



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FLÁVIA MARIA ARAUJO

**ARTE E CUIDADO EM SAÚDE:
EXPERIENCIAÇÃO DO CUIDADO NOS
ENCONTROS VIVIDOS NO PROJETO SENSIBILIZARTE**

Londrina
2021

FLÁVIA MARIA ARAUJO

ARTE E CUIDADO EM SAÚDE:
EXPERIENCIAÇÃO DO CUIDADO NOS ENCONTROS
VIVIDOS NO PROJETO SENSIBILIZARTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dr^a Maira Sayuri Sakay Bortoletto.

Londrina
2021

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

A663a Araujo, Flávia Maria.
ARTE E CUIDADO EM SAÚDE : Experienciação Do Cuidado Nos Encontros Vividos No Projeto Sensibilizarte / Flávia Maria
Araujo. - Londrina, 2021.
137 f.

Orientador: Maira Sayuri Sakay Bortoletto .
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.
Inclui bibliografia.

1. cuidado em saúde - Tese. 2. arte e saúde - Tese. 3. saúde coletiva - Tese. 4. formação em saúde - Tese. I. Sakay Bortoletto , Maira Sayuri . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

FLÁVIA MARIA ARAUJO

ARTE E CUIDADO EM SAÚDE:
EXPERIENCIAÇÃO DO CUIDADO NOS ENCONTROS VIVIDOS NO
PROJETO SENSIBILIZARTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Universidade Estadual de Londrina – UEL
orientadora

Prof.^a Dr.^a Clarissa Terenzi Seixas
Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
UERJ

Prof.^a Dr.^a Maria Lucia da Silva Lopes
Diretoria da 17^a Regional de Saúde do Paraná

Prof.^o Dr.^o Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 29 de março de 2021.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos membros do Sensibilizarte pela oportunidade incrível de vivenciar o projeto e me acolherem abertamente no grupo. Foi maravilhoso estar com vocês!

Ao professor e amigo Alberto por me apresentar ao Sensi

À minha orientadora e amiga Maira por me apresentar à cartografia e me acompanhar durante todo o processo com apoio, orientação, afeto e risadas!

Aos amigos do grupo de pesquisa Trabalho e Cuidado em Saúde por ser apoio teórico e emocional

À minha psicóloga Sônia por ser luz quando me perdia

À minha família pelo apoio e carinho de toda a vida!

Ao meu namorado Douglas pelo amor, companheirismo e por sempre conseguir provocar um sorriso no meu rosto

Aos usuários, familiares de usuários e trabalhadores do HU, pela maravilhosa oportunidade de partilhar um pouquinho de suas vidas

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos

Ao Programa de Pós -Graduação em Saúde Coletiva da UEL, pela parceira na construção de conhecimento, pelos bons anos vividos aqui, foram constitutivos da pessoa que sou hoje

EPÍGRAFE

*"Vou mostrando como sou
E vou sendo como posso
Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto
E passo aos olhos nus
Ou vestidos de lunetas
Passado, presente
Participo sendo o mistério do planeta*

*O tríplice mistério do "stop"
Que eu passo por e sendo ele
No que fica em cada um
No que sigo o meu caminho
E no ar que fez que assistiu
Abra um parênteses, não esqueça
Que independente disso
Eu não passo de um malandro
De um moleque do Brasil
Que peço e dou esmolas
Mas ando e penso sempre com mais de um
Por isso ninguém vê minha sacola"*

*Moraes Moreira
Luis Galvão*

ARAUJO, Flávia Maria. **Arte e cuidado em saúde**: experienciação do cuidado nos encontros vividos no projeto sensibilizarte. 2021.137 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

O cuidado pode ser considerado a base dos serviços de saúde, com diversos modos para a sua efetivação. Pressupõe considerar o usuário como interlocutor válido e incluir seus desejos na atuação profissional. Ele acontece no encontro entre trabalhador e usuário, quando o profissional é afetado pelo usuário e busca atender suas necessidades de saúde. Para operar assim, o trabalhador precisa escutar o usuário e colocá-lo no centro de sua atuação. Entretanto, nem sempre isso ocorre, o cuidado fica empobrecido em meio à várias questões, como as capturas que a indústria médico-hospitalar faz dos serviços, formações em saúde focadas em procedimentos e organização rígida dos serviços. Desse modo, fica aparente a necessidade de uma ferramenta capaz de agenciar a sensibilidade humana e fazer despertar para a necessidade de cuidado. Encontramos essa ferramenta na arte, que tem se mostrado uma potente atividade cuidadora, capaz de sensibilizar. Nessa temática, a Universidade Estadual de Londrina-UEL desenvolve um Projeto de Extensão chamado “Sensibilizarte: Arte Como Instrumento Para Humanização Na Formação E No Cuidado Em Saúde”, que tem por objetivo sensibilizar os discentes dos cursos da saúde para uma formação cuidadora. O projeto faz isso levando os participantes para realizarem atividades artísticas dentro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná- HU/UEL. São quatro modalidades artísticas: artesanato, contação de histórias, música e palhaço. Nos questionamos sobre como é produzido o cuidado pelo participante do Projeto Sensibilizarte, no encontro que produz vida com o usuário do hospital e, para responder, realizamos uma pesquisa qualitativa na modalidade cartografia com o objetivo: cartografar a produção de corpos sensíveis para o encontro na produção de cuidado, vivenciados na incursão do Projeto Sensibilizarte. Essa cartografia se deu pelo corpo da pesquisadora em campo, que fez uma incursão dentro do projeto, executando todas as atividades dele como uma estudante, tornando-se parte do projeto. O processamento do campo se deu pelo registro em Diário de Campo e pela conversa com autores como Deleuze e Guattari. A pesquisadora tinha um corpo-bailarina anterior, que uniu-se à constituição de seu corpo-cartógrafa, misturando-se na vivência do campo. Ao final, a cartógrafa-bailarina pôde analisar o campo e produzir conhecimentos. Esses resultados foram trazidos em formato de dois artigos, ambos na perspectiva da arte como possibilidade de ferramenta de cuidado. O primeiro: “A arte no agenciamento da produção de cuidado em um hospital público”, traz cenas de cuidado em formato de narrativa, em que trabalhadores do HU foram agenciados pela atuação do projeto. Ao receber o cuidado da arte solicitaram aos estudantes que fossem prestar o mesmo cuidado a determinados usuários. Mostra que cuidar do trabalhador é importante para que ele perceba a necessidade da sensibilidade em seu trabalho. O segundo artigo: “A arte como ferramenta para a formação em saúde: um resgate do encontro de cuidado”, mostra como o projeto possibilita a formação do estudante baseada em tecnologias leves (acolhimento, empatia, vínculo). Ao executar as atividades artísticas o estudante percebe que além das doenças a serem tratadas,

há seres humanos que necessitam de acolhimento. Abrem seu corpo para o afeto e percebem o sofrimento junto à doença. Percebem que a ação deles enquanto artistas é capaz de melhorar a experiência de internação, deixando-a mais leve. Essas habilidades podem ser transferidas para a formação profissional, colaborando para uma futura atuação que considere a sensibilidade humana. Ao final, a cartógrafa-bailarina sai de cena levando consigo o conhecimento: o projeto é uma ferramenta potente para a formação de trabalhadores em saúde com corpos sensíveis ao cuidado e marca o corpo do profissional que está atuando no HU, proporcionando encontros de cuidado do qual eles também necessitam.

Palavras-chave: cuidado; arte; saúde coletiva; formação; sensibilizarte.

ARAUJO, Flávia Maria. **Art and health care**: experience of care in meetings lived in the sensibilizarte project. 2021. 137 f. Thesis (Doctorate In Collective Health) – Londrina State University, Londrina, 2021.

ABSTRACT

Care can be considered the basis of health services, with several ways to implement it. Care presupposes considering the user as a valid interlocutor and including his / her desires in professional practice. Care takes place at the meeting between worker and user, when the professional is affected by the user and seeks to meet their health needs. In order to operate in this way, the worker needs to listen to the user and place him at the center of his performance. However, this does not always happen, care is impoverished in the midst of several issues such as the captures that the medical-hospital industry makes of services, health training focused on procedures and rigid organization of services. Thus, the need for a tool capable of managing human sensitivity and awakening to the need for care becomes apparent. We find this tool in art, which has been shown to be a powerful caring activity and capable of raising awareness. In this theme, the State University of Londrina-UEL develops an Extension Project called "Sensibilizarte: Art as an Instrument for Humanization in Training and Health Care", which aims to sensitize students of health courses for a caregiver training. It does this by taking them to perform artistic activities within the Regional University Hospital of Northern Paraná - HU / UEL. There are four artistic modalities: handicrafts, storytelling, music and clown. We asked ourselves about how care is produced by the participant of the Sensibilizarte Project, in the meeting that produces life with the hospital user, and to respond we conducted a qualitative research in the cartography modality with the aim: to map the production of sensitive bodies for the encounter in the production of care, experienced in the foray into the Sensibilizarte Project. This cartography was made by the body of the researcher in the field, who made a foray into the project carrying out all his activities, as a student, becoming part of the project. The processing of the field took place by recording it in the Diário de Campo and by talking to authors such as Deleuze and Guatarri. The researcher had a previous body-dancer, who joined the constitution of her body-cartographer, mixed in the experience of the field. At the end, the cartographer-dancer can analyze the field and produce knowledge. These results were brought in the format of two articles, both from the perspective of art as a possibility of a care tool. The first: "Art in the management of the production of care in a public hospital", brings the care scenes in a narrative format in which HU workers were managed by the performance of the project. Upon receiving art care, they asked students to provide the same care to certain users. It shows that taking care of the worker is important so that he realizes the need for sensitivity in his work. The second article "Art as a tool for health education: a rescue from the care encounter", shows how the project enables student training based on light technologies (welcoming, empathy, bonding). When performing artistic activities, the student realizes that in addition to the diseases to be treated, there are human beings who need reception. They open their bodies to affection and perceive the suffering with the disease. They realize that their action as an artist is able to improve the hospitalization experience, making it lighter. These skills can be transferred to professional training, collaborating for a future performance that considers human

sensitivity. At the end, the dancer-cartographer leaves the scene with the knowledge: the project is a powerful tool for the training of health workers with bodies sensitive to care, and marks the body of the professional who is working at the HU, providing care meetings of which they they also need it.

Key words: care; art; collective health; formation; sensibilizarte.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UEL	Universidade Estadual de Londrina
SUS	Sistema Único de Saúde
HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
UBS	Unidade Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
EVA	Etil Vinil Acetato
Sensi	Projeto de Extensão Sensibilizarte – a arte como instrumento para humanização na formação e no cuidado em saúde
Contação	frente da “Contação de Histórias”
IFMSA	Internacional of Medical Students Associations of Brazil
CsO	Corpo sem Órgãos

SUMÁRIO

1	ALGUNS PASSOS PARA CHEGAR ATÉ AQUI...	12
2	TEORIAS E LEITURAS: O RITMO DELAS COMPÔS COM O MEU	15
2.1	A ALMA DO ESPETÁCULO: O CUIDADO EM SAÚDE	15
2.2	ARTE E SAÚDE: MUNDOS QUE GIRAM, SE MISTURAM E SE BORRAM	24
2.3	ENTRE LEITURAS, FIGURINOS E O MEU PRÓPRIO CORPO: ALGUMAS FERRAMENTAS DA BAILARINA CARTÓGRAFA	33
2.4	FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM ENSAIO QUE NEM SEMPRE PREPARA PARA O ESPETÁCULO	41
2.5	TRABALHO EM SAÚDE: É HORA DE SUBIR NO PALCO	43
3	OS PASSOS QUE COMPÕEM ESSA CARTOGRAFIA	47
3.1	O QUE QUISEMOS FAZER NESSA CARTOGRAFIA	47
3.2	CARTOGRAFIA: CRIANDO O DEVIR CARTÓGRAFA NO CORPO DA BAILARINA	48
3.3	DANÇANDO COM A CARTOGRAFIA: SERIA ELA UM IMPROVISO ESTUDADO?	52
3.4	A MINHA DANÇA DENTRO DO PROJETO SENSIBILIZARTE	59
4.	OS AFETOS PARA OS QUAIS MEU CORPO PÔDE DAR EXPRESSÃO	78
4.1	ARTIGO 1: A ARTE NO AGENCIAMENTO DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO	78
4.2	ARTIGO 2: A ARTE COMO FERRAMENTA PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM RESGATE DO ENCONTRO DE CUIDADO	97
5.	A MÚSICA VAI DIMINUINDO, É O MOMENTO DE PENSAR COMO VAMOS TERMINAR ESSA DANÇA	116
	APÊNDICES	128
	APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido	129

ANEXOS	131
ANEXO A- Autorização do Hospital Universitário de Londrina.....	132
ANEXO B- Aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos.....	133
ANEXO C- Autorização do docente coordenador do projeto.....	136

1 ALGUNS PASSOS PARA CHEGAR ATÉ AQUI...

Essa história de misturar saúde e arte começa, para mim, na infância. O modo como eu as vivo modificou-se conforme fui crescendo e foram ganhando outras marcas em meu corpo. A arte entrou na minha vida por conta da saúde, pois quando eu tinha cerca de cinco anos de idade, havia algo nos meus pés - que eu já não lembro mais o que era, mas nada muito grave, no entanto, caminhava com os pés voltados para dentro, eram tortos. Usei algumas botas ortopédicas, mas o que resolveu mesmo o problema foi dançar *ballet* clássico. O médico, de quem já não me lembro, sugeriu à minha mãe que me matriculasse em aulas de *ballet*, e funcionou! A postura da dança colocou meus passos no eixo. Junto com isso descobri que amava dançar e fiquei naquela escola de *ballet* até os dez anos de idade.

Quando cheguei no ensino médio, estava em uma escola pública que, com objetivo de arrecadar fundos, realizava anualmente uma festa com apresentações de dança. Para que isso acontecesse os alunos que desejassem se apresentar precisavam frequentar os ensaios. Algumas apresentações exigiam ensaios o ano inteiro, como a dança do ventre e o *street dance*. Assim que cheguei nessa escola iniciei com as aulas de dança do ventre e de *street*. Gostava muito, me divertia demais. Mas, então, a escola terminou, veio o cursinho pré-vestibular e depois a universidade, na qual cursei psicologia. Nesse período deixei a dança de lado, achava que tinha de me dedicar exclusivamente aos estudos, ora, que bobagem! Depois de formada entrei na espiral do mundo do trabalho, pós-graduação, etc. e não dancei também.

Mas a mudança, felizmente, é sempre uma possibilidade. Em minha trajetória, uma parceira nessas horas de mudança foi a psicoterapia, que sempre ajuda a clarear um tanto de coisas. Quando terminei o mestrado em 2016, tinha uma ampliação imensa a respeito do que é e de como fazer saúde e também um pouco mais de experimentação a respeito do que eu realmente gosto de fazer na vida, lembrei-me novamente da dança e perguntei: por que foi mesmo que eu havia parado de dançar? E percebi que já não lembrava mais, que talvez apenas tinha me deixado levar pelas obrigações a cumprir. Resolvi voltar.

Escolhi, então, retornar para a dança do ventre em 2016, procurei uma escola de danças árabes em Londrina e nela estou até esse dia em que aqui

escrevo. Desde 2019 adicionei na minha prática outra modalidade de dança do ventre que leva o nome de *Tribal Fusion*, também dentro da mesma escola. Pretendo dançar enquanto eu estiver viva!

A dança hoje para mim é difícil de explicar, é uma expressão de vida, é afeto que flui pelo meu corpo. Proporciona a possibilidade de viver a multidão que carrego dentro de mim, meus *devires*. Cada coreografia ou improviso agencia uma das Flávias, com a composição do figurino e as nuances das músicas elas são atraídas e vem para viver e serem vistas e também para cuidar de mim. A dança me agencia a ser feliz, a gostar de mim, a ver a minha beleza para além dos padrões, aumenta minha potência de vida, é um caminho de passagem de fluxos e afetos. Escrevo essa tese no período de pandemia do Corona Vírus e a dança é um de meus principais espaços de saúde, de equilíbrio e de força para passar por esse período. É um momento em que posso deixar meus afetos passarem pelo meu corpo, os fáceis e os difíceis. A máscara de bailarina permite a passagem de afetos, ela é via de expressão, de criatividade, de fazer misturas entre o tradicional e o novo, de se deixar levar pelas sensações, de experimentar a potência do meu corpo. De me sentir importante.

A dança trouxe vínculos preciosos e que em muito fazem minha vida mais prazerosa. Nosso grupo de amigas dançantes é constitutivo de mim, são mulheres maravilhosas que mantêm um ambiente acolhedor, em que uma é capaz de apreciar a outra, rir juntas e apoiar nos momentos difíceis. Ver minhas amigas dançarem é algo maravilhoso, traz muita alegria!

Embora eu tenha estudado psicologia e a utilização de arte enquanto forma de cuidado me tenha sido apresentada na formação, até a minha retomada na dança, depois de formada, nunca havia sentido no meu corpo a potência dela enquanto promotora de cuidado em saúde. No doutorado, meu campo de pesquisa potencializou essas marcas existentes e me apoiou na constituição de outros territórios, reforçando a potência da arte como promotora de cuidado. Em 2019 vivenciei meu campo de pesquisa, um projeto de extensão da Universidade Estadual de Londrina –UEL, que trabalha o cuidado pela arte dentro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina, chamado “Sensibilizarte- A Arte Como Instrumento Para Humanização Na Formação E No Cuidado Em Saúde”. Ele vive há mais de dez anos de história e não começou

com esse nome, mas essa história eu conto daqui a pouco. No projeto, os discentes de todos os cursos da área da saúde da UEL vão ao HU levar arte às pessoas que estiverem lá, usuários, familiares ou trabalhadores. Para isso, temos quatro frentes de trabalho: palhaços, música, artesanato e contação de histórias.

Nesse tempo percebi que eu tinha entendido a arte apenas racionalmente em minha formação e agora sentia no corpo, nos afetos e nas emoções o seu efeito. Nesses anos de doutorado, fiquei mais leve, por incrível que pareça a muitos doutorandos! Acredito que meu campo de pesquisa fez parte de um processo de mudança intelectual e pessoal, pois eu vinha buscando encontrar mais leveza e sensibilidade na vida e o doutorado veio ao encontro dessa busca, sinto que foi um presente!

E como isso aconteceu? Pois bem, eu pude escolher a temática que estudei em meu processo de doutoramento, olhei algumas opções e me apaixonei por uma delas. Assim, sem pensar mesmo! Eu não havia ainda encontrado essas palavras que aqui coloco, foi pura paixão e afeto que me atravessou quando vi a possibilidade de estudar cuidado pela arte.

Eu já sabia da existência do projeto, carinhosamente chamado de “Sensi”. Havia participado do Simpósio que realizam todos os anos, mas não tinha contato direto. Quando estava escolhendo a temática para o doutorado ele foi oferecido entre as opções e quando o conheci mais de perto não tive dúvida, era isso.

O projeto existe para a valorização das tecnologias leves, pela valorização dos vínculos, da sensibilidade, da subjetividade¹, da passagem dos afetos, do “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016), da cooperação entre as diferentes profissões, pela saúde integral dentro dos serviços de saúde. Trabalha com o acolhimento, o vínculo, o respeito aos próprios limites, a valorização da vida e a troca de afeto, buscando o reconhecimento de que todos necessitamos cuidado e a delicadeza da arte, percebi que é possível encontrar momentos de alegria em meio ao caos que é um hospital e que eles são extremamente necessários.

¹Entendida como Guattari a coloca, são modos de vida produzidos na multiplicidade dos vários vetores que os atravessam, sejam políticos ou sociais, que emanam da multidão, mas em que as diferenças não precisam ser apagadas pois fazem a singularidade (SOARES, 2016).

A dança e o Sensi tem grande influência nessa leveza que mencionei, ambos se encontraram em mim e foi um encontro feliz! Hoje percebo o rizoma² que eu pude viver, entrando na arte da dança ainda muito criança, na tentativa de cuidar de minha saúde. Ao longo do tempo, novas linhas foram sendo tecidas, com a formação acadêmica e a ampliação do olhar sobre a saúde. No doutorado, com a entrada no campo que, embora tenha a presença de outras artes diferentes da dança, essa vivência fez conexão em mim, com as minhas marcas e na constituição desse novo território da arte como cuidado e potência de vida. Essa pesquisa foi realizada por meio da Cartografia, que para mim se assemelha à dança e à própria vida, pois todas elas são passagens de afetos, que vão e voltam como os passos de dança, se enrolam no corpo, ficam intensos, doloridos, exigem do corpo, às vezes é necessário treino, às vezes se pode improvisar, há paradas bruscas, há retomadas suaves, às vezes temos que nos adaptar à música que está tocando, às vezes é possível fazer uma leitura nova do ritmo. Essa cartógrafa que aqui fala, teve seu corpo de cartógrafa constituído por várias intensidades, a mais marcante delas foi o devir bailarina, que estará presente no relato dessa experiência.

2 TEORIAS E LEITURAS: O RITMO DELAS COMPÔS COM O MEU

Alguns autores colaboraram muito para que eu pudesse refletir sobre o tema de arte e saúde. E assim como na dança fui sendo conduzida pelos passos deles para criar os meus. Girando aqui e ali, esbarrei com gente muito boa e agora dançaremos juntos com esses autores.

2.1 A ALMA DO ESPETÁCULO: O CUIDADO EM SAÚDE

Qual é o propósito de dançar? Dançamos para quê? Isso é algo diferente para cada bailarina. Para algumas é subir no palco, participar de um

²Palavra que Deleuze e Guattari emprestam da botânica para expressar as conexões que a vida faz, assim como a raiz em rizoma, que se espalha e se conecta em todos os seus pontos, os fluxos de desejos de vida e de intensidade se espalham e se conectam, questionam poder e permitem a multiplicidade da vida (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

espetáculo, ser admirada, tornar a dança sua profissão. Para mim, a dança ocupa lugares diferentes no corpo, um deles é aberto, posso me mostrar para os outros quando me apresento, gosto muito dele. A parceria com as amigas nos ensaios, os momentos de adrenalina que vivemos nas coxias e no palco, o prazer de vestir um figurino e a satisfação de alegrar quem assiste. O outro lugar é mais para dentro, particular, um lugar de me valorizar enquanto bailarina. Fico maravilhada assistindo as grandes bailarinas, mas aprendi que não devo buscar a dança delas, devo buscar a minha. Mesmo que eu aprenda técnica, faça repetições para melhorar, a dança tem de ter um sentido que seja meu, pois eu danço para alegrar a minha vida, para exercitar a minha potência³, para ter bons encontros e ficar feliz. Se a dança não trouxesse alegria para minha vida, não haveria sentido em dançar.

E assim como na dança existe essa busca pelo jeito próprio de dançar com dedicação e estudo, na saúde percebi que mesmo sendo psicóloga também precisei estudar para compreender algumas provocações, afinal, para que nós temos serviços de saúde mesmo? Para que o SUS existe? O que está no centro da atuação desses serviços? Trarei a seguir a construção que fiz de algumas leituras que ajudaram a refletir melhor essas perguntas. Embora muitas vezes seja colocado como tal, o objetivo da atuação em saúde não é a cura, mas sim a produção do cuidado (MERHY, 2002). Saúde é algo da vida, com diferentes formas de ser produzida, incluindo projetos de felicidade e maneiras de ser. De forma similar, o ato de cuidar é algo do ser humano e não somente dos profissionais de saúde. Cuidar é colocar o desejo/necessidade do outro no centro da ação, tem relação com solidariedade, suporte, apoio na produção de vida nos diferentes arranjos que ela cria ao longo do tempo (FEUERWERKER, 2013).

Por meio da produção do cuidado podemos, ou não, obter o que é enunciado como promoção, proteção, reabilitação em saúde, assim como a cura de alguma condição. No entanto, o cuidado, seja ele mediado pela realização de procedimentos e protocolos, deve buscar colocar o desejo e necessidade de saúde do usuário como objetivo principal e não a execução do procedimento em si (MERHY, 2002).

Merhy (2002) nos fala a respeito de uma caixa de ferramentas que

³Enquanto possibilidade de existir, existência possível como um direito de existir, agir e pensar. (DELEUZE, 2017)

todo profissional de saúde deve ter, composta por diferentes tecnologias. Temos três tipos: a *tecnologia dura*, que são materiais como equipamentos, insumos, exames, etc. A *tecnologia leve-dura* como os saberes científicos, que são chamados leves pois não são materiais físicos, mas duras porque são protocolizadas e estruturadas. A *tecnologia leve* é a relação que se produz no processo de trabalho, no encontro entre usuário e trabalhador. As tecnologias leves são produzidas no momento do trabalho, do encontro entre trabalhador e usuário, pois elas são modos de se relacionar, o que só ocorre no encontro e ali mesmo é consumido. Acabado o encontro elas não existem mais, irão existir novamente em um próximo encontro em formas diversas (MERHY, 2000). O cuidado se dá no encontro e no acolhimento, que é uma escuta aberta não seletiva, em que o profissional de fato ouve o que o usuário tem a dizer, não procura somente por rótulos ou sintomas em seu discurso, ignorando o contexto (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Cada tecnologia tem seu papel e necessidade no cuidado, as tecnologias duras são voltadas para o manuseio de equipamentos e exames que permitem o raciocínio clínico. A tecnologia leve - dura permite o olhar do profissional para o usuário baseado em saberes estruturados como a clínica, epidemiologia. A tecnologia leve traz a possibilidade de encontro formador de vínculo, amplia o raciocínio clínico, permitindo a escuta para captar a singularidade, os modos de vida e cultura do usuário (FEUERWERKER, 2013). A combinação das três formas de tecnologia garante a melhoria dos serviços em termos de resultado, tanto na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, quanto na garantia da autonomia do usuário em seu modo de estar no mundo (MERHY, 2002).

Nesse encontro um age sobre o outro, criando um espaço, uma intersubjetividade onde o vínculo pode ser produzido (MERHY, 2002). Essa intersubjetividade é o “espaço intercessor” do qual nos falamos Deleuze e Guattari e se dá no encontro entre dois corpos, que afetam-se mutuamente. Pode acontecer em qualquer contexto, não tem existência própria, somente existe no encontro (MERHY, 2002). Os encontros no campo da saúde ocorrem entre trabalhador e usuário e, nesse momento, é produzido o cuidado, que sofre influência da subjetividade do trabalhador e do usuário (FRANCO; MERHY, 2013).

Nesse encontro que gera o espaço intercessor ocorre o Trabalho Vivo, pois ele produz vida e acontece “ao vivo”, naquele ato único. Embora haja

normas e protocolos, no momento da execução o trabalhador coloca seu desejo e faz algumas modificações até onde tem liberdade para isso. Essa é a vida, é nesse momento que surgem novos modos de operar e são construídas novas soluções que podem ou não atender a demanda inicial da pessoa que foi em busca de cuidado. Quando existe a produção pautada no trabalho vivo, nesse momento de encontro entre o trabalhador e o usuário, ambos se afetam e uma nova forma de cuidado surge. Embora haja a normativa/captura de que a relação entre eles precisa ser profissional e que o trabalhador não pode se deixar afetar pelo usuário, a permissão para afetar-se no encontro é potente e cria (MERHY, 2010).

Considerar a subjetividade e o desejo do usuário implica em compreender que a explicação da ciência não é a única verdade para ele, que ele tem sua própria explicação e modos de lidar com sua vida e dores. Portanto, na clínica, a verdade científica deve ser uma oferta de modo de vida e de cuidado e não uma imposição que irá julgar e condenar aquele que escolhe não viver do modo “saudável”, segundo certos padrões de normalidade de um modo de viver (FEUERWERKER, 2013).

Canguilhem (CANGUILHEM, 2009) nos atravessa com sua percepção do que o normal vai além da diferença entre saúde e doença, daquilo que está dentro da norma e ocorre com a maioria das pessoas. Ele nos alerta para o fato de que o “normal” é também um julgamento de valor moral porque a norma é produzida socialmente (CANGUILHEM, 2009).

Ser normal implica ser capaz de produzir trabalho, ter força física, não sentir dor. Da ciência vem a autoridade para determinar o que é normal e o que não é, bem como o que deve ser “consertado”. O normal é aquilo que encontra-se na maior parte da população, mas o anormal não é sinônimo de doente, pois nem toda diferença/anomalia, tanto no campo do corpo físico quanto da consciência, implica necessariamente um prejuízo nas funções do indivíduo. A saúde perfeita é considerada uma anomalia, pois não existe a total ausência de doença, ela faz parte do viver. A doença é a luta do corpo contra fatores que lhe podem prejudicar, portanto, ela não é anormal. É da natureza do corpo humano ter ferramentas de luta, como os anticorpos, por exemplo (CANGUILHEM, 2009).

Quando a doença e a anomalia são incompatíveis com a vida devem ser tratadas (CANGUILHEM, 2009), mas aquele que não segue os protocolos para

ser saudável está desafiando a norma, está questionando o que é ser saudável. O normal é normal enquanto está adaptado ao ambiente em que vive, no momento em que o ambiente muda e suas características não permitem que ele continue vivo, ele não é mais a norma, a maioria (CANGUILHEM, 2009). Dessa forma, o limiar entre o normal (saudável) e o anormal (patológico) depende da régua que é utilizada para medir esse limiar, segundo o julgamento de quem mede a normalidade (saúde) do outro. Mas no encontro é possível estabelecer outras relações para além do que é sentenciado e de quem sentencia. Por isso, além de ter uma valise (bolsa) com ferramentas leves e duras, é importante compreender as capturas que compõem nosso modo de agir profissional de saúde.

No que se refere a quais tecnologias o profissional vai utilizar, o modelo assistencial tem grande determinação na composição da caixa de ferramentas, o modelo hegemônico, por exemplo, tem as tecnologias leves empobrecidas (FEUERWERKER, 2013). Observa-se uma crise no sistema de saúde, o cidadão sente-se desprotegido nos serviços, mas falta de tecnologia dura não é o problema, falamos de uma crise de outra ordem (MERHY, 2002). Embora o Sistema Único de Saúde – SUS, sofra com poucos recursos, não é somente disso que o usuário reclama, mas também da falta de interesse em resolver seus problemas. Um usuário pode ser atendido sem, no entanto, ter sido cuidado, ter seus direitos e necessidades de saúde satisfeitos. Temos observado que o modelo hegemônico é o médico e técnico, entretanto, temos uma gama extensa de ferramentas para o cuidado e quanto mais completa ela for, melhor será a capacidade de enfrentar o problema de saúde de modo adequado (MERHY, 2002).

O modelo assistencial hegemônico relega as ações cuidadoras a um lugar desvalorizado e apenas complementar, então, os profissionais de saúde têm seu núcleo cuidador empobrecido. Todo profissional de saúde é um agente cuidador e deve ser valorizado no ato de cuidar por meio das tecnologias leves e, quando necessário, estimulado para o ato de cuidar por meio dessa tecnologia (MERHY, 2002).

No que tange aos modelos assistenciais em saúde, Merhy (2002) nos fala como os intercessores de Deleuze (DELEUZE, 2008) podem clarear algumas coisas. Os intercessores trazem a ideia de movimento, de produção, em que um produz algo no outro em um encontro que pode ser entre pessoas, obras

literárias, etc. (DELEUZE, 2008). Na saúde também ocorrem intercessores, no momento do encontro entre profissional e usuário se forma um espaço intercessor (MERHY, 2002) entre eles, que é permeado pelos desejos de ambos e pelos modos de operar dos serviços, modelos de saúde, valores sociais, que capturam esses intercessores (MERHY, 2002). As capturas são os controles exercidos sobre qualquer atividade humana pela normatividade que as antecede, modos de operar que delimitam, formatam rigidamente o agir humano e impedem a criação modos diferentes de agir (MERHY, 2010).

O espaço intercessor, que geralmente se dá na saúde, é preenchido pela voz do trabalhador e o silêncio do usuário. O usuário muitas vezes é colocado como mais um objeto entre os equipamentos (MERHY, 2002), essa é uma forte captura presente no trabalho em saúde, em que o trabalhador é aquele que sabe e tem o direito de intervir na vida do outro que nada sabe, o usuário. Como se o usuário não tivesse direito de escolha sobre sua própria saúde (MERHY, 2010). Apesar disso, o usuário resiste, colocando seu modo de operar ali também e, por isso, não deixa de ser agente (MERHY, 2002).

Vejo o encontro como a dança, em que o profissional e o usuário podem dançar juntos, a intensidade passa pelos corpos de ambos e cada um deles criam passos que ambos irão executar. A criatividade e a expressão dos corpos de cada um deles pode aparecer no palco ou, então, o profissional se comporta como o coreógrafo que não dá espaço aos seus bailarinos, os faz apenas copiar aquilo que ele milimetricamente planejou. Mas é aí que ele se engana, cada corpo é um corpo e por mais que os passos para todos sejam os mesmos, cada corpo o executa à sua própria maneira.

Quando se dá um processo objetual⁴, que torna uma das partes do espaço intercessor objeto à parte, anulado, que age ocultamente. Caso o desejo do usuário não seja atendido quando procura um serviço de saúde, ele resiste, procura outros locais de cuidado, não segue aquilo que lhe foi prescrito (MERHY, 2002; SEIXAS *et al.*, 2019). O olhar “patologizante” da clínica coloca culpa sobre aqueles que escolhem viver de modo não saudável pelo olhar da ciência (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016). Nós, trabalhadores de saúde, algumas vezes

⁴Processo que trata o outro ser humano como se fosse objeto (MERHY, 2002).

esperamos que o usuário seja dócil, que aceite e execute sem questionar o projeto terapêutico que lhe oferecemos e acabamos por nos esquecer de considerar qual é o desejo desse usuário em relação ao seu próprio cuidado em saúde. Temos uma tendência a tentar controlar a vida do usuário (SEIXAS *et al.*, 2019), mas quando esse projeto de cuidado não afeta os indivíduos, eles resistem, podendo até dizer o que profissional deseja ouvir, mas sem efeito, pois no cotidiano agem conforme o seu próprio desejo, que pode ser diferente daquilo que foi prescrito (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016; SEIXAS *et al.*, 2019).

O desejo do trabalhador pode ser diferente do usuário, depende da lógica de produção do serviço e do próprio trabalhador (MERHY, 2002). Numa atuação em saúde o encontro é repleto de expectativas de ambas as partes, o profissional com a provável expectativa de que o usuário siga suas recomendações e a expectativa do usuário, que pode ser muito diversa: ser ouvido, acolhido, ter seu problema resolvido do modo mais rápido possível, etc. (MERHY, 2002). Em geral, o usuário tem uma ideia de como se cuidar baseado em seus próprios referenciais e espera que o trabalhador o ajude a fazer com que sua queixa interfira o mínimo possível em seu modo de andar a vida. O trabalhador geralmente espera que o usuário reorganize sua vida em torno do tratamento trazido por ele (FEUERWERKER, 2013).

