



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER

AS ATIVIDADES ARTÍSTICAS E CULTURAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL NO SUS

Danielle Bomfim Araujo – mat.: 13/0024317

BRASÍLIA, DF

2017



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER

AS ATIVIDADES ARTÍSTICAS E CULTURAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL NO SUS

Danielle Bomfim Araujo – mat.: 13/0024317

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para a obtenção do grau de bacharel
em Serviço Social pela
Universidade de Brasília – UnB, sob
orientação da Prof^a Andreia de
Oliveira.

Brasília – DF, julho de 2017.

AS ATIVIDADES ARTÍSTICAS E CULTURAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL NO SUS

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, da estudante

Danielle Bomfim Araujo

Prof. Dra. Andréia de Oliveira.
Orientadora.

Prof^o Dr. Reginaldo Guiraldelli
Examinador interno.

Assistente Social MsC Michelle da Costa Martins
Examinadora externa.

Dedicatória

*Dedico esta monografia aos loucos sonhadores que
acreditam na arte e na cultura como caminhos
capazes de mudar o mundo.*

Agradecimentos

Agradeço à minha família pela paciência ao se depararem com minhas indecisões. Obrigada por estarem ao meu lado todos os dias me mostrando que a vida é cheia de desafios e que só com esforço é que poderei conseguir aquilo que tanto almejo. Aos meus amigos da Faculdade de Saúde da Ceilândia que me incentivaram a trocar de curso, mesmo eu não tendo seguido seus conselhos pela “música”. À minha prima Maria Marlúcia que me ajudou a optar pelo Serviço Social.

Agradeço às assistentes sociais que compartilharam comigo o seu dia a dia tão pesado na Unacas durante o meu estágio supervisionado. Saibam que todos aqueles momentos foram essenciais para que eu me identificasse como profissional e acreditasse que eu posso ser realizada e feliz na escolha que fiz.

Obrigada professoras Nair Bicalho e Andreia de Oliveira, a primeira por acreditar nas minhas ideias e proporcionar conversas tão enriquecedoras durante nosso processo de Pré TCC. A segunda por aceitar o meu pedido de orientação e mostrar tamanha disponibilidade e sensatez para fazermos o melhor.

Agradeço em especial ao meu eterno maestro, Edimilson Siqueira Campos, por todo aprendizado que carrego comigo até hoje e eternamente, e às coordenadoras da minha escola, Jurema Edelweis e Arquidamea Dunice pela oportunidade que me deram de conviver num ambiente musical.

Aos meus amigos músicos por, nos últimos anos, habitarem meus dias, minha estrada, meus anseios, por acreditarem comigo que é possível, que a música é um caminho mais florido e terno. Ao meu namorado por ter insistido para que eu permanecesse no curso de Serviço Social quando eu mais quis desistir. Suas palavras foram essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada.

À Banda Maluco Voador, do CAPS Paranoá, por todo o carinho com que me receberam em nossos encontros nas oficinas de música e por me fazerem entender o que é amizade verdadeira. Vocês são grandes artistas! Verdadeiros artistas! Provam todos os dias para si mesmos e para os outros que nada é capaz de atrapalhar seus sonhos, seus voos mais altos.

PARTIDO DO SOM

Gonzaga Medeiros

*O som tá no sangue da gente,
na dança do corpo, na mente,*

é um frenesi que alucina e nos domina.

*Correligionários do som, somos fiéis companheiros,
parceiros na alegria e na transa da melodia.*

Nosso partido é o inteiro

e para nós pouco basta,

um violão, uma praça, uma plateia de amigos,

o canto soa liberto e a nossa voz tem abrigo,

nenhum careta por perto,

o pulmão não corre perigo.

Tiramos a roupa do luxo, vestimos a arte nua,

a juventude é um delírio nessa delícia tão sua.

Tem mil acordes no ar

pintando o verde-colírio

pra despoluir, pra desmascarar

A caretice da rua.

Resumo

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), desde a sua implementação, partem do princípio da necessidade de se construir espaços de convivência para pessoas em sofrimento psíquico. O tratamento para esses sujeitos deve ser o menos traumatizante e culpabilizante possível. Para tanto, os profissionais na área da saúde precisam constantemente buscar alternativas para conhecer mais de perto a realidade dos usuários e para encontrar formas de intervir cada vez mais dinâmicas e criativas mesmo diante de contextos tão problemáticos em que o Estado se abstém de sua responsabilidade. A utilização da arte e da cultura em suas diversas modalidades tem sido uma alternativa utilizada por estes profissionais especialmente na saúde mental, no que tange ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Tais atividades mostram forte potencial quando empregadas como recursos terapêuticos no processo de reabilitação psicossocial. Nessa direção, o presente estudo objetiva identificar a utilização de atividades artísticas e culturais como estratégias de atenção à saúde mental. Para entender os propósitos desta investigação, o trabalho se circunscreveu na análise da produção indexada na Base SciELO - Scientific Electronic Library Online que tivesse relação com o objeto de pesquisa. Os descritores utilizados para filtrar os trabalhos foram os seguintes: “saúde mental e arte”, “atividades artísticas e saúde mental”, “atividades culturais e saúde mental”, “música e saúde mental”, “oficinas terapêuticas e saúde mental”. Por fim, com base na análise realizada, buscou-se suscitar reflexões sobre as possibilidades da arte e cultura como instrumento de trabalho do assistente social.

Palavras – chave: Arte; Cultura; Saúde Mental; Serviço Social.

Abstract

The Psychosocial Care Centers (CAPS), since its implementation, start from the need to build acquaintanceship spaces for people in psychological distress. The treatment for these people should be less traumatic and blameworthy as possible. Therefore, professionals in the area need to constantly search alternatives to get to know more closely the reality of users and to find ways to step in more dynamic and creative. The use of art and culture in its various modalities has been an alternative used by professionals in the area of health, especially in mental health, in reference of the treatment of people in psychological distress. Such activities show strong potential when used as therapeutic resources in the process of psychosocial rehabilitation. In this direction, the present study aims to identify the use of artistic activities and cultural as strategies of care to mental health. To understand the purposes of this investigation, the analysis was limited in the analysis of the production indexed in the Scientific Electronic Library Online, that had relation with the object of research. The descriptors used to filter the work were: "mental health and art", "artistic activities and mental health", "cultural activities and mental health", "music and mental health", "therapeutic workshops and mental health". Finally, based on the analysis carried out, it was searched to elicit reflections about the possibilities of art and culture as a working tool of the social worker.

Keywords: Artistic Activities; Cultural Activities; Mental Health; Psychosocial Rehabilitation; Social Service.

Sumário

Introdução.....	10
Capítulo 1. A Reforma psiquiátrica no âmbito do SUS.....	14
1.1 A Reforma Psiquiátrica: um movimento em construção.....	14
1.2 O SUS e a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	18
1.3 A Rede de Atenção Psicossocial: o CAPS como estratégia de desospitalização e desinstitucionalização.....	23
Capítulo 2. A produção Científica a respeito da utilização de atividades culturais e artísticas como estratégia de atenção na saúde mental.....	30
2.1. Processo metodológico.....	30
2.2 Apresentação e análise da produção científica.....	34
2.2.1 Arte e loucura na contemporaneidade.....	34
2.2.2 Percepção das oficinas para famílias e pacientes.....	38
2.2.3 O espaço das Oficinas Terapêuticas e da Saúde Mental.....	42
2.2.4 Arte e cultura como dispositivos terapêuticos e de cuidado.....	44
2.2.5 Arte e cultura como instrumentos de reabilitação social.....	47
2.3 Reflexões sobre arte e serviço social: possibilidades de atuação na intervenção profissional.....	49
Considerações Finais.....	59
Referências.....	62

Introdução

Os primeiros batuques no ritmo da batuta do maestro demonstraram minha facilidade no contexto de aprendizagem musical com apenas oito anos de idade. A ideia proposta pela escola onde estudei na Ceilândia, região administrativa de Brasília, era a de formar uma fanfarra com as crianças partindo da iniciação musical. Deste modo, num ambiente dinâmico e descontraído, pude interagir com meus colegas brincando de tocar diversos instrumentos de percussão e depois, com alguns deles, estudar instrumentos de sopro, como a flauta doce, o clarinete e o saxofone. Do erudito ao popular, do rock ao baião, da jovem guarda às músicas “modinha” era como a fanfarra se apresentava animando as diversas plateias por onde passara, desde ambientes como o Congresso Nacional às praças e concursos populares.

Com a minha experiência, afirmo que a iniciação musical na escola foi um importante meio de desenvolvimento humano e social. Aprendi a ler partituras, desenvolvi um ouvido absoluto e áreas do meu cérebro ligadas à concentração e memória. Ainda mais, aprendi a ser uma pessoa mais sensível comigo mesma, com os que estão ao meu redor e com as causas sociais. Compreendi a importância da pontualidade, do compromisso, do respeito às diferenças, da colaboração com o outro e do trabalho em equipe.

As vivências de ensaios e apresentações permitiram a uns seguirem ou não carreiras profissionais como instrumentistas ou no meio musical com a vertente que mais lhes agradasse. Assim foi o meu caso. Fora da escola, conheci mestres da cultura popular e pessoas que seguem esta linha de referência, como violeiros, repentistas e cantadores. Em Brasília, tocar com o mestre Zé do Pife, aprendendo de ouvido com sua didática diferenciada de um autodidata, viajei ao nordeste brasileiro, mais precisamente a São José do Egito, em Pernambuco, sem tirar os pés do cerrado. Anos depois, no Mercado Sul, espaço de resistência e ocupação cultural em Taguatinga Sul, demos início ao Projeto Som de Papel. A banda tinha uma proposta sustentável. Utilizava papelão e sacos de cimento na confecção de seus instrumentos patenteados pelo mestre Virgílio Mota, ofício aprendido pelo também artesão e músico Juraci Moura, de quem recebi o convite para ser a vocalista e violonista da banda. A circulação foi breve, porém, enriquecedora.

Desta forma, os instrumentos de sopro que haviam tomado o lugar da percussão foram substituídos pelo violão e a voz por meio do canto de músicas que retratam a vida no

campo, o amor, o respeito entre as pessoas e os animais, bem como as belezas naturais e as lutas dos povos. Atualmente, sozinha nos palcos, trago comigo minhas referências, ídolos e mestres.

Assim, uma caminhada de buscas, reflexões e pesquisas surgiu com base nessa mistura de sons, ritmos e desejos de levar às pessoas sentimentos sinceros. Assim é a música: acalenta, une, renova, acalma, inspira, relaxa, anima e por que não, reabilita? Devido algumas experiências pessoais, conheci os benefícios de ter a iniciação musical na escola, mas como será a utilização da música na saúde, especificamente na saúde mental? A música é arte e ciência, dois elementos que correspondem a um processo evolutivo do ser humano. (BENENZON, 1988)

O ano de 2016 foi muito importante pra mim, pois num dos *estradas* que a vida me permitiu, conheci um lugar muito especial em Belo Horizonte, um bar e também espaço cultural chamado “*Suricato*”. Quem me convidou avisou que era um espaço diferenciado por alguns motivos. O principal deles é o fato de que todos, do recepcionista aos cozinheiros, passando pelos garçons e artistas, todos se tratam de algum quadro de sofrimento mental. Confesso que fiquei curiosa para que chegasse logo o dia 28 de abril para que eu viajasse para BH. Minhas primeiras impressões foram as melhores possíveis! Um espaço agradável, todo cheio de detalhes bonitos. A recepção repleta de pinturas, mandalas, móveis e obras de arte produzidas pelos pacientes psiquiátricos pra manterem o espaço, que ainda conta com um subsídio da prefeitura de R\$ 10 mil mensais. Marta Soares, terapeuta ocupacional e coordenadora do Suricato, foi quem me recebeu na porta. Passeou comigo pela casa mostrando desde chaveiros a colchas de cama feitas à mão e espelhos decorados. Para ela, o espaço é onde a cidade se encontra com a loucura. “Eu tomo remédios, mas o remédio não me cura. O que me cura é a arte. É preciso fazer a desconstrução da loucura. Quem faz tratamento tem capacidade de realizar muitas coisas”, contou um dos integrantes da associação. No dia 16 de julho retornei lá com os olhos mais encantados ainda. Percebi o quanto manifestações artísticas são necessárias. As pessoas em sofrimento psíquico ali se sentem vivas, vistas e com uma função social que as determinam como sujeitos. Os sorrisos delas demonstravam isso. Aliás, foi muito difícil identificá-las em meio aos frequentadores do lugar.

No mesmo ano, quis o destino que eu fizesse parte, no meu sétimo semestre de graduação em serviço social, de um projeto de extensão denominado “Intervenção

Psicossocial no contexto de Saúde Mental” no CAPS II do Paranoá na oficina de música realizada todas as terças-feiras de manhã com os pacientes em sofrimento psíquico grave. Mais que uma musicoterapia que, segundo Rolando Benenzon em seu livro Teoria da Musicoterapia, “estuda o complexo som-ser humano-som, explora a relação entre a emoção e a música dentro de um processo psicoterapêutico e tem como objetivo abrir canais de comunicação no indivíduo, produzindo efeitos psicoprofiláticos”, as oficinas terapêuticas realizadas no CAPS têm papel terapêutico e de reinserção social (COSTA; FIGUEIREDO, 2008). No modelo manicomial o objeto é puramente a doença mental. Já neste modelo de reabilitação psicossocial, o objeto passa a ser o sujeito em sua “existência-sofrimento”. Trata-se de pensar a loucura como um fenômeno não exclusivamente individual, biológico, mas um fenômeno social e cultural (PACHECO, 2011).

O principal pedido feito a nós extensionistas era o de que nos mantivéssemos disponíveis sem intromissões excessivas para vivermos com plenitude os momentos no CAPS com os pacientes. Sabíamos da troca de experiências que existiria, mas compreendi que eu não estava ali para cuidar ativamente, ou melhor, que eu não estava ali como presença implicada, mas muito mais como presença reservada. Na presença reservada, o cuidador “deixa ser” seu “objeto” e o não-cuidar converte-se em uma maneira muito sutil e eficaz de cuidado, como o da mãe que deixa seu filho brincar sossegado enquanto ela se atém a estar presente, ao lado, silenciosa, dedicando-se, quem sabe, a seus próprios afazeres e interesses (FIGUEIREDO, 2007).

A partir desta oficina ministrada pelo Psicólogo e músico Filipe Braga, há 4 anos os participantes aceitaram a proposta de darem início a uma banda dentro do CAPS. Assim, surgia a Banda Maluco Voador, ganhadora em 2016 na categoria Produções Audiovisuais e Musicais do Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, com o tema *‘Saúde Mental e Cultura Popular: voos do grupo Maluco Voador’*.

