



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LETÍCIA SALGADO ALMEIDA

**A ARTE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAIS DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

Londrina
2023

LETÍCIA SALGADO ALMEIDA

**A ARTE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAIS DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán Gonzalez

Londrina
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

A447a Almeida, Leticia Salgado.
A ARTE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAIS DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE / Leticia Salgado
Almeida. - Londrina, 2022.
60 f.

Orientador: Alberto Durán Gonzalez.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Centro de Atenção Psicossocial - Tese. 2. Arte - Tese. 3. Produção do cuidado - Tese. 4. Serviços de saúde mental - Tese. I. Gonzalez, Alberto Durán. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 159.9

LETÍCIA SALGADO ALMEIDA

**A ARTE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAIS DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán Gonzalez
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dra. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Magda Ribeiro de Castro Soares
Universidade Federal do Espírito Santo -
UFES

Londrina, 25 de abril de 2023.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Angela Cristina Barreiro Salgado e Mauro de Aguiar Almeida, por serem o canal que me trouxe a esta vida, por terem contribuído com sua ancestralidade, seja na ligação que possuem com a saúde e com o cuidado com as pessoas, seja na direção de esforços para assegurar o acesso a oportunidades que proporcionaram meu desenvolvimento e trajetória até aqui.

Ao meu marido, que acreditou em mim, mesmo quando as forças pareciam se exaurir, impulsionando-me e chamando para a responsabilidade e foco.

À minha professora e enfermeira da Saúde Mental, Lilian Domingues, que me deu aula na graduação, por meio da disciplina “Saúde mental e Saúde Coletiva”, meu primeiro contato com o cuidado em saúde no SUS, quando uma semente foi lançada ao solo.

À psicóloga Camila Siguinolfi de Moura, minha tutora do programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família que, além de ser uma grande referência da Psicologia na área da saúde, me acolheu, orientou e me inspirou em muitos momentos na jornada da residência e fora dela também, assim como no meu trajeto do mestrado.

Às minhas colegas de mestrado, por compartilharem as angústias, dúvidas e conquistas, sobretudo com destaque para Giovana Mourinho, também companheira de residência multiprofissional, clínica e movimento social.

Aos professores doutores de minha banca de qualificação, Regina Melchior, Magda Ribeiro de Castro Soares, Stela Maris Santini e Maira Sayuri Sakay Bortoletto.

Aos trabalhadores dos CAPS, participantes desta pesquisa, pelas contribuições de grande valia, tornando possível o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores de todo o corpo docente do programa das disciplinas do mestrado, que contribuíram de maneira ímpar para meu desenvolvimento enquanto pesquisadora e profissional da saúde.

E, por fim, agradeço imensamente ao meu orientador, Alberto Durán González, por toda paciência, resiliência, direcionamento e afeto que dispensou em minha direção para que eu chegasse até aqui.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

“Para curar a subjetividade contemporânea, dopada e em vias de petrificação, seria preciso que receitássemos poesia como se receitam vitaminas.”

(Felix Guattari)

ALMEIDA, Letícia Salgado. **A arte na produção do cuidado sob a ótica dos profissionais de saúde dos centros de atenção psicossociais de um município de médio porte**. 2023. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

RESUMO

Considerando os processos de transição do cuidado em saúde mental do modelo asilar para o de base comunitária, os Centros de Atenção Psicossociais se constituem como principal estratégia de serviços substitutivos aos manicômios. Estudos apontam a inserção da arte nos mais diversos contextos e ações em saúde, podendo estar presente na prevenção e promoção, na gestão e no tratamento de saúde, contribuindo para prevenir doenças, para o desenvolvimento humano e com o cuidado em saúde mental. Dessa forma, essa pesquisa teve por objetivo discutir os processos de cuidado dentro dos CAPS Álcool e Drogas e Infantojuvenil, assim como compreender a correlação entre arte e saúde na percepção dos trabalhadores, averiguando os desafios e potenciais dessa integração dentro desses centros. Tratou-se de uma investigação qualitativa de caráter analítico, realizada através de entrevistas semiestruturadas com treze profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de um município de médio porte localizado no estado do Paraná, e os dados foram analisados por meio do referencial metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Observou-se que o uso da arte nas CAPS está envolto em dificuldades e preconceitos por parte da comunidade e trabalhadores como um todo, a qual afasta alternativas que não as medicamentosas do tratamento de usuários, crianças e adolescentes. Dificuldades como a falta de material, preparo dos profissionais da saúde, de conhecimento sobre a Arte como terapia, considerando um contexto de pandemia, isolou a arte do cuidado. A partir da pesquisa de como os profissionais de saúde dos CAPS compreendem a arte na produção do cuidado, foi possível perceber a necessidade de ampliar a concepção da oferta do mesmo e, portanto, de ações em saúde, buscando a ruptura da visão biomédica e hospitalocêntrica e principalmente resgatando princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica que nos dias atuais encontram-se ameaçados.

Palavras-Chave: Arte. Singularidades. Serviços de saúde mental. CAPS.

ALMEIDA, Letícia Salgado. **Art in the production of care from the perspective of health professionals in psychosocial care centers in a medium-sized city.** 2023. 80 p. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) – Center of Health Sciences, State University of Londrina, Londrina, 2023.

ABSTRACT

Considering the processes of transition of mental health care from the asylum model to the community-based one, the Psychosocial Care Centers are the main strategy for substituting services for asylums. Studies point to the insertion of art in the most diverse contexts and actions in health, being able to be present in the prevention and promotion, in the management and in the treatment of health, contributing to the prevention of diseases, for the human development and with the care in mental health. Thus, this research aimed to discuss the care processes within the CAPS Alcohol and Drugs and Children and Youth, as well as to understand the correlation between art and health, ascertaining the challenges and potentials of this integration within these centers. It was a qualitative investigation of an analytical character, carried out through semi-structured interviews with thirteen professionals from the Psychosocial Care Center for Children and Youth and the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in a medium-sized municipality located in the state of Paraná, and the data were analyzed in the light of the methodological framework of Bardin's Content Analysis (2016). It was observed that the use of art in CAPS is surrounded by difficulties and prejudices on the part of the community as a whole, which excludes alternatives other than medication from the treatment of drug users, children and adolescents. Difficulties such as the lack of material, preparation of health professionals, knowledge about art as therapy, all within a period of pandemic, isolated the art of Care. From the research on how CAPS health professionals understand the art in the production of care, it was possible to perceive the need to expand the conception of the offer of the same and, therefore, of health actions, seeking to break the biomedical and hospital-centric vision. and mainly rescuing principles of the Sanitary and Psychiatric Reform that nowadays are threatened.

Keywords: Art. Singularities. Mental health services. CAPS.

LISTA DE ABREVISATURAS

AMS - Autarquia Municipal de Apucarana

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS IJ – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

EIP – Educação Interprofissional

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICS - Práticas Integrativas em Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 PROCESSO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO NOS CAPS	19
3 ARTE E SAÚDE	27
3.1 O QUE É ARTE?	27
3.2 CORRELAÇÃO ENTRE A ARTE E A SAÚDE: MODALIDADES E NECESSIDADES	28
4 OBJETIVOS	41
5 PERCURSO METODOLÓGICO	42
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6.1 CARACTERIZAÇÃO	46
6.2 ANÁLISES	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	73
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	73
ANEXO B – Termo de confiabilidade e sigilo	75
ANEXO C – Roteiro para entrevista semiestruturada	76
ANEXO D – Termo de autorização para a realização da pesquisa	77

APRESENTAÇÃO

Sobre o lugar de onde escrevo e falo através deste trabalho, segue um pouco sobre minha trajetória. Após concluir a graduação em Psicologia no ano de 2017, no ano seguinte iniciei a Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família pela Autarquia Municipal de Apucarana (AMS). Compreendendo as dinâmicas de dois territórios extensos do município por dois anos, foi possível experienciar os desafios e potências do processo de trabalho e do cuidado da população, dos profissionais da equipe, da articulação intersetorial, do controle social e do contato com a gestão municipal. Muitos foram os empasses, mas também significativo o conhecimento expandido.

No ano de 2019, através do Programa de Residências em Saúde participei de uma Sensibilização e Formação de Atores Sociais em Educação Popular e Saúde e Práticas Integrativas Complementares no primeiro momento em São Carlos e depois em Apucarana, desenvolvido pela educadora popular Zildinha Camargo de São Carlos - SP que teve como objetivo principal unir os saberes locais e fortalecer os trabalhadores de saúde e lideranças comunitárias. A partir desse momento de sensibilização e união, ficou clara a missão de atuação nos territórios e como isso aconteceria, em um formato humanizado, coletivo e direto.

Neste ano de 2019, foi reativado um espaço de discussão que já existia em anos anteriores, entretanto com outra perspectiva, o Fórum Popular de Saúde Mental de Apucarana, surge e reorganiza esse espaço de fórum devido a necessidade urgente de debates, educação popular e permanente em torno da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) fragilizada e de tudo que envolve a saúde mental e integral da população apucaranesa. A partir da união de trabalhadores, usuários e integrantes de outros setores e esferas da sociedade, foi possível reativar e manter até o momento de redação da dissertação, este espaço de manifestação, expressão, identificação, acolhimento, tensionamento e proposição em relação ao desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental e saúde coletiva, porém desta vez de forma mais aberta e de base popular e comunitária. Diversos temas foram abordados, parcerias com outros movimentos como o Movimento Apucaranesa da Consciência Negra - MACONE, Movimento da População em Situação de Rua, Associação de Usuários Trabalhadores, Amigos e Familiares da

Saúde Mental - AUFTASMA, apoio e divulgação do Conselho Regional de Psicologia - CRP e articulação constante com a gestão municipal de Apucarana. Ações através de reuniões, ofícios, apresentações no Conselho Municipal de Saúde, momentos com os gestores, momentos com os coordenadores do movimento, dentre outros. Os encontros deste fórum acontecem com reuniões abertas, e paralelamente com reuniões organizacionais, e atuações em outros espaços pertinentes. No momento atual, o Fórum continua com reuniões, refletindo as demandas trazidas pelos participantes e levantadas através de diagnóstico prévio. O foco do movimento é transformar a saúde mental do município, a partir da expansão da implantação e implementação da RAPS, da sensibilização dos gestores, da humanização do cuidado, da necessidade do constante aprimoramento profissional, da compreensão da integralidade do cuidado e do ser humano, e sobretudo da contribuição para a consolidação e acesso das práticas integrativas complementares em saúde.

Ainda 2019 também iniciei um processo de reestruturação da Rede Colméia de Economia Solidária, uma Rede que une empreendimentos de duas cidades no estado do Paraná, Apucarana e Londrina, trazendo assim a possibilidade de inclusão de diversos movimentos populares em feiras livres, eventos públicos e privados, fortalecendo as ações empreendedoras dos trabalhadores, visibilidade e reconhecimento, bem como a promoção da arte, cultura e saúde através do empreendimento solidário: Conectarte.

Em 2020 ingressei no Mestrado em Saúde Coletiva, onde ampliou mais ainda o olhar sobre o cuidado integral do ser e todas as suas interlocuções. As pontes com outros movimentos sociais como Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde - ANEPS PR. Na soma gerada por esses movimentos nasce um projeto chamado "Florear" que se organiza e atua através de ações fortalecedoras e promotoras das práticas de autocuidado, saúde física e mental, através de sensibilizações, oficinas e eventos. O objetivo do projeto é promover o bem viver coletivo e pessoal e trazer a acessibilidade a diferentes saberes e formas de cuidado, tendo como seus pilares a Arte, Educação Popular, as Práticas Integrativas de Saúde, a Agroecologia, a Cultura de Paz, a Alimentação Consciente, a Redução de Danos, entre outros aspectos diretamente relacionados ao bem-estar social, à saúde coletiva e às relações sustentáveis do ser humano com ele mesmo e com o meio ambiente. Este projeto aspira se manter de forma democrática e apartidária, cultivando laços na

diversidade cultural e atual de forma itinerante, percorrendo alguns serviços de saúde: em Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), no movimento social Fórum Popular de Saúde Mental de Apucarana (FPSMA) e em eventos culturais públicos e privados, aliado a Educação Popular e a sabedoria ancestral das Práticas Integrativas de Saúde.

Atualmente trabalho com psicoterapia no âmbito privado e com a inclusão de práticas ligadas a arte, como música, pintura e aromaterapia. A arte se faz presente em significativos processos terapêuticos de diversos pacientes, seja no resgate e organização de sua essência, seja aumentando suas frequências vibracionais e contribuindo para expressar o que por vezes a fala não alcança, dentre outras tantas experimentações que se manifestam de forma terapêutica nesta intersecção arte e saúde.

1. INTRODUÇÃO

O modelo de psiquiatria hegemônico no Brasil, na década de 40, utilizava inovações científicas e tecnologias da época (a exemplo de eletrochoques e cirurgias neurológicas invasivas) para o “tratamento” dos pacientes em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, nasceu a preocupação, o trabalho e a pesquisa da médica psiquiatra Nise da Silveira, uma das vanguardistas do que seria a Luta Antimanicomial. Indignada com os procedimentos desumanos aos quais os sujeitos considerados doentes mentais eram submetidos, Nise, receosa quanto aos rumos que a psiquiatria estava tomando, comprometeu-se com o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos mais humanistas (CASTRO; LIMA, 2007).

O trabalho de Nise, iniciado em 1946, no Centro Psiquiátrico Pedro II, estava relacionado a atividades terapêuticas que estimulavam as habilidades e a criatividade dos pacientes se apropriando de recursos artísticos. Nesse contexto, a médica desenvolvia estudos sobre esquizofrenia e ampliava as possibilidades de práticas a serem desenvolvidas com os usuários.

Nesse período, foram desenvolvidos, progressivamente, dezessete núcleos de atividades: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, etc., nos quais procuravam-se oferecer atividades que estimulassem o fortalecimento do ego dos pacientes, a progressiva ampliação do relacionamento com o meio social, e que servissem como meio de expressão (CASTRO; LIMA, 2007, p. 366).

Dessa forma, Nise buscava por uma abordagem livre de coação, que prezasse pela liberdade, e em que, por meio de várias atividades, os sintomas de seus pacientes pudessem encontrar oportunidade de expressão e assim serem, segundo ela, despotencializados.

As pesquisas por ela desenvolvidas tinham como principais objetivos documentar os resultados obtidos com a utilização das atividades artísticas; comprovar a eficácia dessa forma de tratamento e as capacidades criativas e de aprendizado dos pacientes, além de investigar efeitos nocivos dos tratamentos psiquiátricos tradicionais. (ROMAN, 2013, p. 33).