Podemos ensaiar o quanto quisermos, repetir, repetir e repetir, na hora do show cada corpo coloca sua marca no movimento. Bacana mesmo é o coreógrafo que sabe disso e ao invés de tentar obrigar todos os corpos a se moverem do mesmo modo, observa qual é o melhor modo para aquele corpo executar tal movimento. Penso e sinto que assim também poderia ser no campo da saúde, na relação trabalhador da saúde e usuário, no momento de cuidado.

Para operar um modelo de atenção usuário-centrado que esteja mais focado em cuidar da vida do usuário que em realizar procedimentos (MERHY, 2002), o trabalhador precisa questionar a que interesses e intencionalidades obedece em sua prática. Observar como o trabalho vivo em ato⁵ é capturado pelo modelo de atenção e recapturá-lo para produzir exatamente o contrário, produzir maior autonomia do usuário em seus modos de andar a vida (MERHY, 2002), pois

⁵Encontro vivo entre trabalhador e usuário, em que ele leva em conta a cultura, ação e autonomia do usuário em sua ação (FEUERWERKER, 2013).

no trabalho em saúde sempre há encontros e disputas de projetos (FEUERWERKER, 2013).

Com a medicalização do século XX vemos toda manifestação de sofrimento como doença e qualquer adoecimento sob a ótica científica do processo saúde-doença. Essa é a repetição. A clínica do corpo de órgãos⁶ que produz “disciplinarização” dos corpos, tentando fazer com que sejam dóceis, obedeçam sem questionar, façam o que manda o profissional e não duvide de nada (DELEUZE; GUATTARI, 2004). O foco em procedimentos tem feito a saúde perder sua dimensão cuidadora e, com isso, também perder potência e eficácia, pois o foco no corpo biológico deixa de lado outros aspectos importantes da saúde. A escuta está empobrecida e o outro é tomado apenas como um corpo biológico, como se a colaboração de quem está sendo tratado não fosse necessária ou seria automática, perante a iluminação do saber científico, por isso a “adesão” tem sido tão baixa, principalmente nas doenças crônicas (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016).

Colocamos “adesão” desse modo pois entendemos cuidado como uma parceria realizada no encontro intercessor e não algo previamente pronto, que o usuário deve aderir sem direito de escolha sobre seu cuidado (SEIXAS *et al.*, 2016). Compreendendo o cuidado como construção de uma parceria, a presença de culpabilização e a concepção de fracasso não ocorreria. Culpabilização que muitas vezes ocorre quando a resposta à disciplinarização do corpo do outro não ocorre e é manifesta no fracasso do projeto terapêutico com baixa adesão pelo usuário, afinal, o profissional realizou seu papel trazendo seu conhecimento, quem não quis aderir foi o usuário (SEIXAS *et al.*, 2016). Assim, deve-se apostar em menos controle na vida do outro e mais abertura pelo profissional e pelo usuário ao encontro do cuidado em saúde. Cuidado que será realizado com a ampliação da compreensão do papel de ambos, usuário e trabalhador em um agir colaborativo e de compreensão da importância do papel de ambos (SEIXAS *et al.*, 2019)

É possível produzir diferença mesmo na repetição. Para isso, é preciso deixar-se afetar pelo “corpo vibrátil” (ROLNIK, 2011), aquele que permite ser afetado, permite a passagem dos afetos e vibra com eles, se desloca e se reconstrói

⁶Órgão que trabalha para o capital e faz sofrer o ser humano, transformando-o numa máquina sem vida; a clínica, então, mantém esse órgão funcionando a todo custo pelo interesse do capital (DELEUZE; GUATTARI, 2004)

com eles criando novos significados. Aquele que vai para o encontro aberto a ouvir o outro (ROLNIK, 2011). Sem o discurso pronto com rótulos de família complicada, doente não colaborativo. É o cuidado e não a clínica a alma dos serviços de saúde, pois o cuidado é realizado por todos. Todos os trabalhadores, usuários, familiares e comunidade (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016).

Uma estratégia potente para a realização do cuidado é o vínculo, uma relação de confiança mútua entre os serviços/trabalhadores de saúde e usuários. O vínculo pode ser terapêutico, pois pressupõe que ambas as partes que se vinculam são interlocutores válidos. Desse modo, o usuário pode estar em um lugar de alguém que é importante, que tem valor e, assim, confiar no trabalhador para compartilhar seus desejos e buscar soluções para seus problemas de saúde em parceria. Quando o usuário é considerado um interlocutor válido, ele também considera o trabalhador do mesmo modo (SEIXAS *et al.*, 2019). Esse não é um processo fácil, pois requer abertura de ambos os participantes desse encontro, requer uma construção e não pode ser forçado. Há momentos em que conseguimos alcançá-lo e há momentos em que não conseguimos (SEIXAS *et al.*, 2019).

A atuação final do trabalhador sofre muitas influências, com os fluxos de seus desejos, dos desejos dos usuários, dos desejos dos outros atores que influenciam direta e indiretamente na gestão do cuidado. Percebo que a construção do cuidar se dá em um campo com diversos atores e suas construções que, às vezes, podem se somar na produção de um agir de cuidado efetivado no encontro entre o usuário e o profissional de saúde.

Refletindo após as leituras que fiz para compor essa parte da tese, acredito que posso dizer que os trabalhadores nos serviços de saúde e o nosso SUS estão ali para cuidar das pessoas, não das doenças. Não somente para curar, o que - aliás, muitas vezes não é possível. E o quê esse campo de pesquisa em que a arte vai para dentro do hospital tem a ver com isso tudo? Posso adiantar que a arte é uma ferramenta para avançar na recuperação do núcleo cuidadoso dos profissionais e do SUS como um todo, veremos isso com mais clareza ao longo deste relato.

2.2 ARTE E SAÚDE: MUNDOS QUE GIRAM, SE MISTURAM E SE BORRAM

Quando uma bailarina gira, seja no giro “pétala”⁷, no “helicóptero”⁸, no “patinete”⁹ ou no “parafuso”¹⁰, ela vê o mundo borrado, as coisas se misturam e o que fica de um lado, geralmente, pode encontrar o que fica do outro. Alguns provocam tontura, pela intensidade, mas no final a sensação é de estar renovada!

No mundo, geralmente, a arte fica de um lado enquanto saúde e ciência estão do outro, mas encontramos lugares em que o giro foi feito e elas se borraram. Vou mostrar alguns que pude encontrar:

Considero a poesia como um dos componentes mais importantes da existência humana, não tanto como valor, mas como elemento funcional. Deveríamos receitar poesia como se receitam vitaminas. Atenção, cara, na tua idade, se você não tomar poesia não vai ter jeito. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 223).

Essa fala de Guattari e Rolnik me atravessa com força. Penso ser até um tanto cômico dizerem que deveríamos receitar poesia como se fossem pílulas, pois se de fato isso ocorresse, talvez a subjetividade dos homens estivesse em uma situação diferente. Sinto que estamos anestesiados e com nossa sensibilidade bastante tolhida, por conta do nosso modo de vida em que ocorre a captura do desejo pelo capital (DELEUZE; GUATTARI, 2004) e o lucro vale mais que a vida, o valor de uma pessoa se mede pelo que ela tem. Ignorando a sensibilidade, impera o desejo acumulativo e o que o outro sente não importa, isso gera pessoas tristes, ansiosas, etc., basta ligar a televisão no horário do jornal que isso vai ficar bastante aparente.

Isso me leva a pensar que seres humanos precisam de arte como necessidade, pois ela tem a capacidade de ressignificar experiências dolorosas ou, ao menos, fazer passar por elas de modo mais leve. Nessa relação da arte com a saúde existe uma potência para o cuidado.

No início do século XX já era possível observar diálogos entre a

⁷Giro da dança do ventre em que os braços imita uma flor desabrochando.

⁸Giro da dança do ventre em que o véu apoiado no pescoço se move como as hélices de um helicóptero.

⁹Giro do *tribal fusion*, em que um dos pés permanece imóvel no lugar enquanto o corpo gira lembrando o movimento do patinete girando.

¹⁰Giro do *tribal fusion*, em que a bailarina rotaciona o tronco e o quadril ao mesmo tempo em que gira o corpo todo em 360°, lembrando a rotação de um parafuso.

saúde e arte no Brasil: Mário de Andrade escrevia a obra “Namoros com a Medicina” e Nise da Silveira montava peças de teatro e trabalhava com pintura dentro de um Hospital Psiquiátrico (LIMA *et al.*, 2015), mas é no Movimento da Reforma Sanitária que culminou a criação do SUS-Sistema Único de Saúde e a arte ganhou a possibilidade de legitimação como prática de saúde. Com a ampliação do que é saúde para além da ausência de doenças, o SUS abre espaço para diferentes modos de produção de saúde, como a arte. Nessa seara, o que importa não é a criação de grandes obras, mas sim o que o processo criativo pode trazer para a vida de quem o produz (LIMA *et al.*, 2015).

Por volta dos anos 2000, a arte passa a ser parte de políticas públicas culturais sendo vista como direito. Desse modo, novos modos de comunicação, expressão, partilhas de sensibilidade passam a ocorrer com mais potência em parcerias entre a saúde e outros setores, possibilitando a experimentação de diferentes projetos de vida e a criação de valores, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade social, trazendo experiências de potência de vida (LIMA *et al.*, 2015). A arte, então, ganha um destaque no campo da saúde, em meio a organizações governamentais ou não, coletivas e comunitárias, que passam a colaborar para novas formas de produzir a vida e também para o cuidado em saúde. Lugares e práticas que, tradicionalmente, não faziam intercessão com o cuidado em saúde passam a ter um papel na produção de saúde (LIMA *et al.*, 2015).

A arte enquanto prática de saúde aparece em vários trabalhos acadêmicos publicados. Há trabalhos utilizando a arte na saúde de diferentes formas, com métodos de pesquisa mais ou menos estruturados, com a participação da e na comunidade e dentro de serviços de saúde, com diversos tipos de arte, focados nos usuários do sistema de saúde ou nos profissionais, na formação ou no cuidado.

Em minha trajetória dançante dessa cartografia, não busquei provar a eficácia da arte enquanto tratamento, mas sim compreender como ela opera no cuidado das pessoas. Nos meus rodopios com as leituras, encontrei um vasto material a respeito da temática e, para o meu espanto, muito desse material foi produzido pelas ciências mais focadas em números e protocolos com resultados que reforçam a importância da arte na saúde. E, assim como um tombo, me recompus e segui. E nesse passo que aqui vou fazer com vocês, da minha cartografia, ele estará

marcando diferentes ritmos, mas com a letra focada na relação da arte com a saúde.

Várias formas diferentes de expressão artística vêm sendo estudadas a respeito de suas contribuições para a saúde (JENSEN, 2019). Um estudo dinamarquês realizou atividades artísticas com pessoas afastadas do trabalho por depressão, estresse e ansiedade durante dez semanas. Foram visitas a um museu de arte, canto em coral, ouvir uma orquestra tocar, leituras guiadas, contato com a natureza e com os lugares históricos importantes da cidade. Ao final do estudo os participantes relataram melhora no bem-estar, sentiam que sua vida tinha mais significado e tinham a sensação de ter mais controle sobre a própria vida, as relações familiares ficaram melhores, pois estavam com um humor melhor. Também conseguiram melhora dos sintomas depressivos, como sair do isolamento social e a supressão das crises de pânico, desde o início das atividades (JENSEN, 2019).

O foco em aspectos saudáveis de suas vidas, não na doença, colaborou para que saíssem do excesso de autocrítica para o autocuidado, aumentando a percepção e valorizando as próprias necessidades e desejos na vida. O projeto não ignorou as doenças e sofrimentos que tinham, mas o foco foi nas possibilidades de vida e de sentido para ela nas possibilidades atuais (JENSEN, 2019).

A fala dessa participante me atravessou de modo marcante, quando diz que os filhos dela perceberam como ela estava mais feliz, o nome dela é fictício.

“My children can also feel it. It is clear to me. They say, “You are so happy mom, did you sing today?” (Rebekka)”/ Meus filhos também puderam sentir isso. Estava muito claro para mim. Eles diziam: Você está tão feliz mãe, você cantou hoje?” (tradução nossa).(Jensen, 2019, p.4).

Nessa fala o cantar possibilitou a produção de vida mais feliz para essa mulher e isso transborda para sua família.

Uma modalidade de arte que vem ganhando espaço dentro dos serviços de saúde é a palhaçaria, tanto que foi possível produzir revisão sistemática a respeito dos trabalhos publicados nessa temática. Até a data de sua publicação, aquela revisão registrou setecentos grupos de palhaços em hospitais no Brasil e relata que a palhaçoterapia é um campo em ascensão no meio científico (CATAPAN; OLIVEIRA; ROTTA, 2019).

Alguns estudos mostram a eficiência da palhaçaria pelas respostas

fisiológicas em crianças, como a melhora das dores, da ansiedade pré-operatória, de doenças respiratórias, etc. (CATAPAN; OLIVEIRA; ROTTA, 2019) e, embora esse não seja o foco dessa cartografia, acredito ser importante mostrar que as ciências mais duras encontram resultados favoráveis à atuação de palhaços, o que penso ser um avanço, no sentido da aceitação dos profissionais e gestores a respeito da inclusão de palhaços em serviços de saúde.

A palhaçaria também traz a possibilidade de viver a internação de modo mais leve, claro que ela não é capaz de modificar a situação, mas propicia a construção de novos sentidos e de ferramentas emocionais para lidar com o internamento (CATAPAN; OLIVEIRA; ROTTA, 2019). Consegue pegar fatos tristes de dentro do hospital e transformá-los em coisas engraçadas, criando a possibilidade de rir deles, afinal, o palhaço é um ser atrapalhado, que vive fora da lógica, subverte a realidade. O palhaço se transforma em Doutor, os diagnósticos são “samba no pé” e os remédios “pílulas de bom humor”. Esse modo proporciona um espaço em que a realidade não é tão dura, uma oportunidade para enfrentá-la sorrindo. O contato com o palhaço traz as pessoas para o tempo presente, diminuindo as ansiedades. Esse modo de interação resgata a sensibilidade que não é contemplada no modelo médico hegemônico de se fazer saúde (CATAPAN; OLIVEIRA; ROTTA, 2019).

Outro exemplo bastante interessante do trabalho com palhaços foi uma experiência em que grupos de palhaços faziam visitas às famílias referenciadas a Equipes de Saúde da Família-ESF. Havia famílias em situação de vulnerabilidade social, vivendo em moradias precárias, muitas pessoas dentro da mesma casa, pessoas acamadas, usuários de drogas e álcool e em sofrimento mental. Eram pessoas que sofriam violência e viviam sem praticamente nenhum tipo de lazer e sentiam muita solidão, apresentando grande dificuldade em realizar os cuidados sugeridos pelas ESFs (BRITO *et al.*, 2016).

Os temas que as famílias levaram para os palhaços foram variados e permitiram a produção do cuidado necessário para o momento. As famílias desenvolveram vínculo e afeto para com os palhaços e as visitas passaram a ser aguardadas. Sentiam-se à vontade para falar sobre sua vida, suas dificuldades e também as alegrias. Recebiam os palhaços com cafés e biscoitos e permitiam que pegassem água na geladeira (BRITO *et al.*, 2016).

Os encontros com os palhaços permitiram o resgate dos prazeres há muito tempo esquecidos. Um dos senhores era deficiente visual e tocava sanfona, mas havia muitos anos não a pegava, desde a morte de sua companheira, resolve, então, tocar quando os palhaços chegam em sua casa com instrumentos musicais. Um casal que não fazia sexo havia muito tempo, por conta de uma cirurgia que acabou tornando-os distantes, recebeu o “Manual dos Doutores Palhaços” para resolver a questão, em que a lição um era “Cheirinho no Cangote”, a lição dois era “Bailinho com mãozinha boba” e aos poucos o afeto entre o casal foi colocado em fluxo novamente (BRITO *et al.*, 2016).

Uma das mulheres havia perdido o pai e sofria muito por isso, quando o desespero apertava ela ia ao cemitério, à noite, percorrendo uma rodovia escura. Ao contar isso ao palhaço um deles retira um coração de papel emborrachado do bolso, estilo etil vinil acetato – EVA, e diz que aquele poderia ser o coração dela e que o pai estava ali no coração dela, assim ele estaria sempre perto dela, bastava tirar do bolso e pegar. No encontro seguinte ela relata que não foi mais ao cemitério à noite, estava mais calma e dormindo melhor. A crença do palhaço de que o pai dela poderia estar ali naquele coração fez com que aquela mulher também acreditasse e pudesse lidar melhor com a perda (BRITO *et al.*, 2016)

O palhaço é um ser ingênuo, que erra, não julga, acolhe o que o outro traz e cria um jogo, um improviso para dar conta daquela realidade, utilizando da fantasia e da brincadeira para isso. Está aberto a tudo e respeita tudo (BRITO *et al.*, 2016). O nariz do palhaço é sua máscara, que mostra o seu interior, mostra quem ele é e o guia. O nariz, por si só, subverte a ordem, inserindo fantasia, pois não orienta, não prescreve, somente acolhe e trabalha com o que recebe, abrindo-se para compartilhar a situação. Ele está aberto a qualquer tema e qualquer problema, para isso, o palhaço precisa fazer um trabalho de autoconhecimento para estar presente nesse encontro. Ele não tem regras, então, pode ouvir tudo e tentar compreender as necessidades e trabalhar com elas de forma criativa (BRITO *et al.*, 2016).

Encontramos também trabalhos sobre a música e sua contribuição na saúde. A música é uma forma de expressão humana, tem a capacidade de mobilizar afetos, compartilhar sentimentos, gerar prazer e fortalecer as relações humanas. Ela tem a capacidade de alcançar a memória emocional, por isso a

experiência com ela é única e intensa (AREIAS, 2016). Desde a antiguidade grega há relatos das contribuições da música para a saúde. Campus e Nakasu (2016) recuperam em seu artigo um pouco da história da música dentro da saúde. Na época do Renascimento alguns médicos interessavam-se pelo efeito da música em seus tratamentos, concluíram que ela podia melhorar o que chamavam de “aborrecimentos da alma” como a melancolia (CAMPOS; NAKASU, 2016). No final do século XVIII começa o interesse pelos efeitos fisiológicos da música no corpo humano, os fisiólogos do período concluem que ela aumenta a atividade cardíaca e a pressão sanguínea. No século XIX o interesse se mantém e a música é inserida na psiquiatria e com o advento dos métodos experimentais conclui-se que a música tem efeito nos processos enzimáticos do organismo (CAMPOS; NAKASU, 2016).

Durante a Segunda Guerra Mundial, a presença de músicos em hospitais evidenciou a melhora do bem estar para as pessoas feridas. Depois disso surgiu a ideia de profissionalizar pessoas para trabalhar com música na saúde, então, surge o primeiro curso de musicoterapia em 1944 na Universidade Estadual de Michigan (AREIAS, 2016), o que colaborou muito para a inserção da música como método terapêutico de modo sistematizado.

Na atualidade, entre os anos 2000 e 2015, os estudos sobre a música no campo da saúde cresceram, relacionados com várias áreas diferentes dentro da saúde. Isso vai ao encontro das propostas de cuidado que consideram o ser humano como um todo e colabora para a mudança do paradigma de saúde com foco em procedimentos, caminhando em direção à atenção usuário-centrada que considera as necessidades humanas de sensibilidade e acolhimento (CAMPOS; NAKASU, 2016).

Recentemente os estudos concluem que a música tem efeito sobre a frequência cardíaca, pressão arterial e estimula a liberação de endorfinas, gerando efeito relaxante e de bem-estar. Em pessoas que estão prestes a submeter-se a procedimentos cirúrgicos ela pode ter um efeito na redução de ansiedade melhor que alguns fármacos (AREIAS, 2016), portanto, constitui-se enquanto uma ferramenta de cuidado que não contém efeitos colaterais (AREIAS, 2016; CAMPOS; NAKASU, 2016), de baixo custo e que estimula a participação ativa do usuário em seu cuidado (CAMPOS; NAKASU, 2016).

Uma revisão sistemática encontrou vários estudos sobre esse tema.

Havia estudos com homens e mulheres adultas, diferentes classes sociais, diferentes tipos de música, diferentes culturas, pessoas que ouviam música, outras que cantavam. Em toda essa variedade, a música trouxe benefícios para a saúde, tanto quando há sessões programadas para ouvir música, como para cantar em coral (DAYKIN *et al.*, 2018). Observaram redução do estresse e ansiedade, melhora de sintomas depressivos, sensação de estar relaxado (DAYKIN *et al.*, 2018). Entre os estudos que essa revisão analisou, um estudo do ano de 1997 mostrou que a música pode reduzir estresse em funcionários de hospitais, outro mostrou que pode reduzir ansiedade em gestantes, em pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral, em pessoas com cuidados paliativos e um outro ainda conseguiu promover relaxamento e redução do sentimento de raiva em população privada de liberdade por meio do canto e de sessões em que podiam ouvir música. Outros mostraram que grupos de coral nas comunidades promovem bem-estar, dentro de hospitais também (DAYKIN *et al.*, 2018). Outros estudos ainda mostraram que tocar instrumentos também tem um papel importante para aumentar a qualidade de vida, sensação de bem estar, diminuir sintomas depressivos e ansiosos (DAYKIN *et al.*, 2018).

A percepção das pessoas que recebem o cuidado pela música também tem importância para o tema da arte e saúde. Esse estudo foi em busca de saber o que sentem e pensam sobre o encontro com a música as pessoas internadas em um hospital, que receberam esse cuidado musical (NUNES *et al.*, 2019). Conforme as falas dos participantes do estudo, as pessoas desejam mais encontros com a música quando internadas, pois ela alivia as dores e aumenta a vontade de viver. Cantar traz alegria, confiança e cria um momento em que não precisam pensar nos problemas e no adoecimento. Traz alívio tanto para as pessoas internadas quanto para os familiares que acompanham (NUNES *et al.*, 2019).

A música traz à tona emoções que tem ali um espaço para serem vividas e ativa boas lembranças que revigoram as forças para atravessar esse momento difícil que é a internação. Relatam também que os encontros são muito breves, desejam que durem mais tempo e também dançar junto com a música (NUNES *et al.*, 2019). Mas para realizar esse cuidado é necessário sensibilidade, levar em conta a cultura da região em que se está, para levar um repertório de músicas que não traga desconforto, observando os sinais dos participantes, afinal, em algum momento uma música pode trazer uma lembrança dolorosa e é

necessário cuidar disso (NUNES *et al.*, 2019).

No que tange a utilização da música em ambiente hospitalar uma revisão de literatura (CAMPOS; NAKASU, 2016) mostra que a música tem efeitos em várias situações, como redução da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, redução nos níveis de angústia e sintomas depressivos, melhora na qualidade do sono, diminuição da ansiedade de modo geral e no pós-operatório, antes do parto e pós-quimioterapia, alívio da dor e redução da utilização de medicamentos para sedação em procedimentos em que são necessários (CAMPOS; NAKASU, 2016). Mostram ainda que a música atua no sistema límbico, que está diretamente relacionado com as emoções (CAMPOS; NAKASU, 2016).

Dentro da temática da utilização da música em hospitais, foram realizados estudos de diversas modalidades, tanto dentro de métodos qualitativos quanto quantitativos, com medição de níveis hormonais e grupos controle (CAMPOS; NAKASU, 2016). A música tem efeito visível na diminuição da ansiedade e promoção de bem-estar, os autores recomendam a condução de novas pesquisas para avançar na temática, principalmente as de cunho qualitativo (CAMPOS; NAKASU, 2016)

Observando as informações que trouxemos até agora veremos que os diferentes modos de pesquisa se complementam. Nos estudos mais focados na biologia houve conclusão de que a música funciona como ansiolítico, diminui a pressão arterial e frequência cardíaca, o que está ligado às falas das pessoas que receberam a música desejando mais encontros com ela, pois a música as fez sentirem-se bem, terem mais calma, força e esperança.

As artes que envolvem habilidades manuais, como o artesanato, também fazem sua contribuição para a saúde. Temos modelos mais estruturados de trabalhá-las na saúde como a Arteterapia, mas o uso livre delas também se mostra interessante. Um artigo estudou a melhora na qualidade de vida de mulheres na menopausa por meio de um programa de arteterapia combinada com atividades de meditação no método *mindfulness* com atividades como desenhos, colagens, meditação e relaxamento. Suas conclusões mostram que houve melhora da sensação de fadiga que atrapalhava nas atividades diárias, redução do estresse e melhora dos relacionamentos interpessoais (JALAMBADANI, 2020).

Uma outra forma de utilizar o artesanato como ferramenta de

cuidado e de promoção à saúde pode ocorrer na atenção básica em saúde: em grupos que não têm o artesanato enquanto atividade terapêutica estruturada, mas como uma atividade livre, que reúne pessoas em torno de algo a se fazer para criar vínculos e suporte social (SCARDOELLI; WAIDMAN, 2011). Esse estudo foi feito com um grupo de mulheres realizado em uma Unidade Básica de Saúde - UBS, em que as participantes realizavam crochê, bordado, tricô, confecção de tapetes, *patchwork*, pintura, entre outras atividades manuais, sob a coordenação das Agentes Comunitárias de Saúde – ACS, da UBS. Não havia uma finalidade terapêutica no artesanato em si, nem uma programação técnica a respeito de como realizar as atividades ou assuntos para debater, mas a troca de afetos pela conversa, assim como as atividades manuais acontecem de modo espontâneo, livre. Essas mulheres eram aposentadas ou donas de casa e passavam muito tempo sozinhas. Reunir-se em torno do artesanato possibilitou a formação de vínculos e suporte social à medida que trocavam experiências e afetos. As participantes relataram que o grupo traz felicidade e momentos de relaxamento, além de ser um suporte para situações difíceis, como sintomas depressivos e luto. Esse formato de grupo é um modo de prevenção em saúde mental, pois cuida das pessoas antes que elas adoçam, criando espaços acolhedores de escuta (SCARDOELLI; WAIDMAN, 2011).

Ainda na perspectiva da arte que faz intersecção com a saúde, temos a prática de contar histórias. Ao receber um contador de histórias, as crianças que estão internadas em hospitais têm a oportunidade de ter um momento para se desligar da realidade dura que vivem e entrar em um mundo diferente, em um processo lúdico. Ouvir uma história proporciona outros sentimentos para além da dor e da preocupação com a saúde, por ser um momento alegre e divertido (FLORES *et al.*, 2017). Além disso, a história estimula a formação de vínculos afetivos acolhedores e estimula o interesse pela leitura, o que tem um grande potencial para o desenvolvimento cognitivo e da sensibilidade das crianças por meio do mundo simbólico das histórias (FLORES *et al.*, 2017). O modo de contar histórias pode ser pelo conto oral ou pela mediação da leitura (FLORES *et al.*, 2017).

Um outro estudo realizado também com crianças hospitalizadas, relata que ouvir histórias como contos de fada e fábulas permitem à criança um momento com a fantasia e o lúdico, proporcionando relaxamento, socialização e

diminuição do medo dos procedimentos para o tratamento. Uma das médicas relata que ocorre também melhora do padrão respiratório (CARVALHO, 2018).

E assim, ao terminar esse “giro helicóptero”¹¹, ainda meio tonta, saio como dito antes: renovada e firme em seguir na trajetória da minha cartografia, apostando na relação da arte e saúde.

2.3 ENTRE LEITURAS, FIGURINOS E O MEU PRÓPRIO CORPO: ALGUMAS FERRAMENTAS DA BAILARINA CARTÓGRAFA

A ferramenta da bailarina é seu próprio corpo, por ele passa a mensagem da música traduzida em dança. Os figurinos ajudam a compor essa ferramenta, facilitam a passagem da mensagem, do afeto e da composição dos devires. Devir é aqui entendido como Deleuze nos fala a respeito do agenciamento, da convocação que o outro provoca, fazendo-se presente por aquilo que agencia e se tornando uma parte que compõe o meu corpo (DELEUZE; GUATTARI, 1995). A bailarina pode ter muitos devires, o devir acanhada, triste, dramática, ousada e/ou empoderada.

A teoria entra no apoio da constituição de uma caixa de ferramentas¹² que foi e ainda é bastante útil para o campo da pesquisa e para a vida também. Para mim, a composição dessas ferramentas são como poderosos “*shimmies*”, aquele oscilar das bailarinas que faz tremer a barriga e, às vezes, o corpo todo! Penso que quando entramos em contato com essa leitura, ela provoca uma vibração que faz a gente tremer, isso chega aos afetos e devires aos quais muitas vezes estamos anestesiados.

A seguir, buscarei falar sobre meus encontros com os autores que ajudaram a compreender esses conceitos enquanto ferramenta para a construção desse trabalho. Para compreender os encontros que vivi no campo que logo mais será apresentado, conversaremos com Deleuze, Guatarri, Merhy, Franco, entre outros.

¹¹Passo em que a bailarina segura as pontas do véu uma em cada mão e gira em torno de si mesma com os braços esticados, subindo e descendo, como as asas de um helicóptero.

¹²A caixa que contém as ferramentas do trabalhador de saúde, as tecnologias que utiliza (dura, leve-dura e leve) (MERHY, 2006). A teoria aqui foi uma ferramenta para a construção dessa cartografia, para dar sentido aos afetos vividos no campo.

Início pelo desejo. O desejo como uma energia que se forma no inconsciente e que é produtora de vida e da realidade social pelo sujeito desejante. “O desejo é agenciamento” (FRANCO; MERHY 2013 p. 27) que impulsiona os corpos para a ação, portanto, o desejo produz realidades sociais (FRANCO; MERHY, 2013).

Um modo de falar do desejo que também me agrada muito é a forma como Rolnik e Guatarri o fazem:

O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.215).

Como disseram, é um modo descomplicado de explicar, fácil de entender, que traz com clareza e simplicidade o modo como o desejo é revolucionário e como ele move a existência humana.

O desejo existe em agenciamento, em movimento, é aquilo que convoca o desejo a se fazer presente, é uma composição de desejos e por isso é também passional, desperta paixões (DELEUZE;GUATTARI, 1997b). “As paixões são efetuações de desejos que diferem segundo o agenciamento” (DELEUZE;GUATTARI, 1997b, p.67). O desejo se manifesta em paixões, que surgem conforme o que o agenciamento provoca, ele pode convocar tanto paixões alegres como tristes.

Aquilo que o outro provoca em nós, por meio do agenciamento, são nossos devires. Não são cópias do outro em nós, não existem por relação de semelhança ou filiação, mas sim pela contaminação de nós pelo outro. O devir surge daquilo que o outro nos contagia, nos traz e nos constitui como multiplicidade, cada um é um ser único, mas com muitos devires em si, por isso somos multidão (DELEUZE;GUATTARI, 1997b)

Meu devir bailarina foi agenciado desde cedo, como relatei anteriormente. No início, a dança veio como um tratamento para meus pés, mas não demorou até que meu desejo de dançar fosse fortemente agenciado. Inicialmente, não havia paixão alegre pela dança, o agenciamento era somente de “melhorar os pés”, mas depois o agenciamento da dança despertou em mim a paixão alegre do prazer pela dança, o agenciamento mudou e convocou meu desejo de dançar. A

dança em minha vida é desejo, tanto aquele simples de apenas realizar, quanto o revolucionário que deseja criar novos mundos. Dançar é algo que faço somente porque desejo fazê-lo, porque faz bem. Quando eu cuido da dança, me esmero em praticar, compreender suas origens, deixar que ela tome língua através de meu corpo, ela cuida de mim também, ajuda a ser feliz, a vibrar, a sentir-me viva e potente. Eu faço espaço intercessor com ela no meu corpo (aquele espaço que é criado no momento do encontro, em que os participantes conseguem compartilhar seus afetos, fazer trocas e criar novas formas de existir).

O agenciamento parte do território, que é constituído pelos significados e signos presentes na realidade social. Os seres humanos costumam formar territórios nos espaços em que vivem, criam signos e atribuem significado a eles. Formam um sistema de códigos, palavras que remetem aos afetos que elas representam, o afeto é seu conteúdo (DELEUZE; GUATTARI, 1997a). O agenciamento age conforme convoca o desejo, desmanchando esses territórios, também deixa os conteúdos descodificados e os afetos/contenúdos soltos. Essa é a desterritorialização, em que o afeto está solto, desorganizado. O agenciamento convoca o desejo a agir para reorganizar esses afetos, que podem se transformar em outros, em novas formas de existir, ou se cristalizar em velhas formas de existência. Isso depende da abertura do corpo e do quanto ele aguenta a angústia provocada pela desterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1997a).

A desterritorialização é uma linha de fuga do território, uma forma de escapar daquele sistema de signos e significados. A territorialização e a desterritorialização são movimentos contrários, mas sempre paralelos, uma faz parte da outra. O ser humano vive esse processo constantemente, de formação e desmanchamento de mundos, de territorialização e desterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1997a)

O desejo manifesta-se em todo lugar, também dentro do campo do trabalho em saúde, no espaço intercessor que se dá quando o usuário do sistema vem ao encontro do trabalhador com seu desejo de potência, desejo de viver, como uma máquina desejante de ter mais autonomia em sua vida e isso se dá dentro do espaço intercessor (MERHY, 2006).

Nós seres humanos somos Máquinas Desejantes que produzem desejos e realidades sociais (DELEUZE; GUATTARI, 2004). No campo social, o real

é produzido pelo desejo que se move em fluxos (DELEUZE; GUATTARI, 2004). No campo do cuidado em saúde temos muitos fluxos de desejos vindos de todos os lados, desejos de cura, de cuidado.

Os desejos podem se expressar por meio de máscaras, que são decodificações dos afetos, agrupamentos de significados que expressam e dão passagem aos afetos. Mas elas servem por algum tempo, depois perdem o sentido e, então, novas máscaras formam-se. A máscara não tem o objetivo de encenação, enganação ou de esconder algo, mas sim o sentido da expressão de afetos por meio dela, expressão de sentidos que a compõem. Esses sentidos/significados para as máscaras são formados na produção desejanse de realidades sociais, que trazem consigo capturas e papéis que operamos conforme a máscara que usamos. Rolnik (2011) nos fala das várias máscaras da mulher, como por exemplo, a “noivinha” tradicional que deseja o matrimônio e a vida que ele traz e a “hippie” que deseja uma vida não pautada pelas tradições. Cada uma permite a passagem de afetos diferentes e faz andar a vida de modo diferente (ROLNIK, 2011).

Na dança faço um paralelo com o conceito de máscara, pois nela posso viver várias personagens com meus figurinos, com a expressão que a música pede que façamos. Cada uma dessas personagens é uma máscara que permite a passagem dos afetos, até não permitir mais e se transmutar em outra máscara, seja mais ou menos porosa. Dentro da dança do ventre há muitas possibilidades de devires. De fato, o termo “dança do ventre” é um nome que o Ocidente atribuiu para a dança e acabou tornando-se popular, mas não está nas origens dela. À princípio, o que temos são diferentes modalidades de dança árabe, com nomes e características do lugar onde ela nasceu. Cada uma delas tem um tema e um modo de fazer.

