O objetivo desse estudo é compreender na visão dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de um município da Zona da Mata Mineira, os sentidos e os significados do fazer artístico em seu cotidiano como sujeitos participativos das oficinas de arte.

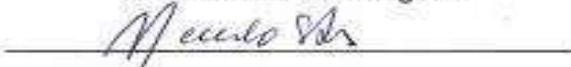
Serão realizadas entrevistas semiestruturadas, direcionadas por um roteiro previamente elaborado, com usuários do Centro de Atenção Psicossocial que atuam ativamente no campo das artes, as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Como complemento da coleta de dados, será realizada a observação direta no campo de pesquisa e o uso do diário de campo como dispositivo de registros de observações e impressões do pesquisador assim como a comunicação não verbal e paraverbal, incluindo-se assim os gestos e expressões dos usuários entrevistados.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com o inciso IV. 3, referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus itens obrigatórios. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos,



Patricia Rodrigues Braz - Enfermeira COREN: MG 456.604
Mestranda em Enfermagem.



Prof. Orientador Dr. Marcelo da Silva Alves

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades dessa pesquisa, que a Unidade possui infraestrutura para sua realização e autorizo a realização da coleta de dados.



Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG

Juiz de Fora, 16/12/2015

Prof^a. Dr^a. Denise B. de Castro Friedrich
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM - UFJF
COREN-MG: 024.133

ANEXO V

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Sr. (a) Claudia Mara Oliveira Richa

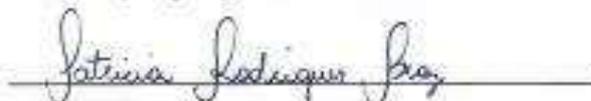
Solicito de Vossa Senhoria a autorização para a realização e divulgação da pesquisa: "Significando a arte no cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial" que será desenvolvida por mim, Patricia Rodrigues Braz, sob a orientação do Professor Dr. Marcelo da Silva Alves.

O objetivo desse estudo é compreender na visão dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de um município da Zona da Mata Mineira, os sentidos e os significados do fazer artístico em seu cotidiano como sujeitos participativos das oficinas de arte.

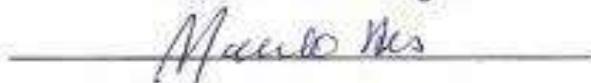
Serão realizadas entrevistas semiestruturadas, direcionadas por um roteiro previamente elaborado, com usuários do Centro de Atenção Psicossocial que atuam ativamente no campo das artes, as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Como complemento da coleta de dados, será realizada a observação direta no campo de pesquisa e o uso do diário de campo como dispositivo de registros de observações e impressões do pesquisador assim como a comunicação não verbal e paraverbal, incluindo-se assim os gestos e expressões dos usuários entrevistados.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com o inciso IV, 3, referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus itens obrigatórios. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.



Patricia Rodrigues Braz - Enfermeira COREN: MG 456.604
Mestranda Em Enfermagem



Prof. Orientador Dr. Marcelo da Silva Alves

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades dessa pesquisa, que a Unidade possui infraestrutura para sua realização e autorizo a realização da coleta de dados.



Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Casa Verde
Juiz de Fora, 15/02/16

Claudia Mara Oliveira Richa
COORDENADORA CAPS CASA VERDE
CRP 46933

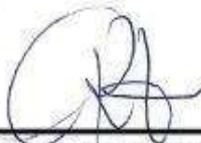
ANEXO VI

DECLARAÇÃO

Eu Claudia Mara Oliveira Richa, na qualidade de responsável pelo **Centro de Atenção Psicossocial – CASA VIVA** autorizo a realização da pesquisa intitulada “Significando a arte no cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira **Patricia Rodrigues Braz**, sob orientação do professor **Dr. Marcelo da Silva Alves**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 15 de dezembro de 2016

ASSINATURA



Claudia Mara Oliveira Richa
COORDENADORA CAPS CASA VIVA
CRP 4/8933

(carimbo da Instituição)