Entre batiques, sorrisos e descontração, a oficina de música do CAPS representa muito mais do que se possa imaginar na vida de quem dela participa. Por meio de relatos e da própria convivência, assim pude perceber: o sentimento de pertencimento e a autonomia dada ao grupo fortalece os vínculos mesmo nas diferenças. Um paciente é sustentáculo de outro e vice-versa. Nos ensaios, apesar das divergências, o grupo é unido, coeso e nas apresentações,

de forma especial, são verdadeiros artistas e surpreendem quando no palco tomam seus instrumentos e ecoam músicas da cultura popular. O público vibra e enaltece tamanho projeto.

Posso afirmar que viver essas duas experiências com pessoas em sofrimento psíquico no momento da minha vida em que mais me envolvi profissionalmente com apresentações musicais foi o fator chave para que eu me interessasse em explorar o tema deste trabalho. Durante a minha formação profissional por quatro anos no curso de Serviço Social compreendi que a cada dia o assistente social precisa buscar novos caminhos, alternativas, espaços e formas de intervenção. Não é errado renovar antigas práticas e nem pode se ter medo de inovar nas técnicas de atenção, principalmente quando se lida com áreas tão abrangentes de atuação e grupos de risco tão diversos.

Por isso, este trabalho visa identificar a realização de atividades artísticas e culturais no âmbito da atenção em saúde mental no SUS como “novas” estratégias terapêuticas. Para tanto, no capítulo 1 será necessário contextualizar a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil e seus desdobramentos na atualidade no SUS e identificar as diferentes estratégias e ações no atual modelo de atenção à saúde mental, considerando as diretrizes e pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, da desinstitucionalização e desospitalização.

Com isso, realizei no capítulo 2 um levantamento da produção científica de artigos disponibilizados na internet pelo site da base de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online acerca da temática do presente estudo, ou seja, a utilização de atividades culturais e artísticas como estratégia de atenção na saúde mental. Por fim, buscou-se refletir sobre a participação do assistente social nesse universo dinâmico de expressões.

Capítulo 1. A Reforma psiquiátrica no âmbito do SUS

O capítulo procurar refletir o contexto do debate da Reforma Psiquiátrica mais especificamente no Brasil. Este introdutório serve para identificarmos o que representou essa reforma no contexto da Saúde Mental brasileira e seus desdobramentos na atualidade no SUS e nos Centros de Atenção Psicossocial que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

1.1 A Reforma Psiquiátrica: um movimento em construção

“Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros da Colônia. Em sua maioria, haviam sido internadas à força. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava ou que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas violentadas por seus padrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos 33 eram crianças”. (ARBEX, 2013, p. 13)

Este relato presente no livro *Holocausto Brasileiro*, da jornalista Daniela Arbex (2013), retrata o que muitos consideram como período nazista brasileiro. Por entre os muros da Colônia, o maior hospício brasileiro fundado em 1903 em Barbacena – Minas Gerais, as condições subumanas e práticas de tortura foram recorrentes por cinquenta anos, entre 1930 e 1980. É chocante ler o conteúdo apresentado pela autora, a forma cruel como os pacientes eram tratados, ou melhor, esquecidos. Andavam nus, sem terem o que comer, onde fazer suas necessidades e mesmo onde dormir. Os “alienados” formavam uma espécie de amontoado de lixo humano. Lendo partes do livro, senti enjoo, embrulhou-me o estômago, porém, é necessário conhecer a história para não mais repeti-la.

Os manicômios espalhados pelo Brasil e eram verdadeiros espaços de maus tratos e de exclusão social, recebendo diversas críticas por parte de uma parcela da sociedade e de profissionais. Os próprios manicômios começaram a refletir em torno da denominada Reforma Psiquiátrica e das ações violentas no contexto manicomial, sabendo-se já da necessidade de expansão de ações em políticas públicas. A chamada “loucura

institucionalizada” ou enclausuramento como forma de lidar com a desorganização social foi por anos uma saída para isolar o paciente tendo também fins terapêuticos.

O isolamento e o tratamento moral constituíram os elementos terapêuticos do movimento alienista (DESVIAT, 1999). Esta proposta possuía legitimidade social, principalmente o tratamento moral que, com o tempo, perdeu espaço devido a sua não resolutividade e poucas bases científicas. Até o período denominado “idade de ouro do alienismo”, a loucura era campo do saber médico-científico. Neste período surgiram diversas experimentações para se descobrir o que era aquele erro, o desvio, a doença mental e suas formas de cura. Para tal, os primeiros hospitais psiquiátricos foram construídos. Pregava-se a luta contra a imoralidade e a insânia.

O modelo psiquiátrico, surgido com bases no modelo biomédico, teve como maior característica a hospitalização, visto que o paciente portador de um distúrbio que o tornara incapaz e irresponsável necessitaria de um sistema hospitalar psiquiátrico. “Para Pinel (o médico pai da psiquiatria), o isolamento propiciado pela hospitalização permitiria isolar a ‘alienação em seu estado puro para conhecê-la livre de quaisquer interferências”, afirma Amarante (2011, p. 31). O hospital que outrora fora visto como um espaço de estudo das alienações mentais, passou a ser uma instituição disciplinar com tratamento moral.

Paulo Amarante (2011) afirma que “trabalhar na saúde mental” era o mesmo que trabalhar em hospícios, em manicômios, em ambulatórios e emergências de crise psiquiátrica. Era trabalhar com loucos agressivos, em ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação.

O clima depois da Segunda Guerra Mundial era o de construção de uma sociedade mais justa, tolerante e sensível com as minorias. Os direitos humanos passaram a ser amplamente discutidos, de forma especial, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948). Todo esse novo contexto reflexivo em diversos países permitiu pensar a não eficácia dos hospitais psiquiátricos e, devido a críticas ferrenhas, a proposta da sua total abolição, o que de fato não ocorreu. Este é um processo em movimento gradual (PACHECO, 2010).

Alguns elementos foram essenciais para o desencadeamento da Reforma Psiquiátrica. Pacheco (2010) cita:

Juntamente com este 'clima humanizador', iniciava-se a época da descoberta dos medicamentos psicotrópicos e da adoção da Psicanálise e da saúde pública nas instituições psiquiátricas que, aliados, foram elementos importantes no desencadeamento dos vários movimentos de Reforma Psiquiátrica em alguns países da Europa e no Brasil (PACHECO, 2010, pg. 121)

O papel dos manicômios se diferenciava nos diferentes países em que se instaurou o sistema hospitalar psiquiátrico, porém, a realidade é que em todos havia críticas a esse modelo de tratamento. Desde a criação do asilo psiquiátrico com Pinel, na França, ao surgimento do Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro, sempre existiram resistências quanto às práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1995 p 88). Para tanto, dois tipos de medidas foram adotadas. A primeira foi a transformação do hospital psiquiátrico em uma instituição realmente terapêutica. A segunda foi o fechamento do hospital como condição para que a reforma ocorresse (DESVIAT, 1999).

O contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve suas peculiaridades, mas a história registra que ela sofreu grande influência de movimentos ocorridos na Europa, especialmente o movimento italiano, conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana ou simplesmente tradição basagliana, fazendo referência ao famoso médico italiano Franco Basaglia.

Os três períodos da Reforma Psiquiátrica no mundo são, o primeiro, das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional. O segundo da Psicoterapia de Setor e a Psiquiatria Preventiva. O terceiro período, compreendido como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana (tradição basagliana). Para Amarante (2000), esse último ofereceu a maior contribuição para o debate da saúde mental e para a construção da reforma psiquiátrica no Brasil.

No terceiro período, a Antipsiquiatria surgiu especificamente no final da década de 1960 e foi o que mais se opôs às práticas psiquiátricas vigentes propondo profundas mudanças de ordem epistemológica e fenomenológica, diferentemente dos outros dois períodos que obtiveram mudanças apenas nos contextos operacional e institucional. A Antipsiquiatria buscou ainda dar fim ao saber médico absoluto no que diz respeito à loucura e seu tratamento. A principal característica deste período é o da não interferência. A pessoa precisava viver

aquele momento com o acompanhamento de outra que compreendesse melhor de fora o que estava acontecendo, e esta outra pessoa bastaria estar disponível. (PACHECO, 2010)

A Psiquiatria Democrática Italiana, ou tradição basagliana como ficou conhecida, mudou o foco da negação completa do manicômio para a instituição inventada, que seria um movimento de serviços que se empenharia em superar os saberes absolutos e totalitários para produzir trocas sociais. Ela foi importante na compreensão de como a sociedade lida com o sofrimento e as diferenças. Vale frisar que a ideia não é negar a doença, mas deixar de olhar o sujeito de forma patologizante levando em consideração tudo o que com ele interage (ROTELLI; AMARANTE, 1991. p. 54).

Para Amarante, “o projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das técnicas, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais” (Amarante, 1994, p. 61)

A Psiquiatria Democrática Italiana incorpora o conceito de desinstitucionalização que vai além da desospitalização. Rotelli (1990) apresenta esse conceito:

É um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto seguramente ‘se cuida’. [...] cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento (Rotelli, 1990, p. 33).

O movimento italiano, fonte inspiradora para o movimento brasileiro, contribuiu significativamente com a Reforma Psiquiátrica, especialmente quando visa transformar as representações sociais da loucura. De fato, a construção de novos lugares sociais para os sujeitos acometidos de sofrimento psíquico foi um avanço nesse sentido, porém, uma mudança profunda só será possível com novas concepções da própria sociedade para compreender as diferenças e de novas políticas públicas que possam contribuir para a humanização dos espaços de tratamento na Saúde Mental.

Segundo Amarante (1995), as transformações que advieram com a reforma psiquiátrica foram além do campo técnico-assistencial para o político-jurídico, técnico-conceitual e sociocultural.

1.2 O SUS e a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, apesar de ter havido forte influência de movimentos europeus, a Reforma Psiquiátrica foi se instituindo e se adequando à sua própria realidade. Amarante (2013) cita alguns dos principais atores envolvidos no movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, compreendido entre 1978 e 1980. Estão entre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, as Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos e o Movimento de Renovação Médica. O principal deles, o MTSM, tinha por objetivo, segundo Amarante (2013, pg. 52) “constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica”. É a partir dele que surgem as principais propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 2013, p. 51).

Estes diferentes sujeitos políticos, instituições, entidades, movimentos e militâncias, juntamente com outros segmentos organizados da sociedade, constituíram o Movimento de Reforma psiquiátrica, denominado também de movimento de luta antimanicomial, com o objetivo de propor a transformação do modelo clássico da psiquiatria e formular as políticas de saúde mental no Brasil, tendo por base um novo modelo de atenção que não mais fosse caracterizado como uma psiquiatria da higiene moral, disciplinar e de controle. Amarante afirma que

“O movimento de desinstitucionalização revelou o manicômio como ‘locus’ de uma psiquiatria que é administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade. [...] A desinstitucionalização deveria, assim, concretizar-se na desconstrução do manicômio”. (AMARANTE, 1994. p. 176)

O ex-paciente psiquiátrico, escritor, ator, dramaturgo e um dos membros mais antigos do Movimento da Luta Antimanicomial, Austregésilo Carrano Bueno, autor do livro “Canto dos Malditos”, que deu origem ao filme “Bicho de Sete Cabeças”, faz a seguinte narração:

“Eu fui internado aos dezessete anos. Meu pai encontrou maconha dentro de uma jaqueta minha e, aconselhado por um amigo dele, que era policial civil, me internou em um hospital em Curitiba, um hospital que tem fama. Lá eu caí nas mãos de um médico muito importante. Esse mesmo psiquiatra me fez vinte e uma aplicações de eletrochoque. Foi um erro a minha internação, um erro muito grosseiro. Esses eletrochoques são aplicados em uma voltagem de cento e oitenta a quatrocentos e

sessenta volts, nas têmporas, podem causar fratura de fêmur, de clavícula, de maxilar, queima os neur nios, deixa sérias lesões cerebrais e pode até causar a morte do paciente. Nós, do movimento da luta antimanicomial, somos totalmente contra o uso da eletroconvulsoterapia¹ e estamos tentando proibir o seu uso nos hospícios brasileiros”. (VASCONCELOS, 2006, p. 26)

Para Pacheco (2010), uma das grandes transforma es advindas do Movimento Antimanicomial foi o de discutir a cidadania do doente mental para torná-la instrumento na constru o de um novo lugar social para os pacientes em sofrimento psíquico grave.

A discussão sobre a autonomia, a cidadania e a necessidade de reformula o da assistência psiquiátrica, inicialmente imersa no contexto de redemocratiza o do país e suas institui es, teve como consequências algumas novidades em termos legislativos. As discussões engendradas durante os anos seguintes   cria o do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental fomentaram a elabora o e aprova o de leis estaduais de reforma psiquiátrica [...]. (PACHECO, 2010, pg. 147)

O Movimento antimanicomial brasileiro e as discussões em torno da cidadania dos pacientes com sofrimento psíquico, bem como da necessidade de uma reforma psiquiátrica no país, ocorre concomitantemente ao processo de abertura política, de lutas pelas “diretas já” e, na saúde em momento de lutas em torno da Reforma Sanitária.

“A Reforma Sanitária surge como idéia, ou seja, uma percep o, uma representa o, um pensamento inicial” (PAIM, 2009 p. 31).

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970 como um conjunto de atos relacionados a práticas sociais – econ micas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2009). O Projeto de Reforma Sanitária, como explica Maria Inês Souza Bravo em seu texto “A Política de Saúde no Brasil”, tinha como uma de suas estratégias o Sistema  nico de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobiliza o dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular.

¹ Diversas notícias veiculadas em sites afirmam que o eletrochoque ainda é autorizado para fins terapêuticos, com o nome de eletroconvulsoterapia, com o paciente anestesiado e sob efeito de relaxantes. Atualmente, a eletroconvulsoterapia, para alguns profissionais, surte efeito satisfatório, principalmente, em casos graves de depressão em que o paciente não tolera medicamentos. Uma das críticas a essa técnica é de que seus efeitos não sejam duradouros, além de ser extremamente invasiva. Um dos hospitais que utiliza a técnica é o Hospital das Clínicas, em São Paulo. O movimento antimanicomial e diversas categorias profissionais da saúde, inclusive a de assistentes sociais,   veemente contrária ao uso do eletrochoque, considerando-o tortura e viola o dos direitos humanos (Site DRAUZIO VARELLA, publicado em 22/10/2012).