As várias personagens dançantes são meus devires, importante ferramenta para esse processo cartográfico, que significa a presença do outro em nós. Não como uma cópia, mas uma desterritorialização que o outro provoca em nós quando nos relacionamos com ele. Um mapa do outro em nós, pode ser de seres que têm uma evolução a-paralela, que em nada se parecem um com o outro e, ainda assim, podemos ter um devir desse e ser aparentemente oposto em nós, pois nos provocam devires, criamos fluxos e rizomas com ele (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

O processo de criação da minha dança passa por diferentes máscaras e formas de devires. O afeto é uma descarga de emoção, rápida, quase

instintiva, que se move e passa. Diferente do sentimento, que é uma emoção persistente, que fica no corpo e toma significado (DELEUZE; GUATTARI, 1997a). A máscara é aquilo que permite ou não a descarga de afeto, a passagem dele pelo corpo, isso vai depender da porosidade dela (ROLNIK, 2011).

Às vezes, a máscara que me permite passar afeto é a dança árabe folclórica, que retrata a tradição, a relação do homem com a terra e a simplicidade, com isso, podemos dançar mais relaxadas. Às vezes, a máscara é dos solos de percussão em que a evidência está no *derbake*, um famoso instrumento de percussão árabe. Ele vibra com muita potência, pede que a bailarina se mova energicamente, com alegria e muita força. Às vezes, uso a máscara da fusão, do tango árabe, por exemplo, que pede muita paixão e um pitada de drama. Todas essas máscaras e devires ganham espaço no meu corpo e posso vivê-las por meio da dança.

Deleuze e Guattari (2004) nos falam sobre corpos que são inseridos na sociedade para realizarem determinado fim, seja trabalhar ou ser útil, então, esse corpo se torna um organismo. Desse modo, o desejo é esmagado, organizado e aprisionado para atender a objetivos externos, nossos órgãos são capturados, amarrados e ordenados dentro de uma lógica capitalista. O órgão é sempre instrumento de algo para além dele mesmo, neste caso, o social. E, assim, nos tornamos presos e infelizes. A vida torna-se triste, o desejo é canalizado, tudo trabalha pela produção. O corpo, afastado daquilo que pode, perde sua capacidade revolucionária e se torna doente, perde sua capacidade de criar o real para aceitar a vida medíocre que lhe dão.

A alternativa de Deleuze está em criar para si um Corpo sem Órgãos (CsO)- (DELEUZE; GUATTARI, 2004). Um outro modo de viver o corpo, em que construímos para nós mesmos quando as marcas no corpo biológico se voltam contra nós. É mais uma experimentação, um modo de vivenciar o corpo não definido a priori (DELEUZE; GUATTARI, 1996), um corpo que é livre para recriar novas marcas e deixar passar novos fluxos. Ele está vivo, não é mais um instrumento de trabalho anestesiado na rotina (DELEUZE; GUATTARI, 2004). Entendo que Deleuze e Guattari (1997 a) nos dizem para buscar o Corpo Sem Órgãos, isso é questão de vida ou morte. Ele é produção de desejo, um processo que a mim soa como algo natural e genuíno do ser humano, que nos mantém realmente vivos. A vivência do

CsO desafia o princípio moral, pois vive a intensidade do desejo de modo livre (DELEUZE; GUATTARI, 1996). O desejo foi comparado ao prazer e contido sob o princípio moral de culpa, mas ele não se restringe ao prazer, preenche o ser humano de modo pleno e é acompanhado de alegria. Quando o desejo está presente e em fluxo não há culpa, angústia e sofrimento, há vivência do CsO (DELEUZE; GUATTARI, 1996). Quando o corpo é dominado pela moral da culpa, da vida para a produção, há a captura dos órgãos e o desejo não entra em fluxo (DELEUZE; GUATTARRI, 2004).

O CsO não é o contrário dos órgãos, não se opõem a eles, mas sim ao modo de organizar esses órgãos que não permite a passagem da intensidades de desejos, ele está contra o organismo (DELEUZE;GUATTARI, 1996). Criar o CsO não significa matar o corpo, mas sim abri-lo para os agenciamentos, para a passagem de afetos, é possível fazer isso todos os dias, com prudência. Viver o CsO é desterritorializar-se e é necessário saber até onde o corpo e a consciência podem ir sem destruir-se pela angústia (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

Ao viver o CsO saímos do modo de subjetivação dominante e os afetos que passam ficam sem representação, sem nome, sem significado e isso gera angústia. A consciência não suporta a total falta de representação, por isso há pontos de intensidades constantes, os platôs. Para viver o CsO a consciência vai de platô em platô, de pontos de consistência em pontos de consistência, explorando os novos territórios, à medida que permite a passagem dos afetos sem cair na demência, sem sair da realidade, esse é o caminho defendido pela prudência na vivência do CsO (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

Deleuze (2017) utiliza a obra de Espinosa para nos falar sobre os encontros. Corpos se encontram de diferentes maneiras que causam diferentes efeitos em cada um. Quando em um encontro dois corpos se compõem, formam uma relação de construção para ambos, que permanecem existindo. Esse modo de encontro afeta os corpos e gera um efeito alegre, provoca uma paixão alegre, pois a relação formada convém com a natureza de ambos os corpos e aumenta sua potência de ação. Preenchido pelo afeto da alegria que o corpo deseja, imagina fazer algo que mantenha essa paixão alegre e também aquilo que provocou essa alegria, assim a potência de agir fica aumentada, o corpo se aproxima de sua potência de agir (DELEUZE, 2017).

Ainda em Espinosa, Deleuze (2017) nos mostra que há também outro modo de encontro, o encontro triste, em que a natureza dos corpos que se encontram não compõem uma relação, pois são destrutivas uma com a outra. Aquele corpo que tiver a maior potência irá destruir o outro. E, assim, se formará uma paixão triste, que irá diminuir a potência de agir de um desses corpos, o deixará passivo. O afeto da tristeza preenche a potência do corpo e o impede de agir, portanto, temos bons encontros e maus encontros. As relações são bastante complexas e é possível ter encontros alegres e tristes com os mesmos corpos, ser afetado de alegria e tristeza pelo mesmo encontro (DELEUZE, 2017).

Deleuze e Guattari fazem intercessão com a botânica e se utilizam da raiz em rizoma das plantas para falar das conexões da produção social da realidade em sua filosofia. O rizoma é aquela raiz que conecta-se em vários pontos, se espalha pela terra, não é apenas uma única via em direção à profundidade do solo. No rizoma, dizem, há o bom e o mal, a erva daninha e a grama. Uma característica importante do rizoma é que qualquer uma de suas linhas pode conectar-se com todas as outras, assim conectam-se às diferentes formas de produção humana, poder, luta social, artes, ciências (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

O rizoma é múltiplo, conecta as multiplicidades, não é binário, não se produz no inconsciente engessado que capturam o desejo de modo domesticado. Ele tem territórios, significantes linguísticos que expressam significados, mas pode ser rompido, desterritorializado, significado em um ponto e depois reconstruído em outro, pode se transformar, ser destruído e depois recriado de diferentes modos, pois ele tem linhas de fuga que desterritorializam e reterritorializam em um processo (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Existe uma cerne nômade no rizoma, ele se relaciona com movimento, fluxos, pois ele tem múltiplas entradas, não é uma linha reta, pode-se entrar e sair dele em vários pontos. É possível encontrar conexões entre quaisquer de seus pontos e não há hierarquia ou um centro, mas sim uma rede em que tudo se conecta, em que afetos se conectam (DELEUZE; GUATTARI, 1997a). Deleuze e Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 1997a) exemplificam o rizoma como o deserto, ele tem um espaço, mas não é fixo, pois a areia é nômade. Ela se move conforme o vento a leva, ela troca de lugar, se conecta com outros lugares e outros grãos de areia que estavam distantes, em um processo de ir e vir constante

(DELEUZE;GUATTARI, 1997a).

Quando as intensidades dentro de um rizoma são intensificadas por um encontro, um acontecimento, pessoa, ato, objeto, etc., quando são atraídas para algo, somos agenciados por aquilo para produzir e viver (DELEUZE; GUATTARI, 1995). A desterritorialização desmancha uma linha, uma intensidade, um modo de viver, que já não permite afetos passando por ela. Depois reterritorializa, criando novas linhas de intensidade ou, ainda, cristalizando na linha que foi desmanchada, enrijecendo, tornando-se pouco poroso para a passagem dos afetos (DELEUZE; GUATTARI, 1995). No entanto, a desterritorialização pode tornar-se a destruição de si e do outro e é necessário prudência, saber qual é limite do corpo, até onde ele aguenta ser afetado (ROLNIK, 2011).

O *Tribal Fusion*, para mim, é rizoma! Surge exatamente na perspectiva de conectar elementos de danças de várias culturas - de onde conseguir alcançar, faz rizoma com a cultura daquele local. Isso é bastante presente na identidade visual e de movimentação da dança. Creio que ele seja também antropófago, porque devora as culturas com as quais faz rizoma e as devolve transvaloradas, marcadas com novos valores, novos olhares sobre elas (PELBART, 2000). Devorou a cultura de danças árabes e a misturou com várias outras, devorou a mulher-objeto e a devolveu como mulher protagonista da própria vida. Devorou o dark, punk, cabaré, rock, o teatro, a ioga, as ciganas, o *break*, a dança indiana, o tango e o flamenco e, é claro, ao chegar no Brasil: o forró, o baião e o samba, criando o que chamamos hoje de Tribal Brasil (informação verbal).

Tanto na dança quanto nas capacitações dentro do Sensi é necessário colocar o corpo vibrátil, aquele que permite a passagem dos afetos, que é poroso e não resistente (ROLNIK, 2011). Se o “sensiartista” não coloca seu corpo vibrátil nos encontros, também não consegue abrir-se para a necessidade daquele de quem quer cuidar, não faz espaço intercessor, pois não consegue acessar as ferramentas de sensibilidade que o cuidado necessita. Se a bailarina não coloca seu corpo vibrátil na dança ela fica falsa, sem graça, sem brilho, fica como um robô que repete movimentos, um corpo de órgãos apenas, então, vê-la dançar já não é mais tão gostoso, mas nem todos os dias é possível fazer isso, nossos corpos tem limites, o importante mesmo é não enrijecer.

2.4 FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM ENSAIO QUE NEM SEMPRE PREPARA PARA O ESPETÁCULO

Quando decidimos que vamos fazer uma apresentação de dança, primeiro precisamos desejar fazer isso, sem o desejo nada acontece. Depois, temos de pensar nos detalhes técnicos: onde será, qual o tema, quem vai assistir, qual a mensagem queremos passar, como vamos passar essa mensagem, qual será a música e, aí sim, montar uma coreografia ou decidir pelo improviso. Ambas são possíveis, tanto apresentações coreografadas como improvisadas, isso vai depender do desejo em se apresentar e da experiência da bailarina. Quanto mais experiente, mais facilmente ela improvisa, pois seu corpo tem marcas de como fazer. Particularmente, gosto de deixar algumas partes coreografadas e outras partes com espaço para improviso, dentro da mesma música.

Com tudo isso decidido chega o momento de ensaiar e praticar, para que o corpo encontre um modo de fazer tudo isso. O modo como vai ser o espetáculo é que vai determinar como ensaiar, como se preparar para ele. É possível ensaiar o improviso também, um “improviso estudado”, em que ouvimos a música escolhida e dançamos livremente, tentando reconhecer as nuances, variações e estudando como o corpo reage, o que sentimos vontade de fazer. O ensaio é fundamental e ele precisa se preparar para o que irá acontecer no palco.

A formação em saúde pode ser um ensaio para ser profissional de saúde e, como isso vai ocorrer, também será determinado pelo modo como acontecerá o espetáculo, ou seja, a atuação em saúde. O ensaio precisa ser bastante realista, precisa gerar ferramentas que possam atender a demanda que esse profissional vai encontrar. Às vezes, essas ferramentas são geradas, às vezes, não.

No campo da formação em saúde há um processo de separação, chamado “dicotomização”, percebido também em várias outras esferas, como entre a formação e o trabalho, entre professor e estudante, entre o profissional e o usuário, com uma valorização do sujeito do conhecimento (profissional, professor) em detrimento do sujeito que precisa do cuidado que o conhecimento pode oferecer (estudante, usuário). A sabedoria da “biologia do corpo” (DA CRUZ *et al.*, 2015) se sobrepõe como a única forma de saber válida. São forças conservadoras que

separam a experimentação da vida da produção de conhecimento, definem-se como sábios, julgando que sabem o que o outro necessita. Um processo que automatiza o aprendizado e retira a autonomia do estudante, em que se crê que a exposição cognitiva aos conteúdos científicos seja suficiente para o aprendizado (ABRAHÃO; MERHY, 2014; DA CRUZ *et al.*, 2015).

A formação muitas vezes é baseada no aprendizado de conteúdos, que são consumidos pelos estudantes, sendo escassos espaços para vivências de outros modos de construir conhecimento. Como o aprendizado realizado nos encontros que produzem conexões com os diferentes modos de existir, seja entre estudante e docente ou entre o estudante e o usuário. Com pouco deslocamento para que seja permitido ser afetado pelo encontro com o usuário. Assim, a autonomia e a criatividade dos estudantes ficam tolhidas e os conteúdos acabam sendo consumidos e reproduzidos com pouca reflexão sobre eles (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Não pretende-se diminuir a importância do aprendizado gerado pelo conhecimento científico, busca-se valorar o aprendizado atravessado por outras ofertas. A formação universitária precisa passar pelo aprendizado de conhecimento calcado na ciência, mas o ponto em análise aqui é que formar com base apenas nas ciências que tratam dos aspectos físicos como a anatomia, bioquímica, etc., e deixar de lado as ciências que tratam dos aspectos imateriais, como a psicologia e ciências sociais, é uma falha, pois a formação em saúde necessita de todas elas.

A ênfase em tecnologia e cientificismo retirou a subjetividade do ser humano, assim, doenças são tratadas e não pessoas. Há pouco espaço para a subjetividade, para as histórias do cotidiano e a cultura das famílias. O usuário é visto como o campo para que a doença se desenrole e não como uma pessoa. A ética em saúde não está somente em tratar, mas sim em produzir saúde e defender a vida, o que é o objetivo primeiro de qualquer ação em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A formação também ocorre nos espaços intercessores, nos encontros entre estudante-professor-usuário, e é nesses espaços que novos sentidos são produzidos para a formação. Dessa forma, ela precisa ter um aspecto de experimentação que ofereça a possibilidade desse encontro ao estudante (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

É na afetação que produzimos potência de vida, nos encontros somos produzidos enquanto seres humanos. O estudante, por exemplo, poderá se produzir enquanto profissional, com uma escuta mais ampla e possibilidades de criar modos de ser profissional que cuidem do usuário e não apenas de sua doença (ABRAHÃO; MERHY, 2014). O ato pedagógico precisa mobilizar afetos, deslocar e desafiar o estudante para que ele crie sua caixa de ferramentas para o cuidado (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Para que possamos ter uma formação mais centrada no usuário é necessário um processo de “desaprendizagem”, um desconforto que coloque em análise as percepções sobre nós mesmos e sobre os outros, que possa provocar um encontro entre docente e estudante, produzindo novas formas de aprender.

2.5 TRABALHO EM SAÚDE: É HORA DE SUBIR NO PALCO

Assim como a bailarina almeja que o dia do ensaio se transforme no grande dia da apresentação, os estudantes dos cursos da saúde ensaiam muito para atuar, alguns durante quatro anos, outros durante cinco, seis ou sete, até que percebem que precisarão ensaiar a vida toda, seja na educação, na pós-graduação ou em serviço. Sua atuação será o palco, momento de pôr em prática o aprendizado que foi significativo, portanto, é chegado o momento de executar a sua dança. Esse momento não é nada simples, requer muito ensaio, muita dedicação e é perpassado por muitos fluxos de afetos.

Embora o trabalhador da saúde tenha normas bem estabelecidas, protocolos, políticas e planos de gestão a cumprir, o cotidiano do trabalho não é executado de forma uniforme, seguindo à risca todas as normativas. A subjetividade do trabalhador exerce influência em sua atuação (FRANCO; MERHY, 2013).

O trabalhador no momento do encontro com o usuário produz um cuidado que é perpassado por sua subjetividade e se produz enquanto trabalhador de saúde naquele momento, cria rizomas e conexões com o usuário que o afetam e compõem seu devir trabalhador (FRANCO; MERHY, 2013).

O trabalho em saúde é vivo, ocorre em ato, na relação do usuário com o profissional, no rizoma que eles formam ao criarem seus espaços

intercessores. Estabelece-se um fluxo de afeto dentro dos serviços e, nesses afetos que atravessam os espaços intercessores, o trabalhador é livre, pode ser criativo e encontrar novos modos de operar dentro da sua prática (FRANCO; MERHY, 2013).

O que vai influenciar no modo como o trabalhador vai para o encontro com usuário é seu território existencial, seu modo de operar no mundo, de construir relação, viver sua subjetividade, aquilo que tem dentro de si. Os territórios existenciais comportam posturas diante da vida, formam sentidos e singularidades para o sujeito, e independem do lugar físico em que o trabalhador está (FRANCO; MERHY, 2013). Os territórios são formados pelos fluxos de afeto e desejo codificados, representados em códigos e palavras. Eles são formados e desmanchados conforme o agenciamento (DELEUZE; GUATTARI, 1997a).

Onde quer que atue seu território existencial o acompanha e pode ter o cuidado como modo de operar, ou não. Ele pode ser “desterritorializado” quando um afeto o agencia, o toma, faz agir e, então, novos territórios podem ser criados na “reterritorialização”. Com esse existir em novos mundos em si, ele poderá criar novas formas de operar em sua atuação profissional, ou não, pode também reterritorializar no modo antigo e cristalizar modos de operar (FRANCO; MERHY, 2013).

Uma modificação da organização do trabalho no SUS depende da modificação de subjetividades que são, atualmente, muito capturadas pelo Capitalismo que organiza tudo em torno do consumo e não da vida. Dentro do SUS operam diferentes subjetividades, diferentes territórios existenciais, alguns mais capturados, outros menos, mas ainda não há uma organização robusta dos serviços em torno do usuário. Ainda vemos o alto consumo de tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves (FRANCO; MERHY, 2013).

Em todo processo de trabalho temos o “trabalho vivo” e o “trabalho morto”, o trabalho morto é aquele que precisa ocorrer antes do destino final do processo de trabalho, o trabalho intermediário e não o final. Ele foi em algum momento trabalho vivo em ato, mas depois se cristalizou e foi transformado em trabalho morto. O trabalho vivo é aquele que ocorre em ato e é consumido ali mesmo, nesse momento, necessitando do trabalho morto realizado previamente (MERHY, 2006).

Em saúde, o trabalho é realizado majoritariamente por meio de

tecnologias duras e leve-duras com pouca autonomia, pois há protocolos estabelecidos de como se deve operar e o trabalhador não pode escolher como deseja realizar o trabalho, um exame laboratorial ou uma cirurgia, por exemplo. O trabalho vivo em ato tem uma margem de autonomia maior (MERHY, 2006).

O trabalho vivo ocorre no ato, no momento do encontro, na intersecção entre profissional e usuário, terminado o encontro ele perde sua materialidade. Ele pode se utilizar de tecnologia dura, mas não é dependente dela, pode ocorrer dentro ou fora do serviço de saúde, mas a tecnologia leve sempre estará presente. Neste trabalho, vivo há disputas de forças a respeito da finalidade desse encontro, a que ele se presta (MERHY, 2000).

O trabalho vivo costuma ser fortemente capturado e reduz, praticamente a zero, a autogestão do trabalhador em setores produtivos como, por exemplo, a indústria automobilística. Todo o processo de trabalho é, meticulosamente, planejado. Caso algo saia do trilho o produto final pode apresentar defeitos. Mas no processo de trabalho em saúde nem sempre é necessário esse planejamento rígido e meticuloso, ainda assim, o trabalho vivo em ato do trabalhador de saúde é capturado pela lógica de produção capitalista e pela tecnologia dura e leve-dura. O autogoverno do trabalhador é “domesticado” e também se intenciona domesticar o autogoverno do usuário, que fica capturado e deve obedecer à organização do sistema de saúde, não o sistema se organizar com foco nas necessidades dele (MERHY, 2006).

O trabalho vivo é espaço de tensão: há várias forças em disputa, como a tecnologia dura, que é colocada acima da tecnologia leve e torna os profissionais apenas executores de procedimentos, que perdem a dimensão cuidadora, pois estão mais vinculados a exames, por exemplo, que ao próprio usuário (MERHY, 2000). Entre as forças de disputa do trabalho em saúde, podemos observar a influência do capital que tem entrada no setor pelas operadoras de planos de saúde e evitam ao máximo a incorporação de tecnologias duras de alto custo para poupar seus investimentos financeiros, enquanto estimulam o consumo exagerado de tecnologias duras de baixo custo para maximizar seus lucros. A posse do capital vai além da tecnologia dura, ele captura também a tecnologia leve ao se apropriar de modos de atendimento que prezam pelo cuidado usuário centrado, como nos serviços de *Home Care*, que usam a tecnologia leve não para a defesa da

vida, mas sim para a defesa do lucro (MERHY, 2000).

O trabalho em saúde sofre uma captura da subjetividade feita pelo capitalismo, em que a lógica dos serviços passa a ser a lógica da produção capitalista em favor dos lucros de corporações privadas. Mesmo no SUS, em que a relação negocial para o acesso ao direito não exista, como em outros serviços privados de saúde, ele não está livre da captura da subjetividade capitalística. Há várias tensões e disputas dentro do SUS, como o pouco financiamento, as metas e a vulnerável realidade social que faz com os trabalhadores sintam-se impotentes (LIMA, 2015).

A captura da subjetividade capitalística opera no desejo, tendo a habilidade de fazer com que fiquem agenciados para a manutenção da produção e consumo. Com essa força sobre o desejo, o capital se faz presente em qualquer lugar e consegue capitalizar todas as esferas da vida. Transforma toda a atividade humana em geração de lucro, cria um modo de existência em que a vida não é o fator mais importante (PELBART, 2017). Isso ocorre tanto na macropolítica quanto nas propostas de privatização do SUS (LIMA, 2015), em que fica claro que não importa se a maioria da população não terá acesso a serviços de saúde, podendo adoecer ou antecipar a morte por isso. Quanto ao nível micropolítico, nas tensões do dia a dia do trabalhador (LIMA, 2015) em que sua ação profissional visa procedimentos, metas, controle e não a preservação da vida (LIMA, 2015).

Felizmente, as dobras estão presentes em todos os modos de subjetivação, elas mesmas contêm em si a possibilidade de criar linhas de fuga para resistir à essa captura. Isso pode ocorrer na criatividade do trabalhador que se manifesta no trabalho vivo em ato e ali é possível criar alternativas para escapar da captura. O trabalho vivo em ato é o lugar do novo, da criação de novos modos de intervir e, embora, haja um movimento de grande captura dele, não pode ser totalmente capturado (MERHY, 2006). Esse trabalho vivo entra na disputa pelos modos de subjetivação, o encontro nos espaços intercessores permite o agenciamento do trabalhador para uma clínica não capturada, para questionar e repensar a gestão e a organização do trabalho menos capturado pela tecnologia dura e pelo trabalho morto (MERHY, 2006).

O trabalho vivo em ato, embora capturado pela lógica capitalista muitas vezes, ainda guarda em si a possibilidade de criar linhas de fuga para essa

captura, pois ele contém a dobra, a múltipla realidade do trabalho. Os processos de subjetivação são feitos de linhas de sentido, que criam práticas sociais e papéis a cumprir. Cada uma dessas linhas têm a sua intensidade, maior ou menor, mais ou menos força para agenciá-la. A subjetividade é móvel, por isso são processos atravessados por essas linhas. Quando essas linhas se dobram, aquilo que estava fora do processo de subjetivação vem para dentro, formando esse aspecto oposto, mas inseparável. Por isso, o trabalho muito normatizado contém a dobra e em si mesmo a possibilidade de criar linhas de fuga para essas normas (CASSIANO; FURLAN, 2013).

Com o corpo marcado pelo agenciamento dessas leituras, pensamos qual seria a ferramenta capaz de colaborar para o avanço da “transição tecnológica” na saúde (FRANCO; MERHY, 2013), saindo de um foco na tecnologia dura, rumo ao foco em tecnologia leve. Voltamos, então, para a arte, que tem o potencial de agenciar a sensibilidade humana e pode, portanto, ser essa ferramenta de transição tecnológica.

3 OS PASSOS QUE COMPÕEM ESSA CARTOGRAFIA

3.1 O QUE QUISEMOS FAZER NESSA CARTOGRAFIA

Compreendendo a existência da potência da arte enquanto promotora de cuidado em saúde, fica explícito o desejo de vivenciar espaços que promovam o cuidado dessa forma, de compreender e promover visibilidade à iniciativas de cuidado centradas no usuário e baseadas em ferramentas de cuidado que utilizam tecnologias leves, em meio a um cenário em que ainda predomina o atendimento centrado em nossos serviços de saúde.

Temos em nossa universidade, a UEL, um Projeto de Extensão que leva o nome “Sensibilizarte: Arte Como Instrumento Para Humanização Na Formação E No Cuidado Em Saúde”, que existe há mais de dez anos - logo contarei sua história, e que leva cuidado, pela via da arte, às pessoas dentro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - HURNP, que fica na cidade de Londrina, vinculado à UEL. Pelo desejo dessa cartógrafa e do acolhimento dos discentes membros do projeto, ele se tornou o campo de pesquisa dessa cartografia.

Desse modo, perguntamos: Como é realizado o cuidado pelo

participante do Projeto Sensibilizarte no encontro que produz vida com o usuário do hospital? Para responder a essa pergunta, realizamos uma pesquisa qualitativa na modalidade de cartografia, com o objetivo de cartografar a produção de corpos sensíveis para o encontro na produção de cuidado, vivenciados na incursão no Projeto Sensibilizarte.

3.2 CARTOGRAFIA: CRIANDO O DEVIR CARTÓGRAFA NO CORPO DA BAILARINA

A constituição do meu corpo enquanto cartógrafa se deu em um momento de exploração do meu devir bailarina, de modo bastante intenso, os dois corpos, o da cartógrafa e o da dançarina acabam se borrando. O corpo dançarina já existia há muito tempo, mas ele foi atravessado por novos fluxos enquanto o corpo cartógrafa surgia e pude explorar novos afetos e lugares. Os dois processos foram constituintes de minha subjetividade, tenho a sensação de que eles foram o resultado de um processo que eu vinha buscando para mim mesma há um bom tempo. Desejava viver de modo mais leve, com mais cuidado e menos cobrança comigo e com os outros, aproveitando a vida de modo mais intenso. Tanto o campo de pesquisa como a dança tiveram espaço em mim e acabaram embrenhados em meu corpo de cartógrafa e meu corpo de bailarina.

O campo de pesquisa compôs com meu corpo, ajudou a desterritorializar e soltar algumas máscaras que já não me permitiam a passagem de afetos, que faziam colar em máscaras que impedem a pulsação de vida (ROLNIK, 2011). São as máscaras dos padrões de viver, seguir o plano geral de vida, trabalhar e produzir muito, executar tarefas com perfeição, ser dócil e agradar, perseguir objetivos sempre muito altos etc., nesse percurso, perde-se aos poucos o prazer de viver, deixando as coisas que dão alegria de lado.

Antes disso eu não era uma pessoa triste, mas percebi que poderia ter uma vida muito mais pulsante, mais preenchida de sentido, mais livre. A entrada no campo se deu ao mesmo tempo em que eu me permiti ter alguns afetos e comecei a habitar novos lugares na vida, ficou tudo misturado. A dança tinha um espaço muito especial em minha vida, mas teve de ser ampliado ao misturar-se com a aposta na cartografia.

Meu devir bailarina esteve presente em minha vida desde a infância, saindo e entrando em cena conforme a vida se desenrolava. O encontro com a dança produziu vários agenciamentos em mim que colaboraram para a minha abertura com esse modo de fazer pesquisa. Quando decidi estudar o Sensi, a dança estava presente de modo bastante forte na minha vida e me agenciava a valorizar a arte e a sensibilidade, deixava marcas em meu corpo do quanto elas são importantes para mim.

Por meio da dança sentia a vida sendo produzida em mim e colocava meu corpo vibrátil nas minhas apresentações. Era um momento em que eu permitia a passagem de vários afetos e me divertia muito, tanto nos ensaios quanto nas apresentações. Acredito que esse processo abriu meu corpo para a vivência da arte e da sensibilidade, disparou o fluxo que fez rizoma com o Sensi e provocou meu desejo de entrar nesse campo. Meu devir bailarina colaborou para que meu corpo estivesse poroso para os encontros que vivi no Sensi.

Depois, o campo fez rizoma com minha bailarina e colaborou com ela também, houve essa troca, mas acredito que o devir bailarina foi um disparador importante para essa cartografia. Acredito que ela esteve presente em todo meu campo, não como protagonista, mas como um devir que fazia rizoma com o devir “Sensiantista”, a marca que a bailarina deixou em meu corpo fez eco, reverberou com as experiências que vivi no Sensi e, assim, colaborou para o agenciamento do devir “Sensiantista”.

Agora, a bailarina ficará em segundo plano, assim como eu fico na coxia torcendo por minhas amigas dançantes quando vão se apresentar. O protagonista no palco agora será meu devir “Sensiantista”, a bailarina vai ficar no fundo, vibrando por ele e observando como ambos podem se conectar.

Para realizar essa cartografia fui me embrenhar no campo e tornei-me uma sensiantista, quis participar do projeto como se fosse um dos membros, realizei as capacitações de todas as frentes, entrei no hospital para realizar as atividades, participei das confraternizações, das leituras e discussões, do simpósio que o projeto realiza anualmente, na tentativa de estar “in mundo” e sentir na pele o que é ser um sensiantista. Acredito que consegui, pois eu me sentia parte do grupo de fato.

Para tornar-se um sensiantista há um processo, primeiro um teste

seletivo (do qual eu também participei), depois de aprovado há capacitações e cada frente faz a sua, de modo que seja capaz de instrumentalizar os membros para a atividade que irão realizar. São quatro frentes, os discentes participam apenas de uma delas e precisam escolher. Eu desejava intensidade, então, entrei em todas as frentes e fiz todas as capacitações. No entanto, a minha entrada em campo não esteve condicionada à aprovação neste processo de seleção, pois quando fiz contato com a coordenação daquele período fui prontamente acolhida e ao entrar em contato com os demais membros do grupo também. Expliquei o que pretendia fazer e fui aceita. É claro que a intimidade foi construída com o tempo, em quase um ano, como participante do projeto, mas quis participar do processo seletivo para ter essa experiência marcada em meu corpo também.

Cada frente tem sua forma de capacitar, mas há coisas em comum a toda elas, como o acolhimento, tanto aos colegas quanto a si mesmo, conhecer seus medos, suas fragilidades, colocar o corpo vibrátil nas coisas que faz, se permitir ser vulnerável, colocar a necessidade do outro no centro das ações, abrir-se para viver a sensibilidade. Afinal, o projeto oferece cuidado ao outro e para isso os membros precisam cuidar uns dos outros, ser suporte uns para os outros.

Algo que me mobilizou muito dentro do Sensi foi a questão de aceitar a vulnerabilidade, chegar na capacitação triste ou com medo, sentir-se tocado por algum acontecimento e chorar, por exemplo, nunca foram problemas. Saí das dependências do Sensi, no hospital, emocionada e chorando, isso também nunca foi um problema. E sim algo aceito e acolhido, pois havia uma conversa no final do encontro para analisar as situações vividas e oferecer suporte para elas quando necessário. Não saber o que fazer, ficar em dúvida, aceitar os limites do outro que talvez não queira cantar ou ter a visita do palhaço, entender meus próprios limites, a minha regra de prudência também são nuances do projeto. Ele traz o respeito a si mesmo e a compreensão de que não é necessário saber tudo o tempo todo. Dentro do projeto vivemos situações inesperadas e dos improvisos surgem ferramentas de cuidado maravilhosas. Assim como na dança, em que às vezes temos nossos passos coreografados, sabemos exatamente o que, como e quando fazer a cada segundo, também há o improviso em que dançamos livremente e naturalmente, é aí que a criação do novo acontece.

O projeto utiliza a arte como ferramenta, como ponte para fazer

vínculo com o outro no encontro, não arte como estética, portanto, não tem de ser perfeito. Algumas das perguntas que mais ouvimos nos testes seletivos: precisa cantar bem para entrar na música? Precisa ser engraçado para ser palhaço? Precisa ser ator para contar histórias ou ter altas habilidades manuais para o artesanato? A resposta para todas elas é NÃO! A proposta não é levar a arte linda e perfeita, mas sim que ela seja a ponte para a sensibilidade e o desejo de cuidar. A primeira vista eu sentia que as pessoas não iriam gostar dos artesanatos que eu fazia, pois não tenho habilidades manuais exemplares, minhas flores saíam um tantinho amassadas, os animais tortos e foi uma surpresa ver que as pessoas os queriam quando oferecia, sorriam ao olhar para aqueles presentes que eu levava e iniciavam uma conversa. Também não sou grande cantora, mas me lembro de uma vez em que estava cantando com o grupo e erramos a letra da música, foi notável porque metade cantou uma palavra e a outra metade cantou diferente. Nos olhamos, meio sem graça, mas continuamos e os homens que estavam em seus leitos riram! Quando acabamos estávamos envergonhados e pedimos desculpas, mas eles responderam que isso não importa, o que importa é nossa coragem e boa vontade de tirar uma hora de nossos dias e ir cantar para eles.

Ver como as nossas simples ações de cuidado pela arte faziam bem para as pessoas, mesmo não sendo tecnicamente perfeitas, fez com que eu entendesse que a perfeição não é necessária e que nos erros surgem oportunidades de conexão e de encontros de cuidado muito potentes. Os afetos que me atravessavam nessas vivências ficavam reverberando depois e faziam sentir-me viva! Percebi que a sensibilidade das artes tem uma potência de vida enorme, para nos fazer vibrar e, de fato, colaborar para que o tempo de internamento fosse um pouco mais agradável.

Isso foi se mesclando com minha vida, com minha dança, na capacitação de palhaços, por exemplo, em que fazíamos coisas consideradas ridículas. Com isso pude perceber o quanto as nossas pequenas bobagens são potentes, pois ao nos permitirmos estar no papel de ridículo, de bobo e aceitar nossos erros, a vida fica mais leve e prestamos um cuidado melhor, pois julgamos menos e estamos mais abertos para aceitar a nossa própria vulnerabilidade e, também, abertos para a vulnerabilidade do outro. Pode-se formar uma conexão genuína entre dois seres humanos que se reconhecem como semelhantes e com

isso damos mais atenção às necessidades dos outros.