Apesar da vasta e qualificada pesquisa de Nise da Silveira, em decorrência do raro reconhecimento recebido, as atividades e intervenções artísticas são comumente banalizadas ou até mesmo esquecidas pelos profissionais da saúde. De modo geral, a sensibilidade exigida pelas práticas artísticas é raramente associada e encorajada no ensino da maioria das profissões da área de saúde no Brasil, apesar de ser fator extremamente necessário e importante para uma formação mais humanizada e capaz de estabelecer relações entre os profissionais e os usuários/pacientes.

Cerca de quarenta anos mais tarde, no Brasil, com a virada para o século XXI, a Reforma Psiquiátrica, a qual consistiu-se em formas inovadoras de cuidado e meios de intervenção adequados e condizentes com as realidades brasileiras, pautados na multidisciplinaridade profissional e na diversidade teórica, consolidou-se como “[...] marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial” (BEZERRA JR, 2007, p. 243).

Segundo Bezerra Jr (2007), a desconstrução da cultura manicomial, moldada no Ocidente com base no modelo médico da cura e do reparo e perpetuada nos últimos séculos, implica em uma transformação radical desses conceitos de loucura estabelecidos. O racionalismo como definição de sujeito, a abordagem tecnocientífica do sofrimento e a lógica de exclusão social e simbólica da diferença exibida pela experiência dos loucos deixam de ser fatores norteadores, dando lugar à “insistência na inclusão das formas de atenção fundadas no paradigma do cuidado (e não apenas na busca da cura)” (BEZERRA JR, 2007, p. 248) e à “ancoragem das estratégias assistenciais e culturais de confronto com a loucura no processo mais geral de ampliação do exercício da cidadania” (BEZERRA JR, 2007, p. 248).

Em vista disso, o processo de transição dos manicômios rumo a uma rede de serviços comunitários de saúde mental foi pensado para atuar na lógica da descentralização e da territorialização do atendimento em saúde, da recuperação da vida significativa. Dessa forma, seria possível garantir maior autonomia dos usuários, estimulando a subjetividade e acolhendo o sofrimento e as diferentes necessidades e direitos que compõem a vida dos indivíduos e das coletividades.

Essa nova trajetória foi construída:

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, com a abertura política, [em que] as relações entre arte e saúde sofreram um novo impulso no

Brasil. O fortalecimento dos movimentos democráticos e, em particular, o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), modificaram a compreensão de saúde, que passou a ser entendida como direito fundamental. Esta transformação instaurou um campo de práticas inovadoras, fortalecendo ações interprofissionais e intersetoriais, e envolvendo a vida cotidiana das comunidades (LIMA et al., 2015, p. 1019).

Segundo Onocko-Campos (2019), os movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial foram fundamentais para a construção de modelos de atenção à saúde com base na participação popular, na garantia de direitos humanos e de um cuidado mais humanizado no Brasil. Entretanto, ainda que a Lei Federal 10.216/01 (BRASIL, 2016) assegure o legado da Reforma Psiquiátrica, alguns governos têm optado por investir em ações e serviços distantes dela, e concomitantemente têm abandonado o investimento na ampliação, estruturação e consolidação das Redes de Atenção Psicossocial do SUS.

A PORTARIA Nº 3.588 9, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017) e a NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019), firmaram inúmeros retrocessos, entre eles, a integração do Hospital Dia e do Hospital Psiquiátrico a Rede de Atenção Psicossocial e seus fechamentos deixam de ser incentivados. Assim como também se percebe o resgate e a valorização de intervenções biomédicas, indo na contramão das recomendações internacionais (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Dessa forma, ainda se observa que a prevalência desse modelo biomédico centrado na doença e na patologização dos indivíduos é muito presente nos serviços de saúde mental brasileiros. Portanto, isso reafirma as práticas centradas em um único saber, que fragmenta o cuidado dos indivíduos e negligencia os diversos aspectos que constituem o processo saúde/doença para além da patologia e da clínica, impedindo a compreensão de um cuidado holístico e humanizado, resultando, não poucas vezes, em desassistência ou ineficiência.

Em contrapartida, como instrumento de resistência a essa realidade, apresenta-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reguladora e organizadora dos fluxos assistenciais psicossociais. Ela possui como objetivos o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção, bem como a responsabilidade pela promoção da equidade,

respeito aos direitos humanos, garantia da autonomia, reconhecimento dos determinantes sociais, combate a estigmas e preconceitos, atenção humanizada, garantia do acesso e diversificação das estratégias de cuidado (BRASIL, 2011b).

Como parte constituinte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são formados por equipes que contam com profissionais de diversas áreas, que atuam em uma perspectiva interdisciplinar no atendimento de pessoas com questões consideradas graves no que se refere à saúde mental, assim como questões persistentes relacionadas ao uso de substâncias como álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Nos CAPS, os atendimentos podem ocorrer nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, em uma perspectiva territorial e coletiva. As atividades são realizadas de forma intersetorial, buscando articular os diferentes pontos da rede de atenção a partir de um Projeto Terapêutico Singular, elaborado pela equipe com o objetivo de atender as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2011).

De acordo com a PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, os CAPS estão organizados em seis diferentes modalidades voltadas a atender de forma mais específica as demandas da população em relação a saúde mental. Sendo elas:

- I) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- II) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- III) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

- IV) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- V) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- VI) CAPS IJ: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Assim, ao discutir essa temática na realidade local, e ao pesquisar como os profissionais de saúde dos CAPS compreendem a arte na produção do cuidado, torna-se possível ampliar a concepção da oferta do cuidado e, portanto, de ações em saúde, buscando a ruptura da visão biomédica e hospitalocêntrica e principalmente resgatando princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

A partir dessa lógica, fez-se relevante pesquisar como tem ocorrido a produção do cuidado, bem como a presença ou não da arte e seus impactos nos CAPS do município de médio porte, local selecionado para esta pesquisa. Pois, conforme compreendido por Nise da Silveira, é imprescindível a prática de uma psiquiatria humanizada e capaz de proporcionar a expressão subjetiva, fugindo de preceitos obsoletos dos modelos biomédico e hospitalocêntrico. “Ou seja, compreender que o que deve ser cuidado é o indivíduo e não apenas seu diagnóstico” (ROMAN, 2013, p. 40).

Outro fator extremamente relevante é o fato de que:

Em geral, as pessoas que sofrem de transtornos mentais possuem fragilidades na sua socialização, inserção social e no mercado de

trabalho. São menos bem-sucedidas que a média no âmbito da concorrência feroz que caracteriza nosso capitalismo tardio periférico, e tendem a engrossar a multidão de desempregados e desviantes colocados nas bordas da marginalidade. Precisarão mais do que nunca de nossa *advocacy*, de nosso engajamento em sua defesa e na luta pelas suas reivindicações (ONOCKO-CAMPOS, 2019, p. 3).

Esses sujeitos compõem uma parcela da sociedade que sofre com preconceitos, tabus e marginalização devido a suas condições psíquicas. Apenas um sistema de saúde integrado, composto por profissionais qualificados, em contínuo estudo, e capacitado financeira e epistemologicamente para atuar de forma humanizada, será capaz de se interligar aos demais âmbitos da vida dos pacientes (familiar, cultural, do trabalho, de lazer etc.) e proporcionar-lhes mais experiências humanas e vivências dignas.

Portanto, ao longo da pesquisa, discutiu-se como se dão os processos de produção de cuidado nos CAPS Álcool e Drogas (AD) e Infanto-juvenil (IJ); o que é arte e qual sua correlação com a saúde; a correlação feita entre arte e saúde segundo os trabalhadores dos CAPS; e os desafios e potencialidades cotidianos na prática de ações integradas arte/saúde. Dessa maneira, diante da necessidade de ampliação da produção do cuidado e da promoção da saúde, bem como do desenvolvimento de trabalhos com a arte e a saúde, espera-se contribuir para a reflexão e elucidação de outras possibilidades de cuidado em saúde, envolvendo a arte.

2 PROCESSO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO NOS CAPS

Segundo Merhy (2007), existem duas perspectivas para se compreender o cuidado em saúde: a primeira diz respeito à lógica dos processos de medicalização da vida individual e coletiva; já a segunda vertente consiste na lógica dos processos de subjetivação da pessoa que está sob cuidados como tendo a capacidade de transitar, negociar sentidos e responsabilidades sobre os processos de adversidade e doença que vivencia.

Nesse sentido, percebe-se também uma divisão histórica entre as concepções e práticas de cuidado mencionadas acima. No Brasil, o primeiro empreendimento psiquiátrico que voltou seu trabalho aos transtornos mentais foi o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro. Até o final da Segunda Guerra Mundial, esse

hospital psiquiátrico, assim como os demais espalhados pelo país, seguiu princípios eugenistas, em que a medicina funcionava como um instrumento tecnocientífico de poder, com o intuito de realizar a higiene moral da sociedade (RIBEIRO, 2004).

Ou seja, nesse primeiro momento, o cuidado disponível em saúde mental consistia em ideias e tratamentos que seguiam o modelo manicomial, pautado na exclusão do indivíduo, sua medicalização e objetificação (como mero corpo doente a ser curado), no aspecto puramente biológico em detrimento das facetas social e cultural, e na violência (PUPO; ROSA; SALA, 2020). Assim, a lógica manicomial de encarceramento e exclusão se configurou como um modo de organização das cidades que surgiam e de controle político e social daqueles com transtornos mentais (RIBEIRO, 2004).

Em contrapartida, com o fim da Segunda Guerra, sobretudo na Inglaterra (comunidade terapêutica inglesa), na França (psiquiatria de setor francesa) e nos Estados Unidos (psiquiatria preventiva comunitária norte-americana), surgem experiências sócio-terapêuticas focadas na recuperação de homens que sofriam com traumas de guerra e transtornos mentais decorrentes, levando à construção de uma psiquiatria focada na saúde mental em detrimento da doença (RIBEIRO, 2004). Nesse contexto, no final da década de 1970, nasce a Reforma Psiquiátrica, “em consonância com [esses] diversos outros movimentos mundiais que vinham ocorrendo à época, na busca de denunciar práticas asilares e opressoras e que infligiam os direitos humanos dos usuários no campo da saúde mental” (FERREIRA et al., 2017, p. 374).

A Reforma Psiquiátrica brasileira é respaldada pela Lei 10.216 – “Lei da Reforma Psiquiátrica”, a qual prescreve a “Política Nacional de Saúde Mental” (CONSTANTINIDIS et al., 2021). Segundo Yasui (2010), ela vem para romper com o viés biológico reducionista e remodelar os conceitos base da psiquiatria, desmontando seus ideais e corroborando a crítica aos fundamentos da racionalidade científica moderna. Assim, a lógica da Reforma reprova e busca superar a relação sujeito-objeto, o reducionismo e o determinismo que eram anteriormente vigentes.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, o cuidado sofre também uma intensa mudança de paradigma, tanto técnico, a respeito da revisão de práticas de cuidado, quanto cultural, a partir do momento em que se defende uma concepção de loucura diferente, que permite ao sujeito viver e participar da comunidade. Esse processo ético, político e social pauta-se na busca por ressignificações no modelo de cuidado

em saúde mental. Dessa forma, o cuidado passa a ser entendido como defensor máximo da vida e da cidadania, a partir da construção de conexões relacionais do indivíduo (FERREIRA et al., 2017).

Assim nasce uma nova compreensão de cuidado, que busca:

desconstruir ou questionar o conceito tradicional de clínica relacionado ao conceito de doença, superando um entendimento biologistista e contextualizando o processo saúde-doença como resultante de uma multiplicidade de aspectos sociais, políticos, econômicos, históricos, culturais. (YASUI, 2010, p. 152).

É nesse contexto em que são criados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), sendo o primeiro denominado Luís da Rocha Cerqueira, em 1986, e sediado na cidade de São Paulo (RIBEIRO, 2004). Impulsionados pela Luta Antimanicomial, esses serviços de saúde passam a substituir as internações psiquiátricas, visto que “as práticas de saúde, antes das propostas dos CAPS, eram organizadas de acordo com a racionalidade do modelo médico hegemônico, abrangendo atividades curativas, individuais, assistencialistas, especializadas e regidas por uma lógica mercadológica” (BEZERRA JR, 2007, p. 243).

A partir de então, de acordo com Bezerra Jr (2007), a organização da assistência à saúde mental passou a sofrer intensas modificações em seus mais de mil CAPS espalhados pelo território brasileiro. Essa rede de cuidados, agora baseada nas reais necessidades do usuário, entendido como cidadão detentor de direitos e pertencente à comunidade que o cerca, almejava progressivamente substituir o modelo hospitalocêntrico e manicomial, que pregava e exercia parâmetros excludentes, opressivos e reducionistas.

Assim, nesta concepção, compreende-se que:

O cuidado é uma condição que permite, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando a tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro (YASUI, 2010, p. 119).

Na área da saúde, cuidar diz respeito a ponderar sobre uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Isso inclui o olhar e a escuta atentos do outro, pois é necessário reconhecê-lo como alguém que representa uma existência que vai muito além de um objeto de intervenção. É imprescindível reconhecer o usuário como um sujeito, não apenas como uma entidade, um objeto ou uma doença (YASUI, 2010).

No entanto, mesmo com a implementação dos CAPS e sua nova vertente de cuidado, o que se observa, na realidade cotidiana, são imensas dificuldades e burocratizações que remetem às mesmas velhas práticas de caráter medicalizante. A equipe multiprofissional não pode contentar-se em ser apenas um aglomerado de diferentes trabalhadores que coincidem em atuar no mesmo espaço físico.

Ou seja, o trabalho das equipes multiprofissionais não pode mais ser voltado ao paradoxo de doença e cura, o atendimento deve ser focado no sujeito em sofrimento. Não é sobre um objeto afetado por uma enfermidade que necessita ser pontualmente resolvida, é sobre um ser humano possuidor de especificidades únicas. Faz-se imprescindível o diálogo de saberes, o planejamento de estratégias de cuidado que pensem na integralidade de todas as vivências do paciente, dentro e fora da clínica.

Se faz necessária a formação de uma rede de cuidado e apoio que dialogue entre si, discuta os casos de cada paciente, busque por intervenções que considerem a integralidade e a complexidade de cada um como um ser humano dotado de singularidade (YASUI, 2010).

Ao construir os novos serviços, as instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, porém locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social (YASUI, 2010, p. 148).

Assumindo que o modelo médico e hospitalocêntrico se reproduz com base na doença e nas técnicas sobre o corpo, não há, dessa forma, como possibilitar o encontro entre sujeitos e subjetividades, existe apenas a interação entre o saber médico e seu objeto de estudo e intervenção. Dito isso, entende-se que o ato de cuidar acontece no encontro do usuário com suas necessidades e do trabalhador de saúde

com seu repertório e suas ferramentas (YASUI, 2010). Romper com esses paradigmas implica em movimentos de criação de novas formas de cuidar dentro das comunidades, conectadas com o território considerando os sujeitos em suas interações e multidimensionalidades (FERREIRA et al., 2017).

A reflexão sobre essa complexidade deve resultar na produção de uma diversidade de estratégias. São ações que demandam planejamento, recursos e articulação entre os setores de forma a considerar a integralidade das esferas da vida do sujeito, visando o cuidado em saúde, mas também a inclusão social dos sujeitos. Pois, “uma intervenção sensível e cuidadosa pode abrir caminhos para soluções que não necessariamente envolvam tratamento especializado, reduzindo muito o processo de patologização e medicalização que o sistema de saúde formal tende a estimular” (BEZERRA JR, 2007, p. 247).

A importância de práticas educativas incrementa-se, ampliando dispositivos de análise de ações, mudanças na gestão e das práticas de atenção à saúde e de participação popular. A Educação Permanente torna-se essencial para o desenvolvimento destas intervenções, devendo-se “aprender a aprender” coletivamente e individualmente (CECCIM, 2005).

No contexto da saúde mental, considerando a pluralidade de demandas e complexidade do processo de trabalho, a Educação Permanente se apresenta como uma ferramenta importante para os profissionais que compõem as equipes dos CAPS. A Educação Permanente é caracterizada pelo processo educativo que visa a permeabilização do cotidiano do trabalho na saúde, onde aportes técnicos e científicos inserem-se na construção de relação de processos conjuntos interinstitucionais e intersensoriais que se traduzem em políticas de atos na saúde. Atos mutáveis de ações e de serviços que possibilitam a introdução de mecanismos que causem a ruptura da visão hospitalocêntrica e aumentem a afetividade e o cuidado (CECCIM, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/20041 e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071. Tal política está adequada à implantação do Pacto pela Saúde e movimentos de discussões que visavam mudanças nas formas como os atores do SUS poderiam se organizar nos territórios

para enfrentar de forma qualificada as necessidades dos usuários e do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a EPS se configura como uma estratégia político-pedagógica que acolhe as demandas que surgem nos processos de trabalho em saúde e vincula o ensino a atenção à saúde de maneira a qualificar e aperfeiçoar a atuação dos profissionais (BRASIL, 2009).

Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009, p. 13).

De forma geral e ampla, segundo Yasui (2010), o Sistema Único de Saúde (SUS) está caminhando rumo à construção de um novo modelo de atenção em saúde, caracterizado pela ênfase nas ações básicas de caráter preventivo e de interesse coletivo; pelo fortalecimento do cuidado e da promoção da saúde, orientado por um entendimento da relação saúde-doença como processo social; pela visão guiada pela interdisciplinaridade (ou transdisciplinaridade) e pela intersectorialidade; pelo apreço das relações nos processos cotidianos de trabalho; e pela busca da autonomia das pessoas e populações em relação à saúde. Entretanto, esses aspectos não são alcançados sem disputas de modelo no SUS, marcando avanços e retrocessos desde a criação do sistema.

A fim de cumprir os objetivos integradores, comunitários e de reinserção social dos CAPS, é preciso compreender que sua atuação ocorre intrínseca ao conceito de território. “O fortalecimento do debate sobre cuidado territorializado passa pelo reconhecimento dos CAPS como dispositivo fundamental e coloca a necessidade de transcender o entendimento de território como mera delimitação de espaços geográficos” (FERREIRA et al., 2017, p. 374).

O território deixa de ser compreendido como mera delimitação do espaço físico e passa a ser entendido, com a proposta dos CAPS, como espaço de produção de cuidado (LIMA; AMARAL; SAMPAIO, 2021). Ele envolve todos os espaços sociais, culturais e de cidadania que o usuário do sistema de saúde tem o direito de utilizar. Dessa forma, o bom uso desses locais, seja por meio de projetos de reinserção social

ou pelo não encarceramento característico dos antigos hospitais psiquiátricos, contribui imensamente para a humanização dos tratamentos das pessoas com transtornos mentais.

Trata-se do estabelecimento de uma estratégia de cuidados que envolve o reconhecimento do território e seus recursos, bem como a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território. Implica estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e à demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a esse território (YASUI, 2010, p. 116).

Apesar da proposta de atenção e atendimento territorial, humanizado e integral dos CAPS, infelizmente, pesquisas como as de Yasui (2010), sobre o atual funcionamento de unidades do CAPS no interior do estado de São Paulo, observam que mesmo nesses serviços ainda há uma enorme tendência à medicalização. Isso porque os desafios à total implementação desse modelo são muitos, como demonstra Yasui (2010, p. 121):

Com mais frequência do que gostaria, encontro uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico. A utilização de outras estratégias não muda a lógica do modelo: a oficina terapêutica, por exemplo, transforma-se não em um campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas na mera reprodução de técnicas muitas vezes de caráter moralizante e de controle, que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático. Encontro, também, o emprego de ferramentas conceituais das práticas hegemônicas: isolamento (ainda que em um serviço aparentemente aberto); discursos técnicos que calam o paciente (monólogo da razão sobre a loucura); a doença suplantando a complexidade da vida e a medicalização como estratégia terapêutica central.

Dessa forma, percebe-se que “A ausência de reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p. 1687). Isto é, essa prática engendra sentimentos de dissociação e

desagregação tanto nos usuários do sistema de saúde quanto nos profissionais que lá trabalham, visto que há um paradoxo envolvendo o discurso de integralidade que está em contradição com a prática fragmentada e fragmentadora dos processos e dos sujeitos.

Existe, assim, uma micropolítica dos modos de produção do cuidado, a qual consiste em um campo que disputa pela modelagem dos serviços, das práticas de cuidado, que são o centro do trabalho (MERHY; FRANCO, 2013). Uma atuação que seja também macropolítica, em uma perspectiva de interação entre micro e macro, envolve considerar os determinantes sociais, formulação de articulações entre os setores, mudanças na legislação, atuação na regulação, no financiamento das ações, na rede de serviços, na organização da vigilância e informação em saúde, juntamente com os aspectos do cuidado no cotidiano do trabalho (MALTA; MERHY p. 595).

Por conseguinte, “Segregar, classificar, medicalizar e controlar a vida têm sido ainda as principais formas de assistência às pessoas com sofrimentos e transtornos mentais” (MACHADO; LAVRADOR, 2001 apud FERREIRA et al., 2017, p. 380). É nesse tipo de adequação do sujeito aos tratamentos institucionalizantes que ocorre o abafamento dos desejos e dos modos de subjetivação.

Em vista disso, o que se deve promover, por meio da saúde coletiva e da saúde mental coletiva, de acordo com Severo e Seminotti (2010), são as práticas psicossociais, a partir da participação dos atores envolvidos, do controle social, da análise dos determinantes sociais e dos saberes técnicos e populares. E assim vão se construindo políticas públicas em saúde mental, pois esse modo de fazer saúde busca a quebra do paradigma do binômio doença-cura e passa a considerar o contexto em que os sujeitos estão inseridos, bem como seus pensamentos, sentimentos e desejos. Dessa forma, para que o ser humano seja compreendido em suas diversas esferas da vida, sejam estas culturais, sociais, biológicas, psíquicas, entre outras, é necessário a articulação de vários saberes, de forma interdisciplinar, resultando em uma perspectiva holística do cuidado.

Nesse sentido, a Educação Interprofissional (EIP) se apresenta como uma possibilidade de aprendizagens compartilhadas, onde dois ou mais profissionais aprendem juntos sobre as especificidades de outra profissão. Nessa troca, o trabalho em equipe se amplia na direção de negociações e tomadas de decisões conjuntas por meio de interações e aprendizagem baseada na prática. De acordo com Batista

(2012), a EIP busca o desenvolvimento de competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas onde os profissionais participam ativamente colaborando entre si, em um exercício de exercício de tolerância e negociação.

3 ARTE E SAÚDE

3.1 O QUE É ARTE?

A partir das percepções inseridas no tópico anterior, é relevante desvelar os significados de arte ligados à criação e expressão e, não raramente, a falta dela relacionados com a área da saúde. Os profissionais deste ramo, especificamente aqueles que exercem a profissão em ambientes que requerem atenção à saúde mental como os CAPS, não possuem a aptidão, preparo e o interesse em utilizar da Arte - neste caso, de modo genérico – como uma alternativa a tratamentos medicamentosos, invalidando-a ou tornando-a automática e irreflexiva.

Para seguirmos nessa reflexão, primeiramente aborda-se o conceito de arte. Pareyson (2001), descreve-a como uma organização aberta de prática descritiva que busca ilustrar o reconhecimento de certa obra ou prática sem natureza valorativa. Não há consenso entre os pensadores sobre o conceito de arte, entretanto, ela pode ser apresentada a partir de três concepções norteadoras que se desenvolvem a partir da cultura e história de determinado contexto e perspectiva.

A primeira trata-se da arte como formatividade ou representatividade: a arte como fazer, como conhecer e como exprimir, contando com a operosidade, traço expressivo e com a proporção cognoscitiva e com a capacidade de invenção e execução (PAREYSON, 2001). A arte, aqui, é estrutural, analisando a maneira com que se revela o artístico e a obra em âmbitos miméticos, de cópia. Ela está conectada e provém de um objeto a ser reproduzido da maneira mais verossímil possível, sem apegar-se a um conhecimento prévio ou a esferas conceituais mais ligadas ao mental.

A segunda é a arte como necessidade vital. De acordo com Pareyson (2001), os seres humanos possuem em sua natureza necessidade vital de criação e potência para inspirações, percepções, sentimentos, pensamentos que inúmeras vezes estão

insensíveis pela constante adaptação ao meio. Em consonância, para Kant (apud ADAIJAN, 2018), a “arte é um tipo de representação que é intencional em si mesma”, promovendo o cultivo das faculdades mentais para uma comunicação mais sociável. Há, assim, uma relação entre a arte e a vida através de uma perspectiva afetiva do processo criativo.

Desse modo, a expressão de pensamentos, sentimentos e condições nas quais as pessoas com problemas mentais vivem associam-se, condicionando uma obra única para cada indivíduo.

A arte está sempre conectada a um mundo, ou a uma forma de vida, que a produz. Na contemporaneidade esse mundo não é mais histórico, então não existem mais os limites da história. Mas existem ainda os limites da nossa forma de vida. Assim, só uma coisa não nos é permitida, porque é impossível: expressar uma forma de vida que não é a nossa (RAMME, 2014, p. 7).

Entretanto, esta criação pode ser enclausurada em diversos momentos. A terceira vertente, conforme Galvanese (2010), denominada de o “Estado da arte”, expõe que a concentração das potências criativas dos indivíduos de afetar e ser afetado nos diferentes encontros com o mundo é essencial e, quando isso não ocorre, há uma inércia ou aniquilamento da vida, chamado pela autora de “estado da clínica”. Depõe Nietzsche (2017, p. 55), que ainda “a arte também traz à luz muito do que é feio, duro, questionável na vida”, ela “é o grande estimulante da vida: como se poderia chamá-la sem finalidade, sem objetivo e como poderia chamá-la de arte pela arte”.

A dissolução sistemática das manifestações artísticas intrínsecas ao ser podem agravar ou não permitir que formas alternativas de tratamento sejam aplicadas e auxiliem positivamente aqueles indivíduos que necessitam de um cuidado que vai além da concepção de doença - cura.

Dentro deste contexto, a arte é percebida como terapia, interligada à psiquiatria.

3.2 CORRELAÇÃO ENTRE A ARTE E A SAÚDE: MODALIDADES E NECESSIDADES

A arteterapia, denominada desse modo por integrar os campos da Arte, Psiquiatria e Educação (VICK, 2003 *apud* CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016), no

Brasil surgiu em São Paulo, no ano de 1925, no hospital psiquiátrico de Juqueri. Entretanto, apenas em 1960 as oficinas terapêuticas expandiram-se para diferentes tipos de públicos: usuários de drogas, portadores de doenças mentais, vítimas de agressões, entre outros (ROCHA, 2003).

As Práticas Integrativas em Saúde (PICS) são definidas como recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Esses tratamentos utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais e ancestrais, voltados para prevenir diversas doenças e, em alguns casos, também podem ser usados como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) inclui sistemas de cuidados complexos que foram denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa. A OMS, desde a década de 1970 incentiva a adoção e implementação desses recursos terapêuticos nos sistemas de saúde como políticas públicas que estimulem formas mais naturais de prevenção de agravos, pautadas na escuta acolhedora e no vínculo terapêutico e comunitário (BRASIL, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde, a PNIC tem como objetivos ser implementada no SUS visando a prevenção, promoção e recuperação da saúde, principalmente no contexto da atenção primária, priorizando a integralidade e a humanização do cuidado, contribuindo para o aumento da qualidade e eficácia, estimulando ações inovadoras e sustentável para as comunidades com participação e controle social (BRASIL, 2018).

O Holismo, que vem da palavra *holos* (grego) significa inteiro, completo, define-se no campo das ciências humanas e naturais como uma abordagem que prioriza o entendimento integral dos fenômenos, abordando assim que as propriedades de um sistema não podem ser explicadas apenas pela soma dos seus componentes internos ou externos, pois o sistema total determina como se comportam todas as partes de um conjunto. Essas terapias complementares entre si buscam garantir a integralidade do cuidado de diversas doenças, complementando o tratamento convencional e propiciando o controle do estresse, melhoria da qualidade de vida, redução da dor

crônica, controle dos sintomas de ansiedade e depressão e dos distúrbios do sono e de humor, entre outros (KLIGER, 2016; GREENLEE; KWAN; ERGAS et al., 2014).

Ao se desenvolver esta abordagem integrativa, inúmeros sistemas neurológicos responsáveis pela geração, percepção e regulação de emoções (SMITH; LANE, 2015) são estimulados via interoceptiva (por incitação do corpo) ou somatosensorial (informações percebidas pelos sentidos, como as tensões musculares ou posição do corpo, por exemplo), estabelecendo uma conexão mais aprofundada com as emoções (CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016).

Quatro pilares terapêuticos são usados como mecanismos de ação, iniciando-se em uma relação triangular entre arte/ arte terapeuta/ produto de arte, visando conquistar uma relação primária entre estes três âmbitos. O indivíduo é apresentado aos materiais artísticos e introduzido à psicoterapia (CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016). Após isso, o engajamento pessoal é necessário, com uma integração do corpo e de processos mentais. A junção entre a “qualidade calmante dos materiais”, a “segurança e apoio da arte terapeuta” e a “motivação necessária” sustentam o fazer artístico sem uma sensação iminente de ameaça ou desistência (CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016).

O terceiro pilar baseia-se na oportunidade que a arte terapia fornece de transformar emoções implícitas em representações pictóricas e verbais (SUBICWRANA; BEUTEL; GARFIELD; LANE, 2011 apud CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016). Enquanto tais emoções implícitas são experienciadas como sensações físicas e inconscientes, as explícitas fazem-se conscientes e podem ser comunicadas verbalmente ou simbolicamente, facilitando discussões e reflexões acerca das condições mentais do indivíduo (CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016).

O quarto e último pilar é denominado de “Processo Metacognitivo”, no qual o próprio indivíduo tem a habilidade de avaliar seus próprios pensamentos ou “pensar sobre pensar” (FLAVELL, 1979 apud CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016). Esse processo ocorre automaticamente, permitindo examinar o comportamento, sentimentos e pensamentos, providenciando uma justificativa e, posteriormente, uma recuperação (FRITH, 2012 apud CZAMANSKI-COHEN; WEIHS, 2016).

A junção dessas diretrizes pode resultar em diversos benefícios referentes à saúde mental. Daisy Fancourt e Saoirse Finn (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019), organizadores do Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS),

evidenciam a relação da arte com o bem-estar e a saúde na Europa. Neste, aponta-se que a inserção da arte nos mais diversos contextos e ações em saúde pode estar presente na prevenção e promoção, na gestão e no tratamento de saúde, contribuindo para prevenir doenças, para o desenvolvimento humano, com o cuidado em saúde mental, nos cuidados paliativos, no manejo e na prevenção de doenças crônicas e agudas, para um comportamento promotor de saúde, dentre outras diversas possibilidades.

Em 2006, a partir da Portaria GM/MS nº 971 as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram aprovadas e regulamentadas para serem utilizadas no SUS. Inicialmente, foram incluídas as práticas de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia. Em 2017 outras 14 práticas passaram a fazer parte do conjunto de possibilidades terapêuticas a serem ofertadas aos usuários, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017 (Quadro 1), com o objetivo de atingir cuidado integral e resolutivo nas ações de saúde garantindo uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

Quadro 1. Práticas Integrativas Complementares estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 849/2017.

PRÁTICA	DESCRIÇÃO
ARTETERAPIA	Utilização de forma individual ou grupal de diversas técnicas artísticas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida, assim estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo.

AYURVEDA	Considerada uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Os tratamentos consideram a singularidade dos sujeitos e utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético. Considera o autocuidado o principal elemento do tratamento.
BIODANÇA	Prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. A metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas
DANÇA CIRCULAR	Prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os

	<p>participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. Auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.</p>
MEDITAÇÃO	<p>Constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.</p>
MUSICOTERAPIA	<p>Utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e</p>

	<p>outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.</p>
NATUROPATIA	<p>Abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpóreas e mudanças de hábitos.</p>
OSTEOPATIA	<p>Método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades. O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer</p>

	elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade
QUIROPAXIA	Abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral. São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual.
REFLEXOTERAPIA	Prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.
REIKI	Utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-

	<p>chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente. A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.</p>
SHANTALA	<p>Prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional. Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.</p>
TERAPIA INTEGRATIVA	<p>COMUNITÁRIA</p> <p>Intervenção em grupos sociais que objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os</p>

	<p>recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.</p>
YOGA	<p>Prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral</p>

Diante das PICS podemos observar que existe uma valorização dos saberes provenientes de diversas culturas, do estímulo à criatividade, do movimento e das diferentes possibilidades de manifestações da arte entre as pessoas. Modalidades como a música, teatro e dança contribuíram e contribuem para uma expressão integral de conflitos internos. A título de exemplificação, a utilização da música, seja ela de modo educativo, ensinando a tocar algum instrumento, ou para o bem-estar, ao se ouvir uma música querida, diminui “os sentimentos subjetivos de tensão qualquer que seja sua natureza” (MARQUES, 2017, p. 26).

A integralidade do cuidado é ampliada diante da utilização das PICS, dos diversos recursos a serem acessados e do olhar ampliado para os sujeitos e suas realidades. O sofrimento psíquico e a promoção da saúde mental, exigem acolhimento e humanização de processos de trabalho de forma a serem realizados de forma longitudinal, o que se aproxima do cuidado de doenças crônicas não transmissíveis, que interferem em diferentes aspectos da vida dos usuários. A capacidade de resolução no sistema de saúde pode ser aumentada ao se utilizar esses recursos, a partir do momento em que possibilita que os profissionais acessem os pacientes e outras perspectivas, mais próximas de suas realidades, preferências e necessidades (CONTATORE et al, 2015).

A musicoterapia foi utilizada como estratégia a fim de diminuir fatores geradores de sofrimento no Hospital Central do Exército na cidade do Rio de Janeiro pelos profissionais Bergold e Alvim (2009). De acordo com eles,

A visita musical promoveu a expressão de emoções, facilitando a comunicação e interação entre os participantes e reduzindo sentimentos considerados negativos como medo, raiva e tristeza. Este fato está em consonância com um dos fatores de cuidado, a expressão de sentimentos positivos ou negativos, pois melhora a percepção de si além de facilitar a compreensão do comportamento que é gerado a partir desses sentimentos, o que pode facilitar a comunicação e a interação entre o cliente e a enfermagem (BERGOLD; ALVIM, 2009, p. 540).

Em associação com a música, a dança e o teatro como forma de expressão corporal, mostram-se significativas, com a dança objetivando a busca da demonstração de afetos, trazendo vivacidade, autopercepção e autorregulação (FONTINELE; NASCIMENTO, 2019) e o teatro proporcionando o exercício de novos papéis, aprimorando a experimentação, gerando empatia, desenvolvendo a espontaneidade, a sociabilidade, a aquisição de uma linguagem única e particular, além de auxiliar na resolução de conflitos internos (ROCHA, 2007).

A literatura, de mesmo modo, é usada nas práticas terapêuticas e psicossociais, fomentando a independência do indivíduo, este necessitando compreender, questionar e debater sobre a leitura realizada, seja em grupo ou apenas com o profissional da saúde. Sentimentos como catarse (alívio, serenidade); identificação com um personagem; introjeção (ideias presentes nos personagens

absorvidas pelo indivíduo) e projeção (ideias descartadas) e compensação (suprimento do real por meio do literário), revigorando as habilidades emocionais (CALDIN, 2010 apud SOARES, 2018).

Por fim, dentre muitas outras vertentes, cita-se aqui a pintura como uma possível atividade. Para Jung (apud FÉR, 2009), essa modalidade dá espaço para a união entre o racional e o subjetivo, originando cenários que podem servir como formas de expressar sentimentos reprimidos.

Sendo assim, a arte, pode retornar a seu aspecto subjetivo, e o sujeito “pode dar-se conta do que de fato sente e, durante esse processo, pode verdadeiramente fazer algo que assim o represente e a ele faça sentido” (ANDRADE, 2000, p.33 apud REIS, 2014). Humaniza-se, como já citado neste trabalho, as práticas em saúde mental, produzindo cidadania àqueles marginalizados pelo sofrimento mental, ampliando o conhecimento e a liberdade em todas as áreas (TORRE, 2018, p.8).

O compromisso para com a felicidade humana e pelo bem comum, requer do profissional da saúde uma visão, embora tecnocientífica, também abstrata do vínculo saúde mental - tratamento (AYRES, 2006). Deve-se construir um projeto norteador ético e moral, baseado em práticas e percepções que proporcionem benefícios em prol da felicidade e bem-estar do indivíduo. Conforme Ayres,

É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprio às ciências e às técnicas, há em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático (AYRES, 2006, p. 55).

Contudo, tal percepção não se reproduz no modelo psicossocial de atendimento pelos profissionais da saúde, caracterizando-se pela linearidade (dano - reparação), individualismo (doença determina-se pela carência individual, com tratamentos exclusivos) e histórico (desconsiderando a interação indivíduo – ambiente). Não há, portanto, uma valorização das habilidades particulares ou o exercício da cidadania por parte do indivíduo (COSTA et. al, 2012).

A incompreensão e a desvalorização da arte no contexto psíquico por parte do ambiente da saúde são provenientes do desinteresse pessoal do profissional, mas também de uma formação predominantemente isenta de debates sobre o cuidado na

área da saúde, ignorante à realidade dos pacientes. A orientação curricular prioriza a especialização, a pesquisa e o uso de técnicas, métodos e equipamentos sofisticados (BRASIL, 2007), descartando propostas consideradas mais subjetivas.

A interdisciplinaridade, disposta no capítulo anterior como essencial, com outras profissões da mesma área, não ocorre, predispondo também a não utilização de recursos de outros campos (BRASIL, 2007). Há, então, uma restrição à integração de diferentes procedimentos que podem ser adotados de modo uniforme ou particular, considerando o ambiente no qual insere-se o Centro Psicossocial, a realidade econômica da comunidade, seus anseios e angústias. O profissional, então, encontra-se desamparado e apenso a tratamentos medicamentosos e paliativos, dificilmente tratando ou minimizando, internamente, a origem dos conflitos sentimentais e emocionais.

Ademais, a falta de recursos torna-se um obstáculo para a implementação de diversos tipos de arte terapia e atendimento psicossocial. A eminente revogação de diversas portarias de financiamento e de atendimento dos CAPS, como o fim do CAPS assistencial a usuários de álcool e outras drogas (CAPSAD) e a assistência apenas de reabilitação e não psiquiátrica em algumas unidades, além do sucateamento geral dos Centros (POLAKIEWICZ, 2021), interferem e podem interferir diretamente em todas as áreas voltadas a utilização de arte. Com o número de funcionários reduzidos, impede-se um atendimento integral e cuidadoso, sem avaliações psiquiátricas, prescrições e relatórios para benefícios sociais; a falta de insumos impede a fomentação de diferentes formas de atendimento psicossocial distintos: sem materiais para pintura, por exemplo, seções como estas não podem ser conduzidas; entre outras demandas.

Os problemas citados podem ser minimizados mediante a troca de conhecimentos e experiências por parte dos profissionais da saúde, compartilhando casos, medidas e abordagens em cada tipo de situação e com cada tipo de público atendido. Possibilita-se, assim, a cooperação entre as partes em todas as dimensões, sejam elas sociais, psicológicas ou biológicas (BASTOS; SANTANA; BASTOS, 2017).

O Ministério da Saúde concebe a Portaria Nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, que valoriza a integração entre o ensino e o trabalho em saúde, a participação da gestão, do controle social e da educação dos trabalhadores de saúde, uma vez que a Educação Permanente em Saúde proporciona reflexões acerca do processo de

trabalho e a busca pela ampliação de sua resolutividade, reforçando os princípios da Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 2004). A EPS deve operar de forma a estar inserida na realidade da prática cotidiana, a partir da participação conjunta e criativa na busca pela resolução dos problemas sociais, sanitários e do serviço. Objetiva também a transformação institucional das equipes, grupos sociais e das práticas coletivas, por meio da ação de diversos atores como trabalhadores de saúde, grupos comunitários e gestores.

Desse modo, a arte constata-se como uma possibilidade no tratamento e melhora na saúde mental da população atendida pelos Centros de Atenção Psicossocial, tendo em vista seus benefícios.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de um município de médio porte sobre a arte como ferramenta de produção do cuidado em Saúde no cotidiano do trabalho.

4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar como se dão os processos de produção de cuidado no CAPS AD e IJ.
- Identificar a presença/ausência da arte no cotidiano do trabalho.
- Investigar a correlação feita entre arte e saúde segundo os trabalhadores.
- Analisar, segundo os profissionais, as potencialidades e os desafios cotidianos na prática de ações integradas arte/saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com Severo e Seminotti (2010), a saúde coletiva e a saúde mental coletiva promovem práticas psicossociais através da participação dos atores envolvidos, do controle social, da análise dos determinantes sociais, dos saberes técnicos e populares e assim vão construindo políticas públicas em saúde mental. Este modo de fazer saúde busca a quebra do paradigma do binômio doença-cura e passa a considerar o contexto em que os sujeitos estão inseridos, bem como seus pensamentos, sentimentos e desejos.

Dessa forma, para que o ser humano seja compreendido em suas diversas esferas da vida, sejam estas culturais, sociais, biológicas, psíquicas, dentre outras, é necessário a articulação de vários saberes, de forma interdisciplinar, resultando em uma perspectiva holística do cuidado.

Esta é uma investigação qualitativa exploratória de caráter analítico e se situa dentro da Linha de Pesquisa: “Avaliação, gestão do trabalho e educação em saúde”. Segundo Flick (2009), a metodologia qualitativa surge da necessidade dos estudos das relações sociais, objetiva entender novas questões e desenvolver teorias empiricamente fundamentadas, considerando as diversas esferas e nuances da vida, sempre buscando compreender os fenômenos em sua totalidade, não se limitando a um recorte deste.

Essa metodologia é permeada por diversas abordagens teóricas e metodológicas com a finalidade de alcançar as subjetividades e singularidades de todos os envolvidos na pesquisa e compreender a realidade social.

Para esta pesquisa decidiu-se que a entrevista semiestruturada como estratégia de campo. O instrumento foi elaborado pela própria pesquisadora (APENDICE C), e realizado com treze profissionais dos dois CAPS existentes no município de Apucarana – PR de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE A). Foram excluídos da pesquisa todos os profissionais afastados de seu cargo ou que estiveram de férias no período da coleta de dados.

Por conseguinte, foram incluídos todos os profissionais que compõem as equipes dos dois Centros de Atenção Psicossocial existentes no município de

Apucarana: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ). E foram excluídos da pesquisa todos os profissionais afastados de seu cargo ou que estiverem de férias no período da coleta de dados.

O município de Apucarana situa-se na região norte do estado do Paraná, e contava com 134.996 habitantes no último censo. Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial de Apucarana é composta por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), CAPS I Regional situado no município de Cambira, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, 32 Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório de Alto Risco pelo Consórcio Intermunicipal do Vale do Ivaí (CISVIR), Ambulatório de Psiquiatria dentro do Hospital Psiquiátrico Regional do Vale do Ivaí no município de Jandaia do Sul que atende toda região do Vale do Ivaí. O Caps AD de Apucarana surgiu em 2006 e o Caps IJ em 2007. As equipes dos dois Centros de Atenção Psicossocial do município de Apucarana são compostas por: 2 Auxiliares de Serviços Gerais, 2 Assistentes Administrativos, 2 Assistentes Sociais, 2 Enfermeiros, 1 Fisioterapeuta, 3 Médicos Psiquiatras, 3 Pedagogos, 2 Psicólogos, 1 Terapeuta Ocupacional e 2 Técnicos em Enfermagem, totalizando 16 profissionais distribuídos nos dois estabelecimentos.

Segundo a Resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), são considerados profissionais de saúde os assistentes sociais, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Em consonância, a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) diz que a equipe mínima exigida para atuar nos CAPS i é 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo e 5 profissionais de nível médio: técnico/ e ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Já no CAPS AD a exigência é de 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico responsável pela triagem, avaliação e intercorrências clínicas, 4 profissionais de nível superior: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo

ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, e artesão.

A RAPS, de acordo com a Portaria nº3088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a) do Ministério da Saúde, é composta pelos CAPS em suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS ADIII e CAPSij, CAPSij III), Serviços Residenciais Terapêuticos (STR), Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil (UAs), Cooperativas de Trabalho, Centros de Convivência e Cooperativas, Unidades de Básicas de Saúde (UBS), Consultório na Rua, SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro, enfermaria especializada e leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais. Estes diversos dispositivos e pontos de atenção visam a ampliação da atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e são implantados de acordo com as características sociodemográficas.

Apesar de o município de Apucarana já possuir o critério populacional, não há um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas adultas com transtornos graves e persistentes em nenhuma de suas modalidades (CAPS I, CAPS II e CAPS III).

Apoiada em Minayo (2011), as entrevistas ocorreram utilizando-se questões abertas e fechadas, possuindo uma linha de raciocínio pré-estabelecida a ser seguida. De acordo com o contexto, foi importante preparar o ambiente em que as entrevistas foram realizadas, atentando-se a comportamentos verbais e não verbais e optando por fazer perguntas abertas para estimular a fala e evitar obliquidades.

Os resultados foram analisados à luz do referencial metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin (2016). A autora aposta em um método sistemático e objetivo para descrever as mensagens através de seus chamados núcleos de sentido, com os significados sendo o principal material de análise, agrupados em categorias ou classificações. Sendo assim, o processo de análise ocorreu a partir de três fases: a primeira, a pré-análise: leituras flutuantes, formulação de hipóteses, a separação de possíveis materiais a serem utilizados. A segunda, a exploração do material: etapa mais longa do processo, consistiu em codificar unidades de registro através de palavras-chave e formular categorias de acordo com suas semelhanças e diferenças nas respostas. E a terceira, o tratamento dos resultados e sua interpretação:

sistematizou-se os resultados por intermédio de suas interpretações de acordo com os objetivos iniciais do estudo.

Os elementos encontrados nesta pesquisa foram discutidos com base na interface arte e saúde, a partir também dos referenciais teóricos de Guattari e Rolnik (1996) e Merhy e Franco (2013). Um teste piloto da entrevista em profissionais de saúde de outro município foi realizado, para identificar se o roteiro estava atingindo seu objetivo.

A pesquisa ofereceu riscos, mesmo que pequenos, uma vez que não se pode descartar a possibilidade de os profissionais se sentirem desconfortáveis por causa das emoções e sentimentos que possam emergir no momento da entrevista. Sendo assim, foi oferecido suporte, pela pesquisadora, em todo o período da entrevista, caso algum participante não se sentisse confortável. Vale ressaltar que a desistência da entrevista foi uma possibilidade de escolha por parte dos participantes.

Assim, após aprovado e liberado pela Autarquia Municipal de Saúde, este projeto foi para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário e as atividades só foram iniciadas após sua aprovação com número do CAAE 48306521.7.0000.5231. Trata-se de uma pesquisa voluntária, portanto, os participantes não pagaram e nem foram remunerados por sua participação.

Os profissionais foram convidados a participarem do Estudo e, aqueles que desejaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A desistência foi livre, sem quaisquer impedimentos ou prejuízos. Suas informações foram utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa e tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade.

Pontua-se que a identidade dos participantes permaneceu preservada, substituindo a identificação por nomes de flores, assegurando a confidencialidade dos dados e resguardando-se o anonimato. O Brasil é o país de maior biodiversidade do planeta que, associada a uma rica diversidade étnica e cultural que detém um valioso conhecimento tradicional, destarte foram selecionados alguns nomes de flores para representar os nomes dos participantes como forma de reconhecer a beleza, a riqueza e o estado da arte da natureza.

O conteúdo levantado foi gravado e, posteriormente, transcrito para análise e, após o fechamento do trabalho, há o comprometimento de deletar todas as gravações e dar a devida devolutiva aos participantes.

Vale ressaltar que a pandemia do coronavírus que teve início no de 2019, mas segue ainda até o ano presente, sobretudo com seus maiores impactos nos anos de 2020 e 2021, provocou inúmeros impactos sociais, psíquicos, biológicos, econômicos, dentre as mais diversas esferas que compõem a saúde do ser humano e do sistema em que vive. E que previamente à pandemia já existiam inúmeras iniquidades sociais e desafios na saúde pública, o que se agravou e resultou em aumento de demandas e no surgimento de novos empasses, sobretudo no processo de cuidado dos CAPS, refletindo, portanto, nos resultados desta pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO

Os profissionais entrevistados, foram 10 mulheres e 3 homens, 4 deles com idades entre 30 e 40 anos, 5 deles com idade entre 40 e 50 anos e 4 com idade entre 50 e 60 anos. Os entrevistados foram: 2 pedagogas, 2 enfermeiras, 1 técnico de enfermagem, 2 médicas psiquiatras, 1 psicóloga, 2 assistentes sociais, 1 auxiliar de serviços gerais e 2 auxiliares administrativos. Sobre o tempo de serviço: 1 pessoa com menos de 1 ano de serviço; 7 pessoas entre 1 a 5 anos; 3 pessoas entre 5 a 10 anos; e 2 pessoas acima de 10 anos.

Com relação a trabalhos anteriores, verificou-se que 2 haviam trabalhado em outros CAPS; 3 em Autarquias da Saúde; 5 em outros níveis de atenção à saúde (UBS, UPA, Hospital); e outros 4 fora da área da saúde, tendo 2 já trabalhado na área de Educação. Ressalta-se que há uma repetição numérica, pois um mesmo colaborador enquadra-se em duas subcategorias.

No que concerne seus focos de estudo, observou-se a área pedagógica, Direito, Artes, Gestão Administrativa e Contábil. Na área da saúde, os âmbitos pré-Hospitalar, Saúde do Trabalhador, Preceptoria, Políticas Sociais e Públicas, Administração e Saúde, Saúde da Família e Saúde Coletiva.

Quanto aquelas relacionadas à Saúde Mental, foram notadas a saúde mental na Infância e Adolescência, na Atenção Básica e na Psicofarmacologia como centros de estudos.

A rotina e processo de trabalho foi descrita pelos profissionais, mediante diversos tópicos, sendo eles: a Agenda individual e coletiva; discussões de caso em equipe; atendimentos individuais; acolhimento; escalas; orientações; encaminhamentos; preenchimentos das RAS – registros dos atendimentos no SIASUS; práticas de redução de danos; trabalho com a família; anamnese e avaliações de transtornos; visitas escolares e domiciliares; manejo de crises; articulação com a rede; aplicação de medicações; lançamentos no sistema; relatórios; busca ativa – VD; e limpeza e atividades na cozinha, lanches, horta, além do auxílio no cuidado das crianças.

6.2 ANÁLISES

As análises serão apresentadas considerando os objetivos propostos na construção do presente trabalho, as categorias de análise, e as informações encontradas no campo através dos sujeitos entrevistados. As categorias de análise foram agrupadas juntamente com os eixos temáticos (Quadro 2) e os resultados serão apresentados na sequência com as reflexões feitas a partir de cada categoria.

Quadro 2. Categorias de análise e eixos temáticos.

Categoria de Análise	Eixos Temáticos
Processos de produção do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Clínica ampliada - Cuidado em liberdade como prioridade - Cuidado psicossocial versus psiquiátrico - Cuidado multiprofissional versus médico centrado - Diferenças entre triagem e acolhimento

	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades em lidar com o abstrato, subjetivo. - Despreparo profissional para trabalhar na área da saúde mental - Cuidado em rede - Conflitos entre teoria e prática - RAPS não implantada como deveria, ausência de dispositivos importantes na rede para assegurar cuidado adequado aos usuários. - Acesso ao tratamento psicossocial - Casos complexos, serviço de atenção a crise
Presença ou ausência de arte	
Subcategoria: O que é arte	<ul style="list-style-type: none"> - Arte como expressão - Concepção de arte insuficiente - Arte não compreendida dentro do contexto da saúde - Arte como possibilidade de resignificação - Arte como produção manual
Subcategoria: contato prévio com a arte	<ul style="list-style-type: none"> - Arte na história de vida - Arte na graduação - Arte no CAPS - Arte em outros trabalhos
Arte e promoção de saúde mental	
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de possibilitar verbalização, expressão e transmutação

	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação e estabelecimento de vínculo, interação, diálogo e ressocialização - Arte como terapia, expressão da subjetividade e potência de vida
Potências e desafios para as práticas de saúde envolvendo a arte	
Subcategoria: Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> - Trocas com outros serviços - Capacitações e qualificações - Materiais assegurados - Compreensão e estímulo da arte dentro das práticas em saúde pelos profissionais - Mudança do paradigma dominante centrado no cuidado médico
Subcategoria: Desafios	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos reduzidos - Ausência de materiais e matéria-prima - Ausência de apoio, respaldo, liberação e incentivo ou estímulo da gestão - Profissionais não qualificados - Não reconhecimento da relevância da arte no processo do cuidado em saúde - Conflitos entre oferta e demanda - Ausência de formações

Fonte: Elaboração própria.

Aborda-se aqui a questão do cuidado respondida por todos os entrevistados, mostrando um perfil muito semelhante do que concerne esta expressão dentro da área da saúde, principalmente em locais que prestam assistência para pessoas em situação de vulnerabilidade psicológica e física, como os usuários de drogas e álcool. O cuidado para com esta população advém deste trabalho conjunto realizado por

todos os profissionais, desde a triagem e acolhimento até as atividades gerais realizadas no ambiente do CAPS, e também fora dele.

Nós temos a agenda do CAPS, que é a agenda de acolhimento. Então a escala do serviço a gente mesmo faz. De acordo com o que é realizado, seja a dinâmica, o acolhimento, acontece a discussão dos casos e a gente direciona para onde vão os cuidados com o paciente... se ele fica aqui, se a gente direciona para a área externa ou se ele fica direto no CAPS (Tulipa).

Com o intuito de humanizar o atendimento, muitos profissionais partilham de uma proximidade maior com os usuários, crianças ou adolescentes, conversando diretamente com eles. Cita-se:

Talvez não seja, não seja, assim, uma consulta, mas, pelo menos, uma conversa. Chega ali, tentando conversar - "Ah, então, senta aqui. O que está acontecendo? No que eu posso te ajudar? O que eu posso oferecer para você, né, para estar tentando te ajudar?" - Na medida do possível, ajudar o paciente naquele momento (Girassol).

Esta triagem é diferenciada das demais unidades de saúde, como UBS ou UPA, por exemplo, tendo-se em vista que ocorre por meio de uma conversa mais íntima, escutando a demanda de modo mais direto e pessoal, dando abertura para que o indivíduo se sinta protegido e acolhido.

Primeiro que é um serviço totalmente diferente na unidade de saúde, né? Aqui você vai acabar atendendo pessoas com problema de álcool e droga, a não ser que... a gente atende também, mas não é assim todos os dias, né, que vem paciente usuário aqui com a gente. Tem dia que o paciente vem bem aqui, tem dia que o paciente está nervoso, né? (Girassol).

Após a triagem, com o encaminhamento do indivíduo aos devidos profissionais, diversos tipos de recursos são aplicados, sendo o psiquiátrico o último a ser utilizado. Primeiro, descartam-se todos os outros tipos de atividades terapêuticas, individuais ou em grupo e, caso não surtam efeito, há o encaminhamento ao médico psiquiatra.

O cuidado relaciona-se como percebido na citação, diretamente com o manejo de crises, necessitando de um zelo quanto ao modo de abordagem ao se chegar em

um indivíduo em abstinência ou sob efeito de psicoativos. Esse modo de cuidar relacionado com as especificidades do cotidiano dos CAPS e de práticas humanizadas de cuidado em saúde mental se aproxima da definição de cuidado trazida por Boff:

Cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Trata-se, como se depreende, de uma atitude fundamental. Cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude. Temos, nas línguas latinas, a expressão “cura d’almas” para designar o sacerdote ou o pastor cuja incumbência reside em cuidar do bem espiritual das pessoas e acompanhá-las em sua trajetória religiosa. Tal diligência não se faz sem fino trato, sem zelo e dedicação, sem espirit definese, como convém às coisas espirituais (BOFF, 2005, p. 29).

Esta preocupação rege o que se chama de “acolhimento”, um processo que demanda cautela (YASUI, 2010). No âmbito da saúde pública, o acolhimento é entendido como uma postura que exige do trabalhador escuta e tratamento humanizado diante de uma demanda. Auxilia na construção do vínculo, na organização do trabalho, nas ofertas de cuidado e encaminhamentos, assim como potencializa o acesso de forma ampliada, garantindo universalidade e resolutividade (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011). Assim como apontam os entrevistados: “Primeiro a gente tem que compreender e entender o que está acontecendo com aquele usuário”, “saber acolher, saber o que tem, o que elas têm para transmitir para você, né? As necessidades, preocupações” (Margarida), pois

Às vezes, eles vêm... quando as pessoas pensam em CAPS, eles já vêm com uma ideia de que ou é louco, desculpa a expressão, é muito forte, mas às vezes... “Ah, lá, eu não vou lá porque lá só trata louco” (Margarida).

O cuidado, além de auxiliar na dissolução dessa imagem de insanidade, traz aos pacientes outra visão sobre si mesmos, como pessoas a serem tratadas e recuperadas em todos os sentidos, assim como o olhar ao próprio CAPS, tentando

desvencilhar o retrato medicamentoso e manicômico da instituição (CECCIM, 2005; YASUI, 2010).

Este modo de visualização do cuidado, dos profissionais para com os pacientes, baseia-se na necessidade de se acolher o indivíduo não apenas como um usuário de drogas ou uma criança e adolescente com problemas psicológicos, mas também como um ser humano detentor de direitos que busca auxílio em locais que possam oferecê-lo, estando os profissionais dispostos a fazê-lo e a ajudá-los, compreendendo que esse sujeito que busca cuidado faz parte de um todo, de uma sociedade, de uma comunidade e é atravessado por influências externas que refletem na forma como ele se relaciona com o mundo e consigo mesmo.

Acho que a diferença do paciente adulto em relação às crianças e adolescentes está no jeito de cuidar... Por exemplo, eu não gosto de prescrever remédio aleatoriamente. Ah, tem um sintoma a gente vai lá e dá um remédio para esse sintoma. O que eu enfatizo é de tentar chamar a família, entender o que está acontecendo, com abordagens multidisciplinares (...). Então se a gente não abrange o nosso olhar para a escola, para a casa, para a vizinhança também dessa criança a gente não tem acesso ao que realmente está acontecendo (Cravo).

Há uma desconstrução do viés hospitalocêntrico da triagem, que é realizada sem uma conexão com o paciente, utilizando-se de perguntas genéricas como nome, idade, histórico de doenças, entre outros, ao invés de envolver-se diretamente com o indivíduo, compreendendo suas necessidades e o motivo pelo qual foi ao CAPS.

A relação sujeito e profissionais torna-se um fato e não apenas uma idealização, o que auxilia no processo de escuta do próprio paciente para com sua situação. Os profissionais da saúde conseguem envolver o usuário, criança ou adolescente em todas as partes do processo de reabilitação e/ou integração social, métodos terapêuticos e serviços que venham a ser propostos para tratar os respectivos indivíduos, não mais restringindo este papel à visão médico - intervencionista.

A noção de clínica ampliada busca a superação de uma clínica tradicional e de processos estigmatizadores, em um viés político com papel transformador. Para tanto,

essa clínica exige mudança de olhar para o objeto e manejo das situações, incluindo a assistência individual, familiar e de grupos. Para tanto, a reabilitação se apresenta como o aspecto norteador do cuidado, visando a autonomia não somente dos usuários, mas também de suas famílias e comunidades (FERREIRA NETO, 2011).

O Cuidado encontra-se como um elo motivacional à participação dos usuários com contribuições alternativas, sempre visando o desenvolvimento individual e comunitário diante de práticas assertivas que mantêm a saúde dos usuários, crianças e adolescentes. Como visualizado nas entrevistas, o papel do profissional, seja ele como indivíduo ou como parte da comunidade dos Centros, é de acompanhar, acolher, ouvir e auxiliar em suas recuperações.

O processo do cuidado é de você ter o olhar. O olhar com muita cautela e muito cuidado da necessidade da pessoa.... Nós enquanto profissionais temos que ter esse cuidado para poder saber onde a gente vai poder direcionar e ajudar sem que essa pessoa se sinta coagida ou fique com medo (Begônia).

De acordo com Franco e Merhy (2013), a produção do cuidado se dá de forma subjetiva e a partir de movimentos constantes de construções e desconstruções de territórios existenciais presentes em cada profissional, em cada usuário. O conhecimento teórico contribui para essas ampliações nas formas de cuidar, mas o sentir e o perceber presente em cada relação promove conexões e fluxos contínuos que marcam essas interações e interferem na construção da realidade social. Na relação de cuidado, usuário e trabalhador são mutuamente afetados em diferentes intensidades.

O acolhimento, entretanto, não se restringe ao indivíduo que precisa de tratamento, mas também a sua família e a comunidade em que ele se insere. O cuidado com o familiar abarca as devolutivas sobre a saúde, mental e física do indivíduo, envolvendo-os no processo de recuperação. Esta característica territorial advém da formalidade do CAPS não se restringir apenas ao espaço interno da instituição, não se reduzindo a um único espaço geográfico, em um princípio intersetorial, abordando a saúde mental dentro de um quadro de saúde individual e pública, de política pública e social (AMARANTE, 2007).

No âmbito da saúde individual, o atendimento ocorre com a ação dos profissionais do CAPS, de seu acolhimento e interação; na saúde pública e no âmbito público, o acompanhamento por outras unidades de saúde e pelo próprio CAPS auxiliam no cuidado a crises e em seu manejo, gerando políticas de cultura e arte na comunidade. A atuação ocorre conjunta a hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Centro Comunitários, com a família, escola, trabalho, vizinhos, visando buscar o apoio desses setores no tratamento e acolhimento dos usuários, crianças e adultos, principalmente no acompanhamento destes últimos, a inclusão dos familiares é imprescindível para a melhora e aperfeiçoamento mental do paciente. Para Lírio,

Interagir e também chamar a família para conversar, tentar abrir, como se diz assim, os olhos da família para aquele sofrimento. Porque a gente chega aqui com muitas demandas... O adolescente ele chega, a gente brinca, e vomita, né? E a mãe e o pai não trazem nada, às vezes nem sabem. Então a gente também tenta fazer com que essa família, ela possa parar e perceber que ela também está fazendo para estar acontecendo isso (Lírio).

Ressalta-se aqui que a liberdade do paciente é uma realidade a ser percebida. O cuidado dirigido pelo CAPS é feito em liberdade, com o direito de ir e vir sendo respeitado e devendo ser respeitado. Rosa explana que

Os outros profissionais também, acho que eles têm essa visão que a gente está a todo momento, assim, lidando com o paciente, que ele vem e volta, vem e volta, que ele é atravessado por questões familiares [...] (Rosa).

Contudo, mesmo sem uma permanência por parte do paciente ou da comunidade como um todo ao espaço físico do CAPS, o acesso ao tratamento psicossocial deve ser ampliado, chegando até ele, atraindo-o e incentivando-o a retornar às atividades desenvolvidas (FERREIRA et al., 2017, p. 374). “É que CAPS é espaço físico, existe CAPS lá fora e também, a gente também tem que chegar até o usuário, mas ele também vem aqui, ele precisa se sentir acolhido e isso são todas as coisas que estimulam” (Orquídea).

A interação paciente - profissional é, então, imprescindível para que o atendimento seja eficaz e atenda a toda a demanda exigida. Isto posto, o conceito de

clínica ampliada, utilizado pelo CAPS e demais instituições que prestam esse apoio, na realidade dos entrevistados desta pesquisa, no que concerne a uma rede composta por diversos profissionais, sendo eles médicos, assistente social, psicólogos, auxiliares, entre outros. A atenção e as intervenções são multiprofissionais, cada qual compartilhando seu olhar sobre o sistema de atendimento, suas ideias e soluções para os casos que surgirem (FERREIRA et al., 2017).

Franco e Merhy (2013), apontam que o processo de cuidar é relacional e atravessado pelas possibilidades do Trabalho Vivo em ato, onde são construídas e criadas formas de se conectar entre usuários e profissionais no cotidiano, muitas vezes de maneira informal, mas com a potência de se apresentar duradoura, uma vez que se constrói uma rede constituída pelas pessoas, como partes fundamentais do processo de produção do cuidado.

Eu entendo que o cuidado ele precisa ser feito nessa esfera integral, com vínculo. E esse cuidado às vezes não é só um cuidado de saúde, no sentido medicamentoso, biológico... E eu acho que o vínculo é um dos pontos mais importantes do cuidado (Rosa).

O aspecto relacional presente no ato de cuidar, seja por meio do vínculo, como indicado a entrevistada AC, ou de outras tantas maneiras possíveis de cuidar é apontado por Waldow e Borges (2011) como um ideal ético. É o fazer do eu com o outro e para o outro em uma perspectiva de humanizar e nutrir o relacionamento estabelecido a partir da situação e da necessidade, potencializando o cuidado e conseqüentemente os sujeitos envolvidos nessa troca. Em uma relação de cuidado humanizado, o humano é afirmado e visto integralmente nos aspectos racionais e sensíveis que possui.

A forma como a entrevistada Rosa compreende o cuidado dentro do CAPS se aproxima da visão proposta por Boff (2005) sobre o modo de ser do cuidado, em uma perspectiva relacional sujeito-sujeito que fala dos valores e do que é importante para quem cuida e é cuidado. Nesse sentido, as pessoas trazem aspectos seus para a relação e para o trabalho, interagindo, intervindo e criando. Segundo Boff:

Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítica instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o *esprit de finesse* (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais que o *logos* (razão), é *opaths* (sentimento), que ocupa aqui a centralidade (BOFF, 2005, p. 30).

O processo de trabalho no CAPS dá-se, portanto, através de um sistema de recursos, sejam eles humanos ou não, com ênfase na escuta acolhedora, no vínculo terapêutico e por meio da integração humana - ambiente - sociedade presente nas Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde (PNPIC). Todas as características aqui citadas encontram-se no Manual do Ministério da Saúde, o que confirma que a atuação dos CAPS é de extrema importância para a comunidade.

Associada a essas práticas, a Arte aparece como terapia, um meio de atração dos indivíduos, não restringindo-se a isso, mas tornando-se um meio de expressão sentimental e emocional (KANT apud ADAIJAN, 2018). A arte é, para os profissionais da saúde, “uma forma de se expressar” (Lírio); “enriquecedor colocar pra fora tudo aquilo que eles têm de bom e de ruim também” (Margarida); “Então, é através da arte que você coloca pra fora o sentimento, aquilo que você não consegue falar, né?” (Orquídea); a criação por meio de artesanato, músicas, poesia, culinária; “Para mim a arte é vida, é inspiração, é uma alegria que... é alegria de um mundo surreal, fantasioso, vamos dizer assim, mas que traz alegria e acalento para o próximo” (Bromélia); “A arte é construção” (Lírio), Uma coisa terapêutica” (Camélia) e, ainda:

Ah, sinceramente, quando eu penso em arte, eu penso em um moleque bagunceiro, entendeu? Apesar das vezes não tem nada a ver uma coisa com a outra, mas o que tem na minha cabeça... A arte, pode ter vários tipos de arte. Às vezes um desenho, entendeu? Uma pintura, né? Trouxe uma arte, mas cada um é cada um (Begônia).

Quando eu penso em arte eu sempre penso em algo manual. Sempre penso em algo como uma pintura, de você usar sua mão para fazer

algo... eu penso na música, eu penso em você utilizar algo e dar outro significado (Violeta).

De acordo com o definido neste trabalho, a visão de arte por parte dos profissionais assemelha-se à sua composição criativa esplanada por Pareyson (2001) e quanto ao Estado da Arte. A criação é, em suma, indispensável para a natureza humana, uma potência que promove a percepção dos sentimentos, dos pensamentos, criando não apenas objetos sensíveis, mas também uma perspectiva afetiva do indivíduo para si mesmo, para sua condição como integrante do mundo e de sua comunidade. O “Estado da Arte” é este momento de catarse, uma exploração dos sentimentos reprimidos, expondo-os cada qual à sua maneira.

Percebe-se que, para a maioria dos profissionais (doze colaboradores), a arte é um instrumento de expressão baseada ou na transmissão de conflitos particulares ou como forma de distração dentro do ambiente da CAPS. As possibilidades de utilização desta são mencionadas pelos profissionais, na área da saúde, especificamente, como uma possibilidade de intervenção que auxilia na criação de vínculos, também auxilia na parte motora dos pacientes, quase como uma fisioterapia.

A expressão da arte melhora tudo. Melhora a ansiedade da pessoa, melhora o quadro depressivo... tem paciente que não consegue verbalizar algum sintoma, mas, no entanto, quando ele está se relacionando com a arte ele consegue (Orquídea).

A Arte comove como forma de linguagem, um processo dinâmico que pode ou não ser verbal, comunicando com o outro aquilo que por vezes nunca foi dito. É uma forma de interação, socialização, de leitura de mundo e compreensão da cultura que rodeia o indivíduo. Ao permitir estes contatos, a Arte aperfeiçoa os mecanismos de resolução de problemas e tomada de decisão; articula as interações sociais e reforça os vínculos de cooperação, coesão e continuidade (FOGLIANO, 2015). Em consequência, “a gente vê esse crescimento de socialização, de perder a vergonha, de falar, de impor” (Lírio).

Pode-se destrinchar esta fala de Lírio mencionando os pilares terapêuticos trazidos por Smith & Lane (2015). Para eles, como já explicitado neste trabalho, os

sistemas neurológicos de pacientes em contato com a arte alteram-se, gerando, percebendo e regulando as emoções de forma a conectar a arte como criação, a arte como terapia e o produto que surge a partir desta relação. Assim, ao se estimular os sentidos, a conexão com as emoções aflora, trazendo consigo o crescimento citado, de imposição de vontades, sem acanhamento.

Atividades de Arteterapia são utilizadas como práticas integrativas a fim de comungar as áreas mencionadas, com diversos meios para fazê-lo dentro e fora do CAPS. Segundo a Portaria N° 849 de 27 de março de 2017, este tipo de terapia pode ser realizado em grupos ou individualmente, promovendo a ressignificação dos conflitos, trazendo reflexão e possibilidades em se lidar de modo mais harmônico com o estresse e experiências traumáticas (BRASIL, 2017).

Os benefícios trazidos por estes recursos buscam garantir a integralidade do paciente em um processo holístico, buscando compreender integralmente o funcionamento das terapias complementares que podem prevenir doenças e diminuir sintomas como a insônia, ansiedade e depressão (KLIGER, 2016; GREENLEE; KWAN; ERGAS et al., 2014).

Entretanto, nota-se que a aplicação desta modalidade é ínfima dentro do CAPS analisado. Dentre as atividades de Arte mais citadas entre os profissionais entrevistados, a horticultura e o artesanato, além da culinária, foram as que se destacaram nestas condições. Há um desfalque com relação a aplicação objetiva desta área. Menciona-se:

É, assim, eu acho que poderia ser melhor né? Porque eles trabalham muito com grupos, conversas, né? Essas coisas, mas produzir, produzir alguma coisa não. Muito pouco, por exemplo, a horta não é uma arte, né? Então ali vai estar mais aberto, por exemplo, das artes, você criar um teatro (Ipê).

O uso de outras modalidades como o teatro, música, pintura, dança e outras linguagens quase não existem, devido a alguns fatores que serão mencionados adiante.

Há uma dificuldade por parte dos profissionais em lidar com o abstrato, circunscrevendo o cuidado apenas ao debate grupal, e não a uma atuação ativa dos usuários, crianças e adolescentes. Essa incongruência é observada pela menção da

arte como espaço para exposição e, em contrapartida, de seu uso limitado e quase não realizado.

Isso se deve a relutância dos profissionais lidarem com o subjetivo, no que diz respeito à falta de capacitação com relação ao cuidado, ao despreparo profissional para atuar na área da saúde mental, não por escassez de estudos, mas pela deficiência de vivência nesse âmbito (ROMAN, 2013). O contato mínimo ou inexistente para com a Arte na vida adulta e, portanto, na graduação, impedem que esta seja executada integralmente com viés terapêutico (CECCIM, 2005; COSTA et. al, 2012). “Eles (professores de graduação) não tocam nesse assunto da arte, né? Eu sei porque sempre estudei, sempre gostei, né? A relação interpessoal, mas em um curso não” (Bromélia).

A subjetividade é definida na Psicologia como uma construção individual interna em uma relação dialética com a objetividade, isto é, de conflito ao que é externo a ela. Diversas concepções da realidade perpassam por processos histórico-culturais na psique humana, que dá a elas significações e sentidos únicos (GONZALEZ REY, 2001), construindo ainda uma imagem externa, como um reflexo sensorial pertencendo ao sujeito (LEONTIEV, 1978).

Isto posto, a falta de contato citada acima torna-se um impasse para os profissionais. Ao não se compreender como ocorrem os processos subjetivos em si mesmos e em outros, além do não entendimento da Arte em si e de suas aplicações, implica-se em disposições engessadas das aplicações da Arte no âmbito da Saúde Mental. O modelo hospitalocêntrico e higienista se destaca neste tópico, voltando-se aos procedimentos técnicos, a cura, medicalização, privilegiando a doença ao invés do paciente doente. Deixa-se o abstrato de lado em prol do tecnicismo, mesmo que haja a intenção de se adotar atividades diferenciadas.

Como indicam Franco e Merhy (2013), a singularidade de cada profissional se relaciona intimamente com a forma como ele irá desenvolver seus processos de produção de cuidado. Independente do espaço físico que os sujeitos estiverem são os aspectos subjetivos, éticos, políticos e a forma existencial de cada trabalhador que serão norteadores da produção do cuidado. Portanto, a utilização ou não da arte nos processos de cuidar em saúde, perpassa a história de cada profissional desde sua

história de vida, suas percepções sobre o mundo, sua formação acadêmica, até seu cotidiano de trabalho.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação possibilitou a flexibilização curricular dentro das universidades (BRASIL, 1996), mas pouco vê-se de mudanças no campo da graduação em saúde. Ainda, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), também é citada como um caminho a ser seguido pelas grades curriculares em um processo de Educação Permanente que envolve práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientações curriculares apoiadas em modelos assistenciais do Sistema Único de Saúde (CECCIM, 2005).

Outro item a ser registrado é a dificuldade em trabalhar individualmente aplicando a arte. Deve-se levar em consideração, particularmente neste tópico, que todas as questões foram levantadas e realizadas em um contexto de pandemia, fazendo com que as respostas contassem com características próprias desse contexto de esgotamento profissional, medo e medidas protetivas com o uso de máscaras, álcool em gel e distanciamento social.

Mudanças de atendimento foram percebidas, com triagem de sinais clínicos, excluindo sintomas relacionados a COVID - 19, aumento da demanda ao CAPS devido ao estresse pandêmico, com causas tanto econômicas quanto psicológicas, agendamento de acolhimentos e, conseqüentemente, atendimentos individualizados.

O aumento de visitas domiciliares foi notado, além do envio de atividades para casa aos usuários, o que reduziu as atividades envolvendo a arte e saúde.

Assim sendo, os trabalhos que anteriormente eram grupais dissolveram-se, fazendo com que os profissionais se adequassem aos atendimentos individuais. As oficinas anteriormente citadas foram fechadas por tempo indeterminado, pondo em risco as tarefas já desenvolvidas e empregues.

Explana-se:

E é justamente por causa da pandemia e se eu tiver oportunidade até gostaria de te mostrar, nós montamos, as mãos grandes em um papel bem grande, naqueles papéis craft... nós montamos as mãos de várias maneiras para dificultar o trabalho para eles. A gente montou a mão contrária, a mão certa, esquerda, direita e os pés também. E através disso, você vai levar isso para sua casa, trabalhar com seus filhos, trabalhar em casa esses exercícios para ver se consegue fazer é uma

amarelinha de mão no pé. Nós fizemos isso e montamos para eles levarem para casa, para trabalhar. E vem mãe e pai também: “Ah não professora” - isso falou para mim – “Isso eu não quero. Isso é coisa de professora” - Daí eu peguei e falei: “Não, está bom. Não quer, não tem problema. O que que você gosta de fazer?”. “Ai, eu amo fazer um bolo”. O que a gente fez? Caderno de receita. E daí? Teve outros que levaram o caderninho junto aqui para fazer diário, na próxima vez que voltar você pode trazer para nós (Alamanda).

Esta fala remete a uma atividade artística para todos de forma igual sem levar em conta a subjetividade e Processo Terapêutico Singular (PTS) de cada um. Como é questionado pelo próprio usuário e familiar como sendo atividade pedagógica, escolar. Outro ponto também é a não identificação ou menção do objetivo para a atividade, no contexto terapêutico, apenas a atividade por si só. Além disso, muitos dos usuários de álcool e drogas vivem em situação de rua, o que dificulta a realização desta atividade.

A Saúde Mental em um indivíduo produz e é produzida por relacionamentos positivos, sentimento de pertencimento, empatia com os outros, conhecimento sobre as emoções e seu manejo, realizar escolhas complexas, encontrar um propósito para a vida, sentir-se bem, entre outros (WHO, 2022). O profissional da saúde, ao confrontar-se com momentos críticos, devido a sua falha para com o cuidado e suas limitações, não consegue proporcionar um contato psicológico aprofundado quando sozinhos com o paciente, estando acostumados a um debate grupal, como citado anteriormente.

O costume engessa os profissionais da saúde, mantendo-os longe da aplicação da Arteterapia em contextos individualizados, deixando de lado aspectos como seus sentimentos e sensibilidades, tendências, aptidões, necessidades e traços de personalidade (CARVALHO; MARTINS, 2012). Há a falta de uma aceitação mútua tão discutida aqui, provocando uma discrepância entre a prática e a teoria na aplicação da Arte.

Waldow (2009) aponta que para aperfeiçoar a prática profissional em saúde e ampliar as capacidades de cuidar, de forma a incluir novos recursos e acolher outros fazeres é necessário a reflexão sobre a ação e na ação. Essa reflexão possibilita o rompimento com rotinas automáticas e robóticas, assim como torna possível a interferência na situação enquanto ela ocorre, modificando o fazer e gerando novos

conhecimentos. A fala de Lírio exemplifica como questões pessoais interferem na relação dos profissionais com a inserção de novas formas de cuidar, como por exemplo, com recursos artísticos:

Dentro do ambiente de saúde, eu já tentei utilizar a arte, mas agora eu estou bem desleixada com essas questões. Eu acho muito interessante, eu gostaria de utilizar, mas eu preciso me aprimorar mais nessas questões, de trabalhar mais essa questão da arte até aqui dentro mesmo. (Lírio)

O cuidado deve abranger todo o ser, compreendendo suas diferenças diante dos outros pacientes, seus traumas, contexto familiar, fatores econômicos, abusos, insatisfação com o corpo, entre outros (OMS, 2022), buscando em suas individualidades gostos e afeições que determinem o tipo de terapia que será incorporado em seu tratamento. Por exemplo, ao utilizar a culinária como terapia, deve-se buscar por uma pessoa que tenha ou deseje ter apreço para cozinhar.

Assim, o fator de manutenção da vontade de continuar no CAPS e a efetividade da terapia serão superiores a usos indiscriminados dos métodos. O fato de que pode haver uma mudança de parâmetro de acordo com as vontades e gostos individuais expõe que, embora haja uma dificuldade em trabalhar individualmente, constata-se que a possibilidade de isso acontecer de forma eficaz é uma realidade.

Essas tentativas, fazeres, possibilidades e descobertas permitem que ocorram desconstruções e novas formações de territórios, sendo um movimento contínuo de produzir cuidado e saúde

Importa enfatizar que na mesma medida em que o trabalhador individual e coletivo produz o mundo do cuidado em saúde, ele é produzido por este mesmo mundo, pelos afetos circulantes nas relações que se realizam entre si mesmo e os outros. O trabalhador da saúde é produtor e produto ao mesmo tempo, de determinados modelos tecnoassistenciais (FRANCO, MERHY, 2013, p. 15).

Além dessas questões, a falta de materiais, de políticas públicas, de estímulos (internos e externos), de trocas de experiências e de profissionais habilitados em Arte ou Arteterapia dentro do CAPS dificultam um trabalho de intersecção entre arte e saúde (CECCIM, 2005). Mesmo que haja liberdade de escolha quanto ao tipo de ocupação que será feita, o diálogo ínfimo e impreciso torna este serviço uma segunda opção em um local que deveria levá-lo como primeira opção, tendo em vista que, muitas vezes, o número de profissionais não consegue acompanhar a procura e as exigências.

Eu acho que a gente precisa, né? Eu acho que é RH, né? Talvez, se a gente conseguisse, mais dois técnicos, professor eu acho que a gente conseguiria com uma questão de recursos humanos, mas acho que no momento não é possível, né? A gente vai trabalhar com a gente mesmo, né? Com o que nós temos e a gente vai precisar então rever o processo de trabalho... rever todas essas coisas, se reorganizar com uma equipe para quem sabe criar essas brechas para que todos nós, individualmente, profissionais, conseguirmos esse tempinho para criar uma coisa nova, para pensar um grupo, uma oficina, alguma coisa assim (Violeta).

O que facilita é você ter um recurso. O material para os grupos a gente conquista aos poucos. Então, às vezes, você quer fazer algo legal, mas não tem recurso (Girassol).

Todavia, a percepção da população acerca do cuidado dos CAPS ainda se limita a uma cultura medicamentosa, com soluções rápidas, sem compreender e destrinchar as fontes de traumas individuais (BEZERRA JR, 2007). A aceitação da Arte como alternativa terapêutica é inundada de preconceitos, sempre tendendo, por parte dos usuários e familiares, recomendar e recorrer a internação e tratamento com medicamentos.

[...] eu acho que o paciente, né, por conta da gente meio que ser cultural, o paciente quer o remédio. Então eu já ouvi paciente aqui falar assim, aqui e em outros lugares que eu já trabalhei – “Ai, eu não vou levar meu filho no CAPS para ele ficar brincando. Brincar, ele brinca em casa. Para ficar desenhando? Para ficar conversando com a psicóloga?” - Não? Quer remédio? Tanto que os pacientes batem aqui na porta - “Ah, é para passar com o psiquiatra, né? Eu quero que passe remédio.” - Então, eu acho que tem uma questão de política pública, do currículo e do paciente como indivíduo, que ele também quer o remédio, o brasileiro adora uma polifarmácia (Tulipa).

Novamente, o contato do indivíduo e da comunidade para com a Saúde Mental é de medicalização, entendendo-se que, embora tenha havido uma Reforma Psiquiátrica e Sanitária, deixando para trás o conceito de Doença Mental, a cultura manicomial ainda é extremamente presente na percepção brasileira.

Há um estigma enraizado sobre este tópico, levando os indivíduos a entenderem o CAPS, seu trabalho e seu atendimento como métodos de hospitalização e manicomial, locais que, até pouco tempo, pessoas com distúrbios e problemas de saúde mental eram objetificados e violentados no sentido de aplicar-se práticas desumanas em seu tratamento (RIBEIRO, 2004).

É necessário que, para além da substituição dos manicômios, as práticas e os saberes sejam desconstruídos em uma perspectiva que possibilite ofertar protagonismo, autonomia e liberdade para os usuários. A reconfiguração dos espaços de cuidado é fundamental, mas a raiz do olhar para o sofrimento psíquico precisa acompanhar essas transformações de maneira que a loucura seja dissociada da noção de improdutividade, incapacidade e violência (DA CRUZ GUEDES et al, 2014).

Ramminger e Brito (2011), refletem sobre o fato de a organização de trabalho nos CAPS ser muito singular, fluída e passível de adaptação a depender das necessidades locais e demandas dos usuários, o que em alguns momentos coloca os trabalhadores diante de uma ausência de normas que os fazem recorrer justamente ao modelo que se pretendem superar: o manicomial, pautado em uma organização hierarquizada do trabalho, com divisão de saberes entre os profissionais e vinculado a tecnologias de poder psiquiátrico, centrado no médico e na medicalização dos usuários.

Por esse motivo, o combate ao pensamento enraizado hospitalocêntrico carece de debate por parte dos profissionais da saúde para com a população geral, pois o “cuidado não precisa ser apenas medicamentoso, mas também social e mental”, prezando a dignidade do paciente, sem suprimi-lo (BEZERRA JR, 2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com esta pesquisa que os Centros de Atenção Psicossocial são sim ambientes que, em suma, propõem mudanças no padrão hospitalocêntrico e manicomial relatados no país, buscando uma intimidade maior com a produção do cuidado. O acolhimento a usuários de drogas, crianças, adolescentes, familiares e a comunidade em que se inserem é representada por leis e notas técnicas, embasando sua aplicação teoricamente e internamente na instituição.

Ao analisar a postura, entendimento e qualificação dos profissionais da saúde dos CAPS ID e IJ, o cuidado é observado como zelo e atenção, escutando o que o indivíduo tem a dizer. A arte mostrou-se como uma alternativa a ser utilizada nestes casos, promovendo a expressão particular e coletiva, desenvolvendo motora e psicologicamente aqueles defasados.

Os profissionais consideraram a arte como estratégia e possibilidade relevante para o processo de cuidado do outro enquanto este em fragilidade emocional, seja pela capacidade de expressão, ressignificação, organização, seja pelo desenvolvimento social, do vínculo ou habilidade motora.

Entretanto, a percepção limitada do conceito de Arte configura-se como um impedimento para seu uso eficaz dentro dos CAPS. Ao experienciá-la por vezes apenas como “artesanato” ou brincadeiras que distraem os usuários, seu uso como terapia, seja por meio de músicas, literatura, teatro, pintura, entre outros, é negligenciado.

Ademais, diversas dificuldades interpolam-se a este quadro: a falta de materiais e verbas, de profissionais qualificados em Arteterapia ou em Arte apenas, de troca de experiências e multidisciplinaridade, seja em reuniões ou em encontros pontuais e, especificamente nesta pesquisa, a presença da pandemia de COVID-19, ampliou as dificuldades de realização de um trabalho mais próximo do que seria a arte dentro do contexto da saúde dentro das suas diversas possibilidades e alcances.

Por fim, a visão externa sobre os CAPS influencia a adesão dos pacientes, os quais ainda consideram um local apenas para internação e medicalização, seja pela

forte tendência histórica, biomédica e imediatista reproduzida pelos profissionais e retornando com a população a partir da oferta, impactando na demanda.

Espera-se que outros trabalhos possam analisar esta intersecção mais aprofundadamente, levantando questões sobre o uso da arte e a identidade dos Centros de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

ADAJIAN, T. **The Definition of Art**. 2018. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/art-definition/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 119 p. Acesso em: 29 ago. 2022.

AYRES, J. R. de C. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. 2006.in: DESLANDES, S.F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Criança, mulheres e saúde collection. Acesso em: 02 set. 2022.

BARDIN, L. Terceira Parte: o método. *In*: BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA, 2002. p. 93-149. Acesso em: 30 ago. 2022.

BASTOS, G. I; SANTANA, A. A. S; BASTOS; R. G. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 40-44, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uesc.br/index.php/rebracisa/article/view/1426>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BASTOS, I. T. **Os processos de trabalho na construção de cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência (CAPS ADi)**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17042013-095240/publico/IsabellaTeixeira.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad Fnepas**, v. 2, n. 2, p. 25-8, 2012. Acesso em: 11 dez. 2022.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 537-542, jul. 2013. Acesso em: 29 ago. 2022.

BEZERRA JR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Acesso em 02 dez. 2022.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, v. 1, n. 1, 2005. Acesso em 03 mar. 2023.

BRASIL. Constituição. **Lei nº 10216, 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, 6 abr. 2001. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Constituição. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Brasília, out. 1998.

BRASIL. Constituição. **Portaria nº 3089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição. Brasília, 23 dez. 2011a. Acesso em 06 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 22 dez. 2017a.

BRASIL. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Portaria Nº 849, de 27 de Março de 2017b**.

BRASIL. Constituição. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, fev. 2002.

BRASIL. Política nacional de educação permanente em saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 23 dez. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA 11**: nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p.

CARVALHO, D; MARTINS, S. **Arte-Terapia e as Potencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos**. 2012. 145 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação Artística, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012. Acesso em: 22 ago. 2022.

CASTRO, E. D. de; LIMA, E. M. F. de A. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 365-376, maio/ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Cv5FYpFCjDLL9gRTBqBCRDg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p. 161-177, fev. 2005. Acesso em: 22 set. 2022.

CONSTANTINIDIS, T. C. et al. Processo de produção de cuidado à crise em Rede de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Pesquisa**, v. 15, p. 1-28, 2021. Acesso em: 25 ago. 2022.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3263-3273, 2015. Acesso em 15 ago. 2022.

COSTA, A. et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Belo Horizonte, n. 106, p. 46-53, 2012. Acesso em 12 nov. 2022.

CZAMANSKI-COHEN, J.; WEIHS, K. L. The bodymind model: a platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. **The Arts In Psycho**, 2016. Acesso em 15 nov. 2022.

DA CRUZ GUEDES, A. et al. Tratamento em liberdade: pontos de tensionamento e avanço no centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 133-143, 2014. Acesso em 12 nov. 2022.

FÉR, D. D. **A pintura como terapia**. 2009. 60 f. Monografia (Especialização) - Curso de Terapia Transpessoal, Instituto Superior de Ciências da Saúde, Salvador, 2009. Acesso em 12 out. 2022.

FERREIRA NETO, J. L. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, p. 110-118, 2008. Acesso em 11 nov. 2022.

FERREIRA, T. P. da S. et al. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ChwzY8kyVHdYJmQfvRSJj3C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2021.

FOGLIANO, F. Arte e interação: linguagem e produção de significado. **UNESP**, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 135-151, jan. 2015. Acesso em: 12 nov. 2022.

FONTINELE, G. G. B.; NASCIMENTO, P. D. do. Da arte à terapia: implicações terapêuticas da dança à luz da psicologia corporal. **Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal**, Recife, v. 8, n. 1, p. 20-38, out. 2009. Acesso em 23 set. 2022.

FLICK, U. Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la. *In*: FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 20-38. Acesso em 11 de nov. 2022.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**, p. 151-171, 2013. Acesso em 15 mar. 2023.

GALVANESE, A. T. C. **A produção do cuidado através de atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossociais CAPS/adultos do município de São Paulo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-20122010-111920/publico/AnaTerezaCostaGalvanese.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

GONZALEZ REY, F. (2001). A pesquisa e o tema da subjetividade em educação. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/24/te.htm>. Acesso em: 12 out. 2022.

GREENLEE, H.; KWAN, M. L.; ERGAS, I. J. et al. Changes in vitamin and mineral supplement use after breast cancer diagnosis in the pathways study: a prospective cohort study. **BMC Cancer**, v. 14, n. 382, maio 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24884705/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

KLIGER, L. Motor and attentional mechanisms involved in social interaction. **NeuroImage**, v. 58, n. 3, p. 895-904, 2016. Acesso em 12 dez. 2021.

LEONTIEV, A. N. Actividad, consciencia y personalidad. Buenos Aires: Ciencia del hombre. 1978. Acesso em: 02 nov. 2022.

LIMA, E. A. et al. Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 19, n. 55, p. 1019-1022, dez. 2015. Acesso em 14 de dez. 2021.

LIMA, I. C. S.; AMARAL, V. F. do; SAMAPIO, J. J. C. O apoio matricial em saúde mental: uma reflexão a partir da relação entre equipes de atenção psicossocial territorial e atenção primária. In: LEITE, D. S.; SILVA, P. F. da. (Orgs.). **Saúde coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado**. v. 2. Guarujá: Editora Científica Digital, 2021. p. 255-265. Acesso em 12 dez. 2022.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 14, p. 593-606, 2010.

MARQUES, P. A. R. **A influência da música na saúde mental e bem-estar: um estudo exploratório**. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2017. Acesso em 23 nov. 2022.

MERHY, E.; FRANCO, T. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: MERHY, E.; FRANCO, T. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. p. 112-121. Acesso em 11 mar. 2023.

MINAYO, M. C. de S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 261-297. Acesso em 23 out. 2022.

NIETZSCHE, F. **Crepúsculo dos Ídolos**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, T. R. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Campinas, v. 35, n. 11, set. 2019.

PAREYSON, L. O processo artístico. *In*: PAREYSON, L. **Os problemas da Estética**. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

POLAKIEWICZ, R. **Saúde mental**: revogação de portarias. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/saude-mental-revogacao-de-portarias/>. Acesso em: 31 ago. 2022.

PUPO, L. R.; ROSA, T. E. C.; SALA, A. Saúde mental na atenção básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde debate**, v. 44, n. 3, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYHd8GWRgV94fRCHqz7fNXj/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. " Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 150-160, 2011.

RAMME, N. A arte e a vida: interseções. **Artefilosofia**, Ouro Preto, v. 17, n. 1, p. 4-12, dez. 2014.

REIS, A. C. dos. Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Florianópolis, v. 34, n. 1, p. 142-157, jan. 2014.

RIBEIRO, S. L. A criação do centro de atenção psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 24, n. 3, set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdDpMwZvnMVmrfSwFw9XSCr/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2022.

ROCHA, A. **Teatroterapia**: o teatro como terapia social. 2007. 48 f. Monografia (Especialização) - Curso de "Lato Sensu", Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2007.

ROCHA, V. M. G. Arte, Alienação e argumento. **Rev. Bras. Extensão Universitária**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 46-51, jul. 2003.

ROMAN, J. A. **Arte e saúde: uma interface a serviço da integralidade**. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva., Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 966-966, 2011.

SEVERO, B. S.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, jun. 2010.

SMITH, R; LANE, R. D. The neural basis of one's own conscious and unconscious emotional states. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 57, p. 1-29, 2015.

SOARES, M. P. da S. Poesia na Clínica: o uso arteterapêutico do poema A Flor e a Náusea, de Carlos Drummond de Andrade. *In*: CONGRESSO NACIONAL EM EDUCAÇÃO, 5., 2018, Maceió. **Anais ...** Maceió: Conedu, 2018. p. 1-11.

TORRE, E. H. G. **Saúde mental, loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte-cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil**. 2018. 352 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

WALDOW, V. R. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 140-145, 2009.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 24, p. 414-418, 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Intersectoral action: the arts, health and well-being: sector brief on arts. **World Health Organization**. Regional Office for Europe. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346537>. Acesso em: 19 jun. 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: Transforming Mental Health For all**. World Health Organization, 2022. 296 p.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. *In*: YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 113-160

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Almejamos convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: **“A arte na produção do cuidado sob a ótica dos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossociais de um município de médio porte”** que faz parte do Projeto de Pesquisa do Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, da Mestranda Letícia Salgado Almeida, orientada pelo Prof. Dr. Alberto Durán Gonzales. O objetivo da pesquisa é “analisar como os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial de um município de médio porte compreendem e experienciam a atuação da arte no cotidiano do trabalho em saúde”. Para isto, sua participação se faz muito relevante e acontecerá através de uma entrevista semiestruturada e elaborada pela pesquisadora. As entrevistas serão realizadas em data e horário pactuados com os participantes e exigirá as seguintes informações pessoais acerca do respondente: identificação através das iniciais, idade, gênero, categoria profissional, escolaridade e tempo de serviço no local. Vale ressaltar que as entrevistas poderão ser no formato online ou presencial, de acordo com a preferência do participante, levando em conta o atual cenário de crise sanitária devido a pandemia do covid-19.

Gostaríamos de informar que ao participar da pesquisa poderá sofrer riscos mínimos, uma vez que não podemos descartar a possibilidade de sentir desconfortos por conta de emoções emergentes no momento de resposta ao questionário. Sendo assim, será oferecido suporte, pela pesquisadora, em qualquer momento da pesquisa, e por se tratar de uma participação voluntária, caso não se sinta confortável, possui a liberdade de solicitar desligamento da pesquisa sem quaisquer prejuízos se assim desejar. Informamos ainda que as informações serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar sua identidade.

Os benefícios esperados dessa pesquisa são: conhecer e obter informações sobre a realidade dos trabalhadores dos CAPS de Apucarana quanto ao envolvimento da arte na produção do cuidado e da promoção da saúde em seus campos de trabalho, ressaltar a importância da intersetorialidade no fazer saúde e contribuir para a reflexão acerca da necessidade da superação das práticas médico centradas, convidando a considerarem novas possibilidades no fazer saúde.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br, ou, necessite de maiores esclarecimentos, poderá contatar: Letícia Salgado Almeida, Rua Amor Perfeito, 337, Apucarana – PR, fone (43) 99901-5877; pelo e-mail leticias.a@hotmail.com.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____,
portador(a) do RG: _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a)
e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof.
Dr. Alberto Durán Gonzales.

_____ Data: ____/____/____
(assinatura do participante)

Eu, Alberto Durán Gonzales, portadora do RG: _____, declaro que forneci
todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

_____ Data: ____/____/____
(assinatura do orientador do projeto)

Eu, Letícia Salgado Almeida, declaro que forneci todas as informações referentes ao
projeto de pesquisa supra nominado.

_____ Data: ____/____/____
(assinatura da pesquisadora responsável)

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os
pesquisadores, conforme contato abaixo:

Nome: Alberto Durán Gonzales

Telefone/ e-mail: (43) 99916-8297. betoduran80@gmail.com

Nome: Letícia Salgado Almeida

Telefone/ e-mail: (43) 99901-5877. leticias.a@hotmail.com

R: Amor Perfeito, 337 – Jardim das Flores

ANEXO B – Termo de confidencialidade e sigilo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Letícia Salgado Almeida, brasileira, casada, Psicóloga, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº. 054.980.289-46, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “A ARTE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE”, a que tiver acesso nas dependências da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR. Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a: 1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros; 2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso; 3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível; 4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas. Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas: Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa. Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Local, ___/___/___.

Ass. _____
Letícia Salgado Almeida

Ass. _____
Alberto Durán Gonzales

ANEXO C – Roteiro para entrevista semiestruturada

Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Este roteiro tem por objetivo nortear a entrevista semiestruturada, portanto, será preenchido pela pesquisadora, a partir das respostas do participante, e poderá conter nos resultados mais ou menos questões a depender do direcionamento da entrevista.

Identificação: _____ (iniciais do nome)

Idade: _____ Sexo: () F () M

Categoria Profissional:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| () Assistente Social | () Psicólogo |
| () Médico Psiquiatra | () Enfermeiro |
| () Auxiliar Administrativo | () Técnico de Enfermagem |
| () Pedagogo | () Fisioterapeuta |
| () Auxiliar de Serviços Gerais | () Terapeuta Ocupacional |

Escolaridade: (cite cursos, especializações e objetos de estudo)

- () Ensino Médio completo _____
- () Ensino Superior Incompleto _____
- () Ensino Superior Completo _____
- () Pós-graduação _____
- () Mestrado _____
- () Doutorado _____
- () Pós-Doutorado _____

Tempo de serviço no CAPS: _____

- Possíveis perguntas “quebra-gelo”: Como é a rotina do seu trabalho? Como são organizados os processos de trabalho? Me fale um pouco sobre suas experiências no cuidado com os usuários?
1. Questão-chave: Para você, como se dão os processos de produção do cuidado?
 2. Questão-chave: O que você entende sobre a inserção da arte no campo da saúde?
 3. Questão-chave: Você acha que é possível desenvolver ações envolvendo a arte no trabalho em saúde? Se sim, como? Se não, por quê?
 4. Questão-chave: Atualmente você desenvolve alguma ação envolvendo a arte no campo de trabalho? Se sim, conte-me sobre ela. Se não, por quê?
 5. Questão-chave: O que você acredita que dificulta ou facilita acontecer ações que envolvam a arte no campo da saúde?

ANEXO D – Termo de autorização para a realização da pesquisa

Termo de autorização para a realização da pesquisa

Apucarana, 02 de junho de 2021.

À Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana.
A/C Roberto Kaneta, Secretário Municipal de Saúde.

Eu, Letícia Salgado Almeida, portadora da matrícula: 202010540011, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), tendo como requisito para conclusão do curso e obtenção de título de Mestre, desenvolver e apresentar sua pesquisa através da Dissertação com o seguinte tema: **“A ARTE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE”**. Assim, venho por meio deste, solicitar permissão para realizar esta pesquisa que tem por objetivo “Investigar/analisar a percepção dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de um município de médio porte sobre a arte como ferramenta de produção do cuidado em Saúde no cotidiano do trabalho”. A coleta de dados será através de entrevista semiestruturada, elaborada pela própria autora, com todos os profissionais que compõe as equipes dos Centros de Atenção Psicossociais de Apucarana de maneira emancipada e informada, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A pesquisa oferece riscos mínimos, entretanto, não se pode descartar a possibilidade de os profissionais sentirem desconfortos por conta de emoções emergentes no momento da entrevista. Sendo assim, será oferecido suporte, pela pesquisadora, em qualquer momento da pesquisa, caso algum participante não se sinta confortável, lembrando que este também possui a liberdade de solicitar desligamento da pesquisa se assim desejar. Quanto aos possíveis benefícios, espera-se analisar a intersecção entre arte e saúde através dos relatos dos trabalhadores participantes desta pesquisa, conhecer e obter informações quanto ao envolvimento da arte na produção do cuidado em seus campos de trabalho e contribuir para a consideração de novas possibilidades no fazer saúde.

Portanto, a participação no estudo, a Instituição e os sujeitos da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclareço que os dados da pesquisa serão para objetivo exclusivo de estudo. O sujeito da pesquisa terá participação voluntária e/ou poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

Certo de poder contar com vossa colaboração, antecipo agradecimentos.
Atenciosamente,

Mestranda: Letícia Salgado Almeida

Roberto Kaneta – Secretário Municipal de Saúde de Apucarana – Pr.