**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

TARCILA LIMA DA COSTA

**Cuidado em Saúde e Arte na Percepção de
Estudantes de Fonoaudiologia**

BAURU

2016

TARCILA LIMA DA COSTA

**Cuidado em Saúde e Arte na Percepção de
Estudantes de Fonoaudiologia**

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, como um dos requisitos para obtenção do título de DOUTOR em Ciências.

Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientador: Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Coorientadora: Jaquelina Maria Imbrizi

BAURU

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Costa, Tarcila Lima da

C82m Cuidado em Saúde e Arte na percepção de estudantes de Fonoaudiologia, 2016

235; il.; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientador: Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Coorientador: Profa. Dra. Jaquelina Maria Imbrizi

1.Fonoaudiologia 2.Educação 3.Arte 4.Cuidado em Saúde. 5. Humanização da Assistência

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tarcila Lima da Costa

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de DOUTOR em Ciências.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Profa. Dra. Jaquelina Maria Imbrizi

Instituição (Coorientador)

Prof. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Instituição (Orientador):

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da Dissertação junto à SPG: ____/____/____

DEDICATÓRIA

*Bendita a sede que arranca nossos olhos da pedra,
Bendita a água que nos congrega a todos em torno da fonte.*

Orides Fontela

*À Acran, Ecran, Halleth, Hallud, que, na
infância, me ensinaram a querer ver o
invisível! Mostraram-me que estar junto não
é falar a mesma língua, é desejo...*

*À minha família! Coaracy, José Rafael, Tiago,
Guilherme e Natália, meu encontro poético de
todo dia!*

A todos os artistas, que acreditam no valor de poetizar os olhos do mundo!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À minha orientadora Profa. Dra. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka, pela
tarefa mais difícil: apostar no invisível!*

*À minha coorientadora Profa. Dra. Jaquelina Imbrizi, por, com muita
dedicação, ajudar a fazer o invisível, visível!*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu marido, Coaracy, pelo companheirismo, amizade, carinho, parceria, tolerância, dedicação, por dividir comigo todas as coisas...

Por tudo!

Ao meu “filhogênilo” José Rafael, por toda colaboração, pelos almoços aos sábados, pelos banhos no Qui, por cuidar dos irmãos, por ser meu braço direito para que eu pudesse me dedicar ao doutorado.

*À minha irmã Samira, parceira,
por me indicar possibilidades, e ficar ao lado, sempre!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tanto aprendizado, sobre a vida, sobre a ciência, sobre seres humanos, sobre mim mesma...

Aos amigos espirituais por todo o amparo e ensinamento, certa de que jamais teria feito sozinha;

À minha mãe, por na infância ter me oferecido papel, pano, tinta, terra... Por me ter feito fechar os olhos e imaginar uma paisagem ouvindo música e almoçar ouvindo Chopin;

Ao meu pai, pelo cheiro de madeira, tinta e couro em seu ateliê de artesanato em Santa Cruz Cabralia/BA;

Ao meu irmão, Cláudio, pelo exemplo e pelas ajudas!!!

Aos médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e demais profissionais de saúde que encontrei em minha vida, e de alguma forma, me fizeram refletir sobre a relação entre seres humanos, na área da saúde – Dr. Murilo, homeopata da minha infância. Dr. Santana, que conosco aposta no caminho da acupuntura e do diálogo para deficiências de nossos filhos; e tantos outros...

Aos professores e parceiros de arte e arte- educação que tive em minha vida, desde quando tudo começou- Avelino Ferreira, Maria Helena Gomes, Caíque Botkay, Fernando Crespo Rossi, Sylvia Paes, Irandi Fernando Daroz, Guiomar Biondo- por fazerem parte disso;

A mais do que professora, amiga/mãe/parceira Maria Christina Rizzi, por um dia ter segurado minha mão e me ajudado a olhar o mundo através da arte-educação.

À minha banca de qualificação: Profa Rosilda Mendes, pela disposição de vir ajudar pessoalmente e depois em seu parecer sobre o trabalho; Prof Marco Akerman, por sugerir “Sai do armário!”; Dra: Maria José Buffa, pelo exemplo e valiosa contribuição;

Ao Prof. Dr. Rafael Arouca Höfke Costa , pelas delicadas e dedicadas conversas iniciais...

Ao grupo de colaboradoras que participaram dos grupos de discussão produzindo relatórios: Profa Telma Motti, Dra Maria José Buffa, Dra Márcia Almendros e as psicólogas Marina Rafacho, Juliana e Nathália.

Aos colegas da disciplina “Arte, experiência, educação: cartografia de si...” (ECA/USP), com a Profa Dra. Sumaya Mattar, por me ensinarem muito, por dividirem e somarem tanto! Por ter sido assim tão grande, assim tanto!

À Zezé, da secretaria da pós- graduação, pelo carinho e respeito, na tentativa de facilitar as coisas...

À minha sobrinha Aysha, pelo serviço de ‘disk – inglês’!

À Cléo Lima, Mônica Rocha e todas as pessoas envolvidas nos Laboratórios de Sensibilidades, por arregimentarem forças para o movimento das delicadezas...

Agradeço principalmente, as fonoaudiólogas Dra. Melina Whitaker, Dra. Maria Daniela Borro, Dra. Olívia Mesquita e Tatiane Totta, e estudantes de todas as turmas de PFI que pude participar, por todas as trocas que culminaram neste estudo! Em especial, à turma aqui mencionada, que tanto compartilhou de seus pensamentos, e

A todos os usuários do Programa de Fonoterapia Intensiva, que participaram da Sala de Arte, que dão sentido a essa busca. E em especial, às queridas Cristiane e Anna Clara, pelo carinho e por me ajudarem a não me sentir sozinha em nenhum momento do PFI.

Crença

Creio: Na Arte somos todos iguais.

Não há maior ou menor,

Dono ou ladrão, doutor ou paciente,

Professor ou aprendiz, louco ou são.

Em minhas memórias percebo que os momentos em que o SER GRANDE esteve ausente,
EU estive mais presente.

Quando nada sabia, tudo podia ser.

Creio: No Fazer Arte, como na morte, tudo se iguala.

Somos todos quase nada.

Frágeis crianças descobrindo o universo...

Nunca sabem a resposta para o problema

cujas perguntas se renova continuamente.

Vulneráveis. Quase impotentes. Todos iguais diante da força que nos suga para dentro
de si, mas também nos expande.

Fazer Arte é aventura maior que nos lembra de que sabemos muito pouco. E quando
pensamos muito saber e perdemos a fragilidade, já não é Arte.

Creio: Arte é congregar pessoas e iluminar o espírito;

estar junto e harmonizar; doar-se ao todo!

Permanecer vulnerável, quase impotente, igual e junto, em busca da arte,

É cuidar da alma, que se engrandece quando se apequena.

Tarcila Costa Set/2015

Texto e obra produzidos na disciplina
Arte, experiência e educação: cartografias de si...
Profa Sumaya Mattar/ ECA/USP

RESUMO

COSTA TL. Cuidado em Saúde e Arte na Percepção de Estudantes de Fonoaudiologia [Tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2016.

No âmbito do Cuidado em Saúde, a Arte tem sido vista como potencial meio para a sensibilização de estudantes e profissionais implicados na prática de cuidado. O presente trabalho teve como objetivo principal investigar e analisar a percepção de estudantes de fonoaudiologia a respeito das relações entre cuidado em saúde e arte. O estudo ocorreu de forma interdisciplinar e intersetorial, a partir da proposta de experiência da Sala de Arte durante o Programa de Fonoterapia Intensiva (PFI) para correção de alterações de fala relacionadas à fissura labiopalatina e disfunção velofaríngea. Para tanto foram traçados os seguintes objetivos específicos: 1- Descrever as atividades realizadas na Sala de Arte no PFI e 2 – Identificar registros que emergiram da experiência proposta pela Sala de Arte que abordem concepções e reflexões a respeito dos seguintes aspectos (analísadores): a) cuidado em saúde; b) arte; c) arte como cuidado; d) cuidado como arte. O estudo de características qualitativas valeu-se da cartografia associada à análise documental, tendo como objeto de pesquisa os registros produzidos por estudantes o curso de graduação em fonoaudiologia durante a ocorrência da Sala de Arte. Sustentados por princípios da arte-educação, os dados produzidos foram organizados considerando os analisadores propostos para este estudo e em seguida categorizados e confrontados com bibliografia pertinente. De acordo com os resultados, a percepção dos estudantes indica que há em sua formação, predomínio do caráter hegemônico, centrado em produção de procedimentos. Os resultados também indicam haver carência de espaços voltados para o diálogo, para a reflexão sobre sua prática de cuidado, assim como, espaços de escuta e interpretação, no âmbito da integralidade. Conclui-se assim, que a proposta de experiência da Sala de Arte, oportunizou espaço aos estudantes para reflexão a respeito de cuidado em saúde e arte, dessa forma contribuindo para sua percepção e prática de saúde de forma integral e sensível.

Palavras-chave: Fonoaudiologia, Educação; Arte; Cuidado em saúde; Humanização da Assistência.

COSTA TL. Healthcare and Arts as Perceived by Speech-language Pathology Students. [Doctoral Dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2016.

When considering Healthcare, Art has been proposed as a tool to prepare students and professional to implement more effective and sustainable actions in health. The present study had the objectives of investigating and analyzing the perception of Speech-Language Pathology Students regarding to the relationship between healthcare and art. This proposal was conducted in an interdisciplinary and intersectoral way within the Arts Room experience, during the Intensive Speech Therapy Program (ISTP) for correction of speech disorders related to cleft lip and palate and velopharyngeal dysfunction. The following specific objectives were addressed: 1- To describe the activities conducted in the Arts Room at the ISTP and 2- To identify the written records registered by the students while experiencing the Arts Room, that addressed the following aspects (analysers): a) healthcare; b) arts; c) arts as healthcare; d) healthcare as art. The qualitative feature study was based in cartography associated to documental analysis, using as research subject records of Speech-Language Pathology students within the Arts Room. Supported by the principle of art-education, the produced data has being organized considering proposed analyzers for this study and then categorized and confronted with pertinent literature. The findings indicate that the students are prepared within a hegemonic model with emphasis in procedures. There is a lack of spaces focused on the dialogical interaction, to reflect on their care practice, as well as listening and interpretation spaces, at comprehensive health scope. The Arts Room experience, therefore, provided opportunities to the students to think about healthcare and art, contributing for their health perception and practice in a whole, sensitive manner.

Key-words: Speech-Language Pathology, Education, Arts, Healthcare, Humanized Care,

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ilustrações exemplificando funcionamento adequado do mecanismo velofaríngeo	59
Figura 2: Ilustrações exemplificando ponto articulatório típico e atípico	59
Figura 3 Exemplos de ilustrações criadas	80
Figura 4 Pintura mural na sala de fonoterapia infantil/HRAC.....	81
Figura 5 Processo de confecção de modelo tridimensional da cabeça.	82
Figura 6 Exemplo de telas do material ' <i>De olho na fala</i> '	82
Figura 7 Atividade interdisciplinar com usuários	83
Figura 8 'À sombra'	91
Figura 9: Organograma de trabalho no PFI	94
Figura 10 Exemplo de rotina de horário do PFI	99
Figura 11 Exemplo do primeiro momento da aquarela sendo realizada	101
Figura 12 Exemplo do segundo momento da aquarela sendo realizada	103
Figura 13 Realização de aquarela na Sala de arte.	105
Figura 14 Aquarelas realizadas por estudante	105
Figura 15 Rivers and Tides - Andy Goldsworthy	109
Figura 16 Exposição realizada ao final do PFI	110
Figura 17 'Percurso'	111
Figura 18 'Cuidado com quem?'	117
Figura 19 ' Afeto padrão'	125
Figura 20 'In-Forma'	137
Figura 21 'Festa'	145
Figura 22 'Ma petit ballerine'	151
Figura 23 ' Duplo'	157
Figura 24 'Para quê?'	167
Figura 25 'Atravessamentos'	175
Figura 26 'Ouvir o silêncio I'	181
Figura 27 'Ouvir o silêncio II'	181
Figura 28 'Jogo de som'	189
Figura 29 'Tempos'	193
Figura 30 'Delicadeza'	199
Figura 31 'Movimento e equilíbrio'	205

Lista de Tabelas

Tabela 1: Sumário de artigos que apresentam exemplos de trabalhos que estabelecem relação entre Arte e Saúde	46
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

UNESP – Universidade Estadual Paulista

USP - Universidade de São Paulo

HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

PFI - Programa de Fonoterapia Intensiva

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

SUS– Sistema Único de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNH- Política Nacional de Humanização

FLP – Fissura Labiopalatina

DVF - Disfunção Velofaríngea

DAC - Distúrbio articulatorio compensatório

AC - Articulação compensatória

SPP- Serviço de Prótese de Palato

FOB- Faculdade de Odontologia de Bauru

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

SETO- Serviço de Educação e Terapia Ocupacional

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	27
1. INTRODUÇÃO.....	35
2. REVISÃO DE LITERATURA	39
2.1 SAÚDE	39
2.1.1 Cuidado em Saúde	40
2.1.2 Humanização – Sensibilização.....	43
2.1.3 A Arte como cuidado e o cuidado como arte.....	43
2.1.4 Integralidade.....	49
2.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	53
2.2.1 Formação em Fonoaudiologia.....	55
2.2.2 O conteúdo Fissura Labiopalatina.....	58
2.2.3 Programa de Fonoterapia Intensiva (PFI).....	62
2.3 ARTE E ARTE-EDUCAÇÃO.....	65
2.3.1 Que Arte há aqui?.....	66
2.3.2 Proposta Triangular.....	70
2.3.3 A experiência e a Arte/ Arte-educação.....	72
2.3.4 Intersecções entre Arte Educação e Formação em Fonoaudiologia.....	75
2.3.5 Percursos no HRAC.....	78
2.4. HIPÓTESE.....	84
3. OBJETIVO.....	85
3.1 Objetivos.....	85
3.2 Objetivos específicos.....	85
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	87
4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	87
4.2 PRODUÇÃO DE DADOS	91
5 FORMA DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	95
6 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	98
6.1 A proposta de experiência da Sala de Arte.....	98
6.2 Olhar de arte-educadora.....	111
6.3 Cuidado em Saúde.....	115
6.4 Arte.....	143
6.5 Arte como cuidado.....	165
6.6 Cuidado como arte.....	187
7. Considerações.....	205
8. Conclusão.....	215
REFERÊNCIAS.....	217
ANEXOS.....	227

APRESENTAÇÃO

Infância, memórias e formação afetiva.