Embora seja muito importante ter formação acadêmica, ela nos retira um tanto de sensibilidade. Nos exige perfeição, dominar protocolos, saber o que fazer, colocar o trabalho como prioridade de vida, não cometer erros, não poder mostrar insegurança, quando sabemos que isso tudo é inerente ao ser humano. O Sensibilizarte lida com essas questões de modo acolhedor, reconhecendo que é natural sentir tudo isso. Passei, então, a me divertir muito mais com a dança, sentir o bem-estar que ela me proporciona ao invés de preocupar-me com a qualidade técnica da execução dos passos. Passei a experimentar mais, criar mais, perdi a vergonha de tentar passos novos que não saem bonitos no começo. Antes do campo, a dança era uma diversão, uma alegria, mas a experiência nele abriu lugares novos na minha vida, preenchidos com mais vibração. Passei a permitir a passagem de afetos e de alegria com mais intensidade, a colocar as minhas “bobagens” e as minhas vulnerabilidades na dança também. Tive coragem de arriscar movimentos engraçados, bizarros e bobos nos ensaios, que acabaram colaborando para aumentar a minha criatividade e o prazer dentro da dança.

Sinto que meu campo de pesquisa e a vida são como a dança, com altos e baixos, encontros alegres e tristes, às vezes acontece algo inesperado, que nos desterritorializa e não sabemos o que fazer, então, mudamos de ritmo para tentar encontrar um caminho, ocasionalmente temos que dar alguns passos para trás e voltar. Os fluxos de afeto chegam, às vezes intensos, nos fazendo girar modificando nossos pontos de vista que nos tiram do lugar; às vezes com suavidade, às vezes não. Me sinto mais livre depois dessa cartografia, para a dança e para a vida também.

3.3 DANÇANDO COM A CARTOGRAFIA: SERIA ELA UM IMPROVISO ESTUDADO?

No mundo da dança improvisar é sempre um desafio! Algo improvisado em outros mundos é algo “não profissional”, com pouca técnica, mas na dança é o oposto disso, não é sinônimo de fazer “qualquer coisa”, de fazer algo sem preparação, critério ou estudo. Para que uma bailarina faça um bom improviso ela precisa ter um repertório de movimentos adquirido, passos que têm lugar em seu

corpo, é preciso dominar a técnica que eles exigem. Isso é conseguido por meio de muito estudo, prática e dedicação, pois embora haja espaço para a criatividade é necessário compreender o que a dança significa para criar algo que continue sendo dança árabe ou tribal fusion, mesmo no momento do improviso. Se inserirmos movimentos aleatórios deixa de ser aquele estilo de dança e passa a ser outra coisa. Para as iniciantes é sempre muito difícil, pois não há estudo e repertório suficiente para dar segurança a um improviso. Sem essa experiência acaba saindo algo que pode ser interessante e bonito, mas não é mais aquela modalidade de dança. Eu mesma levei quatro anos praticando dança antes de ter coragem de improvisar uma música inteira, comecei devagar, deixando alguns segundos para o improviso dentro das minhas coreografias até arriscar uma música completa.

O improviso estudado é improviso pois acontece na hora, movido pelo desejo que passa pelo corpo naquele momento e os movimentos acontecem ali, sem estar totalmente coreografados. É estudado porque houve um preparo anterior sobre a música, uma sensibilização para o que ela pede, a criação de um lugar para ela no corpo. Penso que a cartografia assemelha-se a um improviso estudado, pois não há modos pré-determinados ou coreografados, mas há espaço para o improviso, para viver a experiência que ocorre em ato e que pode não ter sido antecipada, portanto, há estudo anterior. Existem também leituras para construir as ferramentas de cartógrafa, para construir o corpo esse corpo. Há a regra da prudência para preservar meu corpo e o do outro (ROLNIK, 2011), há uma sensibilização para o campo, leituras sobre ele, há o processamento para dar conta dos afetos que passaram e para produzir sentido.

A cartografia tem essa característica de acontecimento e, como o caminho não está traçado do começo ao fim, pode ser modificado caso haja necessidade (CRUZ *et al.*, 2016), assim como os passos de dança no momento do improviso. Quando o pesquisador percebe que estava cego para algum afeto vivido ou capturado por alguma forma de subjetivação cristalizada, ele pode abrir-se para novos afetos e assim criar outros caminhos para sua pesquisa que irão potencializar a formação de conhecimento. Isso acontece no ato, quando a vivência do campo está em curso, pois não é algo que se pode prever antes de iniciar o campo e ter uma estratégia pronta de como caminhar, se assim fosse, perderia o sentido do que é a cartografia (CRUZ *et al.*, 2016) e, também, se os passos estiverem todos

coreografados deixa de ser improviso.

Assim como na dança improvisada, na cartografia também não se pode ir a campo sem compreender o que é, como fazer e qual o sentido da cartografia pois, embora seja uma forma de fazer pesquisa bastante criativa e pouco formatada, ela tem uma base teórica sólida e a execução precisa estar de acordo com isso.

Ela tem um rigor de pesquisa, mas isso não é tomado como precisão do método e sim como a atitude, implicação, interesse e compromisso do pesquisador pelo campo (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Para mim, isso passa pelo desejo do pesquisador de estar dentro do campo.

Não separa sujeito e objeto, pois a implicação do pesquisador com o campo colabora na formação de conhecimento (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Os “dados” não são coletados, são produzidos pelo pesquisador em conjunto com o campo (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020). A cartografia é uma forma de fazer pesquisa que pretende estudar o processo de formação de subjetividades e formação de realidades sociais e por isso sua execução precisa ter essa característica de ser também um processo (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

A cartografia tem sua base conceitual no Rizoma de Deleuze e Guattari. O rizoma são as conexões, fluxos e intensidades de afeto que passam entre os corpos gerando essa realidade social. O rizoma tem múltiplas entradas e saídas, pode ser cortado em um lugar e se rearranjar em outro, formar platôs que são encontros de intensidades relativamente estáveis, mas nunca rígidos; subjetividades que vibram na mesma intensidade. A cartografia acompanha a formação desse rizoma (FRANCO; MERHY, 2013), e como ele está sempre se modificando, a cartografia tem essa característica processual (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Essas realidades sociais são constituídas pelo desejo e a cartografia se faz ao mesmo tempo em que as paisagens sociais são produzidas, acompanhando as modificações. Ela retira o conhecimento do campo compreendendo como essa realidade social é produzida e pode devolver esse conhecimento a esse mesmo campo gerando análise e renovação dele (FRANCO; MERHY, 2013).

Ela ocorre sempre em ato, no afeto que perpassa o corpo do pesquisador cartógrafo. Os corpos em campo são movidos pelo desejo, corpos são os sujeitos em ação, trabalhador ou usuário, mas também normas, regras, costumes (FRANCO; MERHY, 2013). Ela está aberta para o acontecimento, vai a campo, vive na pele as experiências, reflete sobre o sentido que ele faz, quais tensões e poderes operam ali e como eles capturam o olhar do pesquisador, tenta voltar ao campo com o olhar menos capturado e ver quais acontecimentos esse novo olhar dispara, quais afeto e novas reflexões é capaz de agenciar no campo (CRUZ *et al.*, 2016).

Ela é um “anti método”, pois não há um procedimento padrão a cumprir, cada campo de pesquisa demanda uma forma própria de cartografá-lo (FRANCO; MERHY, 2013). Creio que um campo cheio de afetos e encontros de cuidado, como o Sensibilizarte, pede uma cartografia vivida na pele. Por isso decidi ficar em todas as frentes e me embrenhar nelas o máximo que meu corpo permitiu, pois as atividades desse projeto têm muita intensidade. Trabalham tanto com o intelecto quanto com as emoções. Somente observar ou conversar com os membros faria com que perdessem muito, então, optei por tentar tornar-me um deles e fazer essa cartografia a partir do meu próprio corpo, tentando dar voz aos afetos que me atravessaram nesse campo. No encontro, pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas (LIMA; MERHY, 2016).

Cartografar o “desmanchamento” de alguns mundos e a formação de outros. A cartógrafa é uma “antropófaga”, que incorpora novos mundos e a si mesma enquanto está no campo. Dedicase a perscrutar as estratégias de formação do desejo no campo social, em qualquer área da vida humana. Ela vive de se apropriar e depois devolver transvalorado, devora tudo que dá linguagem ao desejo (ROLNIK, 2011). O processo de transvalorar um valor traz a modificação dele, desmancha-o e o produz de modo novo, com significados diferentes dos que tinha antes, possibilitando que tenhamos um novo olhar para ele (PELBART, 2000).

A ciência produzida pela cartografia é a ciência nômade e os saberes são rizomáticos e não arbóreos, o que significa que nunca está acabado, pois tem vários fluxos que rumam para diferentes direções como o rizoma, não somente para uma direção, como a árvore. O outro não pode ser totalmente compreendido em termos de análise e reflexão, ele é sempre fugidio pois não há a apresentação de compreendê-lo por inteiro, mas sim construir conhecimento em

conjunto. A possibilidade de produção de conhecimento é sempre no encontro com o outro em seus modos de vida, em ato vivo (LIMA; MERHY, 2016).

A construção do pesquisador se dá “*In-Mundo*”, junto ao objeto, a implicação dele com a pesquisa é fundamental para produzir conhecimento. Não há neutralidade, nem separação sujeito-objeto, nem uma verdade a ser revelada. Ocorre uma “desaprendizagem” do que já está instituído, isso é necessário para produzir o pesquisador “in-mundo”, ele não é neutro, tem ação política, contamina-se ao dar passagem para vários processos de subjetivação. Ele é atravessado, afeta-se e se suja de mundo e ao interrogar o sentido da vivência no campo, interroga a si mesmo enquanto sujeito de todo esse processo (ABRAHÃO *et al.*, 2016).

O corpo do cartógrafo precisa ser construído, pois não pode ser o corpo daquele que já sabe, daquele que é acadêmico tradicional, que observa, mas não participa. É necessário desfazer esse corpo para construir o de cartógrafo (LIMA; MERHY, 2016), aqui a minha bailarina colaborou com minha cartógrafa. Ela abriu meu corpo para que fosse poroso e eu pudesse embrenhar no mundo, deixar passar afetos, afinal, isso é necessário na dança, para que ela não se torne uma repetição mecânica.

A cartografia procura qual linguagem permite a passagem das intensidades que lhe atravessam o corpo quando se encontra com o campo, não no sentido de explicar ou revelar, mas sim de viver, deixar-se afetar pelas intensidades de fluxos de desejos. Não quer definir verdades, nem diferenciar empírico ou teórico, mas sim participar, deixar vibrar seu corpo na constituição dos territórios existenciais, enquanto está feliz entrega-se para essa busca (ROLNIK, 2011).

Para cartografar é necessário um tipo de sensibilidade e, embora não haja um método fechado, há instrumentos que a cartógrafa carrega (ROLNIK, 2011). Precisar utilizar o seu corpo vibrátil, deixa sempre na tensão entre o fluxo que desterritorializa e desfaz suas representações e a representação que estanca o fluxo e dá sentido. A cartografia pede “abertura” ao encontro que pode gerar desterritorialização, o que causa medo e angústia, pois desmancha mundos aos quais nos apegamos, isso limita a abertura para o encontro. Esse é o limite da cartógrafa, mas não é rígido, pode modificar-se ao longo do percurso (ROLNIK, 2011).

Por isso temos a Regra da Prudência, ela significa saber o quanto se

aguenta a desterritorialização, a desilusão das máscaras e da criação de novos sentidos, o quanto as defesas disparadas protegem de fato a vida e não a destroem (ROLNIK, 2011). É a elasticidade do seu princípio, saber o quanto se suporta o surgimento de novos afetos que devem ser investidos em novas máscaras ou o quanto esse processo está sendo impedido por ser doloroso. O corpo vibrátil avalia o quanto devemos seguir da desconstrução das máscaras e quando devemos parar. Ao chegar o momento em que a desterritorialização se torna a destruição de si e do outro, é preciso parar, refletir, observar quais caminhos se formam e para qual deles o corpo aguenta seguir sem ser destruído (ROLNIK, 2011).

Com esse desmanchamento e formação de novos mundos, a cartografia é também a incubação de novos sentidos e sensibilidades que podem se desenvolver ao longo do tempo. É um ato político, sobre a escolha de novos mundos e sociedades novas (ROLNIK, 2011). Quando um mundo se desmancha, deixa de fazer sentido e novos mundos se criam para expressar novos afetos para os quais o mundo anterior era obsoleto (ROLNIK, 2011). Creio que essa cartografia fez parte do desmanchamento de alguns dos meus mundos e o surgimento de outros.

A cartografia se faz à medida que o cartógrafo é revisitado pelos afetos ou visitado pela primeira vez, é sempre provisória, faz sentido por algum tempo e logo se faz necessário uma nova cartografia de novos mundos (ROLNIK, 2011). Sua ética é sustentar a vida, a passagem da vida e não a moral. A cartógrafa não revela sentidos para as coisas com as quais se conecta, ela cria sentido para elas, pois seu corpo vibrátil está presente no campo (ROLNIK, 2011).

As vivências e processamentos dessa cartografia foram registradas em um diário de campo cartográfico, feito logo após cada vivência no campo e reuniões do grupo de pesquisa, para registrar os afetos enquanto as experiências estavam “quentes”, vívidas no corpo, desse diário retiramos aquelas que geraram conhecimento nesse processo. O processamento ocorreu com o apoio do grupo de pesquisa “Trabalho e Cuidado em Saúde”, que existe vinculado ao Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva da UEL. Eu fui a pesquisadora em campo, mas levava os afetos que me atravessaram para processar junto com o grupo.

O processamento é parte importante da pesquisa cartográfica, é o momento de falar sobre ela, analisar as vivências, produzindo sentido a respeito

delas, além de retirar as vendas dos olhos do pesquisador em campo. O processamento encontra as ferramentas teóricas que colaboram para a compreensão do campo, aponta quais afetos passaram e quais foram barrados, identifica as tensões e projetos em disputa no campo e reflete sobre qual conhecimento está sendo produzido, levantando questões sobre como seguir com a pesquisa (CRUZ *et al.*, 2016).

A cartografia com seu modo de operar do pesquisador “in mundo” é bastante mobilizadora e, como todo corpo tem suas marcas e limites, há vivências que geram desconfortos. Isso pode fazer com que o pesquisador em campo não se atente para alguns julgamentos morais que possa estar fazendo ou até mesmo não perceba algum aspecto importante de seu campo (CRUZ *et al.*, 2016).

Nós, pesquisadores e acadêmicos, costumamos nos sentir bastante confortáveis na posição de “sabidos”, daquele que podem dizer o que é melhor para a vida do outro. Isso também acontece no campo de pesquisa, principalmente quando nos deparamos com algo que não conseguimos explicar ou que toque nas marcas do corpo do pesquisador, provocando tensão ou sofrimento (CRUZ *et al.*, 2016). Todos temos limites, nosso corpo pode ser afetado até determinado ponto, depois disso começa a ser destruído (ROLNIK, 2011).

Como nos diz Rolnik (2011) é importante conhecer os limites do próprio corpo, porque não aguentamos a desterritorialização constante, por conta da angústia que ela gera. Por isso ela fala da Regra da Prudência, em que é preciso respeitar os limites do próprio corpo.

Durante o processamento, o grupo pode oferecer suporte, colaborar na análise desse campo, tanto na teoria quanto nos afetos que estão em fluxo nele. A percepção do grupo é capaz de apontar aquilo que o pesquisador não está conseguindo ver sozinho, talvez porque chegou no limite do que pode aguentar, talvez porque tem máscaras que impedem a passagem de alguns afetos. Então, o grupo pode colaborar no suporte teórico para analisar e trazer sentido para aquela vivência e ainda oferecer suporte para afetos que provocam dor. O processamento é um modo de enriquecer a pesquisa e aumentar a potência de reflexão e produção de conhecimento do campo (CRUZ *et al.*, 2016).

O Diário de Campo Cartográfico é o registro da atividade realizada no campo de pesquisa e do processamento que se faz sobre elas, mas ele não

contém apenas o registro formal dos acontecimentos, há espaço para a percepção do pesquisador e para as afetações que ele vive no campo (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020).

O Diário contém também a narração da relação do cartógrafo com o mundo que pesquisa, os agenciamentos que o cartógrafo sofre e provoca, os desconfortos, as composições que seu corpo faz com o campo. Ele vai além daquilo que é observável pelo olho, contém o sentido que o cartógrafo atribui aos fluxos de afeto que lhe atravessam, os novos mundos que a pesquisa cria. (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020).

O cartógrafo pode fazer uma análise de seu campo, uma reflexão enquanto registra as vivências, nesse momento surgem as dúvidas, as capturas, as novas estratégias que ocorrem com a experiência em campo (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020). Também contém a implicação do pesquisador com seu campo, afinal, a cartografia não prevê separação entre pesquisador e pesquisado, nem neutralidade - pelo contrário, a implicação do pesquisador é condição para a realização desse modo de fazer pesquisa (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020).

O projeto para a realização dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – UEL, sob o CAAE 01761518.1.0000.5231 (ANEXO B), pela direção do HURNP (ANEXO A) e pelo professor coordenador do Sensibilizarte (ANEXO C). A execução do projeto não ofereceu risco aos participantes porque não foram realizadas nenhuma atividade diferente daquelas que o Sensibilizarte realiza em sua rotina. Quando houve entrevista, ela só ocorreu após a ciência e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4 A MINHA DANÇA DENTRO DO PROJETO SENSIBILIZARTE

Agora contarei um pouco sobre como foi a minha experiência com dança dentro do Sensi, enquanto cartógrafa bailarina e também como ser humano. Foi um tempo intenso de afetos e vivências, encontros alegres e tristes. Trouxe aquilo que é importante para a compreensão dessa cartografia, pois não seria possível colocar tudo aqui nesse relato, dada a intensidade do campo.

Cheguei ao Sensibilizarte no ano de 2019, pelas mãos dos

coordenadores gerais da época. Fui apresentada por minha orientadora, que os conhecia previamente, conversamos um pouco e expliquei que eu tinha o desejo de fazer minha pesquisa para o doutorado dentro do Sensibilizarte. Prontamente me acolheram. Combinamos que eu participaria de uma entrada para conhecer os membros do projeto e falar com eles também, para saber se estavam de acordo. O momento de ir para dentro do hospital e realizar as atividades é chamado de “entrada”.

Chegou o dia e lá estava eu, bastante envergonhada porque conhecia somente a coordenadora com quem eu tinha falado, que não pôde estar ali naquele dia. Ela havia falado para algumas pessoas sobre minha presença, então, alguns membros perceberam quem eu era e vieram falar comigo, o desconforto diminuiu um pouco. Quando chegou o outro coordenador percebi que também o conhecia, mas não sabia que ele era o coordenador do projeto, fiquei um tantinho mais à vontade. Ele explicou como iria ocorrer a entrada e fomos.

Cada frente tem sua caracterização e maquiagem, ofereceram a opção de me vestir como eles, mas eu não me sentia preparada, não era parte do grupo ainda, então, fui apenas com um jaleco branco. Quem toca as músicas e o palhaço usam jalecos brancos, portanto, pude ficar misturada.

Antes de escolher o Sensi como campo de pesquisa assisti alguns vídeos da entrada que disponibilizam nos perfis das redes sociais do projeto. Sentia uma grande vibração nesses vídeos e ali, naquele momento, senti ainda mais forte. A mudança no ambiente com a chegada do projeto é visível, conseguimos muitos sorrisos, uma das mulheres internadas começou a nos acompanhar, carregando seu suporte de soro por onde ela conseguiu andar. Muitas pessoas paravam o que estavam fazendo, vinham até as portas para se encontrar com o Sensi, interagiam com os participantes ou apenas ficavam parados olhando e sorrindo. Passava pelo meu corpo um afeto feliz, de alegria. Ali dentro daquele hospital eu via muitas pessoas doentes, com equipamentos atados aos seus corpos, agulhas os perfurando e, ainda assim, eles sorriam e eu me sentia feliz. Em um primeiro momento foi estranho sentir-me feliz dentro de um hospital, depois me acostumei.

No fim das entradas sempre há uma roda de conversa para oferecer suporte aos afetos vividos. Nessa oportunidade me apresentei, expliquei o que queria com eles e aceitaram meu pedido. A partir disso comecei a frequentar as

atividades do projeto o máximo que eu pude e fui passando a me constituir como “Sensiarartista”, até chegar o momento em que eu me senti genuinamente parte do projeto.

Tive muitas (muitas mesmo!) experiências com o projeto, que me atravessaram intensamente e de modos variados. Não vou conseguir falar de todas aqui nesse relato, mas vou trazer as mais marcantes quando contar sobre os afetos que meu corpo conseguiu dar expressão.

Agora, contarei um pouco da história de como nasceu e funciona o Sensibilizarte. No ano de 2018 foi publicado pela Editora da Universidade Estadual de Londrina um livro em comemoração aos dez anos de existência do projeto. Os capítulos foram escritos por alguns discentes e por duas de suas criadoras, em parceria com a docente que fora coordenadora do projeto nos anos anteriores, Maíra Bonafé Sei. Trarei alguns pontos da história do projeto por meio do livro e o modo de funcionamento atual dele por meio da minha própria vivência.

O projeto iniciou no ano de 2007 com a iniciativa de três estudantes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, Rodrigo Aralios, Marina Papa Penteado e Adna Fereli Reis. Tinham o desejo de transformar a saúde em algo mais acolhedor por meio da arte, acreditando no poder que ela tem. Sentiam que as aulas tradicionais não poderiam chegar a esse objetivo, portanto, tiveram a ideia do projeto, o primeiro nome dele foi: “SensibilizArte - Humanização por meio da arte” (REIS; PENTEADO, 2018).

Logo no nascimento do projeto foram criadas as quatro frentes de trabalho que atualmente ainda existem: Palhaço, Música, Artesanato e Contação de Histórias. Juntaram-se a eles outros estudantes para coordenar cada frente e, para que o projeto ficasse conhecido dentro da UEL, realizaram a “Primeira Mostra de Arte dentro do HU”, contando com a participação de estudantes dispostos a mostrar sua arte. Depois organizaram a “Primeira Jornada de Humanização” com palestras e workshops sobre o tema (REIS; PENTEADO, 2018).

Passaram o ano de 2007 todo preparando-se para entrar no hospital, estudando artesanato, palhaçaria, música, escultura em balão, etc. Não havia um local próprio para isso, então, o jeito foi utilizar o estacionamento do HU, o centro acadêmico e as casas de alguns estudantes. O financiamento para material também era escasso, o Colegiado de Medicina colaborou e muitas mães dos

membros do projeto também. Enfim, após um ano de trabalho, conseguiram aprovar um projeto piloto para funcionar por duas semanas, depois disso ele seria avaliado pela direção do hospital para verificar se poderia existir de fato. Depois de alguns elogios e algumas críticas, o projeto foi aprovado (REIS; PENTEADO, 2018). Atualmente ele completa treze anos de história!

No início, somente os estudantes de enfermagem e medicina podiam participar do projeto, algum tempo depois a possibilidade foi aberta para estudantes de todos os cursos da saúde da UEL. A participação dos estudantes era voluntária, mas depois foi vinculada à *International Federation of Medical Students Associations of Brazil* (IFMSA - Brazil) e os estudantes passaram a receber certificação. No entanto, o reconhecimento do projeto enquanto atividade acadêmica ocorreu em 2014 quando, com a ajuda da docente Maíra Bonafé Sei, ele foi formalizado como Projeto de Extensão dentro da UEL (CORSINO; SANTOS, 2018).

O Sensibilizarte hoje tem as mesmas quatro frentes de trabalho desde o surgimento do projeto, cada uma tem um dia da semana para realizar suas atividades dentro do HU, durante uma hora, todas elas das 18h30min às 19h30min. As frentes de artesanato e música são realizadas nas segundas-feiras, a frente do palhaço entra nas quartas-feiras e a contação de histórias às quintas-feiras.

Cada frente tem dois coordenadores, escolhidos por eleição anualmente entre os discentes, mais dois coordenadores gerais e uma coordenadora de comunicação. Há um docente responsável pelo projeto junto à universidade, pois ele é cadastrado como um projeto de extensão, nesse sentido, esse docente colabora naquilo que lhe compete enquanto formalidades, mas a organização das atividades fica com os estudantes, eles têm autonomia para isso. O projeto sempre foi idealização dos estudantes, o docente coordenador fica mais como uma formalidade. O docente responsável durante o tempo de campo dessa cartografia era o Profº Drº Alberto Durán González, do Departamento de Saúde Coletiva da UEL.

Para entrar no Sensi os novos candidatos precisam fazer o processo seletivo, que se inicia com a participação em um Simpósio de Humanização em Saúde, organizado anualmente pelos estudantes. O candidato precisa comparecer no Simpósio, em que temas pertinentes ao projeto são trabalhados e cada frente faz a sua apresentação para os candidatos. Depois, precisam fazer a inscrição

escolhendo para qual frente querem se candidatar. Fazem, então, uma prova escrita em que são cobrados os assuntos debatidos no Simpósio, essa fase é igual para todos. Os aprovados vão então para uma avaliação prática que é específica de cada frente.

O Simpósio ocorre sempre no final do primeiro semestre letivo, para que os novos membros comecem as atividades no segundo semestre. No início de todos os anos letivos, os membros do projeto vão fazer apresentações para os calouros que ingressam nos cursos da saúde, para que possam conhecer o projeto e se inscrever na seleção, caso seja seu desejo. O Sensi aceita estudantes de todos os cursos da saúde da UEL e de qualquer ano: enfermagem, psicologia, fisioterapia, medicina, farmácia, odontologia, educação física e serviço social.

Minha entrada no projeto se deu no início do semestre letivo, mas quando houve o processo seletivo no meio do ano eu participei também, para viver a experiência. Eu comecei o Sensi de trás para frente, entrei no início do semestre e sem passar pelas capacitações, nos primeiros dias eu observei o que faziam, tirei algumas dúvidas e comecei a executar as atividades junto com eles, que estavam ali para me apoiar sempre que eu precisava, nunca estive sozinha. Depois eu fiz as capacitações que começam somente no segundo semestre.

Como participei de todas as frentes, eu estava com o projeto em três dias da semana. São quatro frentes, mas o artesanato e a música ocorrem na segunda-feira, então, eu alternava a participação. Foi uma experiência muito intensa, ao final eu estava bastante cansada, pois frequentar todas as frentes exige uma disposição emocional grande.

Para realizar o trabalho que o projeto propõe cada frente tem sua capacitação, que é organizada pelos coordenadores de cada frente. O conhecimento que adquirem vai sendo passado para os próximos e, assim, lá se vão mais de 10 anos.

Embora cada frente tenha sua capacitação, há combinados que o projeto leva como um todo, que é comum em todas elas. O desejo de realizar o cuidado, dar valor à subjetividade e à sensibilidade, ao acolhimento, ao não julgamento, ao vínculo, à escuta paciente das demandas que recebem, ao respeito e defesa da vida do outro e da sua própria, colocando a necessidade daquele que recebe o cuidado no centro da ação. Leituras e discussões são realizadas a respeito

de tudo isso para que tenham uma base de apoio.

Para realizar o cuidar pela arte é necessário que o grupo tenha vínculos entre si, pois acontecem muitas situações difíceis e inusitadas e um precisa ser o apoio para o outro. Quando os participantes procuram o Sensi, logo são levados a pensar sobre isso, pois o modo como o projeto é apresentado para os calouros e, também, no simpósio, deixa isso muito claro. O projeto trabalha a sensibilidade e a arte, fica claro que estar ali apenas para ter horas no currículo não vai funcionar, pois embora seja um projeto que traz muita satisfação, estar nele não é um processo fácil, envolve colocar o corpo vibrátil no campo, desmanchar mundos, desconstruir e construir máscaras e isso exige desejo e empenho.

No entanto, embora venham dispostos, os vínculos necessitam de cuidado para se formarem e se manterem, então, isso é algo trabalhado dentro das capacitações também, em todas as frentes. Alguns se vinculam tanto que, às vezes, deixar o projeto quando se formam é um processo doloroso, como foi para mim também.

Quando cheguei no Sensibilizarte, conheci os membros e fui me vinculando a eles, o afeto que me atravessava era de acolhimento e conforto, com um grupo de pessoas que valorizava o cuidado e a sensibilidade. Senti que tinha um lugar leve ali, um lugar de paz, não somente o colorido das roupas provocava essa sensação, mas os modos de relação também.

Embora o projeto tenha esse clima, ele não é só isso. As situações de adoecimento por si têm um peso de sofrimento suficiente com o qual os membros do projeto precisam lidar, afinal, estão indo acolher pessoas que estão internadas e com quadros graves, muitas vezes correndo risco de vida. Presenciar o sofrimento do outro nos faz sofrer e, além disso, temos uma dose extra de dureza, pois um grupo que se propõem a levar arte e sensibilidade a um lugar duro como um hospital não costuma passar despercebido e recebe algumas “caras” feias, alguém dizendo que iria passar por cima de nós com o carrinho se não saíssemos da frente, etc. Houve situações em que fomos usados como forma de punição. Minhas companheiras da música relataram em uma entrada que pediram para entrar em um quarto e cantar, no meio da música uma das pacientes que estava dormindo acorda e as outras começam a dizer que fizeram de propósito, pois na noite anterior ela fez barulho e atrapalhou o sono das outras, portanto, agora que ela estava dormindo

fizeram a música acordá-la.

Essas marcas todas ficam no corpo dos estudantes e é preciso cuidar delas, por isso o vínculo entre eles é trabalhado ao longo do tempo e, depois de cada entrada, ocorre uma roda de conversa para o cuidado dessas marcas.

O projeto tem uma caracterização própria, as roupas são coloridas, fazem maquiagens coloridas como um meio de iniciar a ponte, para mostrar que o que fazem ali é algo diferente do que os demais fazem. Quando fiz minha primeira entrada sem a caracterização, só de jaleco, por várias vezes naquele dia fui vista como uma profissional: me perguntaram sobre exames, sobre direções, onde encontrar suprimentos. Depois que passei a me caracterizar como Sensiartista não recebi uma única pergunta sequer sobre isso. A imagem tem essa função, mas às vezes ela confunde, alguém que olha o Sensi de fora pode pensar que ele é pura alegria, que estão felizes todos os dias, que as entradas são sempre leves e divertidas, mas não é assim, não o tempo todo. O projeto traz sim uma alegria em ver que somos potentes e nossas artes cuidam e fazem as pessoas sentirem-se bem, mas o corpinho também carrega as marcas do peso que vivencia juntinho da alegria.

Agora vou tentar falar um tantinho de cada frente. Creio que não conseguirei expressar por completo o que se vive ali, mas a cartografia é isso, não é mesmo? O outro é sempre fugidio e nunca compreendido por inteiro. Tive encontros muito felizes com todas as frentes e criei um bom vínculo, em algum momento do campo passei sentir que eu era genuinamente um membro de todas elas e, assim, eu era tratada, o que valia para os demais, em termos de compromisso e disponibilidade, afeto, cuidado e reflexão, valia para mim também.

Todas as frentes valorizam o desejo de quem recebe o cuidado, jamais entramos em um quarto em que as pessoas não queiram. No caminho até a enfermaria escolhida pode haver encontros pelos corredores, caso o desejo para isso se manifeste. Quando chegamos na enfermaria do dia, o coordenador da frente passa olhando pelos quartos, para ver quantas pessoas estão ali e dividir o grupo em outros pequenos grupos, a fim de contemplar todos aqueles que desejam a interação. Os grupos são grandes, quando comparecem todos os membros é algo em torno de vinte pessoas, então, fica inviável estarem todos no mesmo quarto, ao mesmo tempo. Após a divisão, cada grupo fica responsável por um número de

quartos, dependendo da ocupação. Chegamos até a porta, nos apresentamos, explicamos o que temos a oferecer e perguntamos se podemos entrar, caso seja permitido entramos, caso não seja agradecemos e vamos para o próximo, isso ocorre em todas as frentes. A frente da música chega cantando pelo corredor, mas não entra cantando em um quarto sem ter autorização para isso.

Às vezes ocorre de uma pessoa dentro do quarto não desejar a interação e as outras desejarem, então, tentamos negociar, verificar se podemos entrar e interagir com os outros e não com aquela pessoa, se pode ser uma interação rápida ou se podemos ficar apenas na porta. Às vezes, ocorrem pequenas discussões entre as pessoas internadas sobre a autorização, como também tem vezes que são unânimes, se sim ou não. Entendemos que esse poder de decisão é importante, pois as pessoas internadas ficam com quase nenhum poder sobre sua vida, elas são submetidas totalmente à organização do hospital, devolver a elas esse pequeno controle sobre si as fazem sentir que sua opinião é importante.

O foco do projeto é sensibilizar os discentes para o cuidado e levar a arte para as pessoas internadas e seus familiares. Ao longo de minha permanência surgiram discussões sobre como a interação é importante para os profissionais, afinal, também têm corpos que precisam de cuidado. Senti que nesse momento ocorreu uma interferência da pesquisa no campo, algo que construímos juntos. Então, eles passaram a ser mais considerados dentro da atuação do projeto, mas a interação com os profissionais é mais difícil, há muita recusa por parte deles, talvez pelo estresse, por estarem sem tempo e com muito trabalho, por isso a interação costumava ser menos oferecida a eles. Com as reflexões o projeto passa a estar mais atento aos profissionais e oferecer um pouco mais de cuidado a eles.

A contação de histórias funciona às quintas-feiras, as histórias são pontes para chegar às pessoas. Cada membro escolhe a história que quer contar, pensando naqueles que irão compor, juntamente com as pessoas da enfermaria que vai ser visitada. Não é possível contemplar o hospital todo em uma única entrada, então, as frentes vão se rezando entre as enfermarias, exceto a de queimados e das moléstias infecciosas, onde o projeto não tem permissão de entrar pela alta exigência de paramentação e risco de contaminação.

Seguindo com a contação, cada membro escolhe sua história e se aquele dia não sentir-se à vontade para contar, ele apenas ouve e conversa com as

peessoas. Escolher uma história é um desafio, pois não sabemos como ela vai impactar as pessoas, tentamos sempre fugir de histórias preconceituosas, que reforcem estereótipos, que tenham final trágico, pois as pessoas não querem ouvir, pedem sempre histórias alegres, engraçadas e de amor. Cada um prepara seu repertório com duas ou três para tentar atender as demandas ou, então, nos dividimos entre o grupo, um leva piada e outro história de amor.

Para mim o que funcionou foi contar histórias reais e engraçadas, sou paranaense, mas minha família veio de Minas Gerais, então, “causos” não me faltam. Pedi autorização dos “donos” das histórias que queria contar e fui. Ouvia na minha família uma piada sobre o mineiro, que voltando da pescaria tropeça em algo no mato, ao pegar o objeto vê que é uma lâmpada mágica, esfrega, esfrega, esfrega e sai o Gênio, que lhe concede três desejos, o mineiro pede dois queijos e uma mulher, intrigado o Gênio pergunta: Mineiro, o que você vai fazer com dois queijos e uma mulher? E o mineiro responde: é que eu fiquei com vergonha de pedir três queijos!

Essa era a preferida dos meus encontros, sempre havia um mineiro internado e que queria ouvir sobre queijos. Antes de contar costumava perguntar se havia alguém de Minas Gerais presente ou que conhecia alguém nascido lá. Ouvi outras boas histórias sobre mineiros também. Um dia um homem me perguntou se eu sabia como fazia para um mineiro correr, eu disse que essa eu não sabia, ele então contou: leve ele até o alto de uma montanha e quando chegar lá solte um queijo lá de cima!

Como eu convivo bastante com pessoas nascidas em Minas Gerais trazer à tona e tornar engraçado o fato de gostarem de queijo não é algo que os incomode, nunca vivi nenhuma situação em que isso tenha aparecido de modo a ser uma ofensa. Então, escolhi piadas nessa temática, mas de fato não sabemos como isso vai cair nos ouvidos e marcar o corpo das pessoas que escutam, então, sempre é necessário estar atento às reações de quem ouve e, caso haja algum desconforto, parar a história ou desculpar-se.

Outra que fazia sucesso foi uma história real. Uma das irmãs de minha mãe, quando era criança e tinha cerca de sete ou oito anos, estava com catapora e não podia sair de casa. Isso aconteceu nos anos setenta, época em que havia ainda vários circos circulando pelo Brasil. Um circo chega na cidade e

promove um desfile pelas ruas. Minha avó utilizava na cozinha aquelas latas de extrato de tomate que levam um elefante estampado. Pois bem, o circo chegou e fez um desfile, ao passar pela rua da casa de minha avó, minha tia estava na janela e, naquela época, ainda havia animais no circo, quando o elefante passou pela janela minha tia criança exclamou: *“Imagina quantas latinhas de massa de tomate não dá para fazer com aquele elefante!”*

Quando entrávamos na pediatria contávamos histórias infantis, me transformei em um porquinho algumas vezes e fazíamos pequenas encenações para dar mais vida à história. Algo interessante e desafiador foi o fato de precisarmos competir com a televisão, quando chegávamos aos quartos as crianças estavam sempre assistindo desenhos, às vezes nós chamávamos mais atenção, às vezes a televisão chamava mais. Algumas crianças não queriam ouvir histórias, queriam nos contar sobre a história que estavam vendo ou alguma outra que haviam vivido. Às vezes deixavam de olhar a televisão para nos ouvir. E, assim, nós íamos criando intercessão com as crianças e nos abrindo para o que elas queriam contar, as crianças também se abriam para o que nós tínhamos para contar.

A contação tem um processo de capacitação longo, cerca de cinco meses com exercícios, dinâmicas, leituras e, às vezes, algum convidado externo ou um ex-membro do projeto, que retornava para dar uma mãozinha. Aqueles que têm uma experiência no projeto fazem a capacitação novamente, junto com os novos, para fortalecer o vínculo.

Os objetivos são o vínculo entre os membros, a comunicação, ferramentas para tornar-se mais acolhedor e, como iremos contar histórias, algumas orientações sobre como falar, tom de voz, postura corporal, etc.

Um exercício que fizemos em uma capacitação para construir a ferramenta de escuta, vínculo e empatia e que me marcou muito foi esse: ficamos todos em círculo, então, um por vez vai ao centro do círculo e diz algo que gosta muito e que pense ser estranho para as outras pessoas. Depois disso, se os demais sentem que devem se aproximar dessa pessoa, assim o fazem, se sentem que devem se afastar, afastam-se. Tudo conforme a intensidade do incômodo pelo que foi dito, se o incômodo for muito, afasta-se o máximo possível. Logo após, a pessoa é convidada a explicar os motivos pelos quais ela gosta daquilo e, em seguida, aqueles que estão distantes devem analisar se conseguem se aproximar dessa

pessoa após compreendê-la ou se ainda necessitam ficar longe. Geralmente, é possível se aproximar um pouco mais depois de compreender o sentido daquilo para a vida do outro.

A experiência na contação para mim foi confortável, em relação ao fato de contar histórias, pois gosto de falar, de bater papo, de fazer um suspense antes de chegar ao final, mudar a entonação de voz, sou extrovertida! Mas foi desafiador encontrar histórias para levar, embora eu tenha sempre me preocupado em fugir de histórias preconceituosas, a gente sempre pode ficar cego ou capturado para algum aspecto. Além das histórias tristes que ouvimos, pois sempre nos colocávamos à disposição para ouvir, caso alguém quisesse contar. A contação tem sua caracterização feita com maquiagem colorida, sempre alegre e com desenhos feitos nos rostos, um avental amarelo, bordado com o nome da frente “Contação de Histórias”. Um dia uma criança nos disse que éramos os “minions”, personagens amarelos de um desenho animado.

Embora em minhas leituras eu tenha encontrado trabalhos de contação de histórias feitos somente com crianças, a experiência do projeto mostra que esse trabalho tem muita potência com adultos também.

Na frente do artesanato as entradas ocorriam somente após os presentes serem produzidos, pois precisávamos levá-los prontos para oferecer, afinal, tínhamos apenas uma hora por semana para estar dentro do hospital. Então, em uma semana era escolhida a enfermaria em que iríamos entrar e voltado para ela o presente a ser confeccionado. Na outra semana fazíamos a entrada com os presentes prontos e só podia entrar quem participou da confecção dos presentes, caso contrário, seria necessário esperar a próxima confecção para entrar.

Era preciso fazer algo que tivesse sentido para quem estivesse lá. As enfermarias eram separadas entre masculina, feminina e pediatria, então, pensávamos em presentes para essas pessoas. Quando o hospital entrou em reforma isso se misturou, algumas mulheres foram levadas para os quartos na enfermaria masculina e acabamos por oferecer o que tínhamos na mão ou levávamos algo que estava pronto de outra entrada para misturar. Os presentes eram feitos contando o número de leitos em cada enfermaria, pois poderiam estar ocupados e ninguém pode ficar sem, a não ser que a pessoa não deseje receber, mas o presente precisa estar disponível para ela. No início da minha participação os

profissionais não eram contados, pois o foco do projeto são os usuários e seus familiares, mas fomos percebendo que eles gostavam de receber os presentes também e, então, passamos a contá-los.

No artesanato, assim como em todas em as frentes, entra-se nos quartos somente após a autorização dos pacientes para a oferta dos presentes, a caracterização ocorre com a maquiagem colorida e um avental preto cheio de bolsos coloridos para carregar os presentes.

No início, confesso que eu tinha receio das pessoas não aceitarem, pois são presentes simples, feitos com papel, cola, tinta, isopor, rolos de papel higiênico, etc. Em meio a uma sociedade cheia de dispositivos eletrônicos, tinha receio que os nossos presentes fossem rejeitados, principalmente os meus, afinal, minhas habilidades manuais não têm nada de extraordinárias! No entanto, foi uma surpresa ao ver que eles eram, majoritariamente, aceitos e com olhos brilhando, sorrisos de surpresa e alegria, até os meus, meio tortinhos! Não havia a regra de cada um entregar somente aquilo que fez, todos faziam e entregavam sem se atentar ao “autor” dos presentes, mas eu observei as reações aos que eu fiz, pois era algo que me intrigava.

Os presentes fazem sucesso, pois carregam uma delicadeza, uma vulnerabilidade de entregar algo que nós mesmos fizemos, afinal, nenhum de nós era profissional da arte, alguns membros tinham muita criatividade e habilidade, mas não eram profissionais. Os presentes carregavam o afeto, o tempo e a disponibilidade que eram colocados em sua construção e isso era percebido pelas pessoas que recebiam, esse afeto passava por elas. Assim, conseguiam criar um espaço intercessor, uma ponte para o encontro e, a partir delas, podíamos estabelecer vínculos e diálogos sobre os mais variados assuntos, sempre dentro daquilo que faz sentido para quem recebe o cuidado, guiados pelo desejo dele e não pelo nosso, pois o único desejo que era nosso e que estava presente ali era o de cuidar. Claro que por seres humanos que somos, outros desejos nos invadem sem pedir licença, mas tentávamos lidar com eles para que não fossem os protagonistas dos encontros, caso fossem muito fortes, podíamos sair um instante para chorar, rir, respirar ou até mesmo ir embora, caso não fosse possível voltar. Isso em todas as frentes.

Para os profissionais, o artesanato era especialmente interessante,

pois era um cuidado rápido, levava todo o afeto presente ali e não tomava tempo em seu trabalho. Podiam apenas receber o presente, sorrir para nós e seguir seu caminho. Se quisessem conversar estávamos ali abertos, se não, ficavam com o afeto do presente. Todas as frentes podiam interagir com os profissionais, mas observei que o artesanato tinha esse efeito imediato. A música também, pois podiam apenas ficar ouvindo, sem interromper o que estão fazendo. Sabemos que, às vezes, a pausa pode ser necessária, mas se não há a possibilidade dela, seja pelo excesso de trabalho ou pela falta de desejo, temos a opção de cuidar enquanto executam suas tarefas.

A capacitação do artesanato para os membros novos levava cerca de dois meses, para entender a proposta do projeto, formar vínculos e aprender a ouvir. Logo depois, ocorria a primeira entrada dos novos membros e, para isso, os presentes eram confeccionados. Para aprender a fazer os presentes não é necessária uma longa capacitação, cada um é diferente e vamos aprendendo a cada confecção, os mais experientes auxiliam os que estão começando.

A vivência com o artesanato, como já podem imaginar, foi bastante desafiadora para mim, tanto pelas expectativas, pelo receio de que as pessoas não aceitassem os presentes, quanto pelas minhas poucas habilidades manuais. Mas em termos de encontros alegres e potentes foi uma experiência muito feliz.

Assim como o artesanato, a música ocorria às segundas-feiras, então, eu alternava entre elas, tentando respeitar a regra de ambas em participar da capacitação para entrar, foi um tanto complicado. A música se caracteriza pela maquiagem colorida, uma roupa colorida e personalizada, além de um jaleco branco por cima que também pode ser decorado.

Há uma organização a respeito dos dias que serão dedicados ao ensaio e os dias que serão de entrada, é necessário ensaiar para entrar. A cada semana era escolhida uma enfermaria e o repertório para ela, tínhamos que pensar em repertório infantil e adulto. O ensaio servia para cantarmos com alguma sintonia, pois não havia profissionais, aqueles que tocavam instrumentos e entendiam mais a respeito da técnica da música ajudavam os demais, alguns membros tocavam e outros somente cantavam. Há um repertório pronto com as letras e as cifras para os violões. Enquanto estive lá tivemos alguns violões e violinos.

A entrada começava na porta do hospital, entrávamos cantando uma

música calma e não muito alta, pois a ideia era trazer um pouco de conforto para o ambiente e dar o sinal de que a música estava chegando. Na enfermaria escolhida terminávamos a música em curso, no corredor, depois silenciávamos. O coordenador fazia seu papel de dividir os grupos e, então, íamos até as portas pedir autorização, afinal, a entrada só ocorria após permitida.

A música tem uma particularidade de poder interagir da porta, então, quartos com restrição de contato não ficam sem cuidado. As outras frentes têm mais dificuldade nesse aspecto: contar uma história da porta fica difícil de ouvir, entregar os presentes também, o palhaço não consegue interagir como gostaria, mas daqui a pouco chegarei nesse ponto.

As frentes podem entrar em quartos com restrição de contato, desde que paramentadas, mas pensando nas condições de um hospital público não podemos utilizar de quinze a vinte conjuntos de paramentação se não tiver muitos disponíveis, também fica difícil caso tenha muitos quartos com restrição de contato. A solução era escolher dois ou três membros para se paramentar, geralmente, alguém com um instrumento e alguém para cantar, os demais ficavam na porta fazendo o coro. As outras frentes também têm essa prática de escolher apenas um ou dois membros para entrar em quartos de restrição de contato.

A música também respeitava o desejo e perguntava que tipo de música as pessoas desejavam ouvir, isso era algo complicado porque não sabíamos cantar e tocar todas as músicas, então, muitas vezes fazíamos ofertas com o que tínhamos. Algo bastante complicado era quando alguém pedia música religiosa, no entanto, durante algum tempo o projeto tocou, mas infelizmente, isso começou a gerar atrito por conta das diferentes correntes religiosas presentes em um mesmo quarto. Quando cheguei ao projeto havia optado por não cantar música religiosa e passamos a explicar o motivo, que geralmente era compreendido. Havia situações em que as pessoas pediam música específicas e que não sabíamos tocar, então, não tinha outro jeito, dizíamos que não sabíamos aquela música e oferecíamos o que tínhamos. Esse foi mais um dos exercícios de humildade e vulnerabilidade que o Sensi me proporcionou.

A música tornou-se uma experiência muito gostosa e prazerosa para mim, pois ela criava um ambiente em que as emoções afluíam, uma tranquilidade e alegria, na maioria das vezes. Eu percebia que as pessoas que ouviam se

emocionavam e eu também. Às vezes havia uma conversa depois, às vezes não. Ocasionalmente tinham lágrimas, tanto de tristeza quanto de alegria. Foi desafiador para eu cantar, porque não tenho altas habilidades nessa arte, mas desde que cheguei eu já conhecia a maioria o repertório, então, me sentia em casa. Mas a garganta, por vezes, doía nos ensaios e, então, fizemos uma oficina com uma professora de canto do departamento de música da UEL. Isso ajudou muito, pois a garganta parou de doer, sentia que cantava até um pouquinho melhor e, no meio do coro a harmonia apareceu, então, acabou correndo com tranquilidade.

A frente do palhaço funciona às quartas-feiras. O processo de capacitação é bastante longo também, em torno de seis meses, por conta do aprendizado que a prática do palhaço exige. As capacitações se iniciam logo após a entrada do grupo novo no projeto, que ocorre no início do segundo semestre letivo.

Nesse período, os membros da frente se dividem: um grupo segue com as entradas no hospital e outro grupo fica com os novos membros, esses são os capacitadores, que acompanham o processo de construção dos novos palhaços. Os capacitadores têm sua formação dentro do próprio projeto, que tem mais de dez anos de experiência, além de estudos feitos em *workshops* com palhaços profissionais, em eventos que relacionam arte e saúde.

Os palhaços em formação não realizam entradas até que estejam preparados para elas, o que ocorre no final do processo. No meu caso foi diferente, comecei a frequentar o Sensi no início do primeiro semestre letivo, enquanto a capacitação ocorreria somente no segundo. Eu pude entrar, observar, participar das interações, meus colegas palhaços eram bastante generosos comigo nesse sentido, me permitiam fazer parte, mas sem direito ao nariz, afinal, eu não era palhaça ainda e não me sentia palhaça. Jamais interagi com alguém dentro do hospital sozinha, sempre estive acompanhada de um palhaço formado. Aliás, nem os formados interagem sozinhos, sempre em dupla, para que um fosse suporte para o outro.

Cheguei sem saber quase nada sobre como seria a atuação dos palhaços no hospital. Os contatos que tive com a palhaçaria em minha vida, antes disso, foram poucos, apenas alguns filmes e circos que pude ver. Não era algo que eu esperava fazer algum dia na minha vida, então, pensava que não tinha ferramentas para isso. Até eu descobrir que a minha palhaça teria minhas próprias características e que essas seriam minhas ferramentas.

Fui aprendendo que o palhaço de hospital não é igual aos demais, é um modo bem específico de ser palhaço. Não temos um espetáculo pronto ou ensaiado, temos nosso corpo e nossas habilidades do sensível, o que vai acontecer na cena é totalmente improvisado. Não levamos piadas prontas, não temos performances ensaiadas, é tudo produzido no quente do encontro mesmo.

São jogos e interações totalmente espontâneas. O único aspecto que estava preparado era a saída. O projeto tem autorização do hospital para funcionar, mas tem um tempo limitado, uma hora por semana para cada frente e esse tempo precisa ser respeitado. No quente do encontro é bem fácil nos esquecermos do tempo e ficar envolvidos ali, sem conseguir sair. Quando, no encontro, o outro está envolvido e percebemos que estamos conseguindo realizar um cuidado, é muito difícil sair porque é prazeroso. Para facilitar essa saída a frente tem um “trem” que passa às 19h30min para levar os palhaços para casa e é o único trem que passa por ali, se o perdermos, teremos de ficar esperando até o próximo, somente no outro dia. Então, quando o trem chega temos que ir embora, mas na próxima semana ele nos traz de volta. É uma forma de sair de cena com uma justificativa, um jeito de nos obrigarmos a sair, pois sem isso creio que nossa presença duraria muito além do tempo permitido.

Quando a capacitação do grupo novo começou eu fui, então, receber minha formação de palhaço. Foi um processo bastante intenso, exige que sejamos verdadeiros e abertos à passagem dos afetos. A capacitação tem leituras e muitos jogos com diferentes objetivos, às vezes, parece uma escola de teatro, mas o palhaço não é um personagem que se pode interpretar, ele é um devir que vai sendo agenciado, vai sendo construído conforme o processo avança. Ele é constituído de nós, das minhas características, vou compor o meu palhaço com aquilo que eu tenho no meu corpo. Por isso há palhaços com várias características diferentes no Sensi, porque são feitos das pessoas que ali estão, alguns são bastante extrovertidos, outros mais tímidos, o que é interessante porque as pessoas dentro do hospital são diversas, então, há várias opções de palhaços para cuidar dessa diversidade. Alguns interagem de modo mais extrovertido, elevando a energia do ambiente, outros interagem mais silenciosamente, com olhares e jogos mais calmos.

Como a palhaçaria é uma arte que existe há muito tempo e tem características bastante específicas, farei uma brevíssima passagem por sua história

e tentarei explicar como ela se constitui. O palhaço é uma figura universal, um arquétipo, que foi construído no decorrer do tempo, que não conhecemos, mas reconhecemos ao primeiro encontro. Ele tem vários nomes e está presente em muitas culturas, sua função é espantar e provocar riso, não se atém às grandes questões filosóficas nem tenta descobrir as leis do universo, utiliza seu tempo com bobagens (CASTRO, 2005).

Há muito tempo a seriedade da vida é valorizada, o trabalho duro, a moderação, mas a vida não é só isso, é também alegria e festa. O palhaço vem para nos lembrar disso, um modo de se contrapor à dureza e à violência do mundo (CASTRO, 2005). O palhaço provoca riso, pois aponta o ridículo em nós e no outro, exagera nas suas ações, como um modo de lidar com as tristezas e os medos que permeiam a vida. O riso só se faz quando faz sentido naquele contexto, para rir é preciso compreender (CASTRO, 2005).

Os palhaços acompanharam a História da humanidade, existiam palhaços no antigo Egito, China, Índia, Grécia e Roma, que permaneceram atuantes na Europa na Idade Média. Cada um com seu jeito de ser, dependendo da cultura, em que são chamados por nomes diferentes (CASTRO, 2005). O tempo passou, mas a humanidade continua com medo da morte, da doença, de ser traída, de não ser tão inteligente ou bonita como se deseja, de ter suas fraquezas expostas, portanto, ainda há necessidade de palhaços, para que possamos rir de tudo isso e sobreviver. Atualmente, temos palhaços no circo, nos palcos, na televisão, cinema, presídios, hospitais, praças, etc (CASTRO, 2005).

Minha capacitação me formou Palhaça de Hospital somente. Não tenho ferramentas para subir num picadeiro ou palco e me apresentar para uma plateia. Falaremos agora um pouco sobre essa particularidade da palhaçaria.

O palhaço de hospital tem origem no palhaço de circo. Em 1986, o diretor do *Big Aple Circus* de Nova Iorque, Michael Christensen, após uma apresentação em um hospital, resolveu passar pelas enfermarias para visitas às crianças internadas que não puderam ver a apresentação. Com isso, nasce um projeto chamado *Clown Care Unit* que passa a realizar palhaçaria em hospitais. No ano de 1988, o brasileiro Wellington Nogueira passa a integrar o grupo e, em 1991, ao retornar ao Brasil, cria o famoso “Doutores da Alegria” (CASTRO, 2005).

Os Doutores da Alegria criaram um modo próprio de agir dentro do

hospital, não tem a mesma relação que os palhaços de palco com seu o público. Os palhaços são Doutores em “Besteirologia”, que visitam seus pacientes, para ministrar um poderoso tratamento, o riso e conseguem ter uma relação muito próxima com as pessoas que visitam. Eles são um espaço de alegria dentro do ambiente hospitalar, que é altamente protocolizado, com normas rígidas. O Doutor Palhaço vai improvisar com aquela realidade, transgredi-la, transformá-la para que se possa rir dela (CASTRO, 2005).

Os grupos de palhaços de hospitais cresceram e hoje estão espalhados por todo o Brasil. Para a realização de um trabalho de qualidade é necessário estudo e dedicação para desenvolver técnicas e sensibilidade necessária para uma experiência transformadora (CASTRO, 2005). Nosso grupo de palhaços aqui no Sensibilizarte funciona inspirado no modo criado pelos Doutores da Alegria. É um trabalho levado a sério, que preza pela qualidade e pela ética.

Durante a capacitação de palhaça tive experiências que nunca vivi em outros lugares, nem jamais pensei que faria. Houve momentos muito felizes e outros muito tensos, os exercícios mobilizaram afetos que eu nem sabia de onde vinham. Após cada encontro de capacitação havia a roda de conversa, para ajudar a processar todos esses afetos. Senti alegria, tristeza, raiva, nojo, medo, um monte de coisas!

Não vou contar todos os exercícios que fizemos, pois poderia prejudicar a formação dos palhaços que estão por vir, eles precisam ser autênticos, não se pode ir com uma interpretação prévia ou um plano do que fazer, acontece no quente do encontro mesmo. Há vários exercícios, alguns foram confortáveis, outros não, alguns engraçados, felizes, tristes, acolhedores, até desafiantes. Vou contar somente um exercício da capacitação de palhaços, aquele que foi o mais difícil para mim.

O processo de capacitação de palhaço vai acontecendo de modo que os palhaços vão surgindo, a cada habilidade trabalhada. Esse exercício, à primeira vista, parece muito simples, mas (i)mobilizou os meus afetos. Os capacitadores pedem simplesmente para cantar uma música, um de cada vez, sozinho. Fazemos uma fila atrás de um biombo e não sabemos o que vai acontecer, o primeiro da fila recebe a surpresa, a primeira nesse dia fui eu. Simplesmente, disseram: “Flávia, cante uma música para nós!”. Eu adoro música, mas naquele

momento fiquei imobilizada, não me lembrava de uma única canção! O exercício se trata de espontaneidade, de não pensar, mas quanto mais eu tentava lembrar da letra de uma canção, menos eu conseguia. Olhava para os capacitadores e todos me olhando de volta, esperando. Me sentia pressionada, envergonhada, completamente perdida. Até que me lembrei de uma música e repeti as palavras, mas não convenci, não pude deixar passar os afetos e não coloquei meu corpo vibrátil na cena. Foi algo que não transmitia nada, apenas uma repetição. Esse foi um limite que encontrei e tive de me ater à regra da prudência, então, parei. Meu corpo se recusava a cantar, a abrir-se para emoções, respeitei. Esse dia aconteceu no processo de finalização do campo de pesquisa, após a vivência de muitos afetos em todas as frentes e eu estava bastante cansada, chegando no limite do que meu corpo podia aguentar, sentia que se aproximava o momento de deixar o campo.

Resolvi trazer esse exercício para mostrar a intensidade do processo, em como algo pode ser muito simples, mas não compor o nosso corpo naquele momento, em como somos pegos de surpresa e, às vezes, não sabemos como seremos afetados, assim como na interação com o outro dentro do hospital. Mas não aconteceu isso todos os dias, houve dias em que meu corpo permitiu ser afetado pela alegria e prazer.

Depois de finalizada minha capacitação e receber meu tão desejado nariz, fiz poucas entradas como palhaça formada, pois estava chegando o tempo de sair do campo. Eu precisava sair, se ficasse seria cada vez mais difícil sair e eu precisava escrever essa cartografia, respeitar os prazos do meu processo de doutoramento. No final do campo de pesquisa eu estava muito cansada, com várias marcas no corpo, eu queria terminar o processo, mas sabia que sentiria falta dele. Uma mistura de emoções.

Durante o processo de capacitação eu consegui compreender o modo de operar das entradas, as interações que eu havia feito no início do ano ganharam um sentido mais profundo, conseguia ver os exercícios das capacitações nas minhas entradas anteriores.

A experiência com o palhaço me propiciou desterritorializar alguns afetos e reterritorializar em novos mundos, foi desafiador. A dedicação que demanda os encontros é muito intensa. E foi confortável no trato com o corpo, muitos dos exercícios faziam afetos passar pelo corpo e meu devir bailarina ajudou, no final

acabaram se borrando, a bailarina e a palhaça.

Criei novas máscaras junto com a minha máscara de palhaça. Senti o quanto precisamos de mais sensibilidade em nossas vidas, o quanto eu precisava, tentei permitir ao máximo a passagem de afetos, mas aprendi a usar também a regra da prudência e saber quanto meu corpo se esgotou. Senti como a bobagem é libertadora, pois me ajudou a ser mais leve, me cobrar menos, aceitar meus erros, gostar mais de mim mesma. Minha palhaça está aqui e será um devir que vou levar para a vida, recorro a ela sempre que preciso de leveza.

4. OS AFETOS PARA OS QUAIS MEU CORPO PÔDE DAR EXPRESSÃO

Aqui trago as percepções, análises e processamentos que marcaram meu corpo de cartógrafa bailarina, tentando colaborar na construção do conhecimento sobre o cuidado em saúde pela arte. Farei isso por meio de dois artigos, o primeiro deles foi submetido à revista *Physis - Revista de Saúde Coletiva* e recebeu parecer favorável, ele está formatado conforme as normas da revista e buscando atender às solicitações feitas. O segundo artigo está formatado conforme as normas da *Revista Brasileira de Educação Médica*, para onde pretendemos submeter, exceto pelas referências que serão adequadas posteriormente.

Os artigos trazem vivências minhas junto ao Sensi, aquelas que foram possíveis dentro do espaço de um artigo e que provocaram afetos e reflexões intensas e marcantes. Escolhi aquelas que podem evidenciar o conhecimento produzido por essa pesquisa. Essas vivências serão apresentadas em formato de história, cada uma delas tem seu título e é contada com uma narrativa, seguida de sua respectiva análise teórica.

4.1 ARTIGO 1: A ARTE NO AGENCIAMENTO DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO

RESUMO

Partimos de uma concepção de cuidado em saúde ampla, que significa dar suporte e apoio para pessoas na busca de uma melhor forma de ser e estar no mundo. Nesse sentido, compreendemos que as tecnologias leves fazem parte do cuidar, como a arte que tem possibilidade de apoiar na melhoria da saúde. Pensando na arte como potente para reverberar na atuação de profissionais da saúde, realizamos

essa pesquisa com objetivo de cartografar a produção do cuidado em hospital público por meio da arte. A entrada no campo foi por meio da atuação em conjunto com um projeto de extensão em que estudantes dos cursos da saúde executam atividades artísticas dentro do hospital. Um dos autores constituiu-se como discente, executando as mesmas atividades dos estudantes. As cenas vividas foram apresentadas em forma de narrativas e processadas pelo referencial de Deleuze e Guattari. A atuação dos participantes por meio do projeto pode ofertar cuidado pela música e palhaçaria, dando passagem aos sofrimentos. Sensibilizados para o cuidado, os trabalhadores pediram que fizéssemos o mesmo para os usuários. Essa cartografia evidenciou que trabalhadores tem sua potência de vida e ação aumentadas para cuidar do usuário quando eles mesmos recebem, também, cuidado sensível.

Palavras-chave: cuidado; arte; saúde; hospital.

INTRODUÇÃO

A Saúde é um tema pertinente à vida humana, envolve vários aspectos que variam entre a necessidade de um corpo biológico funcionando, até ter um modo de “andar a vida”, segundo o próprio desejo. O cuidado faz parte da produção de saúde e da produção de vida remetendo à uma concepção de apoio e atenção. Ele ocorre nos encontros entre pessoas e pode ser feito de várias formas, é o objetivo do campo da saúde (FEUERWERKER, 2013; MERHY, 2002).

A atuação dos profissionais nos serviços de saúde pode ser menos “cuidadora”, muitas vezes quando está focada em diagnósticos e procedimentos, ou pode ser mais voltada para o cuidado, tendo como horizonte o apoio ao usuário na busca de melhores formas de levar a vida e cuidar de si (FEUERWERKER, 2013). O cuidado é parte do trabalho de todo profissional de saúde e acontece no encontro, em processos de intercessão entre trabalhador e usuário, em que um afeta o outro e juntos podem construir uma relação de cuidado (MERHY, 2002). Esses espaços intercessores criam lugares entre os corpos e subjetividades, modos de ser distintos, dando-lhes uma oportunidade de criar o novo e pensar alternativas para o cuidado em parceria (ABRAHÃO *et al.*, 2016). Nesse momento, o afeto que passa pelos corpos tem a habilidade de agenciamento¹³, convoca o desejo de agir, aumenta a potência de vida (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

O encontro também pode provocar uma confusão e até uma

¹³Aqui agenciamento é entendido pelo conceito elaborado por Deleuze e Guattari, em que, a partir de uma multiplicidade de linhas de conexões que podem ser produzidas pelas afecções, o agenciamento irá emergir junto com este crescimento de intensidades impulsionando a própria ação (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

desorganização no território existencial¹⁴ dos corpos, caso ele seja de muita intensidade, isso é denominado por Deleuze e Guattari como desterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Por isso, é importante ir para os encontros de modo poroso, aberto, mas compreendendo o limite de cada um para se constituir de forma diferente. Nesse sentido, ao recolher os efeitos do encontro em nós, não é possível ficar em um lugar de reconstrução permanente, pois os corpos não suportam estar o tempo todo desterritorializados, pois isso gera muita angústia. A desterritorialização pode provocar autoanálise no trabalhador em direção a um processo de repensar sua prática, podendo contribuir para criação de novas ferramentas (SEIXAS *et al.*, 2019). Assim, é possível produzir novos modos de operar em um processo, desterritorializar, sentir angústia, conseguir se deslocar e reterritorializar, várias vezes (ROLNIK, 2011).

É a partir do encontro que a capacidade de ser afetado irá sofrer variações. Deleuze (2009) em sua interpretação de Espinosa traz esta questão à luz tratando como a continuidade de encontros que o corpo está sujeito gera variações contínuas na própria força de existir (também chamada potência de ação), onde irão refletir nos modos de viver. Esses encontros, que podem ser bons ou maus, podem tanto aumentar a potência de ação, produzindo, então, afetos (paixões) alegres ou mesmo diminuindo-os, gerando paixões tristes. Dentro dessa dinâmica de variações, marcas são inscritas no corpo, contudo, determinadas possibilidades de afetações decorrentes de tais marcas dependem de uma abertura para o encontro, a porosidade. Assim, uma afetação é o que faz viver um pouco do outro em nós, uma presença do outro em nós (DELEUZE; GUATTARI, 1995), o que nos faz múltiplos em subjetividade, de modo que estar aberto aos encontros significa permitir a passagem de afetos que ocorrem neles, colocar o corpo vibrátil na cena, o corpo que se abre para os afetos e permite senti-los (ROLNIK, 2011).

Ao procurar atendimento em um serviço de saúde, o usuário traz sua vida com ele, valores, crenças, medos, frustrações, expectativas, etc., tudo isso acompanha o processo de cuidado e precisa ser considerado. Para que possa realizar cuidado, o trabalhador da saúde necessita de ferramentas, além de estar aberto (poroso) ao encontro (FEUERWERKER, 2013). O vínculo é uma ferramenta

¹⁴Territórios se formam quando os afetos são codificados em signos, palavras que carregam determinado modo de subjetivação, significados e modos de viver, valores, papéis sociais (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

importante, para que ele se estabeleça é necessário que o trabalhador veja o usuário como alguém válido, capaz de fazer pactuações em relação ao próprio cuidado e merecedor de respeito em seu modo de existir (SEIXAS et al., 2019).

Para poder utilizar tais ferramentas o trabalhador também precisa de um ambiente que permita estabelecer bons encontros. Tais modos de promover esta produção de cuidado passam diretamente pela saúde do trabalhador, seja por ações que se dão através de enfrentamento de problemas estruturais e organizacionais que prejudicam a prestação dos serviços ao usuário, como vínculos empregatícios instáveis e riscos ocupacionais aos quais são expostos, seja por intervenções locais que estimulem um ambiente menos estressante e mais acolhedor (SANTOS *et al.*, 2020; DEPRET *et al.*, 2020).

O cuidado pode ser feito de várias formas, uma delas é utilizar a arte como ferramenta para acessar a sensibilidade de quem cuida e de quem é cuidado. Essa perspectiva é ainda nova na literatura científica, mas é possível encontrar alguns estudos que abordam o tema, como por exemplo, em relação à palhaçaria temos o projeto de extensão MadAlegria, criado por acadêmicos da Universidade de São Paulo - USP. O projeto leva os discentes para atuar como palhaços no Hospital das Clínicas da USP e no Instituto do Câncer – ICESP, as visitas dos doutores palhaços para crianças e adultos colaboram para o desenvolvimento de habilidade de escuta, comunicação e quebra de preconceitos (TAKAHAGUI *et al.*, 2014). Há também o Projeto de Extensão Contadores de História Na Promoção da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que conta com a atuação dos estudantes para contar histórias no hospital, propiciando uma relação de confiança com os usuários, além de desenvolver habilidades de comunicação e proporcionar uma vivência de ressignificação da internação (PINHEIRO *et al.*, 2019).

A música também é uma ferramenta de cuidado, ela é expressão artística do ser humano, possibilita acessar emoções, criar vínculos e partilhar afetos. Melhora a qualidade de vida e a saúde de várias formas, como a redução da ansiedade e de sintomas depressivos, reduz a pressão arterial e estresse, aumenta o nível de serotonina contribuindo para o bem estar e controle de dor (AREIAS, 2016; CAMPOS; NAKASU, 2016). O conhecimento de que a música é benéfica para o ser humano é antigo, mas sua utilização para o cuidado em saúde é recente (GRAY, 2013; AREIAS, 2016).

Mesmo ciências mais duras produzem material sobre o assunto e defendem a presença de arte nas políticas públicas de saúde. Trazem a música como facilitadora da criação de vínculos, ela derruba a barreira inicial e acelera o processo (PEARCE; LAUNAY; DUNBAR,2015). Observamos também, que a participação em atividades artísticas e culturais são capazes de provocar sensação de bem estar, além de reduzir níveis de cortisol (GROSSI; BLESSI; SACCO, 2019)

É possível encontrar na literatura científica revisão integrativa (CRUZ *et al.*, 2015) e sistemática (CAMPOS; NAKASU, 2016) sobre os benefícios da música para a saúde. Evidenciam a necessidade de associar a música ao cuidado de enfermagem, pois melhora o relacionamento interpessoal (CRUZ *et al.*, 2015). Mostra-se como uma ferramenta pertinente para a promoção de saúde, é um recurso de baixo custo, traz benefícios fisiológicos e sociais (GRAY, 2013; CRUZ *et al.*, 2015; CAMPOS; NAKASU, 2016). Na música temos o Projeto de Extensão Música e Ludicidade da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - UTI, no Campus de Frederico Westphalen. O projeto leva musicalização para crianças no Hospital da Divina Providência, obtendo resultados como relaxamento e diminuição da ansiedade frente à internação (PIOVESAN; SILVA, 2014).

Assim, esse trabalho visa dar visibilidade ao modo como as atividades artísticas reverberam na prática do profissional de saúde em um hospital público, ou seja, nosso objetivo foi cartografar a produção do cuidado agenciado pela arte em um hospital público.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na modalidade da cartografia entre os meses de fevereiro de 2019 e janeiro de 2020, por meio do pesquisador “in-mundo”, entendendo que o conhecimento é produzido pelo pesquisador, mas também no pesquisador, passa pelo corpo dele, sendo a realidade vivida e produzida em ato (ABRAHÃO *et al.*, 2016).

A cartografia toma o termo emprestado da geografia para produzir uma pesquisa que acompanha a criação de “paisagens sociais”, desenhando as linhas de fluxo de desejos que mostram aspectos existenciais. Ela cria um mapa existencial mostrando os afetos que perpassam essa paisagem, formando um mapa

dinâmico que se modifica conforme as linhas caminham. Aqui, o conhecimento é produzido na construção dos processos, na relação do pesquisador com eles, não sendo uma verdade a ser revelada, mas sim uma compreensão de que é construída nas multiplicidades que surgem (CABRAL et al., 2019).

Nesta perspectiva, o pesquisador constrói-se “In-Mundo”, junto ao objeto, a implicação dele é fundamental para produzir conhecimento, onde não há neutralidade, nem separação sujeito-objeto. O pesquisador é atravessado, afeta-se ao refletir sobre o sentido da vivência no campo e é também produtor de sentido e de conhecimento (ABRAHÃO et al., 2016). O cartógrafo, portanto, vai se misturar às descobertas, encontros, apostando na multiplicidade, visto que ele deseja cartografar o caminho, acompanhando a construção dele.

O projeto de extensão ao qual essa pesquisa vinculou-se para a composição do campo de pesquisa é desenvolvido pela Universidade Estadual de Londrina - UEL e chama-se “Sensibilizarte: A Arte Como Instrumento Para Humanização Na Formação E No Cuidado Em Saúde”. É formado por quatro frentes de atuação, sendo música, palhaço, artesanato e contação de histórias. Todas elas têm pontos em comum como o cuidado usuário centrado e o respeito à singularidade do outro, mas funcionam de modo particular. Todas promovem processos de capacitação para a realização das atividades, executadas pelos próprios discentes por meio da experiência acumulada nos vários anos de existência do projeto. As frentes têm um dia da semana para passar uma hora dentro do hospital. Nesse estudo serão abordados os trabalhos realizados pela frente da música e do palhaço.

A frente da música leva os estudantes para cantar e tocar instrumentos dentro do hospital, adaptando o repertório para a enfermaria em que vai ocorrer a interação e ensaios para que estejam em sincronia. A caracterização ocorre com roupas coloridas, maquiagem também colorida com desenhos no rosto e um jaleco branco. A frente do palhaço oferece uma interação sincera por meio de falas, jogos, olhares, pequenas encenações ou apenas uma escuta, mas que façam sentido para quem a recebe, possuindo uma caracterização que utiliza as roupas e maquiagem específicas para palhaço, o nariz colorido e jaleco branco.

O objetivo formal do projeto é sensibilizar os discentes e colaborar em sua formação, mas as atividades do projeto reverberam por todo o hospital. As cenas trazidas aqui retratam as afetações que o projeto trouxe aos trabalhadores.

Para realizar o processo cartográfico foi necessária a participação tanto no processo de capacitação de todas as frentes quanto nas vivências dentro do hospital na execução das atividades artísticas. Cada frente tem um processo de capacitação necessário ao cuidado que vai oferecer, por meio de leitura de textos, jogos, dinâmicas, discussões, encenações e vivências. Portanto, a pesquisadora em campo tornou-se parte do projeto e esteve como igual em meio aos estudantes, buscando constituir sua máscara porosa e seu devir discente artista.

No decorrer desse processo, houve a construção de uma máscara de discente, não como uma ferramenta de encenação ou de personagem, mas como uma convergência de fluxos que permitem a formação de uma expressão para os afetos, um modo de vivê-los. Uma máscara que foi porosa, permitindo a passagem dos afetos e intensidades, provocando afetações. Intensidades são desejo de produção de vida. “Intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, se “simularem”; sua exteriorização depende de elas tomarem corpo em matéria de expressão. Afetos só ganham espessura de real quando se efetuem” (ROLNIK, 2011 p. 31).

A máscara é a ferramenta que expressa os afetos, que permite sua passagem. Ela precisa se modificar de tempos em tempos, pois pode ficar rígida e deixar de ser porosa, de permitir a passagem do afeto (ROLNIK, 2011). O devir é aquilo que o outro me desperta, me agencia, convoca o desejo de agir, temos vários devires conforme nos relacionamos, por isso, a pesquisadora criou seu devir discente-artista, não como uma cópia, mas uma existência do discente que é artista em seu corpo (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

As vivências se deram no hospital universitário vinculado à universidade onde os alunos realizam o projeto. Uma vez no hospital, as frentes passam por vários locais de acordo com a aceitação, autorização da direção e planejamento dos discentes. A pesquisadora os acompanhavam não havendo uma estruturação regular de visitas para a pesquisa, seguíamos a programação do projeto. Cada frente se alterna entre enfermaria masculina, enfermaria feminina, enfermaria pediátrica e pronto-socorro, uma vez por semana, por cada frente. Em alguns momentos de exceções entramos no Pronto-Socorro, UTI e na Maternidade, pois são espaços de mais difícil acesso, conforme as regras do hospital e o espaço reduzido de ambos. Esse trabalho refere-se às experiências vividas na pediatria e

UTI pediátrica, UTI adulto, enfermagem feminina e maternidade.

A atuação da pesquisadora ocorreu em todas as frentes, portanto, o número de pessoas envolvidas em cada entrada no hospital variava conforme o número de discentes de cada frente, ficando em torno de quinze, soma-se também os usuários e profissionais que interagem com o projeto, o que variava conforme a porosidade deles. Como são quatro frentes de atuação, duas delas realizando atividades no mesmo dia, a pesquisadora alternou a presença entre elas, estando presente no hospital três dias por semana, durante uma hora. Depois de cada entrada ocorria o processamento dos afetos entre os discentes, por mais uma hora, em uma roda de conversa em que os afetos eram compartilhados, acolhidos e feitas reflexões sobre as situações vividas. Essa é uma prática do projeto que tem grande importância, pois oferece suporte para o sofrimento que muitas vezes perpassa o corpo dos discentes dentro do hospital. Sem isso seria muito difícil manter o funcionamento do projeto.

A entrada em campo de pesquisa ocorreu após o projeto ser aprovado pela direção do Hospital, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL (CAEE 01761518.1.0000.5231) e pelo professor coordenador do projeto. Esse artigo é fruto de uma pesquisa realizada para uma tese de doutorado. Não há conflitos de interesse.

O pesquisador cartógrafo se constitui enquanto parte do projeto e executa as atividades em parceria com os discentes, para registrar tais experiências foi utilizada a ferramenta diário de campo, contendo as cenas vividas e as percepções do pesquisador. O diário foi redigido após cada interação no projeto para que os afetos e percepções fossem registrados enquanto ainda estavam vívidos no corpo. O processamento desse diário ocorreu por meio do referencial teórico de Deleuze e Guattari, trabalhado por autores como Rolnik, Merhy e Feuerwerker, além da colaboração de um grupo de pesquisa que funciona no programa de pós-graduação, ao qual a pesquisadora principal se vincula. O grupo atuou no suporte teórico e pessoal da pesquisadora colaborando para a clarificação de cegueiras comuns a todo pesquisador e na ampliação das reflexões acerca das vivências. Esse foi outro processamento, parecido com o realizado pelos discente, mas referiu-se às vivências e afetos da pesquisadora em campo enquanto cartógrafa. O processamento da cartografia permite a reflexão sobre o campo,

articulação teórica, trocas com outros pesquisadores do grupo para clarificar e apontar percepções que a pesquisadora em campo não conseguia ver, além de suporte para afetos de sofrimento (CRUZ *et al.*, 2016).

No decorrer da pesquisa foi possível sentir na pele a vivência de ser discente participante do projeto e como isso afeta o corpo. Reflexões ocorreram a partir daí. Para discutir essas análises serão agora trazidas as cenas vividas pela pesquisadora em campo, no lugar de discente participante do projeto, bem como os afetos que passaram pelo corpo dela enquanto cartógrafa em sua imersão nas frentes da música e do palhaço. Cada cena tem seu título e será apresentada como uma narrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na incursão e composição do campo de pesquisa foi possível viver o que Deleuze e Guattari (1995) chamam de “devires”, a presença do outro em mim tornando-se torna parte de mim. Não como uma cópia, mas uma presença construída do outro em si, no encontro em que ocorre a desterritorialização de afetos, modificações que o outro provoca, para que depois haja reterritorialização dos afetos, produzindo uma nova construção de si, a partir da afetação que o outro provocou, o devir em mim. Portanto, ocorreram desterritorializações e reterritorializações produzindo entre outros, o devir música e devir palhaço.

A cena a que chamamos “*Eu quero BIS*” ocorreu em uma entrada no hospital com a frente da música na pediatria. Embora cada frente seja composta por vários estudantes, no momento da interação a entrada em cada quarto é feita em grupos menores para não sobrecarregar o espaço e para ter tempo hábil de interagir com todos que desejassem. As enfermarias do hospital possuem cerca de 40 leitos cada uma, variando conforme a ocupação.

No momento em foco havíamos passado em todos os quartos e estávamos finalizando a entrada. Percebemos que havia uma enfermeira sozinha no fundo da enfermaria, ela sorriu quando passou por nós há pouco e pensamos que poderia gostar de ouvir música. Então, nos aproximamos devagar e da porta perguntamos se ela estava muito ocupada, disse que não, perguntamos se queria ouvir uma música, ela aceitou.

Cantamos duas músicas, ela nos acompanhou, esboçamos uma

pequena dança apenas balançando nossos corpos no lugar. Todos os envolvidos sorriam. Quando terminamos, ela agradeceu dizendo que a música cuida da alma, relaxa e “quem vai embora, vai até mais leve”, disse à outra colega que passava por nós em seu caminho de saída. Esse “cuidar da alma” remete ao que chamamos de “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016), a dar lugar para a sensibilidade dessa trabalhadora dentro do hospital.

Perguntou, então, se iríamos cantar para os pacientes, dissemos que havíamos feito isso há pouco. “Para a UTI pediátrica?”, ela perguntou, explicamos que estávamos com receio de entrar lá porque passamos em quartos com restrição de contato, ela disse que não haveria problemas, pois utilizamos a paramentação e, se não tocássemos em nada dentro da UTI, ficaria tudo bem. Ela, então, dirigiu-se à UTI e voltou dizendo que poderíamos ir, fomos e cantamos. Quando saímos lá estava ela, pedindo para entrarmos novamente em um quarto, havia uma mãe com uma criança em situação bastante grave, a enfermeira estava lá dentro e dizia: “Elas querem bis, vem aqui de novo”, fomos e cantamos novamente. Depois ela pediu para entrar em outro quarto em que havia uma criança inconsciente: “Ela está sozinha, vem cantar pra ela”, a enfermeira disse, então, entramos novamente e cantamos mais uma vez.

Nessa cena “*Eu quero BIS*” é possível perceber como o afeto atravessou essa profissional e a mobilizou para a ação. O encontro tem a capacidade de produzir a variação da potência de vida, pois assim que atingiu a profissional por meio da música, produziu um agenciamento que levou a um aumento de sua potência de ação, perceptível no momento em que ela se dirigiu à UTI pediátrica, a fim de verificar a possibilidade da cantoria ser realizada naquele espaço, bem como em dois outros quartos. O que esse bom encontro produziu na profissional foi uma paixão alegre (DELUZE, 2017) e esta ocorrência ter se dado em um ambiente onde os funcionários geralmente estão sobrecarregados, considerando “a pausa” que a enfermeira realizou em suas atividades para ocorrer a parceria com a frente de estudantes, potencializa o “cuidado sensível” aberto à sensibilidade, à delicadeza, às necessidades do outro (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016), e foi uma importante marca no corpo da pesquisadora.

Os afetos que passaram pelo corpo da pesquisadora nesse

momento a desterritorializaram, e depois a reterritorializaram, desmancham um território existencial com seu modo de subjetivação, depois reorganiza esse território com novos modos de subjetivação (DELEUZ; GUATARRI, 1995) em um lugar em que nossa potência de ação foi aumentada pelo encontro com a trabalhadora. Ao mesmo tempo em que nosso cuidado a agenciou para agir, a intervenção dela nos agenciou de volta para aumentar nossa potência em perceber que conseguimos interagir com os trabalhadores e não somente com usuários. Nos fez perceber que é importante cuidar dos trabalhadores também, aumentando nossa potência para isso.

A enfermeira na cena “*Eu quero BIS*” teve um aumento na sua potência de vida, decorrente desse bom encontro, fortaleceu sua parceria com o grupo potencializando a sua própria produção de “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) no momento. O que esteve perceptível a partir desse encontro foi um ganho de força para cuidar do outro, na medida em que há um aumento de potência de vida do trabalhador. Isso mostra que o cuidado com o profissional, aqui demonstrado por bons encontros, tem o potencial de paixões alegres, especialmente quando se leva em conta como estes profissionais têm seus corpos atravessados diariamente pelo sofrimento, seja dos outros ou próprios e precisam de um lugar para cuidar de si. Um profissional cuidado tem potencializado suas ferramentas para cuidar melhor de si e de quem cuida.

O profissional de saúde que acolhe a passagem dos participantes do projeto faz uma dobra¹⁵ em sua subjetividade, de modo que ao permitir esta passagem, mesmo com a sua subjetividade de trabalhador pautada em executar suas funções, ele se desloca e segue para o outro lado, reconhecendo a necessidade do “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) em seu trabalho. Assim, acolhe aqueles que estão ali para exercer tal cuidado, reconhece a importância do “cuidado sensível” no ambiente e recebe o projeto com afetos de alegria. O agenciamento que o projeto faz convoca o trabalhador a olhar a própria sensibilidade, a buscá-la e trazê-la para seu trabalho, mesmo que, talvez, ela mesma não soubesse como fazer isso, mas percebe que o

¹⁵Dobra aqui se refere a forma de como o plano da subjetividade, na medida em que é atingido, sofre mutação pelas inúmeras linhas de forças que se relacionam nele, produzem certas dobras nestes territórios, as quais são aparentemente opostas ao plano da subjetividade, mas que na verdade são indissociáveis deste. Assim, quando as dobras se formam, juntamente criam-se mundos na subjetividade (ROLNIK, 1997).

projeto sabe e o convoca a utilizar essa habilidade para cuidar dos usuários.

A cena seguinte “UTI, um minuto leve” ocorreu dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A pesquisadora de campo estava em seu dever “música”, como de costume, pedimos permissão para entrar na porta e após recebermos o sim, a interação começou. A princípio os participantes do projeto ficaram no centro, próximo ao posto de enfermagem, então, começaram a cantar e, aos poucos, os profissionais aproximaram-se, exceto dois médicos que pareciam bastante ocupados. Os profissionais chegaram perto dos “músicos-estudantes” e ficaram olhando, foram surgindo sorrisos e, por fim, cantaram junto. Formou-se então uma expressão alegre no rosto de todos na cena, o afeto que passava pelo corpo da pesquisadora era de conforto, uma espécie de leveza, uma pausa para cuidar de si, para permitir-se sentir a delicadeza que a música trazia. Nesse momento todos tinham uma expressão alegre.

Passados alguns minutos dessa sensação, os trabalhadores, então, pediram que fôssemos aos quartos/biombos de cada pessoa internada que estava consciente, diziam “vão ali no quarto do fulano e da ciclana, eles estão acordados, vão gostar de ouvir vocês”. Atendemos aos pedidos e as reações que recebemos foram igualmente fortes, sorrisos e lágrimas na ausência de palavras que estavam impedidas pelas traqueostomias. Uma acompanhante que estava ao lado de um leito pôde falar, agradeceu. Cantamos também para aqueles que estavam inconscientes, pois o entendimento que tivemos é que mesmo as pessoas nessas condições precisam ser cuidadas.

Viver essa cena foi uma experiência muito forte para a pesquisadora em campo, o seu corpo vibrátil esteve na cena permitindo a passagem dos afetos. Ao entrar na UTI foi possível sentir o afeto, algo pesado, de sofrimento, tensão, mas a música teve a capacidade de agenciar outros afetos por um breve período de tempo, mas suficiente para trazer alívio naqueles encontros. Essa leveza trouxe “cuidado sensível”(BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016), um tempo para que os profissionais saíssem de sua rotina e recebessem esse cuidado. Esse encontro aumentou a potência de vida desses trabalhadores que receberam o cuidado, eles pediram que isso fosse repassado às pessoas que ali recebiam seu tratamento de saúde, formando uma parceria com o projeto no “cuidado sensível”

(BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016).

Foi possível observar que o “corpo sensível” pode ser convocado a estar presente em pouco tempo, não foi uma questão de tempo cronológico, mas sim do tempo do afeto e do quanto estávamos porosos para o encontro. A cena toda levou menos de 10 minutos. A intensidade do encontro determina a qualidade do cuidado, não o tempo, mas sim porosidade e intensidade. A música proporciona que esse encontro se dê em intensidade e que vínculos sejam formados rapidamente, pois ele é uma espécie de “catalisador” de laços, que promove seu desenvolvimento rapidamente (PEARCE; LAUNAY; DUNBAR, 2015).

Na próxima vivência: *“Um palhaço no colo”, a pesquisadora em campo estava em seu “devir palhaça”. Entramos pelo corredor da enfermaria feminina e um dos enfermeiros logo vem ao nosso encontro perguntando por um dos palhaços, dizendo: “Cadê o fulano? Cadê o fulano?”, quando vê o palhaço, o abraça, pegando-o no colo e vai até um dos quartos, coloca o palhaço lá dentro e sai, deixando que o palhaço siga sua interação com as pessoas ali. O trabalhador, nesse momento, não buscava a interação para si e sim para as pessoas internadas. Ao final da atividade, como de costume, fizemos o processamento dos afetos, esse palhaço que foi procurado relata que tem uma boa relação com aquele trabalhador e que ele sempre pede para que entre nos quartos. Essa é uma parceria estabelecida e consolidada, com tamanha intimidade que o profissional pode pegar o palhaço nos braços e levá-lo para onde ele percebe necessidade de “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016).*

O encontro entre o trabalhador de saúde que atua no hospital e o estudante vivente do projeto de extensão cria o “espaço intercessor” (ABRAHÃO et al., 2016). Um espaço de encontro entre modos diferentes de existir que gera potência de vida e que só existe ali naquele encontro.

Intercessores se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Ativam potências do ainda impensável, do clínico com o não clínico, da saúde com a não saúde e novos conceitos e problemas são produzidos nestes agenciamentos. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber. Parte-se do que se tem, do que se sabe para o que não se tem, o que não se sabe [...] (ABRAHÃO et al., 2016, p.28).

Nos encontros com o projeto algo foi “desacomodado” nos corpos dos trabalhadores, o encontro mexeu com eles, afetos atravessaram-lhes, agenciando-os a incluir “o cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) que receberam no cuidado que prestam ao usuário. Houve encontro entre a arte trazida pelo projeto e a prática profissional embasada no conhecimento, dois modos diferentes de existir e operar. No encontro desses dois diferentes criou-se a parceria que produziu cuidado, tanto para os usuários quanto para si mesmo.

Nessa última cena “Vida Nova”, a vivência deu-se no “devir música”, na maternidade do hospital. Havíamos feito a interação em todos os quartos, exceto a sala de pré-parto, imaginamos que mulheres em trabalho de parto poderiam se incomodar com a música. Outra frente do projeto, com menos agitação, como o artesanato, poderia ter mais sucesso com elas. Entretanto, tivemos uma grata surpresa.

Estávamos prestes a ir embora quando uma das médicas nos perguntou se notamos que havia uma mulher na sala de pré-parto, dissemos que sim, mas que não fomos lá... Ela nos disse que poderíamos ir, pensava que a usuária iria gostar, aceitamos a convocação. Como de costume pedimos a permissão na porta, a usuária aceita a interação, apenas três pessoas entraram na sala, estávamos em 15 pessoas, os demais cantaram na porta. Era possível ouvir os batimentos cardíacos do bebê, que estavam sendo monitorados e a gestante dizia que estava gostando muito da música.

Os profissionais que entravam e saíam da sala estavam sempre sorrindo, um dos médicos disse: “Continua, gente, que o neném está gostando!”, com um sorriso no rosto. O afeto que passava naquele instante pelo corpo da pesquisadora era muito intenso, fazia nossos corpos vibrarem e algumas lágrimas foram solicitadas para expressá-lo. Foi uma parceria que se deu pela iniciativa de uma médica, algo inesperado, que nem mesmo os participantes do projeto pensavam que poderia ser feito. Essa profissional foi afetada ao ver o projeto interagir com os demais e solicitou esse “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) para a mulher que estava prestes a ter seu bebê, ela foi agenciada para cuidar, sentiu que essa sensibilidade faria bem àquela mulher.

Depois um outro profissional médico é agenciado e percebe o benefício do cuidado ao dizer que o bebê estava gostando e pede para continuarmos. Ambos foram afetados e nos agenciaram a fazer o cuidado numa parceria que valorizou o cuidado sensível e delicado que a música pode proporcionar.

O objetivo formal do projeto em estudo é sensibilizar os estudantes que fazem parte dele, contribuir para a formação de profissionais mais capacitados para trabalhar os afetos em sua prática e oferecer “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016). Entretanto, a atuação dele reverbera em vários sentidos, como foi possível perceber nas cenas trazidas, a atuação do profissional que é funcionário do hospital é uma delas.

Tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor é um desafio, tanto profissionais quanto usuários e familiares passam muito tempo dentro deles. Um ambiente com relações muito duras torna a experiência de hospitalização mais difícil do que seria por si somente. A interação do projeto com os profissionais foi capaz de criar espaço para a sensibilidade do sofrimento e fez com que enxergassem a necessidade de um “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) e acolhedor, para além do cuidado técnico.

Os pedidos dos profissionais para que o projeto fosse aqui e ali dentro do hospital mostram essa percepção. Algumas bem estabelecidas, como o enfermeiro que carregou o palhaço nos braços, outras ainda em despertar, mas algo que ficou marcado é que o agenciador que fez com que os profissionais solicitassem a arte aos usuários foi o cuidado que o projeto ofereceu aos próprios funcionários. Nas cenas, foi algo comum que o projeto primeiro cuidasse do trabalhador e, em seguida, eles pedissem o mesmo cuidado aos usuários.

Podemos pensar na potência dos encontros e fica claro que receber “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) aumenta a potência de vida, que pode agenciar uma ação. Sentir-se cuidado afetou os corpos dos profissionais e fez com que eles desejassem que os outros recebessem o mesmo cuidado. O projeto reverbera no profissional ao cuidar dele, aumentando sua potência de vida e produzindo uma rede de cuidado sensível.

A arte mostrou-se capaz de atingir o sensível das pessoas dentro do hospital e contribuir para a qualidade do cuidado. Houve também aquelas pessoas

que não estavam porosas para o encontro com a arte, pois barraram os afetos que ela traz. Seria muito difícil encontrar uma arte universal, que atingisse a todos, mas a arte que é praticada dentro deste hospital pelo projeto atinge a muitos e proporciona encontros felizes e “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível experimentar os efeitos vividos e sentidos de ações para o cuidado pela arte em instituições de saúde. A arte tem a habilidade de criar vínculos, alcançar emoções, dar lugar a elas e acolher. As atividades do projeto criam espaços intercessores e trazem ferramentas das quais o trabalhador de saúde pode se apropriar para o “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016). Mesmo que não seja o próprio trabalhador a executar o cuidado pela arte, pois aqui puderam perceber a importância e utilizaram o projeto como ferramenta de cuidado para levar arte aos usuários.

O projeto reverberou na prática dos trabalhadores do hospital cuidando deles e os agenciando para prestar o mesmo cuidado aos usuários. Isso mostra que levar o “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) ao trabalhador foi muito importante, tanto para o próprio trabalhador como para o usuário. A atuação dos participantes desse projeto evidenciou tanto a possibilidade da parceria entre ambos, como a necessidade de cuidar do profissional. Tentar cuidar do usuário sem cuidar do trabalhador é uma tarefa muito difícil, pois os encontros dentro do hospital são diversos e intensos, podem ser alegres ou tristes, porosos ou não. Sem cuidado para si torna-se muito difícil a vivência de trabalho, o que influencia na qualidade do cuidado prestado ao usuário.

O trabalhador de saúde vive em seu cotidiano o sofrimento que perpassa o hospital, então, precisa de ferramentas para lidar com isso. Na rotina de um hospital é comum a presença de afetos difíceis de viver, como dor, sofrimento, angústia, medo, etc. Trabalhadores são atravessados por esses afetos o tempo todo, o que pode fazer com que vivam o sofrimento de seus usuários em seu próprio corpo.

Na cena “UTI, um minuto mais leve”, isso foi vivido, pois ao entrar, o corpo foi afetado pela tensão e sofrimento que havia ali, no entanto, a música foi

capaz de trazer alívio. O trabalhador vive essas afetações mencionadas constantemente, portanto, necessita ser cuidado, para que possa lidar com esses afetos pois, sem cuidado para essa demanda, poderá adoecer. Os discentes e usuários são transitórios no ambiente hospitalar, mas o trabalhador não, ele permanece convivendo com o sofrimento todos os dias. Nesse sentido, a arte pôde proporcionar esse cuidado necessário aos trabalhadores e dar vazão a essas emoções e melhorar a experiência de trabalho.

Além de cuidar do próprio trabalhador, a intervenção do projeto traz ferramentas que podem ser apropriadas por eles. Ao ser cuidado ele percebe a importância disso e solicita o mesmo cuidado aos usuários. O “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) reverberou nos trabalhadores, de modo que ele poderia começar a construir sua própria ferramenta de cuidado sensível, percebendo que a sutileza da arte proporciona cuidado e reconhecendo a necessidade da sensibilidade para quem está dentro do hospital, ainda que não execute as mesmas atividades do projeto ele poderá ir para o encontro com seu usuário levando sua sensibilidade e fazer seu atendimento de maneira mais cuidadosa e acolhedora. Desse modo, a arte proporciona cuidado sensível ao trabalhador ao mesmo tempo em que pode sensibilizar para a construção das ferramentas que ele poderá utilizar em sua prática profissional.

Frente a intensidade das cenas vividas, questionamos os motivos pelos quais a arte ainda é pouco reconhecida como uma ferramenta de cuidado em saúde. Ainda encontramos resistência para as atividades do projeto.

Considerando todas as dificuldades que há dentro de um hospital público, a parceria no “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) entre trabalhadores e estudantes foi possível e produziu cuidado nas cenas. E, embora não tenha sido possível atingir a todos os trabalhadores, pôde-se vivenciar esse efeito, o que aponta para a possibilidade da presença da arte de modo mais frequente nos serviços de saúde. Artistas podem fazer educação em saúde com os trabalhadores para colaborar na apropriação de ferramentas para o “cuidado sensível” (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016), pois a formação de artista em qualquer uma das modalidades do projeto está repleta dessas ferramentas.

O caminho para fazer a arte mais presente nos serviços de saúde

não está pronto e pede muita construção. Segundo a Resolução nº 7 de 2018 do Ministério da Educação (BRASIL, 2018) a Extensão acadêmica passa a ser curricular, ocupando 10% da carga horária dos estudantes. Essa é uma decisão nova e ainda não sabemos como vai afetar a vida discente, mas pensando que a extensão deve ser oferecida a todo estudante pode ser necessária a criação de novos projetos, o que pode abrir mais espaço para iniciativas de cuidado pela arte e um número maior de estudantes possa ter acesso a ela. O Sensi acontece, atualmente, pelo desejo de quem participa e, talvez, a obrigatoriedade de participar retire a potência dele. Entretanto, o estudante poderá escolher a qual projeto de extensão deseja se vincular, o que pode possibilitar que a escolha seja pela arte, quando ela estiver presente.

Aqui, nessa cartografia, observamos que as artes desenvolvidas pelo projeto operam de modo a criar espaço de cuidado e são possíveis de adaptação ao ambiente hospitalar. Sugerindo a ampliação dessas iniciativas e abrindo as portas para que outras manifestações artísticas possam ser chamadas a contribuir com instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 1.* Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, 2016. p. 22–30.

AREIAS, J. C. A música, a saúde e o bem estar. *Nascer e Crescer*, v. 25, n. 1, p. 7–10, 2016.

BERTUSSI, D.C; SUNDFELD, A.C; FEUERWERKER, LC.M. Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios. *In: MERHY, Emerson Elias et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 2.* Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, 2016. p. 380–90.

BRASIL. Ministério Da Educação Conselho Nacional De Educação Câmara De Educação Superior. Resolução Nº 7, De 18 De Dezembro De 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2018, p. 49 e 50. dez. 2018.

CABRAL, M. P. G. *et al.* “Ter câncer mudou minha vida”: cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. 1–21, 2019.

CAMPOS, L. F.; NAKASU, M. V. Efeitos da Utilização da Música no Ambiente Hospitalar : revisão sistemática. **Revista Sonora**, v. 6, n. 11, p. 9–19, 2016.

CATAPAN, S. C.; DE OLIVEIRA, W. F.; ROTTA, T. M. Clown therapy in the hospital setting: A review of the literature. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3417–3429, 2019.

CRUZ, I. *et al.* A música como intervenção e cuidados em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, p. 549–564, 2015.

CRUZ, K.T. da *et al.* Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. *In*: FEUERWERKER, L.C. M , (org.);BERTUSSI, D. C (org.); MERHY, E. E. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 2**. 1ªed. Rio de Janeiro: Hexis Editora, Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016. p. 252–269.

DELEUZE, G. **Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978 – 1981)**. Trad. Emanuel Angelo da Rocha Fragoso, Francisca Evilene Barbosa de Castro Helio Rebello Cardoso junior e Jefferson Alves de Aquino. Fortaleza : EdUECE, 2009.

_____. **Espinosa e o problema da expressão**. Tradução: Luiz Orlandi. São Paulo-SP: Editora 34, 2017.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs : capitalismo e esquizofrenia volume 1**. Tradução: Aurélio Guerra Neto; Célia Pinto Costa. 1ª ed. São Paulo: Editora 34, 1995, 94p.

DEPRET, O; R. *et al.* Saúde e bem-estar: a arteterapia para profissionais de saúde atuantes em cenários de cuidado ambulatorial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2020.

FEUERWERKER, L.M.C. Cuidar em saúde. *In*: FERLA, A. A. *et al.* (org.). **Caderno de Textos VERSUS Brasil: vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43–57.

GRAY, E. In practice: Music: A therapy for all? **Perspectives in Public Health**, v. 133, n. 1, p. 14, 2013.

GROSSI, E.; BLESSI, G.T; SACCO, P. L. Magic Moments: Determinants of Stress Relief and Subjective Wellbeing from Visiting a Cultural Heritage Site. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 43, n. 1, p. 4–24, 2019.

MERHY, E. E. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo- SP: Editora HUCITEC, 2002. p. 190.

PEARCE, E.; LAUNAY, J.; DUNBAR, R. I. M. The ice-breaker effect: Singing mediates fast social bonding. **Royal Society Open Science**, v. 2, n. 10, 2015.

PINHEIRO, L. B.; GONÇALVES, A.F.M.; NUNNEMKAMP, M.V.D.M.; RAMOS, R.S. O que contar 10 anos depois? O programa contação de histórias na promoção da saúde da UFCSPA e seu legado cultural, social e de cuidado com o ser humano *In*: 37º SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SUL. 2019, Porto Alegre. **Anais**. [...] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019.

PIOVESAN, J. C.; SILVA, N. A. DA. Música E Ludicidade: A Importância Da Musicalidade Para O Ambiente Hospitalar. *In*: VI FÓRUM INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA FIPEP. **Anais**. [...] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: UFRGS Editora, Editora Sulina, 2011. 247p.

_____. Uma Insólita Viagem à Subjetividade. Fronteiras com a Ética e a Cultura. *In*: LINS, D. (org.). **Cultura e Subjetividade**: saberes nômades. Campinas: Papyrus, 1997. p. 25-34.

SANTOS, K. M. dos. *et al.* Perfil da equipe de enfermagem de unidades ambulatoriais universitárias: considerações para a saúde do trabalhador. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2020.

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–14, 2019.

TAKAHAGUI, F. M. *et al.* MadAlegria - Estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 120–126, 2014.

4.2 ARTIGO 2: A ARTE COMO FERRAMENTA PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM RESGATE DO ENCONTRO DE CUIDADO

RESUMO

O Sistema Único de Saúde recebe críticas em relação ao modo como recebe os usuários nos serviços de saúde. Embora o cuidado seja a centralidade do agir em saúde, ele muitas vezes é desvalorizado e fica em segundo plano devido a vários fatores, como o modelo de atenção focado em procedimentos, a formação focada no agir pelas tecnologias duras, a pouca prática do cuidar pelas tecnologias leves, a

organização rígida do serviço entre outros, etc. O cuidado se dá no encontro entre usuário e trabalhador, quando esse permite ser afetado pelo usuário e o considera um interlocutor válido, considerando as demandas para além do corpo biológico. Algumas iniciativas, ainda na graduação, podem colaborar para uma formação em saúde que ofereça oportunidades de exercer cuidado utilizando tecnologias leves e do campo sensível e artístico aos estudantes. Este trabalho buscou cartografar a produção de cuidado dentro de um projeto de extensão que leva os estudantes dos cursos da saúde para realizar atividades artísticas dentro do hospital e também compreender como a atividade do projeto propicia a formação com uso de tecnologias leves (vínculo, empatia, etc). Para isso realizou-se uma pesquisa qualitativa na modalidade de cartografia em que uma das pesquisadoras esteve em campo realizando as atividades junto com os discentes, constituindo-se como parte do projeto. O projeto, chamado “Sensibilizarte” tem quatro frentes de trabalho artístico: música, artesanato, contação de histórias e palhaços. Como resultado, a experiência de campo mostrou que o estudante consegue perceber a importância da tecnologia leve e do cuidado para as pessoas dentro do hospital, e conseguem integrar essa habilidade na sua formação. Ao olhar para o usuário sem pretensão de diagnóstico apenas como um ser humano que oferece sua arte, o estudante percebe como a tecnologia leve trazida pela arte é importante e torna a experiência da interação mais agradável. Concluímos que o projeto tem um potencial para o desenvolvimento de sensibilidade e habilidades de tecnologia leve com os estudantes, colaborando em uma formação que dê ao cuidado um papel central na atuação.

Palavras- chave: cuidado, formação em saúde, arte.

ART AS A TOOL FOR HEALTH TRAINING: A RESCUE FROM THE CARE MEETING

Abstract

The Unified Health System receives criticism in relation to the way it receives users in health services. Although care is the centrality of acting in health, it is often devalued and is in the background due to several factors, such as the care model focused on procedures, training focused on acting by hard technologies, the little practice of caring for people. light technologies, the rigid organization of the service, among others. Care takes place in the encounter between user and worker, when the user allows himself to be affected by the user and considers him a valid interlocutor, considering the demands beyond the biological body. Some initiatives, even in graduation, can collaborate for a health education that offers opportunities to exercise care using light technologies and the sensitive and artistic field to students. This work sought to map the production of care within an extension project that takes students of health courses to perform artistic activities within the hospital and also to understand how the project activity provides training with the use of light technologies (bond, empathy, etc). For that, a qualitative research was carried out in the cartography modality in which one of the researchers was in the field carrying out the

activities together with the students, constituting itself as part of the project. The project, called “Sensibilizarte”, has four fronts of artistic work: music, crafts, storytelling and clowns. As a result, field experience has shown that students are able to realize the importance of light technology and care for people within the hospital, and are able to integrate this skill into their training. When looking at the user without pretending to be diagnosed only as a human being who offers his art, the student realizes how important the light technology brought by art is and makes the experience of hospitalization more pleasant. We conclude that the project has a potential for the development of sensitivity and light technology skills with students, collaborating in training that gives care a central role in performance.

Keywords: care, health education, art.

INTRODUÇÃO

Os serviços públicos de saúde no Brasil recebem críticas. De modo geral, os usuários sentem-se inseguros ao perceber um desinteresse por parte dos profissionais em seus problemas (MERHY, 2002). Predomina, nesses serviços, um modelo de atenção à saúde hegemônico procedimento-centrado, em que o ato cuidador fica perdido, por isso, muitas vezes, embora o usuário receba procedimentos e cirurgias ele pode sair dos serviços sem ter suas necessidades/direitos de saúde completamente atendidas (MERHY, 2002).

Esse cenário é resultado de vários fatores, entre eles o processo de formação das profissões de saúde e o modelo de assistência vigente. As universidades se materializam como espaço do saber científico, mas também da desvalorização das outras formas de saber, da sujeição do corpo adoecido e da subordinação do usuário ao saber do profissional. Nas universidades, há questões relativas à desvalorização da graduação e maior status para a pós-graduação, numa política em que docentes sofrem pressão para alta produtividade acadêmica por conta das políticas de fomento. Os estudantes recebem sua formação em meio a essa tensão e acabam saindo das universidades pouco porosos (abertos, dispostos) para encontros de cuidado com o usuário, com pouca ou nenhuma, aposta na defesa da vida e focados nas leis do mercado de trabalho (FEUERWERKER, 2014). A habilidade de empatia é importante para o trabalho em saúde (PEIXOTO;MOURA, 2020), mas os estudantes acabam perdendo essa habilidade no decorrer da graduação (CHEN *et al.*, 2007) e, curiosamente, isso ocorre nos períodos finais da formação em que os estudantes têm mais contato com usuários do sistema de saúde (HOJAT *et al.*, 2009).

Os cursos da área da saúde operam em múltiplas formas e com diferentes interesses. Nesse espaço de formação estão presentes a disputa de poder e diferentes formas de subjetivação, predominando o modelo médico-hegemônico capturado pela lógica de mercado que perpassa a relação com a indústria hospitalar (FEUERWERKER, 2014). A valoração de cada profissão e das práticas de saúde são influenciados por esse modelo, carregam uma certa forma de olhar a saúde e o corpo, como algo somente físico e que adoece por lesões (FEUERWERKER, 2014). A formação em geral, ocorre baseada em tecnologias altamente especializadas (PEIXOTO; MOURA, 2020), centradas basicamente em tecnologias duras e leve- duras.

O capitalismo promove uma forte captura dos desejos e os coloca para trabalhar mantendo seus interesses. Consumimos mais que produtos, mas também sonhos e modos de vida (PELBART, 2000). Essa captura do capital criou uma lógica produtivista, em que toda atividade se torna produção para manutenção do capitalismo (PELBART, 2000). Essa captura invade os serviços de saúde, embora sejam públicos e coloca a vida em segundo plano, a prioridade passam a ser metas, produtividade e procedimentos (LIMA, 2015).

A respeito do modo de organizar o serviço, Merhy (2013), traz as tecnologias presentes na prática do trabalhador em saúde. A primeira delas chamada de tecnologia dura abarca equipamentos físicos necessários ao trabalho em saúde. A segunda refere-se ao conhecimento técnico-científico que apoia o profissional, são as tecnologias leve - duras. Por fim, as tecnologias leves, são habilidades de relacionamento interpessoal, criação de vínculos, empatia, o que permite ao profissional ser afetado pelo usuário e reconhecê-lo em sua singularidade.

Os serviços costumam colocar ênfase em um tipo de tecnologia, com isso é possível identificar o modelo assistencial que opera ali (MERHY, 2013). O foco do trabalho em saúde muitas vezes permanece centrado na tecnologia dura e a dimensão cuidadora acaba ficando em segundo plano (LIMA; JESUS; SILVA, 2018), entretanto, a satisfação dos usuários com os serviços de saúde está bastante relacionada com o cuidado. Não deixamos de reconhecer a necessidade das demais tecnologias, mas lembramos que a presença das tecnologias leves faz com que o usuário sinta-se satisfeito com o serviço (FERRI *et al.*, 2007). A empatia e o vínculo

são relatados por usuários como essenciais para o cuidado (MARIN *et al.*, 2011). Uma formação em saúde completa deveria poder dar conta do processo de diagnóstico e tratamento, mas também de proporcionar acolhimento e cuidado às diversas necessidades das pessoas e dos coletivos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse cuidado é produzido no encontro (MERHY, 2002) entre o trabalhador e o usuário do serviço. Deleuze e Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 2004) nos mostram que pode haver dois tipos de encontro, aquele que aumenta a potência de agir dos corpos que se encontram, pois produzem paixões alegres, são encontros entre corpos que compõem entre si uma relação que não gera destruição de nenhum deles. Entretanto, há também encontros entre corpos que não compõem entre si, a natureza deles é destruidora e produzem tristeza, diminuindo a potência de agir de, ao menos, um desses corpos (DELEUZE; GUATTARI, 2004). O encontro entre profissional e usuário pode aumentar ou diminuir a potência de agir dos corpos, o que vai depender do quanto cada um deles está aberto a esse encontro. As tecnologias leves necessárias ao cuidado atuam nesse encontro, que forma o trabalho vivo em ato, o cuidado é produzido no encontro e ali mesmo é consumido (MERHY, 2002).

Os corpos que se encontram não são apenas os corpos biológicos - corpo de órgãos, mas sim os corpos que deixam passar os afetos que surgem. Os corpos que são sensíveis ao invisível, aos afetos, que podem ser de atração ou repulsa: o corpo vibrátil (ROLNIK, 2011). O corpo vibrátil é aquele que é tocado pelo afeto que perpassa o encontro, o corpo que se abre para permitir a passagem do invisível, do afeto, das intensidades, não se fecha para as afetações que um encontro com outro corpo pode provocar (ROLNIK, 2011).

Observa-se que a formação nas profissões de saúde se dá, majoritariamente, com foco em tecnologias duras e leve - duras e não ao redor das necessidades do usuário, o que reflete na organização da assistência. Pensando nesse cenário e no quanto uma organização usuário-centrada pode melhorar a experiência do usuário com o serviço, melhorar o cuidado prestado e a qualidade de vida do usuário, perguntamos: Quais os dispositivos capazes de sensibilizar/instrumentalizar discentes dos cursos da área da saúde para o cuidado usuário centrado? Estar, vivenciar e se envolver, mobiliza efeitos na formação e gera

mudanças nas práticas de saúde?

Existem algumas iniciativas (PINHEIRO *et al.*, 2019; PIOVESAN; SILVA, 2014; TAKAHAGUI *et al.*, 2014) dentro da área de saúde que buscam inserir as tecnologias leves no serviço e na formação. Entre elas encontramos alguns projetos que proporcionam vivências com a sensibilidade fora da sala de aula. Abordaremos um projeto de extensão que funciona dentro da Universidade Estadual de Londrina - UEL chamado “Sensibilizarte - A Arte Como Instrumento Para A Humanização Na Formação E No Cuidado Em Saúde”, que pretende sensibilizar os discentes para o cuidado aos usuários do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – HURNP, vinculado à UEL, por meio de atividades artísticas. A arte não como estética, mas sim como meio de alcançar os usuários do hospital. Portanto, o objetivo deste estudo foi cartografar a produção de cuidado feita pelo projeto e como o uso das tecnologias leves dentro do projeto apoia a formação na área da saúde.

CAMINHO CARTOGRÁFICO

A pesquisa foi realizada na modalidade de cartografia, iniciou-se o trabalho após a aprovação sob o CAAE 01761518.1.0000.5231. O período de imersão se deu entre os meses de fevereiro a dezembro de 2019.

A cartografia é uma modalidade de pesquisa qualitativa. Nessa perspectiva, a construção do pesquisador se dá “In-Mundo”, junto às pessoas no campo de pesquisa. A implicação do pesquisador é fundamental para produzir conhecimento. Não há neutralidade e não se busca uma verdade a ser revelada, mas sim o atravessamento do pesquisador pelos afetos produzidos, o pesquisador afeta-se com a vivência e, a partir dessas afetações, produz conhecimento (ABRAHÃO *et al.*, 2016). O cartógrafo mistura-se às descobertas, encontros, aposta na multiplicidade. Busca cartografar a produção da realidade social que o desejo opera (ABRAHÃO *et al.*, 2016).

A pesquisa foi realizada por meio da imersão na vivência das atividades do Projeto de Extensão, anteriormente citado. O projeto tem 13 anos de existência e surgiu pela iniciativa de três estudantes do curso de medicina daquela universidade no ano de 2007. No princípio as atividades eram voluntárias, não havia o registro formal dentro da universidade, apenas a autorização do hospital para que realizassem as atividades. A iniciativa visava trazer arte para dentro do hospital para

que os estudantes pudessem aprender a ter contato mais próximo e humano com os usuários.

O projeto abarcava discentes do curso de medicina e enfermagem, algum tempo após a criação ele abre-se para vários outros cursos da saúde, atualmente conta com estudantes de enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia, farmácia, serviço social, odontologia e educação física.

O projeto em estudo contava, no período em que ocorreu essa pesquisa, com a participação de mais de 100 discentes de todos os cursos da área da saúde da UEL. Sua atuação ocorre em quatro frentes de trabalhos artísticos: artesanato, contação de histórias, música e palhaço. Cada uma tem seu espaço para realizar atividades dentro do HU. As atividades ocorrem predominantemente nas enfermarias adulto, pediatria, maternidade e pronto-socorro.

O projeto defende uma visão de saúde biopsicossocial e busca colaborar na formação dos discentes participantes, desenvolvendo habilidades para prestar cuidado usuário-centrado. Seu principal objetivo é a contribuição para a formação dos estudantes no sentido de torná-los profissionais de saúde humanizados. Isso se dá por meio de recursos artísticos que proporcionam sensibilização para os fatores humanos na saúde. Oferecem oportunidades para que os discentes possam colocar seus corpos vibráteis em sua prática e aprendam a estar mais porosos para os encontros.

A primeira atividade artística realizada foi a palhaçaria, mas logo criaram as novas frentes de atuação que existem atualmente. Havia cinco coordenadores no início, que foram buscando por conta própria capacitação para realizar as atividades propostas. Com esse trabalho e o passar do tempo o projeto se filia a *International Federation of Medical Students Associations of Brazil* (IFMSA - Brazil) e em 2014 consegue ser registrado como um projeto de extensão da universidade, sete anos após sua criação.

Atualmente cada frente de trabalho tem uma hora por semana para realizar atividade dentro do hospital, em um dia específico da semana, além das capacitações, leitura e discussão de textos. O projeto tem dois coordenadores gerais e cada frente conta com mais dois coordenadores, além de uma coordenadora de comunicação. Há também um docente responsável pelo projeto, convidado pelo grupo de alunos. O docente realiza atividades relativas às

formalidades da instituição, pois a coordenação e o planejamento das atividades é feito integralmente pelos discentes.

O ingresso de novos membros ocorre por meio de um processo seletivo anual, para realizar o processo o candidato deve ter participação integral no Simpósio de Humanização em Saúde realizado pelo projeto, evento científico que aborda temas relacionados à humanização em saúde. Depois, deve submeter-se a uma avaliação escrita em que os temas trabalhados no Simpósio são cobrados e, por fim, há uma avaliação prática específica para a frente a qual se candidatou.

As frentes de atuação têm pontos em comum, como o cuidado centrado no usuário e o respeito à singularidade do outro, mas funcionam de modo particular. Todas promovem processos de capacitação para a realização das atividades, os próprios discentes realizam esse processo por meio da experiência acumulada nos vários anos de existência do projeto, contando, eventualmente, com alguns convidados com experiência na arte e na saúde.

Embora cada frente tenha um dia de atuação, há ocasiões em que todas elas entram juntas no hospital, como na época do Natal. Realizam atividades em conjunto fora do hospital também, com o intuito de manter os membros integrados.

O projeto tem como principal objetivo colaborar para a formação de profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades de seus usuários, que sejam capazes de acolher e estabelecer vínculos. Além de colaborar com a qualidade da experiência dos usuários dentro do hospital e proporcionar experiências multiprofissionais para os estudantes.

Abordaremos, brevemente, a atuação específica de cada frente de trabalho. A frente da música leva os estudantes para cantar e tocar instrumentos dentro do hospital, adaptando o repertório para a enfermaria em que vai ocorrer a interação, além de ensaios para que estejam em sincronia. A caracterização ocorre com roupas coloridas, maquiagem também colorida com desenhos no rosto e um jaleco branco.

A frente do artesanato produz presentes como marcadores de livros, brinquedos para as crianças, flores de papel, etc. O presente é oferecido juntamente com uma conversa sobre o que for desejado. O artesanato também utiliza a maquiagem colorida com desenhos e tem um avental colorido com vários

bolsos para levar os presentes.

A frente da contação de histórias leva histórias para contar e também está aberta a ouvir as histórias de quem quiser contar. Utilizam um jaleco identificando seu nome e a maquiagem colorida com desenhos.

A frente do palhaço oferece uma interação sincera por meio de falas, jogos, olhares, pequenas encenações ou apenas uma escuta que faça sentido para quem a recebe. A caracterização utiliza as roupas e maquiagem específicas para palhaço, o nariz colorido e um jaleco branco.

O número de pessoas envolvidas em cada entrada no hospital variava conforme os estudantes em cada frente, usuários e profissionais que permitiram a interação. Cada frente tem cerca de 20 a 30 alunos, em um total de cerca de 100 discentes.

Ao longo do caminho cartográfico a pesquisadora principal participou do processo de capacitação de todas as frentes, para tornar-se parte do projeto e estar dentro dele de modo igualitário junto aos membros. Cada frente tem um processo de capacitação necessário ao cuidado que vai oferecer, com leitura de textos, jogos, dinâmicas, discussões, encenações, vivências. Ao receber a mesma formação para se constituir como discente participante do projeto a pesquisadora pôde construir sua máscara porosa e seu devir discente artista. O devir é a presença de um outro em nós, um sentir de outra maneira, uma mudança em nós, construído por meio do afeto que o outro nos provoca (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

A máscara aqui é abordada como uma convergência de fluxos que traga expressão para os afetos e um modo de vivê-los. Compreende-se uma máscara porosa como aquela que permite a passagem dos afetos e intensidades provocando afetações. “Intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, se simularem; sua exteriorização depende de elas tomarem corpo em matéria de expressão. Afetos só ganham espessura de real quando se efetuam” (ROLNIK, 2011, p. 3).

Uma das pesquisadoras viveu como participante do projeto executando todas as atividades dele, caracterizada do mesmo modo que os discentes, assim pôde sentir na pele o que é ser participante desse projeto e como ele afeta os corpos. Esteve presente em todas as atividades de todas as frentes durante o período de imersão (fevereiro a dezembro de 2019). As atividades do

projeto reverberam em todos que com ela tiveram contato, provocando interferências na rotina de trabalho e com isso formaram-se parcerias no cuidado, vivências que serão aqui retratadas.

A análise das impressões e dos afetos vividos em campo foram realizadas com base no referencial teórico de Deleuze e Guattari e registradas em diário de campo. O diário contém o relato das vivências, bem como as percepções e afetações que ocorreram no corpo da pesquisadora. O afeto é a influência de um corpo sobre outro e que faz modificar seus estados, pode aumentar ou diminuir a potência de agir dos corpos. Inspirar a mover-se, gerando alegria ou paralisa, gerando tristeza (DELEUZE, 2017). A análise do conhecimento produzido na imersão no campo ocorreu em parceria com um grupo de pesquisa que auxiliou no processamento das vivências. O processamento é aquele momento de refletir sobre os afetos que perpassaram a pesquisadora em campo e como eles a afetaram. Algumas vezes ficamos cegos para percepções que não podemos, não conseguimos ou não queremos encontrar, por conta da desterritorialização e angústia que podem provocar (CRUZ *et al.*, 2016). O processamento serve para retirar essas “vendas” que aparecem no decorrer da cartografia e nos fazem não ver alguns aspectos (CRUZ *et al.*, 2016). No caso desse trabalho havia somente uma pesquisadora em campo, o grupo processava junto as marcas do campo, buscando retirar possíveis vendas, compreender a implicação com algumas marcas reavivadas no campo, assim colaborando para enriquecer a análise, bem como no suporte teórico e emocional para os afetos difíceis. Serão agora trazidas algumas cenas que retratam como as atividades do projeto afetam a formação dos estudantes, da mesma forma que o aprendizado recolhido por meio delas. Cada cena será apresentada como uma narrativa com seu título.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Viver esse campo permitiu sentir o intenso fluxo de afetos e desejos, que ali perpassavam. A pesquisadora viveu os diferentes devires que o projeto agenciou nela. Segundo Rolnik (2011), para permitir a passagem de afetos as intensidades formam máscaras para que elas ganhem um modo de se expressar. Isso só foi possível porque a pesquisadora pôde utilizar-se de máscara porosa.

Os encontros provocam novos modos de ser a partir de como

afetam os corpos, são os devires em nós (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Então, para entrar no campo nos convocamos a estar porosos e abertos a novos devires que cada frente de trabalho do projeto proporciona. O devir palhaça, devir artesã, devir contadora de histórias e o devir música. Esse método cartográfico possibilita dar voz e visibilidade para a passagem aos afetos que atravessaram o corpo e produziram novos saberes. Conforme Deleuze e Guattari (1995), o encontro compõe nossa multiplicidade, pois provoca um devir em nós. Quando me encontro com o discente tenho um devir discente em mim, se encontro-me com o palhaço, tenho um devir palhaço em mim. Ele não é uma imitação nem uma filiação, é a identificação do outro em mim, o que o outro provoca em mim (DELEUZE;GUATTARI, 1995).

A atuação do projeto ocorre de modo a respeitar o desejo do usuário com quem busca interagir. Os estudantes entram nas enfermarias em grupos de cerca de dez a vinte pessoas. O coordenador tem a função de verificar quantas pessoas estão internadas e fazer uma divisão em grupos menores para que todos os quartos possam ser atendidos. Antes de entrar em cada quarto observamos como as pessoas reagem à nossa passagem pela porta, então, paramos em frente ao quarto, nos apresentamos, explicamos o que temos a oferecer e perguntamos se podemos entrar. A entrada ocorre apenas depois da permissão, sem ela não há interação, caso não seja permitida agradecemos a atenção e vamos ao seguinte.

Lembrando que o grande objetivo do projeto é sensibilizar os discentes para o encontro com o outro, de modo que permitam que os corpos vibráteis entrem em cena e estejam abertos para perceber o invisível nesses encontros. Traremos a seguir cenas vivenciadas engendradas com os conceitos que elas dispararam no processo cartográfico.

A cena “De Mãos Atadas e Coração Aberto” ocorreu em uma das enfermarias de adultos, naquele dia a pesquisadora estava mobilizada em seu devir-palhaça, havia uma senhora de cerca de 72 anos com uma expressão bastante triste. Ela reclamava de dor e pedia para que nós a ajudássemos a trocar de posição no leito, entretanto, por mais que nos sentíssemos agenciados em estar como ela, não podíamos interferir. O agenciamento é um crescimento de uma multiplicidade, de um desejo que é capturado pelo momento e impulsiona para a ação (17). Na dúvida perguntamos a dois profissionais da enfermagem diferentes se poderiam atendê-la, recebemos dois: “Daqui a pouco eu vou”, mas permanecemos na cena

por cerca de 30 minutos e não obtivemos sucesso.

A sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais, provavelmente, foi um fator de grande influência no comportamento desses trabalhadores naquele momento, mas algo chamou nossa atenção: logo após nosso pedido, um desses profissionais atendeu prontamente a solicitação de um colega médico, para que encontrasse um avental para paramentar-se. Durante todo o tempo em que permanecemos ali, o profissional passou procurando o avental para o colega e ninguém foi cuidar daquela senhora. Ao sairmos da enfermaria, como de costume, é feita uma conversa entre os estudantes sobre as afetações vividas no encontro para cuidar uns dos outros.

O discente-palhaço que me acompanhava relata o quanto aquilo foi difícil de viver e como ficou afetado com o sofrimento da mulher. Ele entra como palhaço, iniciando uma interação, que não necessariamente precisa ser engraçada, precisa ser o que o outro no encontro necessita. A senhora necessitava contar a ele um pouco de sua história e da dor que sentia ali, sobre a insegurança por pedir ajuda e não receber. Ao discente-palhaço e à pesquisadora coube acolher e suportar a dor. O sofrimento da senhora perpassou nossos corpos, o encontro gerou uma paixão triste, um afeto de tristeza (19), saímos com nossas potências de ação diminuídas. Nossos corpos vibráteis estiveram presentes, pois fomos atravessados pelo sofrimento.

Embora tenha ocorrido diminuição de potência e paixão triste nesse encontro, elas foram apenas momentâneas. Durante o processamento desses afetos junto aos demais discentes foi possível observar as marcas que ficaram nos corpos do discente-palhaço e da pesquisadora-palhaça. Elas geraram nova potência, pudemos fazer uma dobra, um aspecto oposto da subjetividade, mas que não pode ser separado (DELEUZE;GUATTARI, 2004). A subjetividade é um processo, não é estática. Ela é atravessada por linhas de sentido tecidas pelo desejo, que tem força maior ou menor para operar e criar práticas sociais. Quando essas linhas se dobram aquilo que estava fora da subjetividade vem para dentro (CASSIANO; FURLAN, 2013). Nessa cena, o sentido do “descuidado” vem para dentro dos nossos processos de subjetivação.

Ao ter seus corpos afetados por aquele encontro, ambos sentiram o desejo de não repetir aquela cena, pois foi permeada de dor e de falta de cuidado,

foram esses os afetos que passaram pelo corpo da pesquisadora. O discente palhaço e a pesquisadora sentiram que devem estar atentos e vigilantes em suas atuações enquanto profissionais, para que não operem da mesma forma como ocorreu naquela cena, há um desejo de operar de modo mais cuidadoso. Pudemos fazer essa dobra em que de um lado há uma situação de “descuidado” e do outro o desejo de gerar situações de cuidado. Portanto, a potência de desejar uma atuação diferente daquela foi gerada, mesmo vivendo aquela paixão triste.

A vivência do discente dentro do projeto proporciona experiências que podem levar a uma abertura do olhar para o ser humano, convocando seu corpo vibrátil. No momento em que adentra o hospital ele está em um lugar que não é de profissional/discente, mas de artista, portanto, o afeto que passa nos encontros com o usuário e equipe são o do encontro entre eles e o artista, um afeto de sensibilidade e delicadeza.

Na incursão no projeto os estudantes não têm foco em sua atuação profissional, o único foco deles é proporcionar cuidado para quem quiser encontrar-se com eles. Vivenciam a máscara (ROLNIK, 2011) do profissional/estudante e de artista, porém, carregam o profissional em si, com base nas habilidades sensíveis como a tecnologia leve (MERHY, 2002), que desenvolvidas pelo projeto poderão ser incorporadas em seu devir profissional. Há muitos devires em nós, por isso somos multidão (DELEUZE, GUATTARI, 1997), os discentes têm seu devir artista, devir estudante e devir profissional, que tem sido composto em conjunto as atividades artísticas dentro do projeto.

No encontro enquanto artista, o estudante tem a possibilidade de sentir e acolher a dor do outro, colocar seu corpo vibrátil na cena. Quando os funcionários se dirigem ao discente, não é ao estudante de medicina, de fisioterapia, de enfermagem com quem falam, mas sim com palhaços, músicos, contadores de história e artesãos. Desse modo, o encontro é distinto do que poderiam ter enquanto estudantes. A formalidade de se tratar outro colega de profissão desaparece e ele recebe vários afetos, felizes e tristes também. Após o encontro enquanto artistas, as marcas que ficaram no corpo são levadas e podem ser incorporadas ao devir (DELEUZE; GUATTARI, 1995) profissional. Os afetos vividos no projeto marcaram os corpos, lhes trouxeram paixões alegres com os bons encontros, mas também tristes pelo modo duro de operar do hospital. Todos esses afetos perpassam os

corpos dos discentes e ecoam em sua vida.

Aprendem a olhar primeiro para o ser humano, depois para o problema de saúde que carregam. O exercício de estar ali prestando um cuidado por meio da arte, com o único objetivo de cuidar do modo como o outro necessita, não tem pretensões de cura ou reconhecimento, é um exercício que reverbera. Uma das discentes relata que com sua participação no projeto passou a compreender e se relacionar melhor com a própria família, outra relata que nos estágios de graduação consegue ter melhor comunicação com os usuários, aqueles considerados “difíceis” e “grossos”, que já não se comportam desse modo com ela.

Numa outra cena, “Primeiro olhar e ouvir”, um dos discentes que passou pelo projeto e se formou, relata que o projeto traz um cuidado para o usuário, mas que traz outro muito maior para o estudante. Notou que sua participação no projeto reduziu o nervosismo, pois aprendeu a se aproximar das pessoas e criou um modo de fazer contato. Então, as tecnologias leves têm grande base em sua formação, pois construiu sua caixa de ferramentas leves, ao mesmo tempo que construía a dura e leve-dura e pôde compreender que as leves são tão importantes quanto as demais, utilizando-as para compor seu profissional. Não criou a impressão de que as tecnologias duras e leve-duras são mais importantes, como frequentemente acontece. No momento de aplicar a técnica referente à sua profissão, consegue fazer contato, escutar, perceber as necessidades, comunicar-se, etc. A habilidade de colocar o outro no centro pode ser transferida da intervenção artística para a intervenção profissional.

Outros dois discentes da frente do artesanato relataram durante uma discussão de leitura que conseguem levar o modo de operar do projeto para a vida profissional, pois estão fazendo estágios. Ao entrar em contato com o usuário conseguem lembrar-se de como o projeto faz o primeiro contato: aparecer na porta, apresentar-se e perguntar se desejam o cuidado oferecido. Assim, mesmo que tenham um protocolo ou uma tarefa específica a cumprir primeiro se apresentam e perguntam o que a pessoa deseja, ouvem o que ela tem a falar e depois tentam realizar a tarefa a ser executada, de modo a considerar o desejo e a fala do usuário.

O projeto tem potência para isso, à medida que proporciona o exercício da sensibilidade no encontro e traz a ideia de que primeiro se olha para o ser humano, depois para o diagnóstico e tratamento, que deve ser centrado nas

necessidades e desejo do usuário. O projeto leva o aluno ao campo do trabalho, o que é transformador para todos, alunos, profissionais e usuários, pois ocorre por meio da produção do sensível que atravessa os corpos nos encontros.

O profissional muitas vezes não coloca o usuário no centro por vários motivos, não pensa que essa seja sua função, sua formação foi baseada nas leis do mercado, deixando-os pouco porosos aos encontros (FEUERWERKER, 2014) e desconsiderando a subjetividade ou, ainda, porque precisa se fechar emocionalmente para sobreviver ao sofrimento trazido pelo trabalho (BARROS; HECKERT, 2010). Cuidar de modo usuário-centrado e fazer vínculo pode ser ensinado, pois são habilidades e não algo inato.

Nem sempre é um processo fácil, pois requer disposição, a presença do corpo vibrátil e porosidade para o encontro, necessita prática, dedicação, autoconhecimento e, muitas vezes, pode provocar sofrimento por conta da proximidade com a dor do outros. Sem ferramentas fica difícil para o trabalhador da saúde abrir seu corpo para esses encontros.

A vivência de discentes em ações como esta lhes dá as ferramentas para que possam executar ações de cuidado usuário-centrado, coloca a perspectiva de que isso é uma função do profissional e proporciona vivências que ensinem como fazer isso. Também apoio para momentos difíceis no final das entradas no hospital. Esse apoio ocorre no final de cada entrada, em que os estudantes fazem uma roda de conversa para refletir sobre a vivência e para compartilhar afetos. Ele é fundamental para a existência do projeto porque propicia trocas e apoio para o sofrimento, o estudante não vai embora carregando afetos difíceis sozinho, recebe suporte dos colegas.

Colocar intervenções baseadas em arte dentro de um hospital, a princípio, parece algo que não faz muito sentido, pois são encontros entre universos e modos de operar muito distintos, entretanto, a diferença pode justamente gerar muita potência de vida, à medida que cria espaços intercessores que abrem a possibilidade de criação de novas formas de cuidar (BERTUSSI *et al.*, 2016). Os espaços intercessores são encontros que criam, “quaisquer encontros fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor, pois sem os intercessores não há criação e não há pensamento” (BERTUSSI *et al.*, 2016, p. 59).

Mesmo em ambientes com um modo duro de operar é possível criar

espaços de conversa e debate mais flexíveis e que prezam pelo cuidado. Quanto maior a participação efetiva dos estudantes, mais chances de sucesso essas iniciativas têm, rumo a uma formação menos dura (FEUERWERKER, 2014). Essa transformação pode ocorrer na prática cotidiana, dentro das escolas e também dentro dos serviços de saúde, criando novas formas de subjetivação, desterritorializando os agentes do campo e provocando o tensionamento e reflexão acerca dos processos que estão em disputa, pelo modo de saber e formar profissionais de saúde (FEUERWERKER, 2014). O projeto possibilita esse espaço aberto, democrático, com participação efetiva dos estudantes e é assim que eles operam: coordenam, debatem, tomam as decisões em coletivo, refletem sobre sua vivência no projeto e os afetos que os mobilizam. O projeto atua na formação acadêmica dentro do hospital, combina os campos da formação e do serviço, o que o torna uma ferramenta muito potente para uma formação que considere as necessidades de saúde para além do corpo biológico, que se permita ser atravessada pelos afetos e prepare-se para lidar com eles, que forneça ferramentas para a prática usuário-centrada.

Isso tudo ocorre fora da sala de aula, fora do currículo formal dos estudantes, assim como muitas iniciativas dessa natureza (PINHEIRO *et al.*, 2019; PIOVESAN; SILVA, 2014; TAKAHAGUI *et al.*, 2014). O projeto não é uma atividade obrigatória, porém não é algo simples. Enquanto pesquisadora pude viver esse aspecto, que exige tempo, dedicação, leitura e trabalho com os próprios afetos que são bastantes mobilizados na atuação. Os estudantes dos cursos da saúde têm, geralmente, atividades em tempo integral e são sobrecarregados, apesar disso, o projeto tem mais de 10 anos de existência, conta com mais de 100 discentes distribuídos entre as frentes de atuação e todos os anos o processo seletivo é bastante concorrido. O que explicita o quão mobilizador é trabalhar com arte na saúde para esses estudantes, o projeto agencia o desejo de defender a vida, deles próprios e do outro. A arte tem essa capacidade mobilizadora de desejos:

[...] filosofia cria conceitos, a ciência cria funções e a arte sensações. Dentre esses três ramos do conhecimento destacaremos o enfoque dado por Deleuze à arte, pois é ela em sua heterogeneidade a responsável por compor afetos que proporcionam as experiências estéticas e, responsável pelo desencadeamento do devir sensível; uma vez que, em arte não se trata de reproduzir ou criar formas, mas de captar forças." (23) (BARREIRO *et al.*, 2018, p. 521-522)

O projeto opera de modo a utilizar a potência da arte para convocar o corpo sensível dos estudantes e agenciá-los a inserir a arte em seu devir profissional como umas das bases de sua formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação de iniciativas como a do projeto em questão mostrou-se um agenciador potente para o desenvolvimento da sensibilidade e das tecnologias leves dos estudantes. Ao fazer o exercício artístico de cuidado usuário-centrado e depois conseguir aplicar em sua prática de estagiário essas habilidades, o estudante percebe que é possível fazer esse cuidado e em como ele difere do cuidado procedimento-centrado, além de facilitar a relação com o usuário.

Um ponto importante a destacar é que os estudantes recebem apoio uns dos outros, os afetos vivenciados são acolhidos e processados, em um ambiente seguro. Sentir-se vulnerável ou triste com algum encontro não significa fracasso, mas sim sensibilidade. Esse espaço de apoio tem grande importância para o andamento do projeto, sem ele ficaria insuportável lidar com os afetos que nos atravessam e seguir com as atividades do projeto.

Esse artigo traz evidências significativas, mostrando ser possível ensinar habilidades de tecnologia leve e que é viável incluir esse processo na formação em saúde. Se desejamos ter serviços de saúde mais acolhedores e pautados no cuidado “encontro-centrado”, espaços de formação agenciados pela arte e de processamento de afetos gerados nessas vivências devem ser almejados como um prática mais frequentes na formação dos estudantes da saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *In: MERHY, E. E. et al. (Eds.). . Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 1.* Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, 2016. p. 22–30.

BARROS, M. E. B. DE; HECKERT, A. L. C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. *In: E, R. P.; LOPES, T. C. (Eds.). . Ética , Técnica e Formação : as razões do cuidado como direito à saúde.* Rio de Janeiro -RJ: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2010. p. 1–256.

BERTUSSI, D. C. *et al.* Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. *In:* FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Eds.). . **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 2**. Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, 2016. .

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro -RJ: Forense Universitária, 2009.

CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicologia e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 373–378, 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [online]. 2004, vol.14, n.1, pp.41-65.

CHEN, D. *et al.* A cross-sectional measurement of medical student empathy. **Journal of General Internal Medicine**, v. 22, n. 10, p. 1434–1438, 2007.

CRUZ, K. T. DA *et al.* Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. *In:* FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Eds.). . **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 2**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis Editora, Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016. p. 252–69.

DELEUZE, G. **Espinosa e o problema da expressão**. São Paulo- SP: Editora 34, 2017.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs : capitalismo e esquizofrenia**. 1ª ed. [s.l.] Editora 34, 1995. v 1.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1ª ed. Rio de Janeiro -RJ: Editora 34, 1996.v 3.

_____. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. 1ª ed. São Paulo- SP: Editora 34, 1997a. v 4.

_____. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia** 1ª ed. São Paulo- SP: [s.n.]. 1997b. v 5.

_____. **O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1**. Lisboa: Assírio e Alvim, 2004.

FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de leves gerador adoras satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família *. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 515–530, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e a formação de profissionais de saúde. *In:* **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Editora Rede UniDA, 2014. p. 119–160.

HOJAT, M. *et al.* The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1182–1191, 2009.

LIMA, A. A.; JESUS, D. S. DE; SILVA, T. L. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 1–15, 2018.

LIMA, J. V. C. D. L. **A produção do cuidado na atenção básica: controlar a vida/ produzir a existência.** [s.l.] UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2015.

MARIN, M. J. S. *et al.* O sentido da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4357–4365, 2011.

MERHY, E. E. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo- SP: Editora HUCITEC, 2002. p. 190.

_____. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. *In*: LOBOSQUE, A. M. (Ed.). **Caderno de Saúde Mental 3 - Seminário Saúde Mental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte -MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010. v. 3p. 202p.

_____. Ver a Si no Ato de Cuidar: Educação Permanente na Saúde. *In*: FERLA, A. A. *et al.* (Eds.). **Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre ed. [s.l.] Rede Unida, 2013. .

PEIXOTO, J. M.; MOURA, E. P. Mapa da Empatia em Saúde: Elaboração de um Instrumento para o Desenvolvimento da Empatia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. 1–8, 2020.

PELBART, P. P. **Vida Capital: ensaios de bipolítica**. 1ª ed. São Paulo- SP: Iluminuras, 2000.

_____. **Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”**. Disponível em:

<<https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2017/05/02/por-uma-arte-de-instaurar-modos-de-existencia-que-nao-existem-peter-pal-pelbart/>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

PINHEIRO, L. B. *et al.* **37º SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SULO QUE CONTAR 10 ANOS DEPOIS? O PROGRAMA CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA UFCSPA E SEU LEGADO CULTURAL, SOCIAL E DE CUIDADO COM O SER HUMANO**. **Anais...**Porto Alegre: 2019

PIOVESAN, J. C.; SILVA, N. A. DA. **Fórum Internacional de Pedagogia MÚSICA E LUDICIDADE: A IMPORTÂNCIA DA MUSICALIDADE PARA O AMBIENTE HOSPITALAR**. **Anais...**Santa Maria: 2014

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: UFRGS Editora, Editora Sulina, 2011.

TAKAHAGUI, F. M. *et al.* MadAlegria - Estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 120–126, 2014.

5. A MÚSICA VAI DIMINUINDO, É O MOMENTO DE PENSAR COMO VAMOS TERMINAR ESSA DANÇA...

Depois da intensa vivência no campo, acompanhada de estudos, leituras e processamentos, algumas marcas vão ficando no corpo da bailarina cartógrafa. Marcas que podem colaborar no conhecimento a respeito da prática do cuidado em saúde pela via da arte.

Agora, a bailarina cartógrafa retorna ao palco para o último agradecimento, para dar um último giro com a sensiatista e ambas começam a finalizar sua dança, a velocidade dos giros vai diminuindo, pois elas sabem que o tempo de estar nesse palco está acabando. Elas começam a pensar em todos os passos que deram nessa cartografia, nas marcas que eles deixaram em seu corpo, em seu modo de viver, de dançar, de trabalhar e pesquisar. Essas marcas produziram conhecimento e aqui trouxemos a voz que elas puderam dar a eles.

O cuidado produzido no encontro foi o grande destaque dessa cartografia, que acontece em saúde quando o profissional coloca o desejo do outro, do usuário no centro de sua ação profissional. Quando ele não faz um movimento de controle sobre o outro tentando obrigá-lo a aderir a tratamentos sem antes ouvir o que ele deseja. Para se fazer isso é necessário que o trabalhador tenha sua caixa de ferramentas completa, com todos os tipos de tecnologia dentro dela, a dura, leve-dura e a leve. A composição na integração das três é o modo que aumenta a potência no cuidado às diferentes demandas de saúde.

Agindo desse modo é possível ver o usuário no lugar de um sujeito ativo e não somente alguém que deve se submeter ao seu conhecimento. Embora, muitas vezes, seja colocado nesse lugar de objeto o usuário não fica passivo, ele reage, cria linhas de fuga e acaba por executar seu cuidado do modo como deseja, basta dizer que está fazendo o que lhe foi prescrito e não fazer. Portanto, o cuidado

é influenciado pelas subjetividades presentes no encontro, tanto do trabalhador e do usuário quanto a da gestão que definiu as normas e protocolos a serem cumpridos.

Para o cuidado usuário-centrado acontecer é necessário um processo de trabalho que propicie isso aos seus trabalhadores e que eles estejam com ferramentas em sua mochila para isso. A formação em saúde, de modo geral, ainda é bastante “procedimento-centrada”, focada nas ciências biológicas e técnicas. Assim, os estudantes aprendem mais a preocupar-se com a doença que com a pessoa em que essa doença está. Aprendem a ouvir pouco e a diagnosticar muito, portanto, a dimensão cuidadora das profissões de saúde se perde. Em contrapartida, temos algumas iniciativas que nos trazem a possibilidade de abrir espaço para o cuidado sensível (BERTUSSI; SUNDFELD; FEUERWERKER, 2016) dentro da formação.

A arte é uma ferramenta potente que pode colaborar para que esse cuidado seja usuário-centrado, pois o processo produtivo da arte gera significado para a vida de quem a produz, além de alcançar emoções por vezes difíceis de serem agenciadas. A arte mobiliza a sensibilidade humana e justamente por isso ela tem potência para sensibilizar os profissionais e estudantes para ter uma atuação em saúde mais sensível, mais usuário-centrada. Nesse sentido, por meio da atuação dos milhares de profissionais do SUS com abertura para essa vertente, seria possível a presença da arte na saúde, desterritorializando o lugar da saúde apenas como algo biológico, ampliando e percebendo que as necessidades de saúde também passam pelo campo do sensível e das emoções.

Sou uma psicóloga que gosta de trabalhar na saúde pública, no SUS e da perspectiva de olhar para a saúde de modo global, considerando as emoções como demandas de saúde. Isso e o momento em que eu vivia quando optei por esse campo foram grandes agenciadores para que eu o escolhesse. O campo no Sensibilizarte foi uma possibilidade de viver um lugar de formação, pesquisa e atuação com mais leveza e sensibilidade, estar ali fazia sentido para mim.

Pensando no meu lugar de pesquisadora cartógrafa foi intenso colocar o próprio corpo no campo. Uma vez ali você estará exposto a ser atravessado pelos mais variados afetos e, com certeza, algum deles vai provocar deslocamento e até angústia. Requer um tanto de coragem, mas eu tinha o grupo de estudos, minha orientadora e a minha psicóloga para me apoiar.

Quanto à produção de conhecimento que essa cartografia proporcionou, dois aspectos ficaram evidentes. O Sensibilizarte é capaz de colaborar para a formação dos estudantes marcando o corpo deles e sensibilizando-os para o cuidado produzido no encontro. A outra marca é que existe o efeito na atuação do trabalhador de saúde que se sente cuidado no seu dia a dia.

Quanto à formação, o Sensi é um agenciador potente para a construção de ferramentas para o cuidado usuário-centrado. A experiência que o projeto proporciona ao estudante é capaz de sensibilizar para o cuidado do ser humano e não somente da doença. O projeto não pretende mudar a formação do estudante de saúde para estudantes de artes, os estudantes de enfermagem serão enfermeiros, os de fisioterapia serão fisioterapeutas, ou seja, não irão deixar de fazer os procedimentos e condutas contidas nos protocolos, mas poderão exercer uma escuta em sua prática, ouvir um pouco das histórias de vida dessas pessoas, dos desejos e medos que elas têm. Assim, pode construir conjuntamente uma ação em saúde menos assustadora e que esteja mais próxima do desejo dessa pessoa, o que provavelmente vai ter uma aceitação melhor. A potência do projeto está justamente na vivência enquanto estudantes, pois o devir profissional deles não está rígido, então, essa mistura entre tecnologia leve, dura e leve-dura pode ocorrer com mais facilidade.

O projeto foi pensado para a sensibilização dos discentes, mas sua presença no hospital reverbera na atuação dos trabalhadores. O projeto interage também com os trabalhadores que mostram interesse nessa interação, assim, cuida deles também. Afinal, o projeto e os usuários são passageiros dentro do hospital, os trabalhadores não, são eles quem permanecem mais tempo ali dentro e são também afetados pelo sofrimento dos usuários que atendem, pela sobrecarga de trabalho e pela dureza da rotina. Os trabalhadores também precisam de cuidado e o projeto proporciona isso. Alguns não se abrem para a interação, porque estão com pressa ou sobrecarregados e fecham-se para poder sobreviver emocionalmente. Mas quando permitem a interação podem receber o cuidado e o projeto percebeu isso. No tempo em que eu estive com eles pude ver que passaram a considerar mais o cuidado com o profissional também. Depois de receber o cuidado, o trabalhador muitas vezes pedia para que fôssemos interagir com pessoas específicas, o que mostra que uma pessoa quando recebe cuidado, fica mais sensível para a

necessidade de cuidado do outro, o que é essencial dentro de um serviço de saúde.

Como cuidado e saúde é algo humano e da vida, não exclusividade dos profissionais de saúde, tanto palhaços quanto músicos, artesãos e os contadores de histórias, enfim, todos podem ser cuidadores em saúde, pois:

O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 215).

Essa fala me atravessa fortemente e é um dos aspectos que me agenciou para essa tese, para estudar e trabalhar no SUS. O Sensibilizarte é um coletivo que tenta inventar esse novo sistema de valor, tendo a vida como ponto central. Ao prezar pelo acolhimento, pelo respeito à diversidade e aos limites de cada um, ao tentar colocar o corpo vibrátil na atuação do projeto e ao mesmo tempo respeitar a regra da prudência de que nos fala Rolnik em *Cartografia Sentimental*, o projeto valoriza a vida. Ao realizar o processamento após as entradas, o coletivo acolhe os afetos que passaram os corpos de cada um e os processa, suportando os pesados, esclarecendo os confusos e espalhando os alegres. Sempre sentia-me muito feliz ao estar ali e ver pessoas tão jovens interessadas em um coletivo como aquele.

A minha vivência no Sensi foi também um exercício de humildade, assim como estar no palco. Por mais que a bailarina se ponha linda, produzida, ensaiada, crendo ser aquele personagem, qualquer coisa pode acontecer ali no palco. As pessoas podem gostar e aplaudir, mas podem não gostar, ficar indiferentes e até mesmo proferir ofensas. Então, estar ali no palco é um exercício de humildade e de vulnerabilidade. Quem disse isso não fui eu, foi a minha professora de *Tribal Fusion*, a Esther. E antropófaga que sou, devorei!

O Sensi me trouxe esse devir de humildade e de vulnerabilidade, por estar ali de corpo aberto levando arte a quem eu não sei como vai receber. Tive sorte, pois a maioria quis e me recebeu muito bem. Quando iniciei pensava que eu iria ajudar as pessoas que estavam vulneráveis ali, mas logo percebi, após alguns encontros, que muitas vezes eu saía de dentro do HU me sentindo melhor que quando entrei, então, não sabia mais quem foi que ajudou quem. Acho que é uma dobra que a gente faz com o projeto, pois que nós ajudamos eu tenho certeza,

ajudamos a cuidar, a passar pela internação, mas em um outro nível nós trocamos afetos e somos ajudados também. No fim das contas eu me sentia grata pela oportunidade de estar ali no projeto.

Outro ponto que me mobilizava muito era o tempo. Quando as pessoas pediam para não irmos embora era terrível, sempre pensava que era pouco tempo, mas compreendo também que o hospital precisa funcionar, alguns tarefas são bastante complicadas e exigem concentração por parte dos profissionais, então, ter o corredor cheio de gente o tempo todo certamente vai atrapalhar. Ainda nesse mesmo tema percebi um terceiro aspecto, que encontros de cuidado são independentes do tempo cronológico, não importa a quantidade, mas sim a qualidade do tempo que se passa nesse encontro, do quanto, de fato, estamos com o corpo vibrátil ali.

No final dessa cartografia fico agenciada a pensar no sentido do nosso trabalho no SUS. A saúde que empenha-se tanto em salvar vidas, como é que tem feito isso, salvando somente o corpo de órgãos ou toda a complexidade da vida? Eu vi muita vida dentro do projeto, mas também muita morte, literalmente e simbolicamente, quando um cuidado não é usuário-centrado e o desejo dele é aprisionado, morto.

Fui afetada por sofrimento sim, momentos difíceis, em que minha potência diminuiu quando pelo meu corpo passaram afetos tão intensos e difíceis. Às vezes, por ver desejos capturados e tentando capturar os demais, as vidas que eu vi ali corriam perigo, passavam por afetos muito pesados, doenças graves. Mas ao perceber que a presença do projeto e a presença do meu corpo naquele hospital cuidavam das pessoas, doar o meu tempo ali trazia potência de vida a elas por mais difícil que fosse o afeto vivido. Senti afetos de tristeza e de felicidade passarem por mim ao mesmo tempo, com alguns momentos de choro. Isso é explicado por Deleuze (2017) falando a partir de Espinosa, “podemos, ao mesmo tempo, amar e odiar um mesmo objeto, não apenas em virtude dessas relações, mas também em virtude da complexidade das relações que nos compõem intrinsecamente” (DELEUZE, 2017, p.166). A mistura de afetos que perpassaram meu corpo, deixaram marcas que carrego nele e fizeram-me viver alegria e tristeza juntas, mas ao final o que prevaleceu foi a gratidão!

Sempre pude contar com o apoio dos colegas discentes/artistas e

dos colegas do grupo de pesquisa, fazendo os processamentos. Com a minha psicóloga, então, tive lugares para que minha potência de vida fosse restituída quando os encontros eram tristes.

A bailarina cartógrafa saiu, então, do palco do Sensi e a sensiartista também. Afinal, todos precisam sair um dia. Agora estão nas coxias, vibrando pela dança que acabaram de executar. Um tantinho tristes por terem de sair desse palco, e um tanto feliz por terem estado nele. Seus corpos sabem que agora é a vez de outros corpos dançarem no palco do Sensi. O meu espetáculo acabou aqui, já dancei a minha música, já fiz meu campo de pesquisa, mas assim como o palco continua vivo com outros espetáculos, o Sensi também, pois ele segue com os demais estudantes que o compõe e com os que ainda estão por vir, para novas danças, novas pesquisas e novas bailarinas. A cortina se fecha e a bailarina cartógrafa seguiu para sua próxima dança em novos palcos, a sensiartista a acompanhará.

Gostaria de dizer a todos os membros do Sensi: OBRIGADA! Por permitirem que eu fizesse parte desse trabalho tão importante e pela acolhida genuinamente aberta que tiveram comigo, acho que posso dizer que eu sou mesmo uma sensiartista, pois é assim que me sinto, genuinamente parte do projeto.

Depois dessa cartografia penso sobre a possibilidade de permanência e expansão da arte dentro do SUS e nos motivos pelos quais isso ainda não ocorre. Observamos algumas iniciativas que buscam inserir a arte como ferramenta de cuidado na saúde. O material que foi possível encontrar na literatura científica brasileira trata em sua maioria de projetos vinculados às universidades em que os artistas são os estudantes (PINHEIRO *et al.*, 2019; PIOVESAN; SILVA, 2014; TAKAHAGUI *et al.*, 2014).

Em relação ao tempo de vivência da arte misturada com a saúde, o modo mais duradouro observado se dá no meio acadêmico, principalmente por projetos de extensão que podem ter uma longa duração, entretanto, ainda com um caráter pontual, conforme a oferta do projeto. Fica o desejo de que todos os alunos da saúde pudessem participar de espaços como esse e, ainda, o sentimento de que esses projetos podem se extinguir quando não houver mais docentes interessados em manter sua temática. Existe uma nova resolução que torna a extensão obrigatória, mas ainda não sabemos se isso irá colaborar para a perenização das

atividades artísticas na saúde, na potência que hoje ocorre nesta iniciativa do Sensi.

Os artigos encontrados não falam sobre recursos para seu funcionamento. Aqui, no Sensibilizarte, também não há financiamento direto às ações, então os estudantes acabam utilizando recursos próprios para os materiais de artesanato, maquiagens, jalecos, aventais e roupas utilizadas nas entradas. No entanto, o projeto hoje cadastrado como extensão na instituição de ensino superior vinculada, consegue que os alunos possam concorrer a bolsas de extensão. O Simpósio que realizam todo ano é feito com recursos vindos do valor cobrado nas inscrições. Assim o projeto tem conseguido permanecer em atividade, mas para expandir e mesmo garantir a manutenção do projeto seria importante que tivessem financiamento.

No que diz respeito aos recursos financeiros acredito que, para avançar na permanência da arte na saúde, artistas poderiam ser contratados para trabalhar alguns períodos dentro de serviços de saúde. A arte é também uma profissão e o artista poderia ser integrado como um profissional de saúde, entretanto, o SUS sofre de subfinanciamento desde seu nascimento (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). E como é possível observar, recentemente sofremos mais perdas em relação ao financiamento da saúde pública brasileira (MENEZES; MORETTI; REIS 2020), então, acredito que essa seja uma proposta para o futuro.

Outro problema que atravessa toda a vida humana é a captura do capital, como já foi abordado, ele transforma todo aspecto da vida humana em mercadoria (PELBART, 2000), a saúde e a arte não estão livres disso. O próprio SUS sofre essa captura, e nessa linha de modo de subjetividade capitalista e subfinanciamento, o bem estar das pessoas não parece ser uma prioridade, a sensibilidade menos ainda, o que importa é apenas continuar vivo para seguir produzindo, ao menos, é essa a impressão que fica. Acredito que esse seja um dos entraves - ou o maior, para a expansão e permanência das atividades artísticas no SUS. Mas por outro lado, as iniciativas existentes têm conseguido resistir e realizado um trabalho muito importante e podem, de fato, cuidar com mais qualidade. O Sensibilizarte surgiu com dificuldade e pouco apoio, mas seguiu e hoje é um projeto mais fortalecido e reconhecido dentro da Universidade.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *In: MERHY, Emerson Elias et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 1.* Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, 2016. p. 22–30.
- ABRAHÃO, A.L; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: Sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 18, n. 49, p. 313–324, 2014.
- AREIAS, J. C. A música, a saúde e o bem estar. **Nascer e Crescer: revista de pediatria do centro hospitalar do porto**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 7–10, 2016.
- BRASIL. Ministério Da Educação Conselho Nacional De Educação Câmara De Educação Superior. Resolução Nº 7, De 18 De Dezembro De 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2018, p. 49 e 50. dez. 2018.
- BERTUSSI, D.C; SUNDFELD, A.C; FEUERWERKER, LC.M. Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios. *In: MERHY, Emerson Elias et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 2.* Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, 2016. p. 380–90.
- BRITO, C. M. D. de *et al.* O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 553–562, 2016.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Editora Forense Universitária: São Paulo, 2009.
- CAMPOS, L. F; NAKASU, M. V. Efeitos da Utilização da Música no Ambiente Hospitalar: revisão sistemática. **Revista Sonora**, [s. l.], v. 6, n. 11, p. 9–19, 2016.
- CARVALHO, C. B. M. de. Biblioteca Viva em Hospitais: a importância da leitura como estratégia de humanização, a experiência do Instituto Fernandes Figueira. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 143–154, 2018.
- CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicologia e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 373–378, 2013.
- CASTRO, A. V. de. **O elogio da bobagem: palhaços no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: Família Bastos Editora, 2005.
- CATAPAN, S.de C; OLIVEIRA, W.F. de; ROTTA, T. M. Palhaçoterapia em ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 9, p.

3417–3429, 2019.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 1400–1410, 2004.

CORSINO, D. L.M; SANTOS, M.S. dos. SENSIBILIZARTE: 10 anos existindo e colorindo. *In*: CORSINO, Debora Lydines Martins; SANTOS, Márcio Souza dos; SEI, Maíra Bonafé (org.). **Sensibilizarte: decompondo paredes brancas em cores-um corredor de encontros, histórias, canções, recortes e narizes**. 1ªed. Londrina - PR: Editorial da Universidade Estadual de Londrina, 2018. p. 37–48.

CRUZ, K.T. da *et al.* Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. *In*: FEUERWERKER, L.C. M , (org.);BERTUSSI, D. C (org.); MERHY, E. E. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 2**. 1ªed. Rio de Janeiro: Hexis Editora, Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016. p. 252–269.

CRUZ, K.T. da *et al.* PET-Saúde: Micropolítica, formação e o trabalho em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 19, n. c, p. 721–730, 2015.

DAYKIN, N. *et al.* What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults. **Perspectives in Public Health**, [s. l.], v. 138, n. 1, p. 39–46, 2018.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1ªed. [S. l.]: Editora 34, 1995. v 1.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1ªed. [S. l.]: Editora 34, 1996.v 3.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1ªed. [S. l.]: Editora 34, 1997a. v 4.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia volume 5**. 1ªed. [S. l.]: Editora 34, 1997b. v 5.

_____. **O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1**. Lisboa: Assírio e Alvim, 2004.

DELEUZE, G. **Conversações**. 7ªed. São Paulo- SP: Editora 34, 2008.

_____. **Espinosa e o problema da expressão**. São Paulo- SP: Editora 34, 2017.

FEUERWERKER, L.C. M. Cuidar em saúde. *In*: FERLA, A. A.*et al.* (org.). **Caderno de Textos VERSUS Brasil: vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43–57.

FLORES, E. P. *et al.* Mediadores de leitura no hospital pediátrico: relatos de sua prática. **Revista Produção e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 21–37, 2017.

FRANCO, T. B; MERHY, E.E. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado. *In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 14ªed. São Paulo- SP: Hucitec, 2013. p. 122–141.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4ªed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

JALAMBADANI, Z. The Effectiveness of Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT) on Healthy Lifestyle in Iranian Menopausal Women. **Journal of Lifestyle Medicine**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 44–48, 2020.

JENSEN, A. Culture Vitamins – an Arts on Prescription project in Denmark. **Perspectives in Public Health**, [s. l.], v. 139, n. 3, p. 131–136, 2019.

LIMA, F; MERHY, E.E. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. *In: MERHY, Emerson Elias et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 1*. Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, 2016. p. 18–21.

LIMA, E. A. *et al.* Interface arte, saúde e cultura: Um campo transversal de saberes e práticas. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 19, n. 55, p. 1023–1026, 2015.

LIMA, J. V. C. de. **A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: controlar a vida/ produzir a existência**. [s.l.] UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2015.

MENEZES, A. P. do R; MORETTI, B; REIS, A.A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde Educação**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 109–116, 2000.

_____. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In: Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo- SP: Editora HUCITEC, 2002. p. 190.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. *In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ªed. São Paulo- SP: Editora HUCITEC, 2006. p. 71–112.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L..C. M; GOMES, M.P. C. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.)*.

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes livro 2. 1ªed. Rio de Janeiro -RJ: Hexis Editora, Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016. p. 25–34.

NUNES, E. C. D. A. *et al.* A música como instrumento de cuidado transpessoal – percepções de indivíduos hospitalizados assistidos na extensão universitária. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 1–8, 2019.

PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. da. Apresentação. *In:* PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (org.). **PISTAS DO MÉTODO DA CARTOGRAFIA Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 4ªed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015. p. 7–16.

PELBART, P. P. **Vida Capital: ensaio de bipolítica.** 1ª ed. São Paulo- SP: Iluminuras, 2000.

_____. **Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”.** Disponível em:

<<https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2017/05/02/por-uma-arte-de-instaurar-modos-de-existencia-que-nao-existem-peter-pal-pelbart/>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

PINHEIRO, L. B. *et al.* **37º SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SULO QUE CONTAR 10 ANOS DEPOIS? O PROGRAMA CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA UFCSPA E SEU LEGADO CULTURAL, SOCIAL E DE CUIDADO COM O SER HUMANO.** **Anais...**Porto Alegre: 2019

PIOVESAN, J. C.; SILVA, N. A. DA. **Fórum Internacional de PedagogiaMÚSICA E LUDICIDADE: A IMPORTÂNCIA DA MUSICALIDADE PARA O AMBIENTE HOSPITALAR.** **Anais...**Santa Maria: 2014

REIS, A. F; PENTEADO, M. P. Palavras Iniciais. *In:* CORSINO, D. L. M. (org); SANTOS, M.S. (org); SEI, M. B. (org.). **Sensibilizarte: decompondo paredes brancas em cores-um corredor de encontros, histórias, canções, recortes e narizes.** 1ªed. Londrina -PR: Universidade Estadual de Londrina, 2018. p. 9–15.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: UFRGS Editora, Editora Sulina, 2011.

SCARDOELLI, M. G. da C; WAIDMAN, M. A. P. “Grupo” de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 291–299, 2011.

SEIXAS, C. T. *et al.* La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: Una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colectiva**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 113–123, 2016.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 23, n. e170627, p.

1–14, 2019.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. **Interface (Botucatu)**, [s. l.], v. 23, p. 1–13, 2019.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 1–21, 2020.

SOARES, F. M. A produção de subjetividades no contexto do capitalismo contemporâneo: Guattari e Negri. **Fractal : Revista de Psicologia**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 118–126, 2016.

TAKAHAGUI, F. M. *et al.* MadAlegria - Estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 120–126, 2014

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**“Arte e Cuidado em Saúde: experiência do Projeto Sensibilizarte- A Arte Como Instrumento para Humanização na Formação e no Cuidado em Saúde”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Arte e Cuidado em Saúde: experiência do Projeto Sensibilizarte- A Arte Como Instrumento para Humanização na Formação e no Cuidado em Saúde ”**, a ser realizada nesse Hospital Universitário de Londrina –HU UEL. O objetivo da pesquisa é acompanhar e compreender o cuidado humanizado e a interação com os usuários desse hospital, por meio da arte, realizadas pelo Projeto de Extensão Sensibilizarte. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: entrevistas com gravação de áudio, observações e imagens em vídeos e fotografias das atividades que você realiza no projeto.

Para isso, as ações desenvolvidas por você e sua equipe de participantes do projeto dentro do hospital serão acompanhadas. Essa observação tem como objetivo participar da experiência de ser parte do Projeto Sensibilizarte e evidenciar os caminhos pelos quais passa o cuidado promovido pelo projeto. Também faremos uma entrevista gravada e posteriormente transcrita, que será utilizada para fins exclusivos desta pesquisa, seu nome não constará em nenhuma possível divulgação dessa pesquisa. Imagens poderão constar na divulgação, caso você autorize deverá assinar o termo de cessão de depoimento e imagem. Caso não autorize a utilização de sua imagem você poderá participar da pesquisa por meio das demais formas descritas acima. As imagens produzidas serão utilizadas única e exclusivamente para meios de divulgação dos resultados dessa pesquisa, não serão utilizadas para outros fins.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins dessa e futuras pesquisas, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Imagens poderão ser divulgadas no relatório da pesquisa e artigos em periódicos científicos, eventos científicos, revistas impressas ou eletrônicas caso você autorize. O pesquisador fará anotações em seu diário de campo, que não será divulgado e servirá apenas para a pesquisa, seu nome não será divulgado.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são evidenciar a proposta do Sensibilizarte mostrando alternativas de cuidado humanizado e fortalecendo –as, contribuindo com a reflexão da lógica assistencial hospitalar procedimento-centrada, na possibilidade de impactar a organização dos serviços e na formação dos futuros profissionais que estarão atuando nesses serviços. Quanto aos possíveis riscos na participação dessa pesquisa são mínimos, você poderá sentir algum desconforto ao relatar alguma situação difícil pela qual tenha passado. Caso isso ocorra, podemos interromper a entrevista e estarei à disposição para fazer escuta e acolhimento adequados a esse

momento, pois sou formada em psicologia.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (**Flávia Maria Araujo**, email: araujoflavia.m@gmail.com, telefone: **(43) 33712254** Centro de Pós-Graduação Setor de Saúde Coletiva, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, _____ de _____ de 20 ____.

Pesquisador

Responsável:

RG: 8.699.394-5

 _____ (NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura _____ (ou _____ impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXOS

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA SUPERINTENDENTE
PARECER Nº358
PROCESSO 18619.2018.87

À Pesquisadora
Flávia Maria Araújo

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título: "**ARTE E CUIDADO EM SAÚDE, EXPERIÊNCIA DO PROJETO SENSIBILIZARTE: A ARTE COMO INSTRUMENTO PARA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO EM SAÚDE**", apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo.

Informamos que o nosso **parecer é favorável** à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL) para posterior operacionalização.

Conforme **Ofício Circular da Diretoria Superintendente do HU nº 214/2015**, a cópia do parecer de aprovação do CEP/UEL deverá ser apresentada à Chefia e/ou Gerente das unidades envolvidas antes do início da coleta de dados.

Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Enfa. Ma. Vivian Biazon El Reda Feijó
Diretora Superintendente

Em 22/10/2018

Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa Científica (CAPEC) do HU
Fone: (43)3371-2301
e-mail: pesquisahu@uel.br

ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ARTE E CUIDADO EM SAÚDE:
EXPERIÊNCIA DO PROJETO SENSIBILIZARTE- A ARTE COMO INSTRUMENTO
PARA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO EM SAÚDE

Pesquisador: Flávia Maria Araujo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 01761518.1.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.139.558

Apresentação do Projeto:

A relação entre arte e saúde vem mostrando que a arte pode ser um promotor de saúde, pois coloca a experiência humana no centro das intervenções. O Projeto Sensibilizarte – UEL vem realizando trabalho importante aliando arte e cuidado usuário-centrado. Esse projeto visa realizar uma pesquisa cartográfica para acompanhar o caminho da produção do cuidado realizado no encontro do discente participante do projeto com os usuários do hospital. O método cartográfico situa o pesquisador dentro de seu campo de pesquisa, vivenciando as experiências juntamente com seus colaboradores, para construir conhecimento em parceria. A coleta de dados, portanto, ocorrerá em imersão no campo, a pesquisadora executará as atividades do projeto juntamente com os participantes, além de entrevistas com discentes participantes e ex-participantes do projeto, funcionários, usuários e familiares do hospital.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Cartografar o processo de cuidado humanizado promovido por meio da arte pelo Projeto de Extensão Sensibilizarte. Acompanhar a construção das ferramentas utilizadas pelos discentes para a produção do cuidado humanizado em sua formação. Participar do cuidado que produz vida no encontro do discente com o usuário.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: exp268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa, Evoluindo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.139.558

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mínimos, sentir desconforto ao relatar situações difíceis

Benefícios:

Evidenciar e a proposta do Sensibilizarte mostrando alternativas de cuidado humanizado e fortalecendo –as, contribuindo com a reflexão acerca da lógica assistencial hospitalar procedimento-centrada, na possibilidade de impactar a organização dos serviços e na formação dos futuros profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta mérito e relevância científica e acadêmica devidamente justificados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto devidamente apresentada e assinada pela Coordenação do programa de pós graduação em Saúde Coletiva
- Carta de autorização do HU-UEL, devidamente assinada
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Cessão de imagens, de todos os grupos de participantes do projeto apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado pelo CEP-UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1223316.pdf	15/01/2019 23:37:10		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/01/2019 23:34:35	Flávia Maria Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetosensibilizarteversatres.pdf	15/01/2019 23:29:52	Flávia Maria Araujo	Aceito
Outros	termosodeimagem.docx	11/12/2018 23:53:03	Flávia Maria Araujo	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_corrigido.docx	11/12/2018	Flávia Maria Araujo	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cap268@uel.br



Conselho de Ensino,
Pesquisa e Extensão
da UEL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.139-526

Assentimento / Justificativa de Ausência	TICLE_corrigido.docx	23:52:40	Flávia Maria Araujo	Aceito
Outros	Autorizacao_hu.pdf	24/10/2018 15:26:03	Flávia Maria Araujo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoctossinada.pdf	01/10/2018 11:17:36	Flávia Maria Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 10 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Clicia M. Carneira
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455

CEP: 99.097-070

E-mail: cep200@uel.br

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO DOCENTE COORDENADOR DO PROJETO

Londrina, 20 de outubro 2018

Ao Professor Drº Alberto Durán González Coordenador do Projeto de Extensão “SENSIBILIZARTE- A ARTE COMO INSTRUMENTO PARA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO EM SAÚDE” da Universidade Estadual de Londrina.

Venho por meio deste solicitar autorização para realizar uma pesquisa junto ao projeto por vossa senhoria coordenado.

A pesquisa será realizada na modalidade de pesquisa qualitativa com o método da Cartografia. Isso implica a presença da pesquisadora discente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva nível de doutorado, nas atividades do Projeto de Extensão.

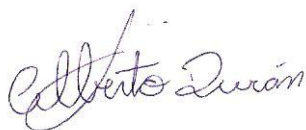
A pesquisadora estará presente executando todas as atividades do projeto juntamente com os discentes, em uma experiência de tornar-se parte do projeto. Poderá fazer entrevistas gravadas e imagens dos discentes mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Cessão de Imagens.

O objetivo dessa pesquisa é cartografar o processo de cuidado humanizado promovido por meio da arte pelo Projeto de Extensão Sensibilizarte e acompanhar a construção das ferramentas utilizadas pelos discentes para a produção desse cuidado humanizado em sua formação.

As experiências vividas pela pesquisadora bem como as percepções a respeito das atividades em campo serão registradas em um diário de campo, que não será divulgado na íntegra, apenas algumas informações cientificamente relevantes poderão ser divulgadas em periódicos e eventos científicos.

A pesquisadora em questão é Flávia Maria Araujo, orientada pela professora Drª Maira Saiury Sakai Bortoletto.

Atenciosamente,
Flávia Maria Araujo RG 86993945
Pesquisadora



Alberto Durán González