“Sua preocupação central era de assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde”, afirma (Bravo, 2001, p. 15)

Para Paim (2009), os brasileiros, enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. “De um lado, engendravam a ideia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construía um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva”. (Paim, 2009 p. 29)

Diversos setores da sociedade se articularam nesse movimento de Reforma Sanitária, que consolidou sua força política e sua agenda de mudanças na memorável 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Para Amarante (2011), uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência e permitiu a definição de princípios como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização. Tal movimento contribuiu decisivamente para a inclusão na Constituição de 1988 do reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, assim como para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios de solidariedade e universalidade (BUSS; CARVALHO, 2009).

A Constituição de 1988 inaugurou um novo sistema de proteção social, a chamada Seguridade Social, composta pela Saúde, Assistência Social e Previdência. Boschetti (2009) caracteriza a seguridade social no âmbito da Constituição Federal brasileira como um sistema híbrido, ou seja, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência). Ela aponta ainda para o desmonte da seguridade que tem acontecido nos últimos anos, com sucessivas contrarreformas² ou medidas tidas como de natureza técnica, mas que, na verdade, tem um nítido sentido político de desestruturação da seguridade.

“Com a promulgação da Constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde, os hospitais psiquiátricos começaram a ser criticados do ponto de vista ideológico,

² Contrarreforma são as reformas neoliberais do Estado brasileiro que implicaram um profundo retrocesso social. Conforme Granemann (2004, p. 30), a contra-reforma pode ser entendida como um conjunto de “alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As contra-reformas, em geral, alteram os marcos legais – rebaixados – já alcançados em determinado momento pela luta de classe em um dado país”.

político, sanitário e fundamentalmente prático” (LANCETTI; AMARANTE, 2009 pg. 626). O SUS foi, sem dúvidas, a maior estratégia garantida pela Constituição na área da saúde. Seus princípios são Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde. Como princípios estratégicos, ele traz a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social (TEIXEIRA, 2011).

A partir de 1989 os hospícios foram aos poucos sendo substituídos por Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, Prontos-socorros psiquiátricos e outros dispositivos (LANCETTI; AMARANTE, 2009, Pg. 627).

Uma grande conquista para o âmbito da saúde mental foi a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. As legislações anteriores relacionadas à Saúde Mental no Brasil se preocupavam mais em excluir as pessoas com transtornos mentais – então denominados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem”, do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do paciente. Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico (Brito, Ventura, 2012).

Porém, o artigo 6º da mesma Lei trata das internações hospitalares que só serão realizadas mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. A internação pode acontecer de três formas: voluntária, involuntária e compulsória. A voluntária se dá com o consentimento do usuário. A involuntária é justamente o contrário, quando não há o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Já a compulsória, que acaba também sendo involuntária, ocorrerá por determinação judicial.

A internação compulsória é um tema polêmico, recebendo críticas do Movimento Antimanicomial, uma vez que tende a reafirmar as formas higienistas, discriminatórias no âmbito da atenção à saúde. Além disso, essa mesma lei é aplicada para dependentes químicos que não têm recursos e perderam seus laços familiares. Nesses casos, a Justiça pode decidir pela internação compulsória, retirando dessa pessoa sua autonomia e direito de escolha.

É importante salientar que, segundo Lancetti e Amarante (2009, p. 615), fazer saúde mental e intervir nos processos de reabilitação hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde que, atualmente, trabalham em equipes multiprofissionais.

“O hospital psiquiátrico já não é mais o centro de atenção da assistência , da organização das políticas e da formação profissional, da mesma forma como não se considera que os centros de internação de doentes mentais sejam eficientes para recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico” (LANCETTI; AMARANTE, 2009, p. 615)

Entretanto, fazer saúde mental rompendo com antigos paradigmas, atualmente, tem sido um grande desafio levando em consideração o desmonte da seguridade social, as ameaças às atuais políticas de Saúde no Brasil e à garantia da saúde pública e universal. O desmonte da seguridade social há anos vem acontecendo em uma conjuntura de contrarreforma do Estado e se acentuou mais gravemente com o atual governo interino de Michel Temer. Este governo é abertamente a favor da privatização de hospitais, ao livre mercado de planos privados e esfacelamento da política pública de saúde e do próprio SUS, além de pleitear fortemente as reformas da previdência e do trabalho, que significam um claro atentado aos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988. As políticas de Saúde Mental, como pertencentes ao SUS, também estão em eminente risco visto a lógica mercadológica do público visando uma melhor prestação de serviços, desresponsabilizando o Estado, e na queda dos recursos destinados para a saúde (FIGUEIREDO, 2013).

Contudo, na trajetória das políticas de saúde e mais especificamente da saúde mental, mesmo considerando os avanços decorrentes da Constituição Federal e leis subsequentes, muitas dificuldades e desafios ainda perduram. Concordamos com a reflexão de Paulo Amarante (2013), na qual afirma que mesmo com o avanço da trajetória da Saúde Mental, o contexto higienista não desapareceu completamente. Inclusive, o Brasil mantém atualmente traços higienistas. Um dos exemplos a se fazer foi durante o período em que o país foi sede das olimpíadas 2016 e das ruas foram retirados compulsoriamente pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas e travestis. A discussão gerada foi muito grande, porém pouco se fez para evitar intervenções moralistas, com bases preconceituosas e discriminatórias, que inviabilizam ações na perspectiva do direito e de fortalecimento dos princípios das reformas sanitária e psiquiátrica.

Outro grande exemplo é o que o Governo de São Paulo, durante a gestão Dória (PSDB), fez durante a desocupação truculenta da Cracolândia para promover a “limpeza urbana”. Segundo entrevista com o antropólogo Maurício Fiore (CARTA CAPITAL, 2017), "Para a gestão Dória, o que importa na Cracolândia é a questão territorial" deixando em segundo plano a vida e o bem estar dos usuários de drogas que se espalharam pelo centro da capital sem planejamento e serviços assistenciais que lhes garantissem dignidade como pessoa.

1.3 – A Rede de Atenção Psicossocial: o CAPS como estratégia de desospitalização e desinstitucionalização

O Sistema Único de Saúde no Brasil abrange a rede de atenção à saúde mental desde as Leis Organiza da saúde: Lei 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e a 8142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), é constituída pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

São diretrizes para o funcionamento desta rede o respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e a liberdade das pessoas. A promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde versus doença. Ao todo são doze diretrizes. Dentre as diretrizes, destaca-se: o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de

estratégias de educação permanente e o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011)

Os objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial são (BRASIL, 2011):

- ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- garantir articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Os incisos do artigo 7º tratam especificamente dos CAPS. Estes são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar.

O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Os CAPS são compreendidos como lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Eles foram considerados o carro chefe da Reforma Psiquiátrica no Brasil e ocuparam posição central no processo de extinção dos hospitais psiquiátricos.

O CAPS surgiu como uma proposta de atendimento que se diferenciava substancialmente do que existia até então à época. Inverteu a lógica de funcionamento das instituições tradicionais, quando colocou o usuário como o centro da atenção, conferindo credibilidade para suas queixas e necessidades, respeitando-as sempre e atendendo-as na medida do possível. A ideia que subsidiou a criação deste CAPS foi que este seria o início de uma rede de serviços intermediários entre “a hospitalização com seus riscos de cronificação e segregação e o pleno exercício da cidadania”. (YASUI, 1990, p. 52)

O primeiro CAPS foi inaugurado em 1987 em São Paulo, porém, apenas em 2011 a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Paulo Amarante (2008), em “Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado” (pg. 748) afirma que o CAPS que surgiu antes do SUS não vislumbrava exercer uma intervenção de base fundamentalmente territorial, nem se propunha a tornar-se um serviço substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional.

O primeiro CAPS, que levava o nome do Professor Luís da Rocha Cerqueira, era um serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período (BRASIL, 2004).

PACHECO (2010) afirma que, no final da década de 1980, os serviços dos primeiros CAPS atuavam como intermediários entre a internação psiquiátrica e a inserção social. Com o passar dos anos é que eles começaram a ser vistos realmente como uma possível substituição ao modelo manicomial com a comprovada diminuição de internações que passou-se a observar. Esse serviço atualmente possui papel fundamental na articulação da rede de atenção às pessoas acometidas por transtornos mentais envolvendo os familiares, a equipe e o usuário deslocando os cuidados em saúde mental em direção à comunidade.

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS),³ acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios (BRASIL, 2011). Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas (BRASIL, 2011).

³ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é compreendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades (BRASIL, 2011):

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

O tratamento nos CAPS realizado de forma personalizada e em liberdade tende a permitir que o sujeito vivencie considerável melhora em sua qualidade de vida, pois permite

também a convivência com seus familiares e vizinhos num processo de (re)construção de redes sociais integrando todos eles e mais a comunidade. Esse pensamento de Pacheco é reafirmado quando ela diz que as pessoas em sofrimento psíquico só poderão ter de volta sonhos e perspectivas de vida com o tratamento em liberdade, diferentemente do tratamento excludente e solitário nos manicômios (PACHECO, 2010). É necessário o entendimento, porém, de que o CAPS não é a salvação para todos os problemas do sistema de saúde mental.

AMARANTE (2012) afirma que ter espalhados por todos cantos do Brasil os CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS como serviços substitutivos ao hospital, têm-se uma redução do número de leitos para internação.

“A psiquiatria deixou definitivamente de ser uma especialidade médica de tratamento para designar um campo extremamente complexo, que ultrapassa em muito as fronteiras das ações estritamente terapêuticas e expressa, ao mesmo tempo em que reproduz, os modos histórica e socialmente engendrados de relação com a alteridade e a estranheza radical da loucura. Tal perspectiva, que retirou de cena os limites que separavam os espaços estritamente psiquiátricos do restante do espaço social e da cultura, possibilitou não apenas novas maneiras de organizar as estratégias de atenção psiquiátrica, mas sobretudo permitiu o surgimento de novas questões, novos problemas, novas maneiras de pensar o interesse, a justificativa e os objetos dessas estratégias” (Amarante, 2012, pg. 285).

Além da redução do número de leitos para internação, a ideia é que os CAPS atuem articulados com projetos educacionais, culturais, de transporte e com iniciativas sociais (LANCETTI; AMARANTE, 2009, pg. 749). Para tanto, são realizadas no interior do CAPS, oficinas de artes, teatro, música, dança que se expandem para o meio externo e social garantindo aos usuários seu espaço e reinserção.

Entretanto, Pacheco (2010) destaca o tensionamento que ainda persiste nos dias de hoje. De um lado, a resistência do modelo manicomial e de outro, a luta pelo modelo de clínica antimanicomial, pela reinserção social e garantia dos direitos das pessoas acometidas por intenso sofrimento psíquico. A luta antimanicomial consiste também na constante formação para que os profissionais aprendam a focar a atuação no sujeito e não mais na doença, assim como na reinserção social dos usuários. Estes precisam sair do meio hospitalocêntrico para adentrar os espaços sociais e sociáveis. “Gritar” contra os manicômios foi um grande passo para se destruir a ideia de que a pessoa acometida por grave sofrimento

psíquico precisa, obrigatoriamente, ser isolada ou mesmo se caracteriza como uma pessoa perigosa. Porém, dentro dos espaços da atual rede de atenção psicossocial é necessário que os profissionais não reproduzam antigas práticas que vão desde preconceitos, estigmas a um tratamento única e especificamente medicamentoso.

Ainda é possível presenciar ações profissionais e políticas governamentais no CAPS com visões moralistas e religiosas. As Comunidades Terapêuticas que, segundo Pitta (2011) têm a oferecer apenas o enclausuramento do problema, passaram a receber financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a fazer parte da rede de atenção, em sua grande maioria, agem por conta própria, não aderindo a práticas como as com perspectiva de redução de danos que são destinadas especialmente às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

[...] “o incentivo às CTs com recursos públicos constitui um retrocesso com consequências muito sérias, uma vez que sinaliza a ideia de que deve existir um local específico para atender aos usuários de drogas, isolados de sua comunidade, o que contribui ainda mais para sua estigmatização. Além disso, os serviços que se pautam unicamente na abstinência acabam tendo uma adesão baixa por parte dos usuários” (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1238).

Os Centros de Atenção Psicossocial precisam ser de fato um novo modelo de atenção que rompe com o padrão biomédico e introduz novas formas de intervenção, com ênfase no sujeito, na autonomia e na sua participação social. Um dos caminhos que se efetivou e ganhou espaço significativo nos CAPS foi a utilização das chamadas Oficinas Terapêuticas. As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Elas são realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004).

Inclusive, a participação realizada por esta pesquisadora em uma oficina terapêutica no Centro de Atenção Psicossocial do Paranoá foi o motivo do interesse no estudo das atividades culturais e artísticas nesses espaços que objetivam o bem estar de pessoas em

sofrimento psíquico. A música, uma das oficinas expressivas que acompanhei de perto, mostrava-se uma forma de inclusão social e de interação entre os próprios usuários.

O mais interessante é que os ensaios abertos que acontecem às terças-feiras de manhã da Banda Maluco Voador, composta pelos usuários do CAPS, revelam os talentos de pessoas que há anos não tinham mais motivos para se alegrarem e que, com pouco tempo, se permitem sorrir, interagir ou mesmo prestar atenção nos batuques, músicas e danças dos participantes. Tais ensaios também se transformam em grandes apresentações marcadas em dias de festa, com direito a participação da comunidade local.

Por fim, pode-se dizer que a constante renovação nos CAPS e contínua formação profissional podem sinalizar para, de fato, um novo modelo de atenção de modo que os indivíduos encontrem um espaço acolhedor que os ajudem a lidar com todo o preconceito da sociedade e que deve parar de ser reproduzido nos CAPS. Não se pode, porém, colocar tanta carga e pressão sob os profissionais de saúde mental quando as condições estruturais postas a eles são precárias. Portanto, nem profissionais e nem usuários devem ser culpabilizados quando o Estado não cumpre seu papel e responsabilidades.

Capítulo 2. A produção científica a respeito da utilização de atividades culturais e artísticas como estratégia de atenção na saúde mental.

Com o objetivo de analisar o uso de atividades artísticas e culturais como estratégia de atenção à saúde mental no âmbito do SUS, este estudo se alicerçou em pesquisa qualitativa, por meio de revisão de literatura sobre a produção científica acerca da temática.

Apropriar-se da produção científica existente sobre o uso de atividades artísticas e culturais no âmbito da saúde mental, permite, a partir das experiências presentes, refletir sobre as possibilidades e o uso de novas estratégias de intervenção da equipe de profissionais e, de modo especial, apontar subsídios para o uso da arte como instrumento de intervenção profissional do assistente social.

Acerca da produção de conhecimento do Serviço Social com relação à cultura, Moljo e Cunha (2009) afirmam que “majoritariamente a categoria cultura se relaciona com as Políticas Sociais” (p. 96). Em meio ao surgimento constante de novas demandas, o assistente social vê-se com desafios aonde uma das saídas para enfrentá-los é incorporar a inovação e criatividade às suas ações profissionais.

2.1. Processo Metodológico

A opção apenas pela pesquisa bibliográfica e documental se deu devido às dificuldades em viabilizar no curto tempo previsto de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso os trâmites necessários para a realização de pesquisa empírica. Entretanto, salientamos que uma pesquisa bibliográfica e documental não perde seu valor, pois esta também é uma forma de produção de conhecimento.

[...] trabalhar com a pesquisa bibliográfica significa realizar um movimento incansável de apreensão dos objetivos, de observância das etapas, de leitura, de questionamentos e de interlocução crítica com o material bibliográfico, e que isso exige vigilância epistemológica (MIOTO; LIMA, 2007, pg. 37)

Na elaboração desta monografia, portanto, utilizou-se de pesquisa qualitativa por meio de revisão de literatura e documental de modo a oportunizar aprofundamento acerca da produção acadêmico-científica a respeito de atividades artísticas e culturais no âmbito da saúde mental no SUS. Para tanto, a primeira parte do trabalho tratou de aspectos históricos

relevantes. Dentre eles, a trajetória da Reforma Sanitária e seus desdobramentos no Brasil, especialmente, no Sistema Único de Saúde e mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial, local onde é realizado o acompanhamento e tratamento contínuo aos usuários em sofrimento psíquico e que não se restringe ao modelo biomédico. Tal contextualização permitiu a análise sobre o atual modelo de atenção à saúde, desafios e novas propostas de atuação que rompam com a rotina nos CAPS e ofereçam, de fato, atenção integral aos usuários que frequentam o espaço. Esta integralidade não pode ser minimizada ao atendimento individualizado com os profissionais, mas a um conjunto de apostas que visem a socialização e reabilitação psicossocial dentro e fora dos CAPS.

Na sequência, realizou-se a análise de artigos publicados em periódicos disponibilizados na internet pelo site da base de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online. Foram selecionados artigos a partir dos descritores “saúde mental e arte”, “atividades artísticas e saúde mental”, “atividades culturais e saúde mental”, “música e saúde mental”, “oficinas terapêuticas e saúde mental”.

O levantamento da literatura foi realizado no mês de abril de 2017, sem recorte de data das publicações, massa com o critério de considerar apenas artigos escritos em português. No processo de seleção dos artigos, obtendo-se resultados para os anos de 2005 a 2016 num total de 63 estudos para os cinco descritores definidos. A partir de uma leitura sistemática dos artigos inicialmente selecionados, se realizou um segunda momento de seleção, de modo a contemplar os estudos que tratassem mais diretamente ao objeto da pesquisa. Nessa segunda seleção, identificou-se 16 artigos, os quais constituíram o conjunto de estudos que foram analisados nessa etapa da pesquisa. Assim, na sequência se realizou leitura aprofundada desses artigos, analisando-os com o suporte de recursos metodológicos da análise temática do método qualitativo de pesquisa social (MINAYO, 2006). Para a autora a análise temática de conteúdo desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Com o destaque aos aspectos centrais dos estudos, foram construídas categorias temática centrais que se instituíram base de análise para este trabalho.

Desse modo, após a seleção dos 63 artigos, foi feita uma primeira leitura exploratória em cada resumo para pré-selecionar os artigos e periódicos relevantes ao tema, para depois, numa próxima leitura completa selecionar os que de fato tinham relação direta com os objetivos deste trabalho. Apesar de alguns descritores apresentarem artigos em inglês ou espanhol, estes foram desconsiderados.

O primeiro descritor, “Saúde mental e arte”, apresentou 34 resultados, sendo um deles em espanhol e um sem resumo. Dos 34 artigos, foram pré-selecionados após leitura dos resumos 10 deles. Com leitura posterior, 8 foram selecionados para análise, nenhum deles em língua estrangeira.

O descritor “Atividades artísticas e saúde mental” apresentou apenas 4 resultados sendo um deles em inglês. Três foram pré-selecionados de acordo com o resumo e apenas 2 apresentaram conteúdo relacionado ao assunto desta revisão.

O descritor “Atividades culturais e saúde mental” contou com 5 artigos, 2 deles em inglês. Um deles foi pré-selecionado e este permaneceu para análise.

Já com a utilização do descritor “Música e saúde mental” apareceram como resultados 10 artigos, sendo 2 em inglês. 3 deles foram pré-selecionados com leitura de resumo e após leitura completa, apenas 2 foram selecionados.

O último descritor “Oficinas terapêuticas e saúde mental” apresentou 10 artigos como resultado, com 2 em espanhol e um repetido num descritor anterior. 5 deles foram pré-selecionados e 3 selecionados para análise.

QUADRO 1 - Artigos disponíveis e selecionados

DATA	DESCRITOR	ARTIGOS	PRÉ-SELECIONADOS	SELECIONADOS
10/04/2017	1. Saúde mental e arte	34 artigos – 1 em espanhol e 1 sem resumo	10	8
10/04/2017	2. Atividades artísticas e saúde mental	4 artigos – 1 em inglês	3	2
10/04/2017	3. Atividades culturais e saúde mental	5 artigos – 2 em inglês	1	1
11/04/2017	4. Música e saúde mental	10 artigos – 2 em inglês	3	2
11/04/2017	5. Oficinas terapêuticas e saúde mental	10 artigos – 2 em espanhol e 1 repetido	5	3

Para organizar os 16 artigos selecionados, foi construído um segundo quadro enumerando-os, indicando o ano de sua publicação, os nomes dos autores e o título de cada um dos artigos. Os anos compreendem entre 2005 a 2016, sendo 2016 o ano que mais apresentou artigos, totalizando quatro.

QUADRO 2 – Referências dos artigos analisados:

ARTIGO Nº	ANO	AUTORES	TÍTULO
Artigo 1	2005	Teresa Cristina Paulino de Mendonça	As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação
Artigo 2	2006	Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima	Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade.
Artigo 3	2007	LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál.	Arte, clínica e loucura: um território em mutação
Artigo 4	2008	Renata Caruso Mecca ¹ Eliane Dias de Castro ²	Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental
Artigo 5	2009	Rachel de Lyra Monteiro ^I ; Cristina Maria Douat Loyola ^{II}	Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes
Artigo 6	2010	Flávia Helena Passos Pádua Maria de Lima Salum e Morais	Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades
Artigo 7	2010	Neusa Freire Coqueiro ¹ , Francisco Ronaldo Ramos Vieira ² , Marta Maria Costa Freitas	Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental
Artigo 8	2011	Dulcian Medeiros de Azevedo ¹ Francisco Arnaldo Nunes de Miranda ²	Oficinas Terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares
Artigo 9	2011	Danielle Samara Tavares de OLIVEIRA ^a , Maria de Oliveira FERREIRA FILHA ^b	Contribuição dos recursos culturais para a Terapia Comunitária Integrativa na visão do terapeuta.
Artigo 10	2013	Mariana Tavares Cavalcanti Liberato e Magda Dimenstein	Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis.
Artigo 11	2013	Ana Tereza Costa Galvanese ^I Andréia de Fátima Nascimento ^{II} Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira	Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial
Artigo 12	2014	Paula Carpinetti Aversa	Vibrações possíveis: Arte/Educação e Saúde Mental na Contemporaneidade.
Artigo 13	2016	Arlete Aparecida Noronha Daniela Folley Andréa Noeremberg Guimarães ^a , Maria Luiza Bevilaqua Bruma ^b Jacó Fernando Schneider ^b Maria da Graça Corso da Mottab	Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil
Artigo 14	2016	Mariana André Honorato Franzoi ² , José Luís Guedes do Santos ³ , Vânia Marli Schubert Backes ⁴ , Flávia Regina Souza Ramos ⁵	Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial.
Artigo 15	2016	Érika Sales dos Santos ^(a) Emanuella Cajado Joca ^(b)	Teatro do oprimido em saúde mental: participação social com arte

		Ângela Maria Alves e Souza	
Artigo 16	2016	Pedro Rocha Correia ¹ , Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté ²	Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: Uma revisão sistemática da literatura.

Após a leitura de cada um dos 16 artigos selecionados, alguns temas repetidamente abordados, correspondentes ou relacionados foram organizados criando-se nexos de leitura amarrando dados importantes que demonstrem a utilização da arte e da cultura no âmbito da saúde mental, o que facilitou um entendimento geral do que tratam os artigos. Para que o objetivo deste trabalho fosse alcançado, construíram-se cinco eixos de análise com os assuntos mais relevantes para o tema aqui exposto. Foram eles: arte e loucura na contemporaneidade; percepção das oficinas para famílias e pacientes; resignificação dos espaços das oficinas terapêuticas; arte e cultura como dispositivos terapêuticos e de cuidado e; arte e cultura como instrumentos de reabilitação social.

2.2 Apresentação e análise da produção científica

2.2.1 Arte e loucura na contemporaneidade

Dos dezesseis artigos selecionados, quatro deles tratam da arte e loucura na contemporaneidade. Em “Vibrações possíveis: Arte/Educação e Saúde Mental na Contemporaneidade”, Aversa (2014) defende que a articulação entre Arte e Saúde Mental na contemporaneidade é possível com a utilização da Arte/Educação devido ao contato com a arte que, segundo ela, favorece a experiência estética e enlace social. Para tanto, a autora parte das percepções de arte e loucura para depois pensar que outras relações entre loucura, clínica e arte na contemporaneidade pode se produzir.

Para contextualizar a loucura, Aversa (2014) parte da concepção de Foucault desde a Antiguidade à Modernidade, sendo que nesse último momento a arte passou a ser utilizada como recurso diagnóstico e como forma de terapêutica servindo de ocupação e controle aos pacientes asilares, considerados não aptos ao trabalho, firmando a arte e a loucura à margem, visto sua forte crítica aos modos de vida burgueses.

A forma de arte feita pelos “loucos” passou a ser procurada por artistas devido suas características tão peculiares, como a espontaneidade e a desordem, que achavam ser

proveniente de forças espirituais e que levaram a diversas pesquisas interpretativas. “A loucura, através da arte, começa a escapar do silenciamento que lhe foi imposto outrora” (AVERSA, 2014, pg. 152).

O movimento de vanguarda modernista foi essencial para a desconstrução do ensino da arte que se tinha naquela época, expandindo-o como recurso para a educação e desenvolvimento humano, sendo também utilizado como recurso terapêutico, principalmente de expressão.

Durante e após a Segunda Guerra Mundial, a loucura passou a ser vista enquanto sofrimento-existência que exige de cuidados e não mais como doença que necessita de cura, dando maior espaço às políticas de saúde humanizadoras e à utilização do campo artístico para a cidadania e expressão da loucura no campo social. A autora afirma que as práticas em saúde mental procuram o social, a cultura, as linguagens artísticas que afirmam a vida num todo, “com suas alegrias, prazeres; mas também com suas dores, com sua finitude” (AVERSA, 2014, pg. 155). Neste ponto, Aversa afirma a existência de atividades artísticas no âmbito da Saúde Mental por meio dos CAPS.

Aversa (2014) transgride a arte contemporânea quando a compara com a modernista. Compreender a arte ou um objeto como arte tornou-se ainda mais difícil, porque ela é uma fusão de estilos, de utilização de materiais diversos de forma a entrelaçar a vida e a arte. “A expressão dos loucos não é suficiente para configurar compreender o acontecimento artístico atualmente”, afirma. Há, para ela, a necessidade de se alcançar outro patamar para os diálogos entre a loucura e a arte. Para ela, a arte/educação pode favorecer a articulação entre a arte e a loucura, utilizada como ferramenta cultural, “tornando mais acessível às conexões entre a arte e a vida, além de proporcionar condições para a elaboração/criação dos produtos artísticos em si e de enlace social” (AVERSA, 2014, pg. 157).

Liberato e Dimenstein (2013) também tratam do tema quando pensam a arte no contexto da desinstitucionalização da loucura, desde que seu uso vá além do instrumental e disciplinador, criando maior visibilidade e sociabilidade nas cidades. Elas estão de acordo com Aversa (2014) quando criticam a arte como uma mera ferramenta de entretenimento e ocupação quando, na verdade, ela pode ser um instrumento de transformação e ressignificação das relações e da vida das pessoas. Este trabalho pensa, além da articulação entre arte (com uma forma de lidar com ela propriamente) e saúde mental, na relação delas com a cidade.

Para isso, as autoras tratam dos espaços urbanos que possibilitam o trato com as diferenças e que veem a arte como potencializadora de novos modos de existência e de lutas coletivas. Elas se perguntam se além da institucionalização da loucura não seria necessário também a desconstrução do lugar da loucura. Elas tratam da invisibilidade que damos a certos lugares, coisas e pessoas, questionando se a arte não teria condições de produzir regimes de visibilidade para a loucura e para a cidade.

As autoras defendem que a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e mudanças de técnicas não são o bastante, por isso fomentam a libertação pessoal (de cada um de nós) de nossos manicômios mentais, ou seja, aqueles que nos fazem oprimir e segregar para tornar-nos pessoas mais sensíveis e menos indiferentes. Elas explicam que as normas sociais regulam os modos de vida e, assim como as instituições trabalho e família estão em nós, a instituição psiquiatria continua também está interferindo no modo de relação entre as pessoas com o espaço urbano fazendo-as repetir comportamento e padrões.

No que tange a Saúde Mental, Liberato e Dimenstein (2013) questionam a falta dos Centros de Convivência e Cultura previstos na Política Nacional de Saúde Mental (2005) que contariam com oficinas e atividades coletivas visando o combate ao estigma e exclusão. Apesar de críticas a esses centros no sentido de que eles representariam uma demarcação da convivência e de acesso à cultura/lazer, ambas acreditam que estes seriam importantes espaços de vivências, acolhimentos e trocas. Para elas, não se deve encaixar nos espaços da cidade aqueles que são diferentes, mas criar outras relações, outras cidades para produzir, assim, novas relações de sociabilidade que inovem no contexto cultura/saúde mental.

Um ponto importante que as autoras declaram é que são, sim, a favor do uso da arte nas atividades de cunho terapêutico e seu crescimento na assistência à saúde mental, mas que acreditam no “além do cuidado”.

É preciso produzir saídas dos serviços especializados para evitar novas institucionalizações. É urgente potencializar circulações, encontros, inserções/interseções, contatos diversos, que deem um novo impulso a todos os envolvidos e ao próprio movimento da Reforma, que, como defendemos, diz respeito a uma mudança na forma de estar e conviver com a diferença, à criação de novos mundos. (Liberato; Dimenstein, 2013, pg. 278).

Outro artigo em consonância com estes dois é o *Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade* de Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima (2016). Assim como Aversa (2014), Lima (2006) trata do que pode ser compreendido como arte ou objeto de arte. Para ela, onde há homem, há arte, e que a definição de algo como arte ou objeto de arte depende de parâmetros circunstanciais e datados. Da mesma forma, se antes os trabalhos artísticos dos “alienados” não tinham valor, o valor artístico das produções de “psicóticos” em 1940 passaram a não ter como parâmetros o estado clínico de quem as fez.

Lima (2006) cita o Módulo Imagens do Inconsciente, da exposição Brasil 500 anos: Mostra do Redescobrimento, realizada em 2000, que tentou expor toda a produção visual/cultural brasileira e que, pela primeira vez, deixou de colocar ao lado das obras os diagnósticos dos artistas, o que demonstrou um avanço no campo da arte brasileira e a importância para ela das pessoas em sofrimento psíquico.

Diferentemente dos outros dois textos, este traz relatos de momentos e pessoas importantes no contexto brasileiro em que a loucura se relacionou com a arte quebrando barreiras da história. Inclusive, citando Bispo do Rosário que passou anos num manicômio e mesmo assim preservou sua produção que demonstra uma necessidade pessoal de expressão que foi além dos muros institucionais. À época, pessoas indagaram se “aquilo” era arte, fato hoje desconstruído devido, ao que considera Lima (2006), à mutação da sensibilidade contemporânea, que possibilitou o deslocamento nas relações entre arte, loucura e clínica.

Lima e Pelbart (2007) também tratam deste tema através de uma pesquisa histórica no Brasil se como ocorreu a relação entre a arte e a saúde mental. Mais especificamente sobre a arte e a loucura na contemporaneidade, as autoras reafirmam uma crescente onda de atividades artísticas no processo de transformação das instituições psiquiátricas e redefinição do lugar da loucura nos últimos 30 anos.

Hoje, as práticas de desinstitucionalização atravessam os muros do hospital, invadem a cidade e passam a intervir nas redes sociais e na cultura, buscando desfazer ‘manicômios mentais’. Um número cada vez maior de ações territoriais visa construir novas possibilidades no campo das trocas sociais e da produção de valor, buscando criar novas comunidades e outras sociabilidades (LIMA; PELBART, 2007, pg. 729)

A clínica, não mais presente enclausurada em asilos, agora está na cidade e vê seus sujeitos expondo seu sofrimento e, mais do que isso, realizando o “fato de cultura”. Assim como Lima (2006), Lima e Pelbart (2007) reafirmam o deslocamento das coordenadas entre arte, clínica e loucura. Arte e loucura agora possuem múltiplas conexões, mantendo suas singularidades, mas interferindo umas nas outras e sofrendo juntas mutações.

2.2.2 Percepção das oficinas para famílias e pacientes

Apesar de autores se contraporem à ideia de que a utilização de atividades artísticas e culturais no âmbito da saúde mental não pode se restringir às oficinas terapêuticas, elas existem, estão inseridas no modelo de atenção à saúde atual e precisam ser avaliadas não só pelos profissionais da área, mas também pelos usuários e seus familiares. Parte-se do pressuposto de tirar a centralidade da loucura para os sujeitos reais. Os serviços substitutivos que advieram com a Reforma Psiquiátrica deixaram de focar o atendimento individual do “doente”, mas a coletividade de seus relacionamentos afetivos, sociais, familiares, comunitários.

Pensando nisso, Azevedo e Miranda (2011) escreveram sobre a percepção dos familiares quanto às oficinas terapêuticas desenvolvidas nos CAPS de Natal – RN em 2007. As 28 famílias entrevistadas apontaram pontos positivos e falhas nas oficinas terapêuticas, podendo, também, apontar formas de superar tais desafios. Por que ouvir os familiares dessas pessoas?

Nesse sentido, a família representa o espaço coletivo indispensável para a garantia da sobrevivência, desenvolvimento e proteção de seus membros, independente de seu arranjo ou da forma como se estrutura, possuindo uma dinâmica de vida específica. Logo, entende-se que não basta tratar o portador de sofrimento psíquico isoladamente, mas ofertar cuidados a todos aqueles que compõem o núcleo familiar. (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, pg. 340)

As autoras afirmam que o sofrimento psíquico de um membro da família abala toda a estrutura familiar e que mesmo a condição social das pessoas pode contribuir para o adoecimento, por isso o enfoque no contexto social e nas famílias. Elas apontam que hoje um grande desafio para os profissionais de saúde é reconhecer a família como uma unidade de

cuidados que precisa ser inserida na agenda terapêutica por representar um agente ativo de participação.

Foi percebido por Azevedo e Miranda (2011) nas entrevistas realizadas no estudo grande satisfação dos familiares quanto a terem um ente em tratamento no CAPS e quanto ao serviço prestado num todo, ressaltando não apenas as oficinas terapêuticas, mas também os profissionais, a forma como são acolhidos e tratados. Alguns deles apontaram para um possível crescimento no desempenho dos CAPS.

Dentre vários relatos expressos no estudo de Azevedo e Miranda (2011), este é interessante no que diz respeito ao tema dessa monografia: “E inclusive a abertura que nós familiares temos em relação à equipe técnica de falar, de dizer, de conversar, de superar. Nós temos essa liberdade. Não nos é tolhida, entendeu? [...] Há momentos em que a atividade não deixa de funcionar. Agora, poderia funcionar mais ampliada, mais recursos, mais material didático. Aula de dança, pintura, tudo isso existe, mas poderia ser mais ampliado (Mãe, CAPS II Leste, E-22 apud Azevedo;Miranda, 2011, pg. 342)”.

Para as autoras, como nenhum familiar citou algum profissional em específico, parte-se da lógica de que as oficinas ou são integradas com toda a equipe participando ou são, o que elas chamaram, efêmeras por os familiares não conseguirem perceber ou conhecer os profissionais envolvidos nas atividades.

Outro ponto importante encontrado por Azevedo e Miranda (2011), foi de que os familiares veem nos CAPS um espaço importante para acompanhar seu ente em tratamento, pois lá eles recebem orientações de cuidado e são colaboradores para o crescimento mútuo do grupo, apesar de terem na pesquisa encontrado familiares que não se envolvem com as atividades por não se entenderem como participantes do processo.

No artigo *Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil* de Noronha et al (2016) os seis autores realizaram uma pesquisa qualitativa descritiva em 2013 num Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi de Santa Catarina. Os critérios de inclusão dos familiares dos adolescentes foram: ser maior de dezoito anos, ser responsável pelo cuidado do adolescente, podendo ter parentesco consanguíneo ou não; e ser familiar de adolescente que participe há, pelo menos, dois meses

de uma ou mais oficinas terapêuticas. Os critérios de exclusão foram: não ter condições cognitivas de responder às perguntas da entrevista e/ou ter dificuldade de comunicação.

As tais percepções dos familiares foram agrupadas no grupo dos que desconhecem as oficinas terapêuticas e no grupo dos que reconhecem a terapêutica das oficinas. 50% dos familiares conhecem o funcionamento e organização das oficinas terapêuticas e inclusive declaram que os próprios usuários relatam sobre isso com eles. Os autores perceberam que esse grupo parece presente na caminhada de cuidado dos filhos, porém, pouco sabem sobre acolhimentos, planejamentos e se seus filhos têm voz no CAPSi.

Os outros 50% dos familiares desconhecem as atividades das oficinas, afirmando não haver informações o bastante sobre elas ou que devido a tarefas do dia a dia eles não podem acompanhar o tratamento dos filhos. Duas falas que demonstram isso são “Olha, na verdade a gente não sabe muito o que fazem nestas oficinas, porque eu trabalho e não tenho tempo de ir lá olhar (F11)” e “Eu não sei dizer, não informaram. (F12)” (NORONHA et al, 2016, pg. 4).

Familiares participantes de um estudo realizado em um CAPSi, no Paraná, comentaram não receber a devida atenção no sentido de saber sobre o tratamento do usuário, receber apoio psicológico e orientações sobre a doença. Relataram que gostariam de ter mais proximidade com a equipe multiprofissional, a fim de esclarecer como as relações intrafamiliares ocorrem e o comportamento do usuário no domicílio, acreditam que isso auxiliaria em seu atendimento individualizado e na promoção de uma melhor convivência com a família (NORONHA et al, 2016, pg. 4)

É necessário salientar que alguns participantes familiares observaram e narraram mudanças positivas no comportamento dos adolescentes. Além disso, possibilitaram demonstrações de afeto, auxiliam em desafios diários, melhoram a autoestima, a comunicação, a desenvoltura, acalmam e, principalmente, contribuem para uma melhor convivência familiar e escolar, com diminuição de brigas e discussões. Outros disseram que as oficinas auxiliam na reorganização das vidas de seus filhos (NORONHA et al, 2016).

Alguns familiares no estudo de Norinha et al (2016) ressaltaram o caráter coletivo das oficinas, que permite a socialização entre os participantes ao mesmo tempo em que contribui para a autonomia desses sujeitos no dia a dia. Outros ressaltaram as oficinas como ocupação no que se refere ao afastamento dos filhos das drogas, o que é um fator muito

importante. Já os familiares que não resultaram mudanças, foi constatado que nesse caso os adolescentes estavam ali há pouco tempo.

Um outro artigo que dialoga com o eixo de análise proposto é o de Loyola e Monteiro (2009) que avalia a qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. As autoras constataram nesse estudo que as quatro principais causas que se deve a participação dos sujeitos nas oficinas são melhores relações sociais, diminuição de sintomas, ajuda com respeito e alguma remuneração. Neste trabalho, os usuários tiveram voz e puderam mensurar as oficinas terapêuticas de acordo com indicadores de estudo para 12 participantes. Foram criadas três categorias de análise: estrutura da oficina, manejo do coordenador e desenvolvimento dos pacientes.

Quanto à primeira categoria, alguns relataram que as atividades possuem pouco tempo e que poderia haver maior disponibilidade de materiais diversos que lhes permitam maior envolvimento de criação. Que também pudessem contar com novas pessoas que tenham técnicas diferenciadas nas atividades para maior troca de experiências. Quanto à estrutura física do local, apenas afirmaram serem contrários às improvisações dos serviços públicos, o que, por vezes, os descaracterizam como cidadãos de direitos. Outros disseram que oficinas que geram renda são mais interessantes, principalmente, quando são estipuladas quantias e porcentagens justas para todos. Para eles, as oficinas podem favorecer a diminuição dos sintomas, aumento da autoestima e o melhor enfrentamento de desafios cotidianos, além da melhora nas relações interpessoais

Em relação à segunda categoria, do manejo do coordenador, eles não avaliaram, apenas apontaram responsabilidades desse coordenador, como orientar o grupo para o bom desempenho da atividade, oferecer um espaço onde eles possam colocar seus pensamentos e reflexões, incentivar discussões, etc.

Já de acordo com a última categoria, os participantes contaram com a capacidade que as oficinas terapêuticas têm de acalmar e transmitir tranquilidade, distração, felicidade, satisfação, diálogo, possibilidade de exercitar a criatividade e bem-estar.

Portanto, as percepções de usuários e familiares permitem avaliar as atividades propostas nas oficinas terapêuticas dos CAPS e se elas estão de fato realizando o que propõem de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica. Pelo que foi exposto, de fato elas são

importantes para os sujeitos e seus familiares, apesar de apresentarem desafios que serão explicitados num próximo tópico.

2.2.3 O espaço das Oficinas Terapêuticas e da Saúde Mental

Outro norteador que se repetiu nos artigos e, por isso, pode ser avaliado é o que se refere ao espaço das oficinas terapêuticas e da saúde mental. Neste ponto serão analisados os desafios postos às oficinas e o caminho que elas devem trilhar para, de fato, ultrapassar os muros dos CAPS. Para tanto, o primeiro artigo analisado é o *Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades*, de Pádua e Morais (2010).

De forma especial, o artigo citado buscou refletir acerca das atividades artísticas realizadas nos serviços de saúde mental e, não se prendendo, também dos realizados nos espaços sociais. As autoras, após um breve histórico da assistência psiquiátrica e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, elas analisaram as oficinas expressivas de acordo com nove artigos científicos, duas dissertações de mestrado e dez livros que discutem o tema. Oficinas expressivas são espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro (BRASIL, 2004).

Com o método qualitativo e após a categorização dos trabalhos, chegou-se a quatro dimensões de análise. Tratar-se-á aqui de duas delas que estão inseridas no tema proposto no tópico, no caso a de *Uma ruptura da clínica tradicional* e *Vivenciando outros espaços*.

Quando as autoras falam da ruptura com a clínica tradicional, elas acreditam que enquadrar os sujeitos em um amontoado de sintomas demonstra quão ainda categorizadores e segregadores são os métodos psicanalítico e psiquiátrico. Ou seja, as oficinas terapêuticas não deveriam, em tese, apenas adaptar os sujeitos aos protocolos clínicos já existentes, mas exigir dos profissionais maneiras cada vez mais criativas de apaziguar o sofrimento das pessoas. Por isso, nem mesmo as oficinas artísticas devem estar em constantes mudanças, possibilitando, segundo elas, infinitas formas de experimentar a arte.

Já no tema vivenciando outros espaços, Pádua e Morais (2010) criticam o espaço atribuído às oficinas: apenas nos serviços de saúde mental, sem fazer com que os “loucos”

ocupem espaços sociais, como praças e escolas, justificando sua característica excludente para com os que possuem transtornos mentais. A retirada dessas pessoas dos hospitais psiquiátricos e realocação nos CAPS não pode continuar representando um isolamento social. Esse fato pode ser comprovado, segundo as autoras, quando se percebe que os usuários percorrem o trajeto casa-serviço e serviço de saúde mental, pode ser questionado se esse cidadão circula por outros locais da cidade ou se o CAPS está repetindo o modelo manicomial de maneira repaginada.

Através de atividades artísticas fora do âmbito estritamente institucional, permite-se que aqueles que vivenciaram a experiência de crise transitem pela cidade, usufruam do patrimônio artístico-cultural, descubram novos lugares significativos e novos interesses. Busca-se, dessa maneira, a democratização de espaços (PÁDUA; MORAIS, 2010, pg. 472)

Deste modo, com a promoção, por meio das oficinas expressivas, de autonomia, a possibilidade de esses indivíduos circularem em outros espaços pode auxiliar na desmistificação da loucura no meio populacional. “Com as oficinas, é possível que a sociedade atente para os trabalhos daqueles que possuem transtornos mentais, valorize-os e perceba que é plenamente possível o convívio com a diferença” (PÁDUA; MORAIS, 2010, pg. 473).

O cotidiano da instituição, o cotidiano dos próprios sujeitos e a cultura devem ser pensados, ou seja, devem estar articulados com o processo de realização de atividades artísticas pelos usuários do serviço de saúde mental. Liberato e Dimenstein (2013) afirmam que é preciso, ao mesmo tempo em que, não se delimitar os espaços de circulação das pessoas em sofrimento psíquico incentivando sua participação em tudo que a cidade oferece, existirem também locais que sirvam de “trampolim” para outras vivências/relações dentro da comunidade onde estão inseridos. Tal fórmula foi reafirmada por Mecca e Castro (2008) quando colocam a instituição não apenas como espaço de habitação/morada para os usuários, mas como referência para a construção de projetos quando necessário, que possibilitem também um trampolim, um ponto de partida para o seu firmamento em outros territórios, permitindo o sentimento de pertencimento ao coletivo.

No artigo sobre o *Teatro do oprimido em saúde mental*, de Santos et al (2016), foi possível observar a contribuição desta oficina para a participação social. O teatro do oprimido foi fundado por Augusto Boal e possui uma proposta artística e pedagógica voltada para estabelecer atuação, debate, reflexão e transformação dos indivíduos que com ela se relacionam por meio da ação cênica (SANTOS et al, 2016). A experiência realizada em Fortaleza mostrou-se significativa criando espaço de fala e acolhida coletiva, aproximando a vida e a arte, questionando e problematizando relações cotidianas. A plateia nas apresentações discutia juntamente com os personagens. Para as autoras, o teatro do oprimido foi capaz de potencializar o cuidado em saúde mental conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica: em movimento, em liberdade e com autonomia.

O teatro do oprimido foi uma oficina em saúde mental que, assim como as oficinas terapêuticas, não visou apenas a ocupação e o entretenimento para os usuários da instituição, mas além disso, mostrou-se uma forma de promoção da reinserção social. É necessário também se pensar nos espaços terapêuticos cada vez menos rígidos (por exemplo, as que se utilizam de cronogramas fechados que ditam regras) que trabalhem com momentos prazerosos e de natureza lúdica, sem tanta seriedade ou obrigações (Monteiro; Loyola, 2009).

Um dos grandes desafios do CAPS atualmente é de justamente inserir o sujeito portador de sofrimento psíquico sua família na dinâmica comunitária, através de ações e espaços que possuam estrutura em outros territórios que não sejam esse do serviço prestado em saúde mental, que sejam territórios existenciais produzidos através da arte ou do trabalho por meio da criação livre (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

2.2.4 Arte e cultura como dispositivos terapêuticos e de cuidado

Algumas análises já foram feitas no sentido de observar o processo de cuidado desenvolvido por meio da arte e da cultura nos Centro de Atenção Psicossocial. Galvanese et al (2013) realizou um estudo sobre esse processo em 21 CAPS de São Paulo entre 2007 e 2008. As autoras afirmam que uma revisão da literatura científica indicou que abordagens artísticas e culturais “são compreendidas como recursos de humanização dos cuidados, coprodutoras de subjetividade, catalisadoras de efetividade e de reinserção social” (GALVANESE et al, 2013, pg. 361).

Nesse presente estudo, buscou-se observar o processo de cuidado em suas múltiplas facetas, ou seja, no acolhimento, ambiência, acompanhamentos individuais, dinâmicas grupais e demais práticas desenvolvidas nos serviços e no território. Das 457 atividades grupais observadas, apenas 126 foram analisadas sendo consideradas oficinas expressivas e culturais. Das 126, 96 foram realizadas dentro dos CAPS coordenadas predominantemente por psicólogos, 16 foram desenvolvidas esporadicamente em espaços culturais da comunidade e 15 por meio de parcerias com esses espaços.

O estudo observou três tendências de cuidado. A chamada “estritamente clínica”, a “tendência psicossocial” e a “tendência residual”. Vejamos as características de cada uma delas (GALVANESE et al, 2013):

- Estritamente clínica: perspectiva clínica voltada à ampliação de competências pessoais, autoconhecimento e autoexpressão; elenco pouco diversificado de técnicos com predominância de psicólogos; predomínio das interações dentro dos grupos; temas em grande parte referentes às dificuldades e desafios dos participantes; e pela realização de intervenções culturais circunscritas ao ambiente do CAPS e ausência de integração com o território.

- Tendência psicossocial: atividades esporádicas ou parcerias regulares com espaços culturais no território; elenco diversificado de profissionais, com diferentes recursos técnicos, artísticos e culturais; condução das atividades e repertórios voltados ao acompanhamento das relações, sustentação de experiências criativas e ampliação dos repertórios culturais dos participantes; vínculos caracterizados pelo envolvimento com a atividade, pela sinergia grupal e pelas relações com os espaços da cidade; temas relacionados aos desejos, projetos e criações dos participantes; e produções artísticas em espaços culturais.

- Tendência residual: dificuldades na condução das atividades; limitações de repertório; elenco profissional improvisado e intervenções sem embasamento técnico; desconsideração das necessidades, desejos ou projetos dos participantes; invalidação das suas ações e desqualificação das suas produções. A precariedade dos vínculos se manifestou na pobreza dos diálogos.

As autoras afirmam que tais práticas de cuidado por meio de atividades de arte e cultura em uma perspectiva psicossocial necessita de inovação, de questionamentos e de desconstrução de traços manicomial que ainda permeiam a ação. No caso da experiência em

São Paulo, o cuidado por meio desses dois instrumentos pareceu ampliar as competências pessoais e a convivência no interior dos serviços aproveitamento o ensejo do potencial de relações propiciadas por essas práticas, em diferentes cenários da vida (GALVANESE et al, 2013).

Existem estudos que tratam a arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Ela engloba saberes de múltiplas áreas do conhecimento e visa o pleno resgate do sujeito por meio de autoconhecimento e transformação utilizando a criação estética e artística em prol da saúde, conforme define a Associação Brasileira de Arteterapia, utilizando diversas modalidades expressivas com modalidades terapêuticas. Inclusive, Coqueiro et al (2010) afirma no artigo *Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental* a crescente utilização deste recursos na área da saúde, reiterando seu papel importante na colaboração em amenizar os efeitos negativos de doenças mentais, propiciando mudanças afetivas, interpessoais e relacionais.

Observa-se que a arteterapia tem possibilitado aos usuários a vivência de suas dificuldades, conflitos, medos e angústias de um modo menos sofrido. Configura-se como um eficaz meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do adoecimento mental em si, assim como os conflitos pessoais e com familiares. Nota-se que há uma minimização dos fatores negativos de ordem afetiva e emocional que naturalmente surgem com a doença, tais como: angústia, estresse, medo, agressividade, isolamento social, apatia, entre outros (COQUEIRO; RONALDO et al, 2010, pg. 862)

Assim como a arteterapia, a utilização de recursos culturais na saúde mental como dispositivo de cuidado também foi citada dentre os artigos, não só no espaço dos CAPS, mas também na TCI. Dentre os dezesseis artigos de análise, um deles tratou especificamente destes recursos na Terapia Comunitária Integrativa (TCI), metodologia reconhecida como uma Prática Integrativa e uma estratégia da Saúde Mental na Atenção Básica, e que consiste num espaço aberto onde ocorre a troca de experiências de vida visando o alívio do sofrimento humano através da partilha e adoção de estratégias para superar tais desafios valorizando o saber popular. Os principais recursos culturais utilizados foram músicas, dinâmicas e orações. Concluiu-se que os recursos culturais são importantes dispositivos. Eles contribuem na TCI com a participação comunitária, no fortalecimento de vínculos e resgate cultural (OLIVEIRA; FERREIRA FILHA, 2011).

O estudo em si pretendia ter conhecimento da visão dos terapeutas comunitários sobre a cultura e os recursos culturais na TCI. Para eles, estes fortalecem a identidade pessoal e social, proporciona o sentimento de pertencimento, além de ajudar a amenizar o sofrimento e tristeza com situações diversas do cotidiano. Outro fator importante é que por meio dos recursos culturais, a TCI tem conseguido ser efetivada no âmbito da atenção primária em saúde mental, seguindo o preceito das novas estratégias de orientar as práticas profissionais para proporcionar um cuidado cada vez mais próximo das necessidades dos usuários (OLIVEIRA; FERREIRA FILHA, 2011).

De fato, a arte e a cultura têm tomado espaços importantes na saúde mental. Outro artigo que demonstra sua utilização como dispositivo de cuidado é o da *Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial* de Franzoi et al (2016). Diante de uma experiência, a intervenção musical favoreceu experiências lúdicas, sensoriais, motoras, de linguagem e de interação de crianças com transtorno do espectro do autismo.

Com essas crianças observou-se respostas positivas, como a integração delas com os profissionais por meio do uso de rimas, ritmos, músicas e instrumentos musicais. Além dessa característica, perceberam-se mudanças de comportamento e de comunicação verbal e não verbal por meio da estimulação da linguagem, bem como colaborou para romper com padrões de isolamento, reduzir os comportamentos estereotipados, estimular a auto expressão e a manifestação da subjetividade.

2.2.5 Arte e cultura como instrumentos de reabilitação social

Já foi dito neste trabalho que atividades artísticas e culturais são utilizadas como recurso terapêutico para pessoas em sofrimento psíquico, porém, Correia e Torrenté (2016) acreditam que ainda seja necessário consolidar a base teórica sobre o tema. Para tanto, a revisão sistemática realizada por eles no artigo *Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura* possui grande valor por concluir que, de fato, a arte possui grande potencial terapêutico para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos psíquicos, sendo atualmente um recurso importante no cuidado à saúde mental.

“Embora alguns estudos quantitativos com amostras significativas não tenham demonstrado benefícios da arteterapia para portadores de transtornos mentais publicações com metodologia qualitativa têm mostrado resultados diferentes, com repercussões positivas em diversas frentes da reabilitação”, afirmam eles, que realizaram a análise de 28 artigos para discutir os efeitos da arte para os processos de reabilitação psicossocial.

No presente artigo percebeu-se o predomínio pelas artes plásticas, apesar da utilização de outras modalidades artísticas, como música, teatro e fotografia.

Todos os artigos selecionados descreveram efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais. Os efeitos benéficos destacados pelos artigos foram agrupados em oito categorias, construídas a partir de uma análise de conteúdo dos resultados encontrados: *expressividade, revisão da identidade, ampliação de competências pessoais, empoderamento, reconquista da esperança, concretização de planos, sociabilidade e minimização de aspectos negativos da doença mental* (Correia; Torrenté, 2016, pg. 492)

A análise dos artigos possibilitou identificar vários benefícios do uso da arte na saúde mental que ainda precisam ser mais estudados e aprofundados, mas também encontraram aspectos negativos, como a percepção negativa da autoimagem e as frustrações ligadas ao engajamento com produção artística, gerando raiva e isolamento. Dos 28 artigos, apenas dois apontaram para efeitos negativos, que precisam ser investigados melhor e também a durabilidade dos efeitos positivos e negativos. A maioria das atividades relatadas era realizada em grupo e também a maioria deles levou em conta a perspectiva do usuário na avaliação dos efeitos, visto que é relevante a participação dos próprios sujeitos envolvidos na construção e discussão dos estudos. Se antes da Reforma Psiquiátrica eles eram negligenciados, hoje são ouvidos e têm papel fundamental na análise dessas atividades.

Segundo o que mais foi relatado, a criação de um “ambiente terapêutico” durante as atividades permitiu a obtenção de efeitos com o suporte entre os participantes e a convivência em grupo mais compreensiva. “A diversidade dos benefícios descritos e a magnitude de alguns dos efeitos encontrados corroboram o valor que práticas de cuidado não médicas podem desempenhar no cuidado em saúde mental”, afirmam Correia e Torrenté (2016).

Será que durante o período de internação psiquiátrica tais oficinas artísticas têm apresentado resultados positivos? Mendonça (2005) tratou desse tema e afirma que as oficinas

fazem parte das ações de promoção da cidadania às pessoas em sofrimento psíquico enfatizando o processo construtivo e a criação do novo através da produção de acontecimentos, experiências, sendo capaz de reinventar o homem e o mundo. As oficinas, mais do que desenvolver habilidades, ressocializam e introduzem, na cultura, a diferença que a loucura representa (MENDONÇA, 2005).

No caso das oficinas na internação, os participantes participam se quiserem, assim como nos CAPS. A diferença de ambientes é que os usuários do CAPS participam das atividades e retornam para a sua rotina. Já os internados precisam fazer do espaço institucional sua casa, considerado um espaço não rígido, que conta com as suas famílias até mesmo durante as atividades internas e externas (MENDONÇA, 2005).

A ênfase no espaço relacional e na reinvenção do cotidiano do hospital, no poder de decisão sobre suas atividades e no uso do direito de ir e vir fundamenta a nova prática de reabilitação do paciente psiquiátrico na instituição. A possibilidade desses sujeitos de se expressar, de explorar as relações e de circular como cidadãos é retomada, no seu sentido literal e simbólico, como rede subjetiva que sustenta a inserção social (MENDONÇA, 2005, pg. 630)

Azevedo e Miranda (2011) destacam que a reabilitação social por meio das oficinas com atividades de arte e cultura acontece devido a possibilidade do usuário trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais. Elas possibilitam lugar de fala, expressão e acolhimento. Quanto à reabilitação, as oficinas passam a ser um instrumento com importância de ressocialização e inserção individual em grupos quando se propõem a respeitar a lógica do paradigma psicossocial que é respeitar a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada um dos sujeitos propondo o trabalho, o agir e o pensar coletivos.

2.3 Reflexões sobre arte e serviço social: possibilidades de atuação na intervenção profissional

“O estudo da cultura permite a compreensão das relações entre as diversas práticas sociais e como as mesmas são vividas e experimentadas, como totalidade, em um determinado período histórico pelos diversos sujeitos sociais” (MOLJO; CUNHA, 2009, p. 98).

O Serviço Social se insere na reprodução social, biológica e também na ideológica que, para Moljo e Cunha (2009), engloba a cultura aos modos de vida. É importante que o Serviço Social compreenda esta dimensão para utilizá-la em intervenções e produções de conhecimento ligadas a este assunto.

A cada dia, os assistentes sociais em suas intervenções precisam observar novas e velhas demandas para pensar em alternativas de como lidar com os fenômenos sociais e suas diversas facetas. Além de ter como característica constitutiva de sua identidade a utilização na prática profissional da investigação e da intervenção, o assistente social não pode deixar de pensar no todo dos sujeitos: cotidiano, relações de trabalho, vínculos familiares, autonomia e cidadania, por exemplo. Se a questão social se manifesta nesses contextos, cabe ao Serviço Social ampliar no âmbito do trabalho profissional o diálogo e articulação com outras áreas do saber, de modo a compreender e a intervir de forma mais efetiva em situações multicausais tratadas em sua totalidade (PRATES, 2007).

A questão social na perspectiva histórico-crítica é compreendida como um problema de ordem político e econômico inerente à ordem burguesa. Iamamoto (1998), em seu livro *Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*, conceitua a questão social como “um conjunto das expressões da desigualdade na sociedade capitalista madura que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1998, pg.27). Portanto, a questão social expressa o conjunto de desigualdades e lutas sociais produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais.

Prates (2007) aponta para a exigência do olhar múltiplo que pressupõe posturas abertas à complementaridade das áreas e a socialização dos avanços destas parcerias para a qualificação dos processos interventivos e na produção de conhecimento. A autora defende que estratégias alternativas e criativas façam parte da formação profissional, pois o exercício da sensibilidade e da criação podem facilitar o desenvolvimento de habilidades necessárias no dia a dia e que deveriam obter espaço na academia.

Conceição (2010) reafirma parte dessa explicação quando explana que os inúmeros desafios em meio às manifestações da questão social exigem dos profissionais cada vez mais competência e criatividade. Outros desafios são justamente os ligados ao entendimento da

realidade e a construção de propostas criativas para manutenção e efetivação de direitos. A cultura torna-se necessária para analisar a profissão visto que ela está associada à intervenção dos assistentes sociais, ao entendimento dos sujeitos e à compreensão da totalidade da realidade concreta (MOLJO; CUNHA, 2009).

Segundo Lucena (2015), a inserção do assistente social na política de cultura tem sido um desafio por dois motivos: o fato de a cultura ainda não ser tratada como um direito social e a questão da ampliação dos campos de atuação do Serviço Social.

Marilda Iamamoto (2005) dá ênfase aos profissionais que pensam, analisam, pesquisam e que buscam cada dia mais qualificações que ampliem suas competências críticas. “Alimentado por uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano tem ampliadas as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho nesse momento de profundas alterações na vida em sociedade” (IAMAMOTO, 2005, p. 49). A partir desta reflexão, pode-se dizer que, levando em consideração estas possibilidades, os assistentes sociais conseguirão intervir de maneira mais eficaz nas várias expressões da questão social.

Não só os profissionais tendem a enriquecer seu intelecto quando qualificam sua prática profissional de forma criativa, como os sujeitos que são direta ou indiretamente os receptores da intervenção.

“O uso da arte no Serviço Social deve ser condizente com os objetivos profissionais, ou seja, requer a utilização de uma arte que vise a superação da ordem e das relações de exploração vigentes. Assim, os objetivos profissionais do assistente social, quando voltados para a emancipação dos sujeitos e somados ao potencial educativo da arte, buscam colaborar para a construção de uma nova e superior hegemonia, para a formação de homens mais críticos e conscientes” (CONCEIÇÃO, 2010, p. 57)

A arte e a cultura também devem ser pensadas no rol dessas alternativas para aproximação, conhecimento, tratamento, inclusão e análise dos sujeitos, pois o Serviço Social pode utilizar as expressões artísticas ou as expressões através da arte dos sujeitos para análise e para o planejamento de estratégias de intervenção (CONCEIÇÃO, 2010).

Para Lucena (2015), a produção que diz respeito à relação do Serviço Social com a política de cultura não recebeu a devida atenção ao longo dos anos devido a continuidades e rupturas, apesar de existirem algumas que tratam da utilização da arte no processo de trabalho

do assistente social. O autor afirma que por muito tempo a cultura obteve poucos recursos financeiros e humanos na agenda pública, que favorecia o mercado e enquanto não fortalecia a consciência de compromisso social especialmente com populações que careciam de direitos sociais e culturais. Esse grande grupo tende a pensar que a cultura como privilégio das classes com maior poder aquisitivo.

“Ora, compreender a cultura como um direito social, requer entendê-la de forma universal, acessível e descentralizada, portanto voltado para o desenvolvimento social e garantindo, assim, cidadania através da consolidação e ampliação dos direitos culturais” (LUCENA, 2015, p. 03).

Lucena aprofunda o assunto quando afirma que o conceito de cultura vai além do que se entende por arte, visto que “toda produção humana, mediada pelo trabalho e pela linguagem, com objetivo ou finalidade é cultura” (LUCENA, 2015, p. 03). Assim, o autor coloca a cultura numa dimensão do social, ou seja, sociocultural.

O Serviço Social, comprometido em seu Código de Ética (1993) com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, assim como a ampliação e consolidação da cidadania, nunca deve deixar de adentrar novos espaços sócio-institucionais. Dentre eles, destacam-se o meio cultural. Conceição (2010) reafirma justamente que “o uso da arte no Serviço Social deve ser condizente com os objetivos profissionais” (p. 57) e que estes objetivos voltados para a emancipação dos sujeitos mais o potencial educativo da arte podem ser capaz de construir uma nova hegemonia e formar sujeitos mais críticos e conscientes.

Para Prates (2007), a interpretação do real pode se dar por meio do uso de letras de música, fotos e o uso de filmes, por exemplo, como forma de reflexão sobre as expressões da questão social. O autor defende como estratégias pedagógicas a utilização pelo Serviço Social de técnicas que trabalham com dramatização, o uso de prosa, de poesias de acordo com experiências de trabalho em capacitação de pesquisadores que apresentaram resultados bastante satisfatórios.

O uso das técnicas das manifestações artístico-culturais não possui um fim utilitarista que visa apenas uma re-organização da prática profissional. A abordagem aqui defendida é pensada a partir do espaço social legitimado pelo Serviço Social numa perspectiva crítica, ou seja, serve para comunicar ao indivíduo a cadeia de condicionamentos que configuram sua existência, e por outro lado, como ele (indivíduo), produto social da sociedade, pode utilizar-se dos recursos existentes -

afetivos, legais, institucionais, políticos, culturais, geográficos - para potencializar novas formas de sociabilidade, através da organização de formas coletivas de enfrentamento e posicionamento político (NARCIZO, 2012, p. 06)

Espera-se como resultado da utilização das manifestações artístico-culturais pelo Serviço Social a produção de peças de teatro, de dança, de música, exposições, etc (NARCIZO, 2012).

“Ainda que, estas manifestações artísticas, no seu processo de criação e desenvolvimento, tenham como suporte uma reflexão estética sobre as expressões da questão social, esta proposta não se confunde com a utilização das técnicas das manifestações artístico-culturais, já que, as técnicas aqui, são meios/formas, de ampliar a realização das mediações necessárias e não de, servir como instrumental à prática profissional na realização amadora de “teatro de cunho social”, “grupo de dança para mulheres”, que é o uso mais rotineiro que se faz da arte pelo serviço social”. (NARCIZO, 2012, pg. 12)

Para compreender de que forma ou quais atividades os assistentes sociais podem desenvolver na política de cultura, com o respaldo do código de ética profissional e a lei de regulamentação, pode-se enumerar (LUCENA, 2015):

- Realizar atividades de apoio aos demais profissionais que compõem a equipe de trabalho;
- Garantir o acesso dos usuários e familiares aos programas, projetos e serviços da Política de Cultura;
- Construir estudos socioeconômicos para identificação de demandas e necessidades socioculturais dos usuários da política;
- Realizar orientações sociais aos usuários, familiares e agentes culturais;
- Desenvolver atividades técnicas inerente ao Serviço Social;
- Formular e executar projetos sociais em equipamentos socioculturais ou incentivar a sua criação em espaços ociosos e com atuação descontínua, inclusive, evitando ações culturais verticalizadas;
- Fortalecer os vínculos familiares através de quaisquer instrumentais, inclusive utilizando a arte como forma de mediação;

- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a sua equipe quanto as informações sociais dos usuários sempre resguardando as informações sigilosas;

- Manter e ampliar as relações interinstitucionais através de contatos, visitas institucionais ou outras formas de estabelecer vínculos com o objetivo de fortalecer a política de cultura;

- Reunir com a equipe multiprofissional para efetivação do trabalho e serviços;

- Assessorar os movimentos socioculturais na identificação de suas demandas, fortalecimento do coletivo, formulação de estratégias para a defesa e acesso aos direitos culturais;

- Mobilizar condições para os usuários usufruírem dos equipamentos socioculturais públicos ou da sua entrada de seus serviços em comunidades periféricas;

- Preparar informativos sobre a Política de Cultura;

- Capacitar os produtores e agentes socioculturais através de cursos ou oficinas;

Tais atividades culturais podem e devem ser realizadas pelo assistente social em conjunto com a equipe de saúde no cuidado às pessoas com transtorno mental. O modelo manicomial, modelo de atenção fortemente presente no século XIX e primeira metade do século XX, foi combatido com transformações no modo de compreender e cuidar dos transtornos mentais graças, especialmente, à Reforma Psiquiátrica a partir de 1980. Os Centros de Atenção Psicossocial, desde a sua implantação, representam um modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos (Yasui, 2010 apud GALVANESE, 2016 p. 432). Dentro dos serviços de reabilitação social proporcionados pelo CAPS aos usuários inserem-se as oficinas terapêuticas (RAUTER, 2012). As oficinas terapêuticas são trabalhos que beneficiam a expressão, o autocuidado e a reinserção do indivíduo com transtorno mental em seu ambiente familiar e social (Campos e Kantorski 2008 apud GALVANESE, 2016). Cristina Rauter disserta a respeito da reabilitação psicossocial quando afirma que a forma de inserir socialmente indivíduos encarcerados, segregados e ociosos é por meio da inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou atividades artísticas, artesanais. (RAUTER, 2012).

De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser (BRASIL, 2004):

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

Quando se deseja, por meio da arte ou do trabalho, produzir territórios existenciais (inserir ou reinserir socialmente os “usuários”, torná-los cidadãos...) cresse que está se falando (a meu ver, dever-se-ir falar) não de adaptação à ordem estabelecida, mas de fazer com que trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou com o plano de produção da vida. Pois que o plano da produção desejante é também o plano de engendramento do ‘mundo humano’. No trabalho com os usuários de psiquiatria (terminologia empregada na atual reforma psiquiátrica), trata-se de reinventar a vida em seus aspectos mais cotidianos, pois é do cotidiano, principalmente, que se encontram privados os chamados doentes mentais [...] (RAUTER, 2012 in AMARANTE, 2012, pg.. 271)

Batista e Ferreira (2015) expuseram em “*A música como instrumento de reinserção social na saúde mantel: um relato de experiência*” o conhecimento da realização de atividades artísticas e musicais em oficinas de música com usuários de um CAPS no município de Rolim de Moura – RO, por meio do Projeto de Extensão denominado “Quem canta seus males espanta: música, saúde mental e cidadania”.

As oficinas de música objetivam a promoção de interação de convivência entre os usuários, famílias e profissionais por meio de criações artísticas num espaço que permite a experimentação constante (DELGADO; LEAL; VENÂNCIO, 1997 apud BATISTA;

FERREIRA, 2015). A inclusão de pessoas usuárias do CAPS nas dinâmicas artísticas e culturais oferecidas promovem o exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes (VALLADARES, et al., 2003 apud BATISTA; FERREIRA, 2015).

A conclusão feita dos autores da experiência dessa oficina foi de que ela permitiu a inserção social dos usuários por meio das atividades artísticas e culturais. Além disso, nas rodas de conversa durante os encontros foram tratados e discutidos temas que fazem parte do dia a dia dos usuários em sofrimento psíquico, como: preconceitos, estigmas, histórias de vida, medos, etc, que possibilitou reconhecimento coletivo e individual, além do fortalecimento das relações.

Desta experiência ainda foi possível observar o desenvolvimento da capacidade cognitiva e o incentivo às potencialidades e independência, bem como o exercício da autonomia, expressão e cidadania. Por fim, eles afirmam êxito com a oficina, ressaltando a necessidade de outras de geração de renda.

A título de ilustração, o grupo Maluco Voador, formado em 2012 a partir de uma oficina de música realizada no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do Paranoá/DF, em parceria com o Ponto de Cultura Tambores de Paranoá, expressa a criatividade aliada a uma perspectiva ampliada do fazer profissional na direção da garantia do direito à saúde e da cidadania. Atualmente, é composto por usuários, trabalhadores e familiares do CAPS, e parceiros da comunidade. A musicalidade do grupo se costura entre a batida do zabumba, a pisada dos pés e a celebração da vida. O grupo traz como proposta explorar ritmos populares como Ciranda, Coco e Baião, no diálogo entre as histórias de vida e trajetórias culturais dos músicos. Explora composições próprias e alguns clássicos de cancioneiros populares como Luiz Gonzaga, Alceu Valença e canções de domínio popular (release da Banda Maluco Voador).

Os coordenadores do projeto, e integrantes da banda, são psicólogos e analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Em 2016, o grupo foi o primeiro colocado na categoria audiovisual do Prêmio Victor Valla de educação popular em saúde, seleção nacional organizada pelo Ministério da Saúde.

Aliás, o projeto de Extensão referido pela aluna na introdução deste trabalho de conclusão de curso denominado “*Intervenção Clínica e Psicossocial no Contexto de Saúde Mental*”, responsabilidade do Departamento de Psicologia Clínica, visa promover a experiência da atuação no contexto de saúde mental considerando as diferentes práticas de intervenções da psicologia clínica no contexto institucional da atenção psicossocial. Busca-se o aprimoramento teórico e o desenvolvimento de habilidades práticas clínicas institucionais que contemple as especificidades do pensamento e da prática clínica nesse contexto, bem como, seus aspectos ético-filosóficos e políticos (UNB, Instituto de Psicologia).

A convivência no CAPS do Paranoá entre extensionistas e usuários é enriquecedora para ambos. Aprende-se a respeitar, a conhecer, a ouvir, a saber se aproximar, a cuidar e a ser cuidado, a olhar sem preconceitos e a estar por inteiro durante as oficinas. Na oficina de música, em especial, o contato se dá de forma muito leve e amigável. Os momentos de supervisão com o subcoordenador do projeto servem de espaço para troca de experiências, diálogo e exposição de angústias/medos. Inclusive, a vivência desta prática foi a justificativa para a realização deste trabalho.

As terças-feiras de manhã são motivo de alegria para os participantes da oficina de música no CAPS do Paranoá. Alguns deles expressam isso com facilidade falando, cantando, dançando. Outros são tímidos, permanecem sentados tocando algum instrumento. Entretanto, é unânime entre a equipe de profissionais que lidam diariamente com eles de que todos apresentaram melhoras consideráveis em seus tratamentos. A oficina atualmente consegue gerar renda com a apresentação do grupo em eventos pelo Distrito Federal, mas essa não é a renda principal de nenhum deles.

Para a realização das oficinas terapêuticas nos CAPS e quase todas as atividades dentro desse espaço, o Serviço Social está presente. O trabalho do Serviço Social no Centro de Atendimento Psicossocial é em conjunto com outros profissionais em concordância com os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica. Objetiva-se o processo de inserção ou reinserção social dos usuários, especialmente com a realização de atividades dentro da instituição, que podem ser encaminhamentos, acolhimento\triagem, Projeto Terapêutico Singular (PTS), atendimento de grupo, suporte social, atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento a família, e trabalhos voltados para a perspectiva da Redução de Danos. Todas essas são formas de intervenção dos assistentes

sociais no CAPS que “visa integrar e articular os serviços prestados almejando a reinserção social da sua demanda, objetivando a melhoria da qualidade de vida da pessoa com problema mental na perspectiva ofertar estabilidade ao seu quadro psíquico, assim como na orientação do ingresso na vida autônoma e social” (SOUZA; SANTANA; ALVES, 2014).

“O Serviço Social na saúde mental atua nas mais diversas expressões da questão social, considerando o preconceito, estigma e vulnerabilidade em que as pessoas com transtorno mental, usuárias do serviço vivenciam. Desse modo a categoria passou a compor a equipe multiprofissional dos CAPS a partir do advento das novas configurações que a Reforma Psiquiátrica deu a saúde mental no Brasil e, por sua vez, dentro desse campo está ancorada nos princípios do seu Código de Ética profissional e dos Parâmetros de Atuação na Política de Saúde (CFESS, 2010 apud SILVA; PEREIRA et al 2015, pg. 2).

Portanto, mesmo diante de tantos desafios, os assistentes sociais podem encontrar alternativas inovadoras para sua intervenção profissional cada vez mais consciente da realidade nos Centro de Atenção Psicossocial. Estes espaços, em substituição aos hospitais psiquiátricos, mostram-se modelos de atenção capazes de, além do cuidado com os usuários, dar a eles autonomia e a reconhecê-los como cidadãos de direitos que possuem múltiplas capacidades a serem valorizadas. A arte e a cultura, como dispositivos utilizados na saúde mental, podem dar ao assistente social base de sustentação para um trabalho voltado para o social, capaz de mostrar à sociedade que os usuários do CAPS podem ter uma vida normal fora das paredes institucionais e mostrar a eles mesmos o quão importantes são e os inúmeros papéis sociais que eles podem desempenhar, mesmo convivendo diariamente com tantas barreiras internas e externas.

Considerações Finais

O tema escolhido para a realização deste trabalho foi se mostrando, ao longo da análise criteriosa dos artigos selecionados, um deleite para quem dele experimenta e se deixa compreender a importância que a arte e a cultura têm tido no âmbito da saúde mental. Diversos autores afirmam que é crescente a utilização destes recursos nos CAPS devido às já comprovadas contribuições que tais atividades proporcionam aos sujeitos em sofrimento psíquico, porém, discutir o assunto e os desafios que é o tratamento com estas modalidades se faz necessário.

O principal deles é de que forma as atividades que ocorrem no ambiente institucional podem ocupar espaços externos na comunidade levando em consideração que indivíduos em sofrimento psíquico, em sua maioria, vivem do trajeto casa-sistema de saúde. Outro ponto importante é tais atividades assumirem um papel maior que apenas entretenimento, rompendo com a ideia de que o sujeito se dirige ao CAPS para “passar o tempo”.

Compreende-se que o presente Trabalho de Conclusão de Curso alcançou os objetivos propostos, oportunizou o aprofundamento acerca da temática, na medida em que suscitou o estudo e reconhecimento de experiências das oficinas terapêuticas no âmbito da saúde mental, bem como a relação e os desdobramentos dessas estratégias para a vida dos usuários e familiares do CAPS. A vida dessas pessoas não é fácil. Conflitos e inúmeras dificuldades intra e extra familiares são constantes, principalmente diante da falta e escassez de políticas sociais que venham garantir os direitos sociais dessa população. Elas precisam conviver com seus medos, angústias e sofrimentos, diante de um contexto adverso à garantia dos direitos e dignidade da pessoa humana.

O espaço que elas encontram nos CAPS, para muitas, representa mais que suas próprias casas e famílias, mesmo havendo o trabalho de fortalecimento de vínculos com os familiares. Isso é de fato perceptível. No CAPS do Paranoá, por exemplo, diversos participantes da oficina de música dizem que a “banda” é tudo para eles, é tudo o que eles têm. Forte, não? Ali elas são ouvidas, são tratadas como sujeitos de direitos e repletos de capacidades que podem ser descobertas/exercidas.

Quanto às análises feitas do conteúdo dos artigos, cabe salientar alguns pontos fortes, como o tema da ruptura com a clínica tradicional que repensa o papel dos CAPS no contexto dos princípios da Reforma Psiquiátrica e a vivência de outros espaços que também vai ao encontro do que foi discutido, principalmente no que diz respeito aos espaços sociais e pensando os “loucos e a cidade”. Os usuários do CAPS não podem permanecer isolados no espaço institucional, pelo contrário, se assim ocorrer, a lógica manicomial continuará a ser reproduzida. As oficinas, especialmente as expressivas, são utilizadas justamente para permitir a essas pessoas a livre circulação por espaços além do CAPS para participação ativa no convívio comunitário e familiar.

Reportando-se à família, ela esteve presente em grande parte da análise como um grupo de pessoas que precisa estar presente na vida do parente usuário que é atendido no sistema de saúde. Se antes, nos hospitais psiquiátricos o louco deveria permanecer excluído da sociedade por representar um risco, nos moldes atuais dos modelos de atenção à saúde, os usuários do CAPS apresentam melhora significativa em quando são inseridos no meio social e, especialmente, têm a família contribuindo para seu bem estar. Por isso, é um desafio para os Centro de Atenção Psicossocial mostrar às famílias dos usuários o papel importante que elas podem exercer quando elas compreendem as atividades que são oferecidas nesses espaços e que elas devem estar inseridas como sujeitos ativos.

Outro ponto importante analisado foi que, como a arte e a cultura têm tomado espaços importantes na saúde mental, os profissionais que convivem diariamente com pessoas em sofrimento psíquico precisam sempre pensar em novas formas de intervenção para melhor atender essas pessoas. Os textos que tratam de atividades artísticas e culturais defendem as tais atividades em suas diversas modalidades criando um ambiente descontraído que não caia na rotina. A arte é infinda e na contemporaneidade seus recursos apresentam multi formas de apresentação. O assistente social está inserido nessa equipe de profissionais e possui uma grande responsabilidade: planejar estratégias de intervenção cada vez mais criativas que estejam de acordo com o Código de Ética da profissão, ou seja, que visem a autonomia, a emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, assim como a ampliação e consolidação da cidadania formando sujeitos críticos e conscientes garantido-lhes acesso a programas, projetos e serviços da Política de Cultura. São inúmeras as formas de pensar do fazer profissional do assistente social com a arte e a cultura, demonstrando assim uma

ampliação da área de atuação que vai desde o acolhimento ao atendimento e acompanhamento dos usuários do CAPS.

Por meio do que foi analisado, foi possível perceber como ainda é escassa a bibliografia sobre atividades artísticas e culturais na saúde mental, o que aponta para uma necessidade de valorização do assunto e maior abordagem de possibilidades quanto à sua utilização como dispositivo de cuidado e recurso terapêutico, além da reabilitação psicossocial. As bases teóricas precisam se firmarem e, para tanto, mais produção de conhecimento na área necessita ser abordado, escrito e publicado.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**. 2ª Ed (6ª reimpressão). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado**. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994
- AMARANTE, Paulo. **ENSAIOS: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BATISTA, E. C. ; FERREIRA, D. F. . **A música como instrumento de reinserção social na saúde mantel: um relato de experiência**. Revista Psicologia em Foco (URI. Frederico Westphalen) , v. 7, p. 67-79, 2015.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. *Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, UnB/CEFSS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002** - define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)** – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 19 de Abr. 2017

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: *CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social.* Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio.* Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARMEM TEIXEIRA. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em: 19 de Abr. 2017

CAMPOS, C. J. G. . **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem , Brasília - DF, v. 57, n.5, p. 611-614, 2004.

CARVALHO, Antonio Ivo de. BUSS, Paulo Marchiori. **Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 141-166

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. Conselho Federal de Assistentes Sociais (Lei nº 8662/93). Março de 1993.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

CONCEIÇÃO, Débora Guimarães da. **O Serviço Social e prática pedagógica: a arte como instrumento de intervenção social**. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 12, N.2, P. 51-67, JAN./JUN. 2010.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DRAUZIO VARELLA. **Eletrochoque/ Eletroconvulsoterapia**. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/eletrochoque-eletroconvulsoterapia/>> Acesso em 22 de Abr. 2017.

Ezequiel AKA Zhereal. **BLOG PACIENTE PSIQUIÁTRICO**. Crônicas e textos sobre saúde mental. Disponível em: <<http://pacientepsiquiatico.blogspot.com.br/>> Acesso em: 05 de Dez. 2017.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **A metapsicologia do cuidado** – Luis Cláudio Figueiredo. *Psyche (Sao Paulo)* [online]. 2007, vol.11, n.21, p. 13-30

FIGUEIREDO, Maria Clara de Oliveira . **Os desafios da política de saúde no Brasil nos anos 2000**. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP), 2013, São Luís - Ma. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas: O desenvolvimento da crise capitalista e atualização das lutas conta a exploração, dominação e humilhação, 2013. v. 6. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impasseosedesafiosdaspoliciticasdaseguridadesocial/osdesafiosdapoliciticasdaudenobrasilnosanos2000.pdf>> Acesso em: 25 de Abr. 2017

GALVANESE, Ana Tereza Costa et al. **Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.431-452.

GRANEMANN, Sara. **Necessidades da Acumulação Capitalista**. Revista Inscrita, Na VI, nº IX, p.29-32, 2004

Hospício Dom Pedro II. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>> Acesso em: 20 de Out. 2017

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo, Cortez: 1998.

LANCETTI Antonio e AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Saúde Coletiva.** In. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. [et al] . *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ed Fiocruz, 2009, p. 615 – 634.

LOBOSQUE, Ana Martha. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

56____. **Princípios para uma clínica antimanicomial.** São Paulo: Hucitec, 1997

LUCENA, João Paulo . **O assistente social e a política de cultura: reflexões sobre a inserção do profissional de serviço social.** In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2015, São Luís. Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas: Para além da crise global experiências e antecipações concretas. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006

MOLJO, C. B.; BEZERRA, C. S.; CUNHA, E. S.. **Serviço Social e Cultura: uma breve análise sobre apropriação das concepções de cultura na trajetória da Profissão no Brasil.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora/FSS.

OLIVEIRA, Priscilla Rodrigues de. **A Instrumentalidade do Serviço Social – A arte como intervenção Social Emancipatória e Instrumento Inovador para o Trabalho da (o) Assistente Social.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social (2011).

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma Realidade Possível – Representações Sociais da Loucura e a História de uma Experiência.** São Paulo: Jurua, 2009.

PAIM, Jairnilson. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.12, p.4579-4589. 2011.

PRATES, Jane Cruz. **A arte como matéria-prima e instrumento de trabalho para o assistente social.** Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 221-232. jul./dez. 2007.

RAUTER, C. **Oficinas para quê? Uma proposta ético estético política para oficinas terapêuticas.** In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização: uma outra via.** São Paulo:HUCITEC, 1990.

SILVA, J. A. ; PEREIRA, S. L. B. ; ARAUJO, F. W. S. ; BELEM, J. V. . **O trabalho do assistente social na saúde mental: experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina - Piauí.** In: VIII Jornada de Políticas Públicas, 2015, São Luís. ANAIS JOINPP 2015, 2015

SOUZA, M. J. P. ; SANTANA, S. M. ; ALVES, C. S. . **O Trabalho do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Aurora Ceará.** In: I Congresso Nacional de Ciências da Saúde, 2014, Cajazeiras - PB. Revista Conacis. Campina - PB: Realize Eventos e Editora, 2014. v. 1.

UNB, Instituto de Psicologia. **Intervenção Clínica e Psicossocial no Contexto de Saúde Mental.** Disponível em:

<http://www.ip.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=449&Itemid=453>

Acesso em: 21 de maio de 2017

VASCONCELOS, Eduardo Maranhão (Org). **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental.** CIDADE: HUCITEC. 2005.

Referências dos artigos

- AVERSA, P. C.; **Vibrações Possíveis: Arte/Educação e Saúde Mental na Contemporaneidade**. ARS (São Paulo) , v. 12, p. 149-159, 2014.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; **Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares**. Escola Anna Nery, v. 15, p. 339-345, 2011.
- CORREIA, Pedro Rocha; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. **Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura**. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (4): 487-495
- COQUEIRO, N. F. ; RONALDO, F. ; MARIA, M. . **Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental**. Acta Paulista de Enfermagem (UNIFESP. Impresso) , v. 23, p. 859-862, 2010.
- FRANZOI, Maria André Honorato; SANTOS, José Luiz Guedes do; BACKES, Vânia Marli Schubert; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial**. Texto e Contexto. (UFSC Impresso) , v. 25, p. e1020015, 2016.
- GALVANESE, Ana Tereza Costa; NASCIMENTO, Andreia de Fátima ; DOLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas . **Arte, cultura e cuidado nos centros de atencao psicossocial**. Revista de Saúde Pública (Impresso) , v. 47, p. 360-367, 2013.
- LIBERATO, M. T. C. ; Dimenstein, M. D. B. . **Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis**. Psicologia & Sociedade (Online) , v. 25, p. 272-281, 2013.
- LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. **Arte, clínica e loucura: um território em mutação**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.709-735, jul.-set. 2007.
- LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. **Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade**. Interface (Botucatu. Impresso) , Botucatu - SP, v. 10, n.20, p. 317-329, 2006.
- MECCA, Renata Caruso; CASTRO, Eliane Dias de. **Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental**. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 12, p. 377-386, 2008.
- MENDONÇA, Teresa Cristina Paulino de. **As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação**. Psicologia Ciência e Profissão, 2005, 25 (4), 626-635.

MONTEIRO, Rachel de Lyra; LOYOLA, Cristina Maria Douat. **Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jul-Set; 18(3): 436-442.

NORONHA AA, FOLLE D, GUIMARÃES AN, BRUM MLB, SCHNEIDER JF, MOTTA MGC. **Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil.** Rev. Gaúcha Enferm. 2016 dez.

OLIVEIRA DST, FERREIRA FILHO MO. **Contribuição dos recursos culturais para a Terapia Comunitária Integrativa na visão do terapeuta.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):524-30.

PÁDUA, Flávia Helena Passos; MORAIS, Maria de Lima Salum e. **Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades.** Psicologia USP, São Paulo, abril/junho, 2010, 21 (2), 457-478.

SANTOS, ÉRIKA SALES DOS ; JOCA, EMANUELLA CAJADO ; SOUZA, ÂNGELA MARIA ALVES E . **Teatro do oprimido em saúde mental: participação social com arte.** Interface (Botucatu. Online) , v. 20, p. 637-647, 2016.