Tive a sorte de viver uma infância incrível! Mas o principal, é que durante um período dessa infância meu pai trabalhou em uma empresa contratada para construir uma ferrovia no Iraque. Nossa família embarcou para lá, iniciando uma enorme experiência, que ecoa até hoje sobre os meus olhares cotidianos. Eu tinha uns sete ou oito anos nessa época, e tinha também muita convicção de que não vivia algo muito comum... Somos impregnados pelo nosso “habitat natural”, pelos hábitos, costumes, cheiros, temperaturas, gestos, pela cultura de nossa referência e as minhas referências eram muito diferentes do que encontramos lá. Nasci em uma cidade de mar, Cabo Frio, o mar mais azul, salgado e lindo que conheço. Já no Iraque, tínhamos o deserto - aquela imensidão sem azul, sem mar... Ou melhor, um mar de areia. Onde algumas vezes buscávamos estrelas do mar, peixes petrificados e outros vestígios arqueológicos do mar que ali já esteve milhares de anos antes de se tornar um deserto. E secos como o mar de areia, eram os hábitos e gestos dos habitantes locais... Os carinhos eram quase agressões, os diálogos eram quase gritos. Mas só quase, por que eram agressões apenas na forma, não na essência, não na intenção... Lá entendi que poderia haver um carinho real por detrás de uma mão pesada sobre minha cabeça. Era só perceber a intenção. Lá comecei a querer ver o invisível para me encontrar com a intenção real da vida...

Morávamos em um acampamento brasileiro, da ferrovia em construção. Havia uma família árabe que pertencia ao círculo de nossa amizade, que morava em uma cidade distante quase uma hora do nosso acampamento. Íamos visita-los eventualmente. Para sair do acampamento e ir à cidade deles, minha mãe colocava uma camisa de manga comprida e as crianças uma roupa bem comportada. Ao perguntar a razão disso para minha mãe ela respondeu “Nós estamos indo para a cidade deles, e eles vivem assim. As mulheres se cobrem. Eu não vou me vestir toda de preto, mas vou cobrir meu corpo em respeito aos hábitos e crenças deles. Nós somos as visitas aqui”. Passávamos por cheiros diferentes, pelo mercado árabe com seus temperos e vendedores de chá. Na frente da casa de Rimã (era esse o nome do pai da família) havia a loja de seu pai, na lateral da loja um corredor estreito onde corria uma estreita valeta junto à parede lateral, que deixava por todo o caminho a visão peculiar e o cheiro característico do que trazia de resíduos líquidos e sólidos dos banheiros. Era assustador passar por ali. Mas se quiséssemos visitar

a família e brincar com as crianças, precisávamos passar por essa valeta. Ou melhor, se quiséssemos nos encontrar com nossos amigos, precisávamos superar essa primeira repulsa. Passada a valeta e a repulsa, permaneciam o chão de terra batida, os sorrisos apodrecidos, a língua ininteligível que se expressava em diálogos de gritos e gestos... E restavam os encontros e as brincadeiras! Língua universal, esse brincar! Desejo de encontrar! Afeto além das diferenças! Lá, além de começar a querer ver o invisível eu também comecei a entender o que poderia ser essa espécie de deslocamento interior, que abre mão da soberania do seu universo particular por sobre o universo dos outros, e amplia o espaço interno para o encontro entre pessoas...

Formações pontuais e essenciais.

E da experiência no Iraque até chegar ao doutorado passaram-se mais de 30 anos, preenchidos com a convivência com os pais enfronhados na arte e no artesanato; as experiências em teatro e canto coral iniciadas em Campos dos Goytacazes (RJ) entre os 16 e os 17 anos. Já no estado de São Paulo, em São Carlos, ocorreu o trabalho que definiu muitos de meus rumos, como monitora na exposição itinerante “Labirinto da Moda: uma aventura infantil” sob a coordenação de Maria Christina Rizzi, Ana Amália Barbosa e Cildo Oliveira. Esse trabalho me proporcionou uma formação intensa em arte-educação. Após trabalhar na mesma exposição em Bauru, decidi pela graduação em Educação Artística (habilitação em artes plásticas) na UNESP (Universidade Estadual Paulista). A graduação foi acompanhada por mais uma participação em coral e contínuos trabalhos de monitoria em exposições durante as férias. A Profa Dra. Maria Christina Rizzi, arte-educadora e responsável pelo setor educativo do Museu de Arqueologia e Etnologia da USP (Universidade de São Paulo/SP) proporcionou-me um estágio naquele museu (além de me abrigar em sua própria casa...). Foram tantos ensinamentos, tantas experiências em educação patrimonial, leitura de imagem e educação em museus!

Terminada a graduação, logo em seguida me tornei professora em uma escola da pedagogia Waldorf (Escola Viver). A pedagogia Waldorf utiliza muito a técnica da aquarela e tem na arte o fundamento central da condução do aprendizado. Além do aprendizado de técnicas artísticas e de propostas pedagógicas, ali aprendi uma das coisas mais importantes da minha relação com a arte e a arte-educação: aprendi essencialmente, que a arte não precisa e nem deve estar em uma posição ou função marginal, mas deve preencher a vida, como a espinha dorsal do desenvolvimento humano.

Os filhos

O assunto “filhos” guarda estreita ligação com a linha de pensamento que norteia minhas decisões pessoais desde a experiência de viver no Iraque, passando pela relação com a arte e se encaixa nos estudos do doutorado. Explico: Eu, quando solteira, resolvi adotar uma criança, ter um filho. Porém, ao iniciar o processo de cadastramento para adoção de crianças, me deparei com um formulário a ser preenchido, que perguntava, grosso modo, minhas preferências por alguns aspectos como cor de pele, cor de cabelo, cor dos olhos, idade. Perguntava ainda “você aceita crianças: ‘vítima de maus tratos’, ‘com enfermidade grave’, ‘com deficiência, fruto de estupro’, etc?” Como responder a essas questões? Como imaginar que eu poderia escolher um modelo de criança como quem escolhe um boneco em uma vitrine? Como acreditar que alguém, por suas dificuldades, por ter algo que a princípio desagrada, ou, como no Iraque, por ter ‘canaletas de esgoto’, não “serviria” para ser meu filho? Não tenho eu, as minhas? Os trabalhadores envolvidos nos processos de adoção têm lá suas razões para isso, mas para mim pareceu muito estranho, no mau sentido. Deixei tudo em branco, delimiti apenas a idade em no máximo sete anos, e entreguei o formulário. Fui absolutamente questionada se eu estava ciente das consequências dessa decisão. O fato é que a partir da decisão de deixar o formulário em aberto, entrei em um funil, que na prática conduziu a um grupo de adoções improváveis, ou, para falar francamente, de forma politicamente incorreta, uma espécie de “grupo de refugio”. Meu primeiro filho foi um caso do que se chama de “adoção tardia”, pois ele já tinha seis anos quando veio iniciar uma família comigo e trouxe consigo uma série de dolorosas histórias pessoais que não cabem aqui. Então, já com filho, começaram as situações que paulatinamente foram abrindo meus olhos para a relação entre profissionais de saúde e usuários. Encontrei muitos psicólogos em quem eu simplesmente não confiei, pois tinham dó do meu filho, e, portanto não respeitavam sua capacidade de se reerguer, assim como encontrei aqueles que queriam dar medicamentos antes mesmo de identificar uma razão para isso. Também encontrei bons profissionais, mas comecei a suspeitar de que eu teria que avaliar cada caso, cada indicação terapêutica; que eu deveria conversar muito com eles para compreender suas linhas de pensamento e definir se eu concordava ou não, comecei a entender que profissionais da saúde não são deuses, detentores de verdades absolutas ou isentos de erros, e que meu papel de mãe é soberano. Comecei a entender que profissionais de saúde não deveriam ser colocados em um patamar acima do meu, ou o contrário, que eu não deveria ser colocada em um patamar abaixo do deles. Um ano depois chegava à família meu segundo filho,

inicialmente diagnosticado com paralisia cerebral e atualmente diagnosticado com Síndrome de Alcoolismo Fetal. Com sua vinda para a família intensificaram-se as consultas, atendimentos, buscas por compreensão de sua situação de forma geral, e assim, intensificaram-se também as histórias de abismos relacionais, que evidenciaram para mim a distância entre a visão de alguns profissionais de saúde e a visão da mãe de criança com deficiência ou problema de saúde. Nestes caminhos, já encontrei profissional que me disse que eu deveria me sentir culpada para o resto da vida por não conseguir fazer meu filho deficiente usar óculos, outro que me recebeu em seu consultório, não olhou para meu filho e indicou uma cirurgia olhando para uma radiografia – neste caso, aliás, sua indicação estava correta e, eu, com medo de sua postura, não busquei a realização da cirurgia. Meses depois, pedi uma segunda opinião para outra profissional que por sua vez me oportunizou um belíssimo atendimento, ajudando-me a vivenciar princípios da educação em saúde, princípios da delicadeza e respeito que envolve um momento de atendimento, e, confiando nela, meu filho fez a cirurgia necessária.

Após dois filhos, casei, meu marido adotou meus dois filhos e, na sequência, adotamos nosso terceiro filho, com diagnóstico de paralisia cerebral e alguns anos mais tarde, nossa filha, soropositiva. Com esse perfil, minha família me leva a ter muito contato com profissionais da área de saúde. Temos um calendário na parede de casa onde marcamos todos os atendimentos médicos e uma pasta sanfonada onde guardamos carteirinhas de hospitais, pedidos de exames, receitas de medicamentos, etc. Quero deixar claro que as condições de saúde dos meus filhos são apenas algumas das muitas características incríveis deles. As características de seus quadros de saúde estão evidenciadas neste relato apenas para retratar o caminho que me levou a ter um significativo contato com a área da saúde e interesse em investigar as condições para o processo de formação de profissionais de saúde mais sensíveis, com o objetivo de refletir e investigar como minhas características e formação pessoal em arte poderiam contribuir para essa formação.

A pesquisa como resultado da vida, que resulta em pesquisa, que volteia a vida...

Na escola Viver, que utiliza a pedagogia Waldorf, mencionada anteriormente, conheci a professora Jeniffer Dutka, hoje minha orientadora. Fui contratada pela Profa Jeniffer para elaborar ilustrações didáticas para um material de orientação de pais e cuidadores a respeito de fissura labiopalatina no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC). As ilustrações levaram muito tempo para ficarem prontas e

exigiram muito estudo e envolvimento. Foram elaboradas buscando facilitar o entendimento dos pais e cuidadores, abrindo mão do caráter puramente anatômico e dando lugar a uma imagem de composição mais artística e de caráter didático. As ilustrações foram razão de muito diálogo com os profissionais da equipe de reabilitação e os usuários, a fim de averiguarmos se elas estavam cumprindo seu caráter didático. Hoje percebo que minha presença neste trabalho funcionou como uma espécie de papel de ‘tradutora’: os profissionais me mostravam o que consideravam importante dizer aos pais, eu procurava traduzir em imagem didática/artística, e então verificávamos com os pais se as imagens estavam realmente compreensíveis. Naquele momento conheci muitas mães, pais, famílias inteiras, suas dúvidas, suas inseguranças e suas percepções a respeito do atendimento que recebiam. Além das ilustrações foi confeccionado um modelo tridimensional da cabeça, mostrando a parte interna da face e o funcionamento da velofaringe. Para confeccionar o modelo tridimensional (3D) passei alguns meses dentro do consultório do dentista da equipe de reabilitação (Dr. Homero Ferrari), aprendendo a utilizar materiais odontológicos com os quais seria confeccionado o modelo 3D. Tive sorte! Aprendi muito com os atendimentos do Dr. Homero, pude dialogar muito com os usuários que ali entravam e quase sempre conversávamos com os usuários sobre o modelo 3D que estava sendo confeccionado. Enquanto estudava e confeccionava o modelo 3D e as ilustrações, ao mesmo tempo, eventualmente eu era apresentada a um ou outro usuário e ao seu caso de reabilitação fonoaudiológica. Começaram aí as atividades de arte realizadas com usuários. Neste período da minha estadia no HRAC fizemos aquarelas (técnica aguada) em diferentes momentos e com diferentes intenções, despretensiosamente: para distrair e relaxar o usuário pelo cansaço do dia, para ter chance de conversar com o usuário tentando compreender algumas dificuldades que estavam sendo apresentadas, ou mesmo durante a fonoterapia, em trabalho conjunto com a fonoaudióloga, sempre de forma experimental e intuitiva, ou só para fazer arte, mesmo. A partir dessas situações de contato com usuários, o mestrado naturalmente acabou sendo voltado para elaboração de um DVD de orientação, utilizando as ilustrações que já estavam preparadas. Durante o mestrado, o espaço para as atividades eventuais de arte com profissionais e usuários do HRAC pôde ser gradualmente ampliado. Paulatinamente a equipe de trabalho da Profa Jeniffer foi utilizando as ilustrações e o modelo 3D e aceitando a minha presença de arte-educadora naquele ambiente. Ainda que a Profa Jeniffer sempre tenha sido favorável à realização dos trabalhos de arte com usuários, estes nunca foram uma unanimidade na equipe. Alguns integrantes achavam “legal”, outros

não viam o menor sentido, como ainda hoje... Observo que, de forma geral, os integrantes que não são favoráveis aos trabalhos de arte, não tiveram nada parecido com isso em sua formação acadêmica, e os que são favoráveis, se não tiveram arte na formação em saúde, o fizeram de forma particular, por interesse próprio.

Quando a professora Jeniffer me convidou para ministrar uma aula durante o estágio clínico de fonoaudiologia, entendi que um campo de compreensão e conhecimento começava a se apresentar a meus olhos. O que oferecer? Busquei em mim mesma os sentidos que a arte trouxe para minha vida. Procurei elaborar uma aula que a partir da leitura de imagem de obras de arte, ressaltasse a necessidade de contextualização das imagens ou cenas para compreensão do que se vê num primeiro momento, procurando ir além do visível (como na minha infância no Iraque) favorecendo o encontro entre as pessoas e sutilmente, sugerindo equilíbrio entre os patamares onde são colocados os profissionais de saúde e usuários. Naquele momento, eu queria dizer muitas coisas a partir da minha vivência como mãe, mas de fato, não tive coragem. Eu ainda achava que deveria ser sutil, que não poderia fazer isso de forma direta, objetiva, pois ainda acreditava que minha visão de mãe era academicamente “menor” (esse patamar desequilibrado, de fato, ainda estava erguido em mim mesma). Durante a aula sobre leitura de imagem, eu eventualmente fazia pequenos comentários, dando exemplos, contando histórias pessoais, que de forma geral, foram muito bem aceitos e, isso fez grande diferença na formação de algumas alunas, que me relataram posteriormente. Uma delas, sem que soubéssemos, estava disposta a abandonar o curso de fonoaudiologia por medo de se relacionar com pessoas com anomalias craniofaciais, e após um encontro de arte, quando outros alunos também expuseram seus sentimentos, ela desistiu de abandonar o curso e veio me contar o ocorrido. Aos poucos pude observar que minha visão de mãe trazia elementos sérios, que poderiam, sim, colaborar na formação daqueles alunos. Naquele mesmo ano teve início o embrião da Sala de Arte durante o programa de fonoterapia intensiva. A ideia inicial era apenas dinamizar os momentos ociosos de quem estava em espera durante os atendimentos do programa. Na prática, minha experiência como mãe também auxiliou no diálogo com outras mães, na compreensão dos processos vivenciados por estas, na compreensão de seus anseios e expectativas. Assim, as atividades de arte (realização de aquarelas) funcionaram como um momento catalisador, quando diversas questões vinham à tona, tanto para colocar em pauta as relações entre estudantes e usuários, quanto as percepções dos estudantes de fonoaudiologia sobre sua

prática na produção do cuidado (não com essa nomenclatura, que ainda não faziam parte do meu repertório, mas de forma empírica...).

Nos próximos anos as propostas foram mais bem elaboradas e inseridas formalmente no cronograma da disciplina. Enquanto essas experiências aconteciam, eu terminava o mestrado e iniciava o doutorado com projeto voltado para elaboração de um curso para estudantes de fonoaudiologia. No entanto, após participar do encontro promovido pela Rede Unida no parque de arte contemporânea, Inhotim em Minas Gerais, eu e minha orientadora entendemos que essas vivências continham uma riqueza enorme de dados a serem observados mais cuidadosamente. No final daquele ano, ainda tateando, sem ter certeza sobre este terreno de pesquisa, enviei um trabalho (relato de experiência) para o evento IV Medicina Cultura e Arte (UNESP/Botucatu- SP), apresentando as atividades ocorridas no embrião da Sala de Arte durante o Programa de Fonoterapia Intensiva. O trabalho recebeu o prêmio de melhor relato de experiência. Agora, com um prêmio em mãos, a percepção do valor daquilo que estávamos fazendo era inconteste. E, mesmo após um ano de doutorado, decidimos modificar o projeto inicial, começar do zero e mergulhar no território da investigação das possíveis relações entre a arte e produção de cuidado na percepção de estudantes de fonoaudiologia, a partir da Sala de Arte.

Sem ter clareza ainda, de por qual caminho seguiríamos, ou como lidar com pesquisa qualitativa - uma vez que nem sequer há essa disciplina no Hospital de Anomalias Craniofaciais (HRAC) – sem saber qual exatamente seria o projeto, mas com a urgência de mais um PFI (Programa de Fonoterapia Intensiva) e junto, a Sala de Arte, que se aproximava, e uma aposta nas mãos, convidamos a Profa Rosilda Mendes, da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo - Baixada Santista), que gentilmente aceitou, para aproveitar o momento de aprendizagem do PFI e nos ensinar sobre Grupo Focal, para pensarmos em um futuro projeto. A visita da Profa Rosilda Mendes resultou nos registros daquilo que aqui chamamos de ‘grupos de discussão’. Os grupos propiciaram um material muito rico de informações e pensamos que não deveria ser desperdiçado, tornando-se esse mesmo em nossa matéria prima, e assim iniciamos o trabalho introduzido a seguir.

1. INTRODUÇÃO

A expressão ‘cuidado em saúde’ ou apenas ‘cuidado’ é a expressão que traduz os esforços das políticas públicas no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com sentido que se aproxima daquele empregado por AYRES (2004a, p.22) que o toma como

“designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.”

Estudos a respeito de práticas de cuidado em saúde vêm sendo realizados com frequência, no entanto, a complexidade do ato de cuidar, fundamento das profissões da saúde (SILVA JUNIOR, PONTES e HENRIQUES, 2011) não se esgota, e a cada estudo, evidenciam-se novas possibilidades de compreensão e aprofundamento sobre a procura inexorável do Homem que é busca da Vida e seus significados. No mesmo caminho, a formação de fonoaudiólogos, como a dos demais profissionais de saúde, vem sendo (re)pensada em busca da possibilidade de ofertar experiências que de fato contribuam para percepção e prática de saúde de forma integral e sensível, que favoreçam a compreensão de que o cuidado em saúde vai além da visão biomédica ou do ato prescritivo (CECCIM e MERHY, 2009). A respeito de ir além da visão biomédica na direção de um cuidado sensível, nos diz MERHY (2014, 1’20 min.) que:

“Quando a gente está na prática de cuidado e a gente não consegue ver o outro que está nos vendo, a gente chega com o pensamento antes. A gente chega com o “corpo-pensamento” antes. A gente não chega com o corpo sensível no encontro do outro que é uma obra de arte, para se expor a isso... e aí a gente não explora este encontro no que ele tem de riqueza artística que é a existência de cada um. Quem não conseguir fazer isso na saúde sempre fica devendo na prática de cuidado por que ele acha que está cuidando de um outro que ele não sabe nem quem é.”

É sob a ótica do trecho acima que se delineia o propósito deste estudo. Alguns autores (CECCIM e MERHY, 2009; AYRES, 2004a) sugerem que a dimensão subjetiva da relação entre profissionais de saúde e usuários seja valorizada, visando a compreensão da integralidade como um fundamento primordial na prática de cuidado. Muitos são os trabalhos que apresentam diferentes propostas com vistas a integrar práticas mais sensíveis de produção de cuidado ao ambiente de formação dos profissionais de saúde (SILVA JUNIOR, PONTES e HENRIQUES, 2011; MARCH, FERNANDEZ e PINHEIRO, 2011; KASTRUP, 2013; SILVA, 2013). Como nos dizem SILVA JUNIOR, PONTES e HENRIQUES (2011), a utilização de diferentes linguagens artísticas é uma

possibilidade enriquecedora, que pode promover uma pluralidade dialógica a caminho de uma formação humanizada. Para KASTRUP (2013), promover experiências que fujam à obviedade de um processo de construção de conhecimento, favorecendo que haja encontros de subjetividades em territórios que não sejam o ambiente estritamente médico, ou terapêutico, é uma decisão que pode caminhar para a direção de uma experiência estética.

O presente trabalho propõe investigar a percepção de estudantes de fonoaudiologia, em formação para a produção de cuidado, tendo como referência o encontro entre eles e os usuários, entendendo que o lugar privilegiado para o encontro entre esses sujeitos é o território da arte. A percepção pode ser entendida como “*uma elaboração ativa, uma complexa experiência que transforma a informação recebida*” (SARDELICH, 2006, p453), ou mais objetivamente, pode ser considerada como a “*elaboração mental das sensações*” (OSTROWER, 1978, p28).

A arte é o território da vivência sensível. Não se faz arte sem que se toque o que de mais sensível há no ser humano que se entrega à sua prática. Para se fazer de fato arte, não basta apenas o uso comum e automático dos cinco sentidos, assim como não basta apenas lidar com a arte que já foi produzida por outros autores. Barbosa (1991) propõe que para haver construção de conhecimento em arte, vivenciando uma experiência - aqui se utiliza o termo *experiência estética* segundo abordagem de Dewey (2010) - é importante que haja a triangulação da apreciação de obras de arte, a contextualização da mesma e a produção artística. A arte *apreciada* nos coloca em contato com a manifestação de diferentes autores, cujos *contextos* criativos devem ser devidamente abordados, enquanto a arte *em produção*, além de nos ajudar a melhor interpretar o já produzido, envolve e dinamiza a função autoral dando vazão à manifestação da própria subjetividade. A partir dessa triangulação, devidamente apresentada em capítulo posterior, é necessário que emergja aquela arte que poetiza nossa percepção do mundo, pois como nos diz Vergara (2014, 1’56 min.): “*O Olho é muito pragmático. Tornar o olho poético é a função do artista*”.

Considerando as propostas de formação para a humanização da saúde, este trabalho pretende investigar e discutir a percepção de estudantes de fonoaudiologia a partir de possibilidades que emergjam da intersecção entre os territórios do cuidado em saúde e da arte inserida no processo de formação como futuros profissionais de saúde. Dessa forma pretende-se, como nos sugerem os autores Merhy (2014, 1’20 min) e

Vergara (2014, 1'56 min) nas respectivas citações, colaborar para que o olho do futuro profissional de saúde torne-se mais poético, indicando caminhos para encontros mais sensíveis com os indivíduos que estejam sob seus cuidados, percebendo-os como obras de arte em suas existências. Estas são as visões norteadoras deste estudo.

O presente estudo pretende investigar a percepção de estudantes da área de fonoaudiologia a respeito da proposta de experiência de uma Sala de Arte oferecida de forma conjunta a estudantes e usuários, mais especificamente durante a formação para o cuidado à pessoa com fissura labiopalatina. Para tanto, encontra sua principal motivação na possibilidade de ressignificação de territórios, onde a interdisciplinaridade toma conta do cotidiano ultrapassando fronteiras indo ao encontro de necessidades reais de aprendizes, usuários e demais envolvidos, a começar pela pesquisadora. Neste rumo de pensamentos, justifica-se que o caminho que levou a presente autora a este estudo faça referências a sua trajetória de vida e a importância de propor uma formação em saúde sensível às demandas e necessidades dos usuários em suas singularidades.

Importa lembrar que o profissional da arte-educação, o professor de arte, como esta autora, é um indivíduo que carrega em sua formação o papel de provocar, de instigar no outro/estudante a poesia do olhar, retirando-o momentaneamente do óbvio cotidiano, causando estranhamento e desconforto, se necessário. Seja na interpretação de suas experiências, na produção de arte ou na vida cotidiana. E apenas experimentando no âmbito estético, poderemos discutir e provocar uma possível “estética das relações humanas”, que se estenderia a produção do cuidado em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Médicos não lidam apenas com processo físicos, químicos ou histológicos; lidam com o sofrimento imposto a seres humanos pela diminuição de sua capacidade normativa. (Bezerra Jr, 2006, p.103)

2.1 SAÚDE

A conhecida definição de saúde apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) -“o estado de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez” tem sido discutida por diversos autores, que a consideram abrangente, inatingível, idealizada ou, no mínimo, questionável, por nos permitir perguntar indefinidamente o que é perfeição, ou que é bem-estar, como nos colocam Segre e Ferraz (1997) e Akerman (2008). Caponi (2003) acentua que o estado de bem-estar proposto pela OMS sugere ausência de angústias, acrescentando que os erros e os fracassos pertencem às histórias individuais, sendo que o mal-estar pode mesmo ser mais estimulante que a carência de desafios. Já Bezerra Junior (2006), com base nos escritos de Canguilhem - *O normal e o patológico, 1943* - lembra que a saúde pode ser compreendida, não pela ausência de doença, mas pela capacidade de elaboração criativa por parte do sujeito, a fim de lidar com a realidade. Já para Sá Junior (2004, p.15), ainda que haja divergência, é válido salientar que a atual definição da OMS constitui um avanço histórico, superando em parte “as dicotomias entre corpo e mente, natural e social, saúde e enfermidade, promoção e profilaxia, profilaxia e terapêutica, terapêutica e reabilitação”.

A essa discussão em torno do conceito de saúde, soma-se a discussão a respeito da forma de se produzir saúde. Para Malta e Merhy (2010), por exemplo, o setor de saúde vivencia uma crise na forma de se produzir saúde, sendo esta ainda centrada no modelo médico hegemônico, com foco no ato prescritivo e produtor de procedimentos. Segundo os autores, a forma de se produzir saúde ainda desconsidera os determinantes sociais ambientais e os processos de subjetivações, sendo necessário o aprofundamento dos debates sob novos fundamentos teóricos. Ou seja, repensar a prática da produção de saúde repensando a própria natureza do trabalho, e para tanto, repensar ainda o processo saúde/doença “quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda

a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação” (MALTA e MERHY, 2010, p594). Para Ceccim e Merhy(2009, p535):

“A produção da atenção não se esgota na prestação de práticas biomédicas ou normativo-cuidadoras, envolve nossa capacidade de acolhimento do outro, contato com a alteridade (...) encontro, onde, de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja eficaz para resolver ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde.”

A relação entre desenvolvimento e saúde é discutida em trabalho de Akerman (2008) para quem o conceito de saúde vem sendo modificado no decorrer dos tempos. O autor salienta ainda o importante aspecto relativo ao intrincado jogo de disputas que ocorre em diversas instâncias, e acaba por estruturar a oferta de serviços de saúde. Para Akerman (2008, p41):

“Saúde resulta das condições concretas de vida da população, que por sua vez resulta da ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de várias ordens (financeiros, políticos, institucionais, etc.). Os serviços de saúde, de sua parte, resultam de concepções de saúde e, também, de interesses de atores que jogam o jogo da saúde. Dessa forma, nenhum sistema ou serviço é reflexo imediato de necessidades incorporadas em distintos graus. Saúde e organização de serviços são, nessa medida, espaço de disputa, de afirmação ou de negação de direitos e de necessidades.”

Na afirmação ou negação de direitos e necessidades, qual o espaço que existe para a escuta e observação dessa realidade? Qual o espaço que existe para que cada indivíduo, dentro de um sistema, manifeste sua individualidade diante de um profissional de saúde que, enfim, o escute? Em um espaço resultado de disputa, qual cuidado é produzido? Qual o espaço para a arte, nessa disputa? Espera-se que ao haver a ampliação do sentido de saúde, tais espaços de disputa deem lugar a espaços de produção de cuidado de forma legítima, dialogada e sensível.

2.1.1 Cuidado em Saúde

A expressão ‘cuidado em saúde’ vem sendo considerada como definição do fundamento das profissões da saúde em resposta aos processos de busca por um novo olhar sobre o tema *Saúde* que implicam em modificações práticas (SILVA JUNIOR, PONTES e HENRIQUES, 2011). Ayres (2004b, p.74) aborda o termo ‘cuidado’ entendendo-o como:

“Um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos

visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.”

Para Pinheiro (2014), cuidado em saúde não é considerado apenas como “*um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como ‘direito de ser’*”. Capozzolo *et al* (2013a p358) ao discutirem processos de formação de profissionais em saúde, consideram que:

“...as intervenções de cuidado não se restringem à aplicação de técnicas e procedimentos profissionais num "corpo adoecido", mas envolvem compreender o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver do usuário, e abrir possibilidades de diálogo com suas concepções, expectativas, prioridades e desejos, reconhecendo-o como sujeito na produção de sua própria saúde. Também demandam articulação de diferentes saberes e práticas e de diferentes serviços.”

Cecílio (2011, p589) indica a gestão do cuidado como sendo “o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.”. O autor aponta ainda que a gestão do cuidado pode ser pensada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional e sistêmica. A primeira dimensão –individual -relaciona-se com a maneira de ‘cuidar de si’ de cada um. A segunda dimensão – familiar – variável no decorrer da vida, tem em seus principais atores familiares, amigos e vizinhos. A terceira dimensão – profissional - é a que ocorre entre o profissional e o usuário. Esta dimensão é regida principalmente por três aspectos: competência técnica do profissional, postura ética – ou seja, o modo como se dispõe a mobilizar todos os fatores possíveis a fim de promover o cuidado atendendo às necessidades dos usuários, e, de igual importância, sua capacidade de construir vínculos na produção de cuidado e que trataremos um pouco mais nesse estudo. A quarta dimensão – organizacional – relacionada à divisão técnica e social do trabalho, e o gerenciamento de fluxos envolvendo diversos atores. A quinta dimensão – sistêmica – relacionada à construção de conexões formais entre serviços de saúde, construindo ‘redes’ ou ‘linhas’ de cuidado, atentando para a construção da integralidade.

Para Merhy (2013) os processos de trabalho realizados na saúde incluem ferramentas – máquinas (raio x, instrumentos, fichários) mas também inclui os saberes estruturados de cada profissional da área da saúde na produção do cuidado técnico, configurando o que o autor chama de tecnologias. Assim, para Merhy e Franco (2003), em relação às tecnologias de trabalho, o trabalhador da saúde opera um núcleo de

tecnologias envolvendo tecnologias duras (equipamentos, normas), tecnologias leve-duras (cuidado técnico). Além das tecnologias duras e leves-duras o autor (Merhy, 2013) menciona que qualquer abordagem assistencial de um trabalhador da saúde, produz-se em um trabalho vivo em ato, ou seja, que ocorre naquilo que acontece no encontro, na relação entre duas pessoas, aquilo a que chama de tecnologia leve (campo relacional). O autor menciona ainda que o encontro entre o trabalhador e o usuário opera um jogo de expectativas, onde duas pessoas atuam uma sobre a outra, onde podem criar intersubjetivamente, momentos de falas, escutas e interpretações. Onde pode haver o acolhimento ou não de intenções, onde pode haver momentos de cumplicidade e responsabilização, momentos de confiabilidade e esperança, produzindo vínculo e aceitação. Merhy e Franco (2003) salientam que a formação dos profissionais de saúde é ainda muito centrada nas tecnologias duras e leve-duras, e pouco nas tecnologias-leves, se fazendo necessária uma modificação no modelo dos processos de produção de saúde, a que chamam de transição tecnológica. Tal transição tecnológica:

“Significa um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais, a partir do Trabalho Vivo em ato, ou seja, além das tecnologias leves, o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado é central para definir um processo de mudança” (MERHY e FRANCO, 2013, p132).

A transição tecnológica mencionada pretende colocar as tecnologias-leves no centro da produção de cuidado, produzindo uma conformação adequada entre os três tipos de tecnologias, para então produzir qualidade no sistema, resultando em maior capacidade de defesa da vida do usuário, controle de seus riscos de adoecimento e maior “produção de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.” (Merhy, 2013, p73)

Discussões sobre o conceito de saúde, cuidado em saúde e sobre a superação parcial das dicotomias relativas aos conceitos, serviços e práticas que se pretende que sejam ofertados na área da saúde, caminham paralelamente à redefinição de condutas e programas, que melhor estabeleçam relação entre a saúde e a produção de cuidado em saúde. O conceito sobre saúde e as mudanças na prática da produção de cuidado em saúde abrangem diferentes visões, englobando autores que caminham na direção do conceito de Humanização (abordado a seguir) e autores que não utilizam este termo ou não compactuam com o mesmo. No âmbito das políticas públicas, faz este papel de definição de caminhos e condutas a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), ou Política Nacional de Humanização (PNH).

2.1.2 Humanização - Sensibilização

O Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008, p.8) define Humanização como:

“A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.”

Tal documento (BRASIL, 2008) explicita ainda que o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva inerente a toda prática de saúde é um dos aspectos que mais chamam a atenção na avaliação dos serviços. Para Schwenkow (2014), humanização propõe o resgate do respeito à vida humana, sendo entendida como valor que assume função complementar aos aspectos técnicos científicos, levando assim, à associação entre os cuidados técnicos no ambiente hospitalar e a capacidade de perceber e compreender o ser humano considerando sua identidade e sua história de vida, renovando a compreensão do significado da vida.

O Caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2010) coloca que o pensamento clínico hegemônico tem como objeto a doença, o sintoma, o diagnóstico com objetividade positivista e a intervenção sobre os aspectos orgânicos. O mesmo texto indica a necessidade de enfrentamento daquela hegemonia e propõe uma diretriz, objetivando o equilíbrio entre as visões biomédicas, sociais e psicológicas, para efetuar uma prática de cuidado efetiva (Clínica Ampliada). O Caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2010) lembra ainda que cada uma dessas visões (biomédica, social e psicológica) tem o seu papel e pode predominar segundo a necessidade do momento. Fica claro que a ideia não é retirar os créditos da visão biomédica, mas ampliar a noção de cuidado em saúde, redimensionando o valor das visões social e psicológica.

Para Ceccim e Merhy (2009), é importante salientar que se deve ter certa cautela ao entender práticas de humanização, como atitudes pré-elaboradas, com soluções humanizadas. Os autores apontam para a necessidade de intensa singularização dos momentos de encontro (trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários), ou seja:

“Não basta que apoiadores cheguem a esses encontros armados com ferramentas para neles atuarem, tomando o outro como um caso a ser enfrentado e já conhecido a priori, instalando as práticas humanizadas. Há que se colocar as ferramentas do agir do apoiador a serviço de encontros-

acontecimento. Esse desafio implica não só colocar em análise, a todo tempo, o modo de se construírem os encontros, mas centralmente de tornar visíveis os atos cuidadores e os agires pedagógicos que esses encontros contêm.” (CECCIM e MERHY, 2009, p534)

Tal cautela acerca de práticas de humanização justifica-se uma vez que instituições podem considerar que a adoção de práticas chamadas de humanizadoras, resolve uma questão que está longe de ser simples. Como uma atitude pré-elaborada e generalizada pode ser considerada como ideal de prática de humanização, se não busca conhecer a realidade e a necessidade de indivíduos em suas particularidades? Entende-se que há decisões de cunho político-institucional que visam promover melhorias nos atendimentos de forma geral e positiva, e o problema não reside na Humanização como política, em si mesma, já que se pretende que seja uma política de melhorias. O problema reside em considerar que a partir do momento em que uma instituição abraçou a ideia da Humanização, está tudo resolvido. O problema reside em desconsiderar que a relação entre usuários e profissionais de saúde deve transbordar de práticas previamente elaboradas e instituídas, indo na direção da surpresa que pode ocorrer no encontro com o outro, de forma sensível. E como lidar com a formação de profissionais de saúde para que estejam abertos a essas vivências? Essa pergunta abrange o nível político-institucional e o nível individual. Como inserir em uma instituição da área da educação para a formação em saúde, ações que promovam maior sensibilização dos estudantes? Em forma de conteúdo? (Sensibilização é um conteúdo?) Em disciplinas que abordem conceitos como humanização e integralidade? De forma obrigatória ou optativa? Em projetos de extensão acadêmica? Há muitas perguntas que precisam ser debatidas para que sejam levantados caminhos, jeitos, respostas e novas perguntas.

O termo Humanização, apresentado anteriormente, e o termo ‘sensibilização’ são dois termos que podem ser utilizados em situações distintas na área da saúde. Eventualmente podem ser confundidos, como se fossem sinônimos, e não o são. Também não são termos antagônicos, representantes de extremo oposto, e, ao contrário, poderiam oferecer grande avanço para a área da saúde se fossem conceitos vivenciados, na prática, lado a lado. Enquanto o termo Humanização aponta também para iniciativas de políticas públicas, por exemplo, fomentando o avanço institucional, o termo sensibilização apresenta neste estudo um caráter mais singular, do processo permanente de formação do profissional de saúde, para que este indivíduo lide de forma sensível em sua produção de cuidado.

Mais do que apto a lidar com programas, regras e prescrições de comportamento, o profissional de saúde deve estar sensível à percepção do outro em sua subjetividade, e disposto a criar respostas únicas para as situações também únicas com as quais venha a se deparar na produção de cuidado. O indivíduo ao invés de manter em si uma passividade de reprodução de diagnósticos e prescrições apenas, deveria, então, sentir-se seguro e confiante em sua potência criativa, disparadora, essa sim, de encontros singulares entre sujeitos. E aqui, lembramo-nos dos escritos da também artista Fayga Ostrower que acerca de criação e sensibilidade, nos diz: “a criação se articula principalmente através da sensibilidade”, a qual é compreendida pela autora da seguinte maneira:

“baseada numa disposição elementar, num permanente estado de excitabilidade sensorial, a sensibilidade é uma porta de entrada das sensações. Representa uma abertura constante ao mundo e nos liga de modo imediato ao acontecer em torno de nós.” (OSTROWER, 1978, p12).

Para Fayga Ostrower (1978) uma parte de nossa sensibilidade chega ao nosso consciente de forma articulada, em formas organizadas, que é a percepção, que abrange o ser intelectual, uma vez que é “a elaboração mental das sensações”. Ainda para a autora:

“a percepção delimita o que somos capazes de sentir e compreender porquanto corresponde a uma ordenação seletiva dos estímulos e cria uma barreira entre o que percebemos e o que não percebemos. Articula o mundo que nos atinge, o mundo que chegamos a conhecer e dentro do qual nós nos conhecemos. Articula o nosso ser dentro do não-ser. Nessa ordenação dos dados sensíveis estruturam-se os níveis do consciente; ela permite que, ao apreender o mundo, o homem apreenda também o próprio ato de apreensão; permite que, apreendendo, o homem compreenda.” (OSTROWER, 1978, p28)

A arte vem exercendo forte papel de abertura para práticas que se afastem do modelo hegemônico, centrado em diagnóstico e prescrição. Diferentes ações integram o campo da inserção da arte na área da saúde, incluindo os sentidos da prática do cuidado integral e sensibilização na formação de estudantes.

2.1.3 Arte como Cuidado e o Cuidado como Arte

“Tratar é exercer uma arte e não apenas aplicar conhecimentos”. (Bezerra Jr, 2006)

Vários estudos sugerem que, diante das diferentes possibilidades de ações para sensibilização da relação entre profissionais de saúde e usuários, um dos caminhos utilizados tem sido a arte (vide Tabela 1).

Tabela 2: Sumário de artigos que apresentam exemplos de trabalhos que estabelecem relação entre Arte e Saúde

Nº	Ano	Autores	Título	Área da Arte	Público	Apreciação Produção*
1	2005	Blasco et al.	Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo.	Cinema	Estudantes	Apreciação
2	2006	Staricof, RL	Arts in health: the value of evaluation	Diversas	Usuários Estudantes	Apreciação Produção
3	2007	Moraes, MCAF	A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares	Artes Plásticas/Teatro (atividades expressivas)	Usuários	Produção
4	2007	Lima, EMFA; Pelbart, PP.	Arte, clínica e loucura: um território em mutação.	Reflexões históricas (artes em geral)	Usuários	Produção
5	2009	Lima, RAG et al	A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas.	Teatro	Usuários Estudantes	Apreciação – Usuários Produção - Estudantes
6	2009	Clift, S et al	The state of arts and health in England	Diversas	Estado da Arte	ambos
7	2010	Fontesi; CMB et al	Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada	Jogos e brinquedos/ atividades expressivas	Usuários	Apreciação Produção
8	2010	Silva, LFR	“Arte e formação em saúde: a experiência do Laboratório de Sensibilidades na UNIFESP – campus Baixada Santista”	Música e corpo	Estudantes	Produção
9	2010	Lankston, L; et al	Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence	Artes Plásticas	Usuários	Apreciação

10	2011	Broderick, S	Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts	Estado da Arte	Usuários	Produção
11	2013	Àvila Valdés, NA	Un modelo de integracion de Arte y Salud em Espana: El proyeto Curarte I+ D	Artes Plásticas	Usuários/estudantes	Apreciação Produção
12	2013	Imbrizi, JM	A vida como obra de arte: contribuições da psicanálise para o campo da saúde	Artes Plásticas	Reflexões para formação do profissional de saúde	Apreciação Produção
13	2013	Silva, CS	Conhecimento, subjetividade e saberes produzidos no Projeto de Extensão Boa Noite Bom Dia/UFF: a Arte na Formação em Saúde	Diversos	Estudante	Produção
14	2013	Galvanese, AT; Nascimento, AF; Oliveira, AF.	Arte, cultura e cuidado no Centro de Atenção Psicossocial.	Diversos	Usuários	Produção
15	2013	Roman, JA.	Arte e Saúde: uma interface a serviço da Integralidade	Diversos	Análise documental de práticas diversas	Produção
16	2014	Silva, LFR et al	Oficinas de música e corpo como dispositivo na formação do Profissional de saúde	Música e corpo	Estudantes	Apreciação Produção

Apreciação: fruição da arte; Produção: criação da arte

Seja abarcando a produção do cuidado em saúde por meio da produção artística por usuários, revelando a sutileza de suas inerentes complexidades biopsicossociais, ou promovendo a sensibilização do profissional para os encontros entre os profissionais de saúde e os indivíduos sob cuidados, a arte revela-se como caminho de humanização e sensibilização. Não nos cabe afirmar que a arte por si mesma gera maior sensibilização, uma vez que mesmo a arte pode ser abordada de forma mais sistemática e inflexível, no entanto alguns autores exemplificados na Tabela 1 têm desenvolvido trabalhos que apontam para dois caminhos paralelos, possíveis para estabelecer a relação entre arte e cuidado em saúde. O primeiro caminho sugere a utilização de atividades de arte de forma direta com usuários, promovendo eventos/atividades participativas, ou de apreciação estética. Tais iniciativas procuram promover o bem estar, vinculando-o ao conceito de saúde de forma não organicista, onde o vivenciar arte é tido como um cuidado em saúde. A Tabela 1 exemplifica estas iniciativas, identificando o público destas ações como “Usuários” (STARICOF, 2006; MORAES, 2007; LIMA e PELBART, 2007; LIMA et al, 2009; FONTES et al, 2010; LANKSTON et al, 2010; BRODERICK, 2011; VALDÉS, 2013; GALVANESE, NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2013). Outro caminho é

a utilização da Arte na formação dos profissionais, evocando-os para compreender a delicadeza da produção do cuidado em saúde como uma arte. A Tabela 1 apresenta estas iniciativas identificando o público destas ações como “Estudantes” (BLASCO, 2005; STARICOF, 2006 ; LIMA et al, 2009; SILVA et al, 2010 ; VALDÉS, 2013 ; SILVA, 2013 ; SILVA et al, 2014). Tais iniciativas apontam para maior sensibilização destes profissionais/estudantes para compreensão do “outro” e suas diferentes dimensões, nos aspectos físico, social e cultural. Há iniciativas que contemplam ambas as visões (STARICOF, 2006; LIMA et al, 2009 ; VALDÉS, 2013) discutindo o oferecimento de atividades de arte aos usuários, enquanto promove formação dos profissionais de saúde.

Sendo um campo com amplas possibilidades de atuação, a intersecção entre as áreas da saúde e da arte, permite que se incorpore a arte como um cuidado, ocorrendo em intervenção direta de arte com pacientes ou o cuidado como uma arte, ao se propor arte na formação dos profissionais de saúde para produção sensível do cuidado. O amplo campo de intersecção entre arte e saúde permite ainda que as iniciativas sejam desenvolvidas em diferentes áreas, ou linguagens artísticas, envolvendo artes plásticas (visuais), teatro, dança e outras formas de manifestações, isoladamente ou simultaneamente. Permite também que sejam considerados diferentes situações da relação entre o indivíduo e a arte, como a produção artística (criação estética) ou a percepção da mesma (apreciação estética). Cada um destes aspectos (criação e apreciação), em cada uma das linguagens artísticas é capaz de afetar o ser humano em um determinado grau e de uma maneira específica. Imaginando a diferença entre criar uma escultura de argila e dançar uma coreografia, por exemplo, torna-se fácil compreendermos as peculiaridades de cada aspecto (criação e apreciação), de cada linguagem da arte e a multiplicidade de situações possíveis. Se por um lado o amplo espectro de possibilidades pode auxiliar a produção de uma quantidade de trabalhos ocorridos na intersecção entre Arte e Saúde, por outro lado, a mesma amplitude do espectro faz com que a produção de trabalhos seja pulverizada nas diferentes vertentes. A Tabela 1, portanto, sumariza exemplos de trabalhos encontrados na literatura explicitando a linguagem da arte que foi utilizada, o público a que se destinou (usuários-arte como cuidado / estudantes-cuidado como arte) e os aspectos relativos à especificidade de produção ou fruição em Arte. Foram incluídos nesta tabela, trabalhos envolvendo as atividades de jogos e brinquedos, quando estes se referem a atividades artísticas ou expressivas como um jogo ou brincadeira, lembrando que muitas vezes os jogos e brinquedos costumam ser relacionados concomitantemente

com a prática artística (teatral, pintura, confecção de brinquedos, contação de histórias ou outros) explorando os aspectos lúdico, criativo e estético de ambos.

Observando a Tabela 1, percebe-se que, ainda que haja iniciativas voltadas para a área do teatro, da música e da dança, grande parte dos artigos é dedicada às Artes Plásticas, ou Artes Visuais, variando entre ações em que o público cria, produz, participando da elaboração estética, e outros trabalhos que evidenciam a fruição ou receptividade da arte. Ora os trabalhos avaliam o efeito da interatividade (como no trabalho com teatro clown) ora observam o efeito de distintas cores e imagens de um quadro sobre o bem estar dos usuários (LANKSTON et al, 2010).

De grande importância tem sido os trabalhos desenvolvidos na área da Psicologia, da Psiquiatria, da Terapia Ocupacional ou outras áreas que se dedicam, também, à saúde mental. Para Lima e Pelbart (2007), os territórios da arte, clínica e loucura, tiveram suas relações amplamente conectadas a partir do final do século XIX e durante o século XX. Para os autores, tal conexão entre as áreas acabou por produzir mutações em cada uma delas, não cessando de interferir continuamente uma na outra. Assim, apesar de inegável os diálogos entre as áreas da saúde mental e a arte, e inegável ainda, a imensa contribuição de trabalhos dessa área para o crescimento da relação entre arte e saúde no Brasil, entendemos que tal território de pesquisa segue objetivos que não pertencem ao escopo do presente trabalho. Entendemos ainda que pelo número, valor e diversidade de trabalhos relativos à saúde mental e arte, se nos detivéssemos a eles, além de fugirmos ao que se pretende a presente pesquisa, correríamos o risco de reduzir as peculiaridades e possibilidades de desdobramentos de áreas tão extensas quanto preciosas. Dessa forma, importa lembrar que a observação central dessa pesquisa reside no papel da arte na formação de profissionais de saúde.

2.1.4 Integralidade

A integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas “doenças biomédicas”. Aí, a integralidade está tanto mais bloqueada quanto mais especializado ambiente. (Tesser e Luz, 2008 p.195)

Segundo Cecílio (2011), movimento da Reforma Sanitária brasileira exerceu grande influência sobre os modos de pensar, agir e estudar gestão em saúde. E a essência das lutas do movimento (Cecílio, 2009) pode ser traduzida por um conceito tríplice,

constituído pela Integralidade, Universalidade e Equidade. Integralidade, segundo Mattos (2004) pode ser considerada como uma ‘bandeira de luta’, mais do que um termo de sentido único. Com alcances variáveis nos aspectos de lidar e produzir cuidado em saúde, em sistemas usuários-centrados, Mattos (2004) considera que haja ao menos três conjuntos de sentido. Um relacionado a políticas de saúde, um relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e um voltado para atributos das práticas de saúde. Para Gomes e Pinheiro (2005, p.289) a integralidade como traço da boa medicina consiste em

“uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos.”

Ainda para Mattos (2004, p.1414) retomando a necessidade do caráter relacional do cuidado, a integralidade deve ser defendida, e assim defende-se também que práticas de saúde sejam intersubjetivas

“nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro”.

Ou seja, para os autores a integralidade deve operar um centro onde ocorre o diálogo, onde o sujeito não é objeto e nem reduzido ao seu sistema biológico, e desse centro então é que partem outras ramificações da produção de cuidado. A integralidade como prática de saúde, ou como traço da boa medicina, permite que no encontro emergjam essas outras necessidades, para as quais deve haver a busca pelo oferecimento de respostas e ações. Deve-se lançar um olhar atento, a fim de captar necessidades nem sempre relatadas, e sensibilidade para adequar o discurso e a oferta de serviços ao contexto específico de cada encontro. (MATTOS, 2004)

Para Cecílio (2009), a integralidade atua em várias dimensões, sendo que em uma primeira delas, a que chama de ‘integralidade focalizada’ deve ser “fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde” Nesse espaço de encontro entre o usuário e a equipe,

deveria haver sobretudo o espaço de escuta para o reconhecimento das reais necessidades. O autor menciona que muitas vezes as necessidades reais vêm ‘travestidas’ de demandas:

Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras.” (CECÍLIO, 2009,p.120).

Assim, para o autor, a integralidade no encontro entre usuários e equipes em seus contextos específicos, pode ser compreendida como o esforço que a equipe faz não apenas para atender a demandas, mas para com olhar sensível, traduzir e identificar as reais necessidades’, travestidas’ de demandas, e atender, da melhor forma possível, tais necessidades captadas em sua expressão individual. Outra dimensão da integralidade para o autor, é a atuação em redes de atendimento, de fluxos e circuitos baseados nas necessidades reais dos usuários, a qual chama de ‘integralidade ampliada’, acentuando que uma (focalizada) não é possível sem a outra (ampliada) (CECÍLIO, 2009)

A integralidade como prática de saúde descortina necessidades que podem vir a produzir implicações na prática e na formação dos futuros profissionais de saúde, para que estes estejam mais comprometidos com a realidade onde estão inseridos. Há forte movimento no sentido de propiciar mudanças na formação dos profissionais de saúde, modificando de uma lógica centrada em diagnóstico, para uma lógica centrada na Integralidade. (PINHEIRO, CECCIM e MATTOS, 2011). Barros (2011, p138) aponta que “Os processos formativos oferecidos pela universidade têm sido analisados como desvinculados e descomprometidos com a realidade, não produzindo saberes que ‘revelem ou transformem essa realidade’”.

E ao refletirmos no papel central que pode ter a integralidade na produção do cuidado em saúde, refletimos também acerca de quais são os elementos constitutivos da prática de saúde que se deseja que sejam valorizados na conformação do currículo acadêmico. Para tanto, outras reflexões são necessárias: Como se dá o processo de formação em fonoaudiologia, para que dentro disso se discuta sobre sensibilidade? Como seria afetada a percepção de estudantes de fonoaudiologia em seu processo de formação, ao se depararem com uma situação onde seus referenciais de atendimento em saúde são modificados, principalmente no que se refere à inserção da arte e de processos criativos na sua formação e no exercício de sua prática profissional? Quais as concepções envolvem as escolhas dos conteúdos curriculares e como essas escolhas afetam a formação? Quais conteúdos são privilegiados e quais são menosprezados? Como formar

futuros profissionais de saúde, de maneira que estes se sintam sensíveis às mais diferentes realidades e necessidades com as quais se depararão? Como formar para que se sintam, sobretudo livres, para se manifestarem e realizarem suas apostas, dentro de uma perspectiva que tenha, por exemplo, a própria sensibilidade ou a integralidade como pontos centrais de sua prática de cuidado? Seria a integralidade um *conceito-caminho* para discutir e trabalhar a formação sensível? Essas são algumas questões norteadoras, reflexivas, para as quais buscaremos algumas respostas possíveis no decorrer do desenho deste estudo.

Identificando o valor simbólico e social, mais do que documental, de cada decisão acerca das escolhas de concepção de um processo de formação, entende-se assim a necessidade de lançar o olhar, neste estudo, sobre os processos de formação do profissional de saúde assim como, mais especificamente, sobre as propostas de formação dos fonoaudiólogos.

2.2. FORMAÇÃO EM SAÚDE

Refletindo sobre o processo histórico da formação dos profissionais de saúde e sua implicação sobre o modelo atual de produção de cuidado, os autores Merhy e Franco (2013), nos orientam que a partir do trabalho do início do século XX, do médico americano Abrahan Flexner, houve uma reorientação da educação médica nos Estados Unidos que ficou então centrada nas pesquisas biológicas e seus paradigmas científicos. Esta mudança nos Estados Unidos tornou-se referência para o mundo, modificando suas concepções de processo de trabalho em saúde, que passaram a abstrair os fatores socioambientais e o mundo da subjetividade. Esse processo de reforma da educação se desenvolveu ao longo da primeira metade do século XX e prosseguiu formando profissionais que posteriormente entravam no mercado de trabalho, tendo aprendido a olhar para o corpo doente e prescrever soluções com base neste olhar (MERHY e FRANCO, 2013). Tal processo desenvolve um modelo tecnoassistencial baseado na concentração de recursos tecnológicos (equipamentos hospitalares) visando tratar o corpo doente. Para os autores, com a dita reforma na educação médica, *“o mundo da saúde perdeu o que lhe é mais significativo: a sua humanidade”* (MERHY e FRANCO, 2013, p.114).

A partir de tal reflexão retoma-se a inferência exposta anteriormente, onde os autores Merhy e Franco (2003, 2013) abordam a necessidade de se colocar em prática uma transição tecnológica, centrando-a nas tecnologias leves ou nas relações, para a produção efetiva do cuidado em saúde, integrando tal processo de transição à formação do profissional de saúde. Segundo Silveira e Ribeiro (2005, p92) ainda que haja iniciativas de transformação por parte de algumas instituições, o modelo de atenção utilizado atualmente, ainda permanece, predominantemente, *“biologista, fundamentado no paradigma positivista da ciência, cuja racionalidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana”*. Há uma década o documento AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde (BRASIL, 2004, p.6) afirmava que:

“As instituições formadoras têm perpetuado modelos os mais conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anátomo-clínica, dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico e limitados à exposição às aprendizagens do hospital universitário.”

O mesmo documento, desde então, explicitava a necessidade de mudanças nos processos de formação do profissional de saúde, enfatizando que o processo de

ensino-aprendizagem na área técnico-científica colocava-se como apenas um dos aspectos da formação, não devendo ser estabelecido como foco principal. O documento salienta ainda que a formação do profissional de saúde “*engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS*” (BRASIL, 2004, p.7). A proposta é que a ideia central esteja na integralidade, que oferece a melhor síntese da abrangência dos aspectos da formação do profissional de saúde, desenvolvendo e ampliando a noção da *dimensão cuidadora*, para que assim tais profissionais em formação desenvolvam maior responsabilidade pelos resultados das práticas de atenção e se tornem também “...mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica.” (BRASIL, 2004, p 8)

Considerando as propostas anteriormente citadas, há iniciativas por parte de algumas instituições, que buscam transformar o processo de formação, de forma que este possa acompanhar melhor as discussões em torno dos conceitos de saúde, integralidade e produção do cuidado. Tais iniciativas buscam, por vários caminhos, lidar com diferentes dimensões do cuidado. Um exemplo da aplicação desta nova perspectiva é o Instituto de Saúde e Sociedade do Campus Baixada Santista da UNIFESP. Com um eixo designado como Trabalho em Saúde, a UNIFESP (Campus Baixada Santista) promove encontros entre os estudantes de seis áreas da saúde e usuários envolvendo experiências em seus contextos reais de vida. Contextos que, ao comentar o trabalho da Unifesp, Kastrup (2013, p.151), refere-se como “*seus territórios existenciais, com suas redes sociais, suas conexões afetivas, sua organização de vida, suas demandas, suas semióticas e modos de existência peculiares*”. A proposta político-pedagógica do *campus* pretende “*formar profissionais com recursos para produzir práticas que considerem a experiência de vida do sujeito acompanhado, seus valores e suas condições sociais*” (CAPOZZOLO et al, 2013a, p.72). O eixo Trabalho em Saúde vem investindo fortemente em experiências diversas na formação acadêmica de seus estudantes (através de atividades abertas ao campus e de atividades vinculadas especificamente às disciplinas do eixo), entendendo a arte como veículo promotor de sensibilidades necessárias ao profissional do cuidado. Por ser um campus que investe na interdisciplinaridade e na interprofissionalidade, há também incentivo e propostas para que a arte esteja inserida nos processos de formação, seja na grade curricular, seja nos projetos de extensão oferecidos pela universidade. Entre os projetos de extensão é possível citar o Programa de Extensão “Arte e Saúde”

(IMBRIZI et al, 2007) que era composto por quatro projetos “Cinema e Saúde”; “Literatura e Clínica”, “Laboratório de Sensibilidades” e “Clube dos Saberes”. Atualmente outros projetos de extensão estão em vigência, como também projetos de estágio, que consideram a potência da arte no cuidado em saúde no campus Baixada Santista.

2.2.1 Formação em Fonoaudiologia

No intuito de aproximação do campo onde se dá a formação do profissional de saúde, lançamos o olhar sobre o documento que institui rumos à formação nessa área: A resolução CNE/CES 5, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 (BRASIL, 2014), institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia¹, que propõem que as Instituições do Sistema de Educação Superior do País contemplem em seus currículos conceitos e práticas que vão em direção à uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, teoricamente preparando profissionais sensíveis para lidar com a proposta de cuidado integral. As diretrizes foram elaboradas com base nos conceitos de habilidades e competências e visam dotar o futuro profissional dos conhecimentos necessários para o exercício de ao menos seis habilidades e competências gerais: Atenção à saúde; Tomada de decisões, Comunicação, Liderança; Administração e Gerenciamento, além de Educação Permanente. Ainda que possamos argumentar que há distância entre propostas que estão no papel (como dizem, ‘papel aceita tudo’) e a realidade da formação de profissionais de fonoaudiologia, entende-se que observar do que trata este documento pode ser um bom exercício de compreensão, ainda mesmo para localizar as intenções ou a maneira de olhar que esses profissionais da saúde têm sobre sua própria área. Segundo o texto da resolução, tais habilidades e competências, teoricamente abrangem alguns aspectos que mantém estreita relação com a linha de pensamento conduzida no presente estudo, conforme indicado nas diretrizes (BRASIL, 2014) que serão comentadas a seguir.

Atenção à saúde: Segundo as diretrizes (BRASIL, 2014) os profissionais de fonoaudiologia devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os

¹ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>

mesmos tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de fonoaudiologia deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

Comunicação: os profissionais de fonoaudiologia devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura;

Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de fonoaudiologia deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

Administração e gerenciamento: os profissionais de fonoaudiologia devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação,

Educação permanente: os profissionais de fonoaudiologia devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação.

Ainda segundo as diretrizes (BRASIL, 2014), os conteúdos do currículo devem contemplar as áreas de Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Fonoaudiológicas e Ciências Sociais e Humanas, a qual inclui a compreensão dos determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, linguísticos e educacionais.

Segundo Queiroga et al (2014) a graduação em fonoaudiologia deve oferecer uma sólida base ao promover uma formação generalista que permita ao profissional integrar o conhecimento de sua área de prática considerando os desafios globais e

planetários. Compreende-se, portanto, que a proposta da formação dos profissionais da área de fonoaudiologia mantém evidente intenção de proporcionar compreensão ampliada do conceito de saúde, promovendo articulação entre conteúdo específico da área fonoaudiológica e conteúdo abrangente, incluindo aspectos sociais, psicológicos, culturais e outros.

Não se pretende neste estudo investigar e discutir toda a estrutura curricular do curso de formação em fonoaudiologia aqui envolvido (Anexos 1 e 2), mas importa temos alguma noção da paisagem contextual, do território onde ocorreu a proposta deste trabalho. E, importa também, considerar que, como nos diz Stenhouse (1998 p.103) o currículo “*es um objeto simbólico y significativo*”. Já para Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2011) ainda que não se possa considerar a educação como único agente de mudanças, os autores compreendem que quando se faz uma seleção dos conteúdos curriculares “estamos afirmando, por meio de escolhas conceituais e metodológicas, uma determinada concepção de mundo que se expressa nos e pelos conteúdos selecionados e mobilizados durante o processo formativo” (SAIPPA-OLIVEIRA, KOIFMAN E PINHEIRO, 2011, p. 206). Os autores mencionam ainda a importância de se considerar a razão pela qual alguns conteúdos foram incluídos e outros excluídos, a que interesses essas escolhas atendem e mesmo, a que tipo de concepção de saúde se está referindo. Os autores (SAIPPA-OLIVEIRA, KOIFMAN e PINHEIRO, 2011, p.209) salientam que esses questionamentos não se afastam de um outro:

“Que tipo de ser humano é desejável para um determinado tipo de sociedade, visto que os conteúdos que elegemos estão vitalmente envolvidos naquilo que queremos ver as pessoas em formação se tornarem? O conhecimento é construção de um perfil; é também, uma questão de identidade.”

Como se pode observar mais detalhadamente no Anexo 2, o curso onde ocorreu este estudo tem carga horária distribuído da seguinte forma: Ciências Biológicas (705 horas); Ciências Sociais e Humanas (330 horas); Formação em Pesquisa (240 horas); Ciências Fonoaudiológicas (2.715 horas), resultando em 3.975 horas de curso, em período integral. A Sala de Arte foi inserida como conteúdo do quarto ano do curso de fonoaudiologia, na Clínica de Anomalias Craniofaciais.

2.2.2 O conteúdo ‘fissura labiopalatina’

Como mencionado, o presente estudo surgiu a partir de práticas que ocorreram durante a formação para a reabilitação fonoaudiológica da pessoa com fissura labiopalatina (Clínica de Anomalias Craniofaciais). A fissura labiopalatina (FLP) é uma das anomalias congênitas mais frequentes nos seres humanos, ocorrendo no Brasil em um caso para cada 650 nascimentos (SILVA FILHO E FREITAS, 2007). A fissura de lábio, como o próprio nome diz, é uma fissura, uma abertura que ocorre na região dos lábios, podendo afetar também o rebordo alveolar e tende a ser reparada por volta dos 3 meses de idade. Já a fissura do palato, particularmente, é uma abertura que comunica as cavidades oral e nasal a qual ocorre quando partes do céu da boca não se formam adequadamente durante o desenvolvimento embrionário resultando em malformação do palato duro e/ou palato mole. A fissura no palato geralmente é corrigida cirurgicamente por volta dos 12 meses, com variações de técnicas e protocolos de acordo com a instituição que oferece o serviço de alta complexidade. A fissura pode ser unilateral, bilateral ou ainda medial e também completa ou incompleta, podendo envolver outros agravos com relação a amplitude da fenda ou mesmo associação com outras anomalias ou um quadro síndrômico. A FLP não é uma doença, porém como é uma condição presente ao nascimento e de manifestação variada, esta malformação pode acarretar comorbidades particularmente quando não é gerenciada por uma equipe especializada multi ou interdisciplinar (KUMMER, 2008).

O processo de reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina é longo, e, dependendo da complexidade de cada caso, é comum a pessoa com FLP passar mais de 20 anos em recorrentes consultas, procedimentos cirúrgicos ou outros atendimentos. São muitos os fatores envolvidos na reabilitação, incluindo o processo de crescimento da face, e conseqüentemente, muitas áreas são envolvidas, exigindo uma equipe que geralmente deve contar com cirurgiões plásticos, geneticistas, pediatras, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, pedagogos, e profissionais de outras áreas os quais, preferencialmente atuariam numa abordagem interdisciplinar e não apenas multidisciplinar.

Há um risco maior dos bebês com fissura labiopalatina que envolve o palato mole desenvolverem distúrbios da comunicação, particularmente alterações na produção da fala. Ou seja, quando a fissura afeta o palato mole, mesmo após o reparo cirúrgico

primário da anomalia por meio da palatoplastia primária, existe uma possibilidade de que entre 20 e 30% dos bebês apresentem disfunção velofaríngea (DVF) e consequentemente desenvolvam um distúrbio de fala e audição (DUTKA e PEGORARO-KROOK, 2014; PEGORARO-KROOK et al., 2004). Conforme descrevem Dutka e Pegoraro-Krook (2014) a DVF é resultado do funcionamento inadequado do mecanismo velofaríngeo. O mecanismo velofaríngeo, por sua vez, ao funcionar adequadamente, é responsável pelo controle da comunicação entre as cavidades nasal e oral durante a produção de fala (Figura 1), permitindo (Figura 1: B) ou bloqueando (Figura 1: A) a passagem de ar e som para a nasofaringe e o nariz, o que permite a distinção entre sons nasais (Figura 1: B) e orais (Figura 1: A).

Figura 1: Ilustrações exemplificando funcionamento adequado do mecanismo velofaríngeo (palato mole na cor azul), com fechamento velofaríngeo (A) para produção de sons orais e abertura velofaríngea (B) para produção de sons nasais

O comprometimento do funcionamento do mecanismo velofaríngeo, condição denominada disfunção velofaríngea (DVF), resulta em uma alteração de fala característica a qual envolve a perda de ar e de som pelo nariz durante a produção de sons orais, quando a velofarínge deveria estar fechada e nem ar e nem som deveriam sair pelo nariz (DUTKA e PEGORARO-KROOK, 2014). Quando energia acústica sai pelo nariz durante a produção de sons orais, ocorre uma alteração da nasalidade de fala conhecida como hipernasalidade, ou, para o leigo, fala fanhosa. A perda de som de nariz é sempre acompanhada de perda de ar nasal, condição conhecida com escape de ar nasal, o que por

sua vez diminui a quantidade de ar dentro da boca durante a produção de sons (condição denominada como fraca pressão intraoral). Para alguns bebês a correção primária da FLP não estabelece condições suficientes para um funcionamento velofaríngeo adequado e o bebê adquire fala fanhosa, ou seja, o bebê aprende a produzir os sons de sua língua com escape de ar nasal e fraca pressão intraoral. Alguns bebês, na tentativa de reproduzir alguns sons da fala aprendem a fazer os sons em pontos atípicos, isto é na garganta, usando a faringe ou a laringe ao invés da boca para produzir consoantes da fala (Figura 2). Esta é uma condição denominada distúrbio articulatorio compensatório (DAC) e também conhecida como articulação compensatória (AC). A Figura 2-A ilustra o uso de ponto articulatorio típico (adequado) para produção do som “p”, onde o lábio superior entra em contato com o lábio inferior (ponto bilabial), condição geralmente acompanhada de funcionamento velofaríngeo adequado. A Figura 2-B ilustra o uso de ponto articulatorio atípico (AC) para produção do som “p”, onde a pressão para produzir o som é realizada na larínge (ponto articulatorio laríngeo conhecido como golpe de glote) entra em contato com o lábio inferior (ponto bilabial), condição geralmente acompanhada de funcionamento velofaríngeo inadequado.

<p>A - Uso de pontos articulatorios típicos durante produção de fala, envolvendo o uso dos lábios (ponto bilabial) para a produção do som “p”, e também acompanhado de fechamento velofaríngeo adequado (vide que o palato mole faz contato com a parede posterior da farínge)</p>	<p>B - Uso de ponto articulatorio atípico, substituindo o uso dos lábios (ponto bilabial) pelo uso da larínge (ponto laríngeo conhecido como golpe de glote) para produzir o som “p”, acompanhado de falha de fechamento velofaríngeo (vide que o palato mole não toca a parede posterior da farínge)</p>

Figura 2: Ilustrações exemplificando ponto articulatorio típico (adequado) para produção do som “p” envolvendo ambos os lábios (bilabial) na imagem A, e ponto articulatorio atípico (inadequado) para produção do “p” que ocorre na larínge (golpe de glote) na imagem B

Como estes desvios na produção articulatoria dos sons ocorrem na fase de aquisição da fala, estes sons atípicos (ACs) passam a fazer parte do sistema linguístico da criança e trazem prejuízos para a inteligibilidade de fala (PEGORARO-KROOK et al,

2004; MARINO et al, 2012). Marino et al (2012) esclarecem que alguns autores sugerem que ACs ocorrem devido a tentativas do bebê compensar o funcionamento inadequado do mecanismo velofaríngeo. Ou seja, no momento da produção do som, a perda de ar nasal resulta numa tentativa de bloqueio do ar em outra região do trato vocal, deslocando os pontos articulatórios para locais atípicos (como faringe e laringe) ao invés da boca. A consequência é o desenvolvimento de uma fala alterada, ininteligível, que compromete a comunicação e consequentemente a qualidade de vida da criança (PEGORARO-KROOK et al, 2004).

No HRAC existem estudos que reportam que a presença de DVF em bebês após a palatoplastia primária pode variar entre 24% (WILLIAMS, 2011) e 30% (SUGUIMOTO, 2002). Bebês com DVF necessitam de um acompanhamento fonoaudiológico com objetivo de prevenir o uso dos pontos articulatórios atípicos (MARINO et al., 2012) e de identificar e tratar a DVF o mais precocemente possível (DUTKA e PEGORARO-KROOK, 2014). Enquanto os procedimentos cirúrgicos primários são realizados nos centros especializados e capacitados para oferta de serviços de alta complexidade, após as cirurgias os bebês são encaminhados para acompanhamento fonoaudiológico em suas cidades de procedência e muitas vezes sem que exista parceria com os serviços de atenção básica à saúde onde o bebê vai fazer o acompanhamento na sua cidade. Esse modelo de gestão dificulta a prevenção e mesmo o tratamento dos distúrbios de fala relacionados à FLP os quais são bastante prováveis nos bebês com DVF.

Apesar de a FLP ser uma condição frequente, o conteúdo específico relativo à reabilitação fonoaudiológica em pessoas com fissura labiopalatina, no entanto, não é um conteúdo obrigatório nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em fonoaudiologia, o que dificulta o acesso de pacientes do HRAC a profissionais capacitados para oferta de serviços que possam resolver ou prevenir as alterações de fala nesta população. O presente estudo ocorre no HRAC, que é um hospital universitário (pós-graduação) e uma das poucas instituições do país voltadas para as várias etapas da reabilitação de pessoas com anomalias craniofaciais (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/ HRAC-USP), incluindo a fissura labiopalatina.

2.2.3 O Programa de Fonoterapia Intensiva (PFI)

O contexto da prática do estudo aqui estabelecido é o Programa de Fonoterapia Intensiva (PFI) do Serviço de Prótese de Palato (SPP), o qual é voltado para o gerenciamento dos distúrbios da comunicação e da alimentação de pessoas com fissura labiopalatina. O programa surgiu da necessidade de oferecer uma alternativa para o tratamento fonoaudiológico de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que recebem serviços de alta e média complexidade, como cirurgias e tratamento ortodôntico, por exemplo, no HRAC. Para o tratamento fonoaudiológico envolvendo abordagens para prevenção e intervenção no caso de distúrbios da alimentação e comunicação, os pacientes do HRAC são, na maioria dos casos, encaminhados para os serviços de atenção básica à saúde em suas cidades de procedência. Considerando a carência de profissionais habilitados para o tratamento dos distúrbios da comunicação relacionados à fissura labiopalatina (FLP), particularmente em regiões mais remotas e com menor acesso a cursos de pós-graduação na área das anomalias, foi criado o Programa de Fonoterapia Intensiva do Serviço de Prótese de Palato (PFI/SPP). O PFI ocorre em uma parceria entre a Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB - USP) e o HRAC (USP) que apesar de serem instituições e administrações distintas, dividem o mesmo espaço urbano (sendo separados apenas por um muro e uma guarita), fato que, pela proximidade física, facilita que haja interação entre seus membros. Assim, o PFI conta com a participação de docentes e fonoaudiólogos do HRAC e da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), de estudantes de graduação do curso de fonoaudiologia da FOB e de estudantes de pós-graduação da FOB e do HRAC, envolvendo programas de residência, mestrado e doutorado. Os estudantes de graduação da FOB-USP, mais especificamente, participam do PFI por meio de duas disciplinas curriculares obrigatórias. No terceiro ano do curso de fonoaudiologia o plano político pedagógico do curso de fonoaudiologia estabelece a disciplina - Fissura Labiopalatina (BAF0248) como pré-requisito para que o aluno faça no quarto ano a disciplina clínica - Clínica de Anomalias Craniofaciais- Estágio Supervisionado (BAF0276). A disciplina clínica visa implementar o ensino teórico-prático por meio de várias parcerias abrangendo maior integração não apenas entre as duas instituições (HRAC e FOB), mas também entre todos os que participam do PFI: alunos de graduação da FOB, alunos de pós-graduação, docentes da FOB e HRAC, profissionais das várias áreas da saúde que atuam no HRAC, profissionais dos programas de residência, aperfeiçoamento e especialização do HRAC, usuários, pais e outros cuidadores de pessoas com anomalias e síndromes e os

profissionais dos serviços de atenção básica dos municípios de procedência de pacientes em tratamento no HRAC. Este modelo permite também a atuação dos alunos de graduação em parceria com alunos de pós-graduação de várias áreas da saúde incluindo residentes, mestrandos e doutorandos com formação em fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, odontologia, medicina, pedagogia, educação, arte educação, entre outras áreas. O Programa de Fonoaterapia Intensiva do Serviço de Prótese de Palato do HRAC, portanto, atende a duas demandas, a de capacitar profissionais (na graduação e na pós-graduação) e a de oferecer oportunidades de tratamento para usuários que não encontram recursos nas suas cidades de procedência. As atividades ocorrem em sua maioria, no espaço da clínica-escola de fonoaudiologia da FOB, que conta com diversas salas com equipamentos, preparadas para o atendimento à comunidade. Também são utilizados espaços do HRAC, de acordo com necessidades específicas de cada caso, como o Serviço de Prótese de Palato. Devido à proximidade dos prédios e à parceria estabelecida, é possível utilizar os recursos disponíveis em ambas as instituições.

Os usuários do Programa de Fonoaterapia Intensiva (PFI) são matriculados para tratamento da fissura labiopalatina no HRAC, apresentam distúrbios da comunicação relacionados à FLP ou DVF e são convidados a participar do PFI, de acordo com diferentes tipos de comprometimento da fala, interesse e disponibilidade de deslocamento e permanência na cidade da instituição (Bauru/SP). Como o PFI requer disponibilidade para estadia em Bauru de pelo menos três semanas durante as quais o usuário recebe entre 2 e 4 fonoterapias diárias, além da fonoterapia são oferecidos de forma concomitante os demais atendimentos previstos no HRAC, como consultas médicas e odontológicas. Sempre que necessário são incluídas atividades de apoio pedagógico às crianças em idade escolar e atendimento neuropsicológico no caso de dificuldades de aprendizagem. Neste contexto foi inserida a proposta da Sala de Arte, que se propunha a ser um ambiente de encontro, diálogo e também, de realização de aquarelas. Em momentos distintos realizou atividades com usuários, com os familiares e com os estudantes e profissionais envolvidos no PFI, e foco deste estudo.

2.3 ARTE e ARTE-EDUCAÇÃO

Arte é uma das linguagens mais antigas na história da humanidade. E, como nos diz Gombrich (1972) se aceitarmos as edificações, templos e casas como manifestações artísticas, poderemos mesmo dizer que não houve até hoje um só povo que não produzisse, de alguma forma, arte. Para este autor ainda, não há algo a que se possa chamar de Arte com ‘A’ maiúsculo, mas há artistas, que dão significado a suas intenções. E o significado modifica-se assim como se modifica a história da humanidade. Novos valores emergem das manifestações artísticas no decorrer do tempo, junto às modificações próprias das sociedades. Da construção de uma casa, uma igreja, passando por obras realistas ou abstratas, alcançando manifestações efêmeras, tudo isso indica a história do invisível, do inefável presente nas mais diversas sociedades, sempre em movimento. Ernst Fischer (1979) aponta que o desejo do homem de se desenvolver e se completar, indica que ele é mais do que um indivíduo, e então, a arte é vista pelo autor como um caminho do indivíduo para alcançar a plenitude, se ligando ao todo. Como “meio indispensável para essa união do indivíduo com o todo, reflete a infinita capacidade humana para a associação, para a circulação de experiências e ideias.” (FISCHER, 1979, p.13)

Sobre o ato criador, essência da função do artista, Ostrower (1978) aponta a relação intrínseca entre ‘criar’ e ‘dar forma’. A autora indica que todos os nossos atos, mesmo o mais corriqueiro, como atravessar a rua, são impregnados de forma, e nos movemos por entre formas. Criar, então, é dar forma a algo novo, estabelecendo novas coerências. Para a autora (OSTROWER, 1978, p.9) “O ato criador abrange, portanto, a capacidade de compreender; e esta, por sua vez, a de relacionar, ordenar, configurar, significar.” A criação não existe dissociada de um ato intencional, uma vez que é a intenção que avalia situações e busca novas coerências. A autora ainda menciona que uma das finalidades de nosso fazer criativo é a de ampliar a experiência de vitalidade em nós mesmos.

“Criar não representa um relaxamento ou um esvaziamento pessoal, nem uma substituição imaginativa da realidade; criar representa uma intensificação do viver, um vivenciar-se no fazer; e, em vez de substituir a realidade, é a realidade; é uma realidade nova que adquire dimensões novas pelo fato de nos articularmos, em nós e perante nós mesmos, em níveis de consciência mais elevados e mais complexos. Somos, nós, a realidade nova. Daí o sentimento do essencial e necessário no criar, o sentimento de um crescimento interior, em que ampliamos em nossa abertura para a vida.” (OSTROWER, 1978, p.28)

E na ampliação da vitalidade de si mesmo e da abertura para a vida, sugerida por Ostrower (1978), encontramos uma grande potência para falar de arte tanto na produção de cuidado em saúde - na relação direta com pessoas em sofrimentos diversos, proporcionando situações em que se apercebam como sujeitos de seu ato criador - quanto com estudantes que pretendemos que sejam formados de forma sensível para a produção do cuidado.

No que diz respeito a arte contemporânea, o ato criador amplia a noção de proposição e alcance e modifica as estruturas e concepções relativas a ‘dar forma’, por vezes, desprendendo-se de configurações palpáveis. Tal concepção reitera a concepção já mencionada, de Gombrich (1972) - que nos chamou a atenção para a existência não de arte, mas de artistas que dão significado à suas intenções. Frange (1998, p.8) menciona que na arte contemporânea, não mais pessoas são convocadas, mas os corpos em suas ‘inteiridades, complexidades e sociabilidades’.

Nossos corpos veem e se fazem ver. Somos videntes e visíveis. As relações se estabelecem por uma transitividade. O que define o sujeito é o que está em relação com o objeto. O que define o objeto é o que está em relação com o sujeito. Isto significa que as unidades se dão pela relação.

A arte-contemporânea tende a dar visibilidade àquilo que acontece entre obra e espectador, pois é exatamente o que acontece nessa relação entre ambos, o que ocorre nos ecos internos, que possibilita a ressignificação e renovação dos sentidos. Nessa mesma direção, Barbosa (1990) nos diz que o que acontece na leitura da obra literária é sempre mais do que literatura. É o que se dá no intervalo, no entre palavras e entre frases, que gera a tensão entre obra e leitor, e essa tensão presente no intervalo é “que cria os múltiplos significados que levam a ler na literatura mais do que apenas literatura” (BARBOSA, 1990, p.15). Os intervalos, as ausências de palavras, não são sinônimos de silêncio, ou mesmo, o silêncio não é apenas silêncio, é presença de significados.

2.3.1 Que Arte há aqui?

Ao pretender passar pela concepção que estudantes de fonoaudiologia, têm sobre arte, é significativo que se tenha também alguma noção de a que tipo de arte eles podem, no decorrer de suas vidas, ter tido acesso, principalmente no ambiente escolar. Além das instituições culturais e atividades extracurriculares, cujo acesso é variável, a escola é o espaço que de alguma maneira garante contato com a disciplina de arte na

formação dos indivíduos que serão um dia os profissionais de todas as áreas, inclusive os profissionais de saúde. O ensino de arte no Brasil, instituído nas escolas na forma como é hoje, é consequência de um esforço permanente e paulatino, e vem avançando, visando sempre favorecer a formação de indivíduos mais críticos e sensíveis à apreciação e produção estética (BARBOSA, 2002). No entanto, assim como a área da saúde tem suas limitações, a área da arte-educação também as tem, e o ensino de arte que considera os aspectos da potência do ato criador, muitas vezes esbarra na formação histórica da disciplina ou na máquina burocrática do cotidiano escolar.

No início do século XX o ensino de arte nas escolas se dava meio das disciplinas de Desenho, Trabalhos Manuais, Música e Canto Orfeônico (GOMES e NOGUEIRA, 2008). Nos anos 1930, pressupostos da ‘escola nova’ também contribuíram para o ensino de Arte, predominando nas escolas a ideia do *laissez-faire*, ou, livre-expressão, na qual professores foram orientados a não interferir na produção de estudantes, uma vez que a produção artística deveria ser apenas livre e espontânea. Tal ideia esteve presente no ensino de arte por muitas décadas, alcançado, inclusive os dias atuais. Já na década de 1960, com o regime militar, e tendo que se adequar ao modelo tecnicista, o ensino de arte passou a atender o mundo tecnológico e a sociedade industrial em expansão, visando a formação de mão de obra especializada (GOMES e NOGUEIRA, 2008). Em 1971 a arte foi inserida no currículo escolar com o nome de Educação Artística, sendo considerada uma ‘atividade artística’ e não uma disciplina. Segundo Ferraz e Siqueira (1987, p.12): “Parece que, ao ser criada com a lei nº 5.692/71, Educação Artística assumiu o caráter dogmático que subjaz ao contexto escolar, perdendo desde o início suas características, sua razão de ser, desfigurando-se.” Apenas em 1996, com nova legislação, Arte foi considerada como componente curricular obrigatório. No entanto, como o texto o colocava como obrigatório apenas nos ‘diversos níveis da educação básica’, sem especificar as séries (anos) escolares, tal brecha foi suficiente para as escolas inserirem o ensino de arte em apenas uma série escolar de cada nível - níveis fundamental I e II (BARBOSA, 2002).

Com esse histórico, ainda é comum em nossas escolas que o professor de arte se veja relativamente despreparado para a prática em sala de aula, (BARBOSA, 2002) recorrendo constantemente à famosa atividade “*desenho livre*”, cuja raiz se encontra na década de 1930. É comum ainda que esse professor seja convocado por outras instâncias do ambiente escolar (coordenação, direção, etc), apenas para a produção de enfeites, lembrancinhas, decorações ou fantasias em atividades festivas como carnaval, festa junina

ou dia das mães (PARDINI, 2010). Tal aspecto reflete o pensamento da escola tanto a respeito de arte, quanto a respeito de educação, já que “toda sala de aula é retrato de uma história pedagógica construída numa concepção de educação.” (MARTINS, PICOSQUE e GUERRA, 1998, p. 145) Ainda que estas atividades exijam alguma habilidade manual, reduzir o ensino de arte apenas à execução das mesmas é reduzir todo um campo de expressão e comunicação.

Como já nos indicou Ostrower (1978) abrir mão da potencialidade do ato criador, é abrir mão de buscar a plenitude se ligando a toda a humanidade, como mencionado por Fischer (1979). É abrir mão de uma linguagem, onde o ser humano pode compreender e apresentar melhor, a si mesmo e ao mundo, pela manifestação de sua subjetividade e pelo contato com a subjetividade do outro por meio da vivência da alteridade. A Arte, vivenciada de maneira plena, tem a possibilidade de alcançar espaços sensíveis da formação humana que outras áreas ou disciplinas não alcançariam. Quando não há obrigatoriedade da disciplina de arte em todo o currículo do ensino fundamental em nível nacional, se abre mão do espaço para lidar com a arte e a formação sensível, e está a se abrir mão de muitas coisas, inclusive de futuros profissionais com facilidade em reconhecer a necessidade da sensibilização nas relações humanas. Em conquista ocorrida recentemente, em 3 de maio de 2016, com a Lei 13.278/16, que altera os termos da Lei das Diretrizes e Bases (LDB), as quatro linguagens da arte – música, dança, teatro e artes visuais – passam a ser discriminadas separadamente e devem ocorrer de forma obrigatória no ensino fundamental, e as escolas têm cinco anos para ajustarem à nova legislação. Desde que não encontrem alguma outra brecha para evitar lidar com a Arte no ambiente escolar. Mas ainda assim, sendo obrigatório, quando gestores e professores, nas escolas ou séries escolares que já possuem ou possuirão arte em todo seu currículo, não a compreendem em sua potência e optam ou aceitam que esse ensino seja apenas no estilo *laissez faire*, ou de caráter mecânico, tecnicista como na década de 1960, voltado para habilidades manuais, compactua-se com a má formação dos indivíduos que compõem a sociedade. E assim, ainda que não se possa estabelecer uma relação direta de causa e efeito, pode-se deduzir que tal má formação tende também a contribuir para a perpetuação de um ciclo de desvalorização de ações de arte, fato comum, não a compreendendo como campo de conhecimento.

O não reconhecimento da arte como campo de conhecimento e produção observa-se em um exemplo bastante comum, fácil de ilustrar, mesmo para quem não seja

da área de arte: há um hábito cultural em nosso país (formado por indivíduos que também passaram pela escola e também tiveram aula de arte), de que a área não seja sequer lembrada nos orçamentos de festas, congressos, encontros ou eventos, que chegam mesmo a solicitar que músicos ou outros artistas façam apresentações ou ofereçam oficinas gratuitamente, ou, solicitam que pessoas sem nenhum preparo específico realizem essas funções, que, segundo alguns ‘qualquer um faz’. Muitos de nós já presenciamos situações como essas. Esse hábito cultural recebe contribuição, não apenas, mas também, do mau aproveitamento da escola como espaço de lidar verdadeiramente com arte na formação de indivíduos.

Muito tem sido feito a fim de romper com essa cultura reducionista, e há tempos, propostas vêm sendo introduzidas nas diretrizes curriculares para o ensino de arte no país. Mas não bastam leis, não bastam diretrizes para modificar hábitos, como citado anteriormente em relação às diretrizes para os cursos de fonoaudiologia. É preciso a força do tempo e a continuidade das ações de formação dos professores de arte e demais profissionais da educação formal e não formal, assim como de todos os espaços que lidam com arte e sua relação com o público, para que trabalhem em consonância. Sobre arte e arte-educação, Martins, Picosque e Guerra (1998, p. 118) nos dizem:

Se a arte, como vimos, é, por si mesma, a experiência sensível em que nosso corpo perceptivo reflete, propor situações de aprendizagem em arte implica vibrar nesse corpo o assombro pelo mundo e o estranhamento diante daquilo que, amortecidos, com os sentidos embotados, já não vemos mais.

É preciso agir em conjunto, compreendendo, amplificando e tornando cada vez mais visível o valor e o papel da arte e da arte-educação, da percepção, da criação, da subjetividade, da singularidade e do espaço para a expressão da mesma na formação de indivíduos mais sensíveis a lidarem uns com os outros, com a vida e com mundo.

As manifestações da Arte ocorrem em diferentes formas e linguagens (artes visuais, música, dança e teatro). Não nos caberia neste estudo realizar um apanhado das inúmeras possibilidades da Arte, para além de atividades de livre expressão, de decoração de datas comemorativas ou atividades de habilidade manual. Aqui nos ateremos a apresentar de maneira breve alguns conceitos que já foram mencionados ou que ainda surgirão em capítulo adequado, neste trabalho.

- Aguada – aguada é uma técnica originalmente de aquarela, que molha o desenho antes de ser pintado.
- Instalação – poética artística que incorpora o espaço, podendo ser ou não, penetrável;

- Site-specific- obra realizada em um ambiente específico, que quando retirada do mesmo, é descaracterizada;
- Intervenção Artística - é um conceito amplo que abrange diversas vertentes de ações, incluindo intervenções urbanas, intervenções sobre obras de outros artistas e outras infinitas possibilidades.
- Land Art: é o nome dado à arte realizada em ambiente natural, utilizando o próprio ambiente como elemento artístico. Uma espécie de intervenção artística que modifica e interfere em um ambiente natural. Normalmente o artista utiliza materiais naturais também encontrados no próprio ambiente.

Há várias formas de manifestação artística que não se enquadram em uma nomenclatura pré-estabelecida, uma vez que a arte contemporânea existe em permanente mutação, mantendo como caráter essencial, a relação entre a obra e o público. A arte-educação como campo de intersecção que visa potencializar a vivência da arte, também é mutável, e movimenta-se sempre, dialogando com a arte e as pessoas de seu tempo.

2.3.2 Proposta Triangular

No final da década de 1980, Ana Mae Barbosa introduziu no Brasil a Proposta Triangular para o ensino da Arte, tendo como objetivo a produção do conhecimento, considerando a Arte como linguagem (BARBOSA, 1991). Com base em três pilares a Proposta Triangular (também conhecida como Abordagem Triangular) propõe que o conhecimento em Arte se dá a partir das três ações possíveis com a área: o ser humano pode **apreciar** obras de arte (percebendo, sentindo, refletindo, questionando-se a respeito do que percebe); o ser humano pode ainda **contextualizar** essa obra de arte apreciada (tornando-se consciente do contexto socioambiental, das técnicas utilizadas para a produção da obra ou outras informações pertinentes sobre a obra ou o artista) e o ser humano pode produzir, **fazer arte** (movimentando recursos e materiais nas diferentes linguagens da arte, para a criação de uma obra). Assim, os três pilares nos quais se baseia a Proposta Triangular são: **Apreciar, Contextualizar e Fazer Arte**. Segundo Barbosa (1991) um profissional da área de Arte deveria propor atividades que contemplem os três pilares (sem ordem ou prioridade pré-estabelecidas entre os mesmos), a fim de proporcionar elementos para um efetivo conhecimento em Arte.

Dentro do aspecto **Apreciação**, reside a leitura de imagem, que nos oferece caminhos para lidar com a linguagem visual. Apreciar uma imagem, sem possuir o repertório para decodificação da linguagem visual corresponde a viajar a um país sem conhecer a língua natal. É possível vivenciar a viagem, mas a profundidade da compreensão fica comprometida. Desconsiderar este fato é permitir que continuemos despreparados para lidar não somente com a leitura de imagens de obras de arte, mas também com o universo de todas imagens que nos cercam. Segundo Barbosa (1991) e Joly (2000), preparar o indivíduo para a leitura de imagem de obras de arte é prepará-lo para a leitura de imagens do mundo, incluindo situações, pessoas e coisas. Ou seja, preparar o indivíduo para lidar sensivelmente com a leitura de imagens artísticas o coloca em melhores condições para a leitura de mundo, com a interpretação da realidade, subentendendo que melhor condição de leitura e interpretação do mundo e da realidade pode favorecer a compreensão da delicadeza de nossas relações humanas e a necessidade de olharmos para essas relações humanas também de forma mais sensível. O que, na área da saúde encontra eco nas palavras de Merhy (2013, 1'20 min.):

“Quando a gente encontra alguém, como dizem alguns pensadores, a gente encontra uma obra de arte, por que na produção das nossas existências, a gente produz obra de arte, a existência é uma obra de arte. E ela é tão instigante quanto qualquer pintura genial.”

Uma vez que **Apreciar** caracteriza-se como todo ato de ver, perceber, sentir o que se vê, é possível inferir baseado nos ensinamentos de Barbosa (1991) que atividades que contemplem a **Apreciação** possam ter como **potenciais** objetivos: Favorecer o exercício do reconhecimento de códigos visuais elaborados por outra subjetividade; exercício da alteridade; Sensibilização ou provocação dos sentidos (atuando no não verbal) acerca de algum tema específico abordado por uma obra de arte; e Proporcionar ambiente para discussão e reflexão crítica (verbal) acerca de algum tema específico abordado por uma obra de arte. **Contextualizar**, por sua vez, caracteriza-se como acesso à informação relativa à obra, que contribui para melhor recepção da mesma, enfocando contextualização histórica, socioambiental, técnica (autoria, procedimentos, etc) ou outras. Assim, é possível mais uma vez inferir, com base nos ensinamentos de Barbosa (1991) que atividades de Contextualização tenham como **potenciais** objetivos: estabelecer relação entre obra e contexto; acentuando que a interpretação de qualquer imagem é indissociável de seu território (histórico, social, emocional, psicológico, etc).

O pilar **Fazer Arte**, como o nome diz, caracteriza-se como o exercício prático de elaboração e construção estética. Segundo os ensinamentos de Barbosa (1991), pode-se inferir a possibilidade de que atividades de Fazer Arte tenham como **potenciais** objetivos: favorecer o exercício da busca do equilíbrio estético, com vistas à manifestação mais assertiva; favorecer o exercício da manifestação da subjetividade dos indivíduos envolvidos por meio dos materiais expressivos, que por sua vez, em minhas percepções na realidade escolar, compreendo que podem favorecer a promoção de: Percepção de si mesmo; Embate entre o desejo de expressão e o reconhecimento de capacidades e limites individuais; Exercício da autocrítica; Exercício de auto complacência; Enfrentamento de fragilidades como o medo de expressar-se visualmente (percebido pela frase comumente expressa “eu não sei desenhar”.); favorecer o reconhecimento dos materiais artísticos como veículos de manifestação com forças visuais inerentes a si mesmos.

2.3.3 A experiência e a Arte/Arte-educação

A proposta de Arte, ou de Arte-educação (dependendo da forma como se deseje compreender) da qual se pretende falar neste estudo aproxima-se do conceito de ‘experiência’ de Dewey (2010). A experiência singular, para Dewey (2010), se distingue das outras, e dela podemos dizer “tive uma experiência” seja com algum fenômeno grandioso e marcante ou mesmo algo aparentemente insignificante, cuja memória se torna duradoura pelos efeitos provocados em diferentes significados e dimensões possíveis. Neste estudo o termo experiência é utilizado segundo a concepção de Dewey, para quem “temos uma experiência *singular* quando o material vivenciado faz o percurso até sua consecução (DEWEY, 2010, p.109)”, ou seja, quando ela se apresenta em sua completude. Para que haja essa completude, as partes internas da experiência se mobilizam, se rearranjam, realizando um movimento até a consumação da completude, na conjunção de uma ‘unidade’ Essa unidade é constituída por uma ‘qualidade única’, ou uma essência. Assim, como nos disse Rizzi (1999, p.129) a respeito do conceito de experiência de Dewey, “esta qualidade única que penetra toda a experiência é a qualidade estética. Para ele toda experiência completa tem qualidade estética”. Ou seja, para Dewey, toda experiência singular, é uma experiência estética.

A ideia inicial, do primeiro ano do PFI, de realizar aquarelas com estudantes de fonoaudiologia, como fazer artístico encerrado em si mesmo, cedeu lugar à aposta de uma Sala de Arte (onde são realizadas aquarelas...) como proposta de experiência estética.

E qual a diferença? Como arte-educadora, compreendo que ao oferecer uma atividade de confecção de aquarelas há intenção de proporcionar oportunidades de expressão, manifestação de subjetividades, e afins. Mas, mais ainda, nesse caso específico, tenho também outras intenções estéticas. Desejo que as pessoas se relacionem com o encontro entre as cores, desejo que sejam tomadas pelo risco/aventura da água sem controle na técnica da aguada, que se desprendam da auto cobrança de um traço perfeito ao pintarem com chumão de algodão, e, que principalmente, que estejam acompanhadas dos usuários, dentro de uma Sala de Arte em um curso de pensamento hegemônico biomédico, vislumbrando certo embate entre forças antagônicas. De um lado, a força da arte, a tinta movimentando-se livre sobre a água, sem o traço de um pincel. De outro lado, a força dos hábitos centrados em pensamentos fragmentados e enrijecidos na concepção de diagnósticos e prescrições. O embate entre uma faceta do ser que é apenas ser, na experiência estética, junto com outros sujeitos, e a outra faceta do mesmo ser, que se traveste de um papel hierárquico na relação com usuários. O desejo era o de oportunizar uma situação peculiar de contato entre usuários e estudantes, que permitisse que estes estudantes enxergassem outras dimensões daqueles de quem, eventualmente conhecem apenas o aspecto relacionado ao diagnóstico. Ou seja, não é apenas ‘o que’ se propõe (fazer aquarelas), mas tudo o que envolve esse ‘o que’. Inclui o ‘onde’ e o ‘como’, que atuam como um sistema tão catalisador de potências estéticas quanto a decisão pela técnica da aquarela. A Sala de Arte se propôs, então a ser uma ação de Arte, um espaço/tempo de acontecimentos de Arte. Arte-educação? Instalação? Site Specif? Intervenção? A instalação de um *locus* único, onde ocorrem outras *micro-ações*. Um nível de intenções, que por si só, pode constituir uma experiência. Uma base de provocação de instabilidades e prazeres. Para Bondia (2002, p.21):

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça.

A experiência não é dada como experiência de antemão, é vivida. O que se pode fazer - como arte - é propor. Por isso a **proposta** da Sala de Arte como experiência. A consequência é que haverá pessoas que terão a partir da proposta uma experiência, e outras não. E ter ou não uma experiência envolve vários fatores, uns previsíveis e outros imprevisíveis. Para Bondia (2002, p.25):

O sujeito da experiência, se repassarmos pelos verbos que Heidegger usa neste parágrafo, é um sujeito alcançado, tombado, derrubado. Não um sujeito que permanece sempre em pé, ereto, erguido e seguro de si mesmo; não um sujeito

que alcança aquilo que se propõe ou que se apodera daquilo que quer; não um sujeito definido por seus sucessos ou por seus poderes, mas um sujeito que perde seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência dele se apodera. Em contrapartida, o sujeito da experiência é também um sujeito sofredor, padecente, receptivo, aceitante, interpelado, submetido. Seu contrário, o sujeito incapaz de experiência, seria um sujeito firme, forte, impávido, inatingível, erguido, anestesiado, apático, autodeterminado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade.

Não é possível, antes de ocorrer, dizer que a Sala de Arte foi uma experiência, mas foi a proposta de uma experiência. Vivenciada ou não, de acordo com a recepção de cada um a essa vivência, ou mesmo de acordo com a instabilidade provocada, que faça descortinar novas percepções passíveis de se tornarem um dia, mesmo uma experiência estética. Vivenciar uma experiência ou não vai depender do grau de existência ou de ausência de: predisposição, interesse, desejo, repertório, afinidade, disponibilidade, espaço, tempo, interferências, potência da experiência, potência da mediação e muitos outros fatores individuais, ou mesmo previamente inimagináveis.

Ainda que a possibilidade de vivenciar uma experiência esteja relacionada às variáveis mencionadas, para que aconteça em sua singularidade, cabe alertarmos para a importância de que sejam oferecidos espaços e condições para o acontecimento dessas experiências, de forma imediata ou em longo prazo. Observa-se ainda como significativo, para tanto, a compreensão do papel da intersecção entre as áreas de atuação, ou a intersectorialidade. A intersectorialidade envolvendo as áreas da educação e da saúde, particularmente, tanto na intervenção direta com pacientes (arte como cuidado)¹ quanto na formação dos profissionais de saúde para produção sensível do cuidado (cuidado como arte)², ainda é conceito pouco explorado pelos fonoaudiólogos (SERVILHA e SILVA, 2014) e demais profissionais da saúde. Aproximar e ampliar o entendimento sobre estes conceitos nas políticas e práticas de promoção da saúde pelo fonoaudiólogo requer uma maior aproximação com a arte e com o ensino da arte.

Assim, este trabalho pretende colocar em pauta, possibilidades da intersecção entre a proposta de uma experiência em uma Sala de Arte e o processo de formação dos profissionais em fonoaudiologia. Para tanto, um dos pontos de diálogo inicial é a observação de coerência teórica, para qual, propomos um exercício. No campo teórico, onde as diretrizes curriculares e a arte-educação podem se encontrar? Propõe-se aqui uma verificação preliminar a respeito de caminhos convergentes entre as duas áreas: Arte

²'Arte como cuidado' e 'cuidado como arte' são categorias da compreensão de intersecções possíveis entre as áreas de arte e saúde, e serão melhor explicitadas em capítulo posterior.

(refletindo com base nos pilares da Proposta Triangular de Barbosa, 1991) e Fonoaudiologia (refletindo com base nas diretrizes curriculares para a graduação em fonoaudiologia).

2.3.4 Intersecções entre Arte-Educação e Formação em Fonoaudiologia

*“A arte foi antropofagiada pela vida e a vida se estetizou”
(Farina, 2008)*

As diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Fonoaudiologia pretendem uma formação humanista, crítica e reflexiva, preparando profissionais generalistas e sensíveis para lidar com a proposta de cuidado integral. A Proposta Triangular para o ensino da Arte propõe que sejam oferecidos momentos de apreciar (perceber, sentir, refletir sensivelmente, etc.), contextualizar (considerar criticamente contextos socioambientais, psicológicos, técnicos, emocionais, e outros que se apresentem, relativos à obra ou artista) e fazer arte (mobilizar recursos artísticos na criação de uma composição estética). É possível observar que entre as propostas da Proposta Triangular para o ensino da arte e as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em fonoaudiologia, há intersecções potencialmente férteis, a serem exploradas na prática no intuito de uma integração visando promover formação sensível a esses futuros profissionais da saúde. O exercício de entrecruzar esses dois campos, aparentemente distintos, não tem como objetivo enrijecer ou enquadrar a percepção do que acontece em um processo de experiência artística ou em um processo de formação em saúde. O objetivo de tal exercício é evidenciar uma linha de raciocínio e reflexões que revela as interfaces entre ambas as áreas.

Quando o texto das diretrizes curriculares (BRASIL, 2014) menciona *“Atenção à saúde: sendo capaz de **pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos**”*, é possível refletir que tais aspectos da formação podem ser fomentados também por meio de atividades de arte que contenham como embasamento os pilares “apreciar, contextualizar e fazer arte”. Pensar criticamente manifesta-se em um primeiro momento como percepção das situações dadas, estabelecendo comparações e julgamentos. Esse é o exercício constante da arte. Na **apreciação** de uma obra de arte ou de uma situação de produção de cuidado, quando o sujeito julga o que vê, reflete sensivelmente, e promove o embate com seu repertório anteriormente adquirido, importa que os indivíduos estejam sensíveis a não desconsiderar significados que não sejam explícitos. Na **contextualização de uma obra** importa que se

observe o contexto histórico/social e as interferências, por vezes invisíveis, que atuam sobre a produção da obra. Reconhecer que uma determinada música foi composta durante o período da ditadura, por exemplo, pode modificar toda a leitura que se faça sobre ela. Assim, ao olhar para uma dada situação na saúde, importa que os profissionais/estudantes tenham descortinado o olhar para a percepção de manifestações sutis, que não observem apenas detalhes, mas que compreendam a situação/sujeito em sua completude. Da mesma maneira, importa no **fazer arte**- quando o indivíduo pensa e repensa estética e criticamente sobre sua própria produção e os elementos que a compõem- que se reflita e que se esteja atento à força atuante de cada gesto, ou falta de, na produção de cuidado. Pode-se então questionar: quais posturas internas do indivíduo podem ser convocadas a fim de que comece a estabelecer uma análise de uma situação, senão as mesmas de uma apreciação? Como analisar sem antes observar, perceber, sentir? Da mesma forma, o exercício de propor soluções associa-se ao fazer artístico, uma vez que na produção artística, o que se tem é um exercício permanente de lidar com inquietações estéticas e conceituais, cujas soluções e decisões estão atreladas umas às outras. Formar indivíduos para que estes estejam sensíveis à percepção do outro em sua integralidade, pode convocar as mesmas potencialidades que a produção de cuidado, quando se pressupõe a delicadeza desse movimento.

A partir deste exemplo, sugere-se que outras relações podem ser descortinadas, tomando como base o texto das diretrizes curriculares para os cursos de fonoaudiologia e sua relação com os pilares da Proposta Triangular. Assim, dando sequência à relação estabelecida entre ambos, o item seguinte nas diretrizes curriculares seria: *“Tomada de decisões: capacidade de **tomar decisões, avaliar, sistematizar e decidir as condutas**”*, onde se podem estabelecer as mesmas relações já mencionadas no item anterior, atribuindo às decisões terapêuticas o mesmo cuidado que se atribui a uma pincelada, quando se pretende formar para a produção sensível de cuidado. O modelo biomédico também forma para a tomada de decisões ou para a decisão de condutas, e nesse sentido, cabe lembrar que as aproximações com a arte-educação partem do princípio da formação não dentro do modelo centrado em produção de procedimentos, mas em produção de cuidado, com respaldo na compreensão da integralidade. O item *Comunicação*, que nas diretrizes curriculares envolve a comunicação verbal e não verbal, aproxima-se do pilar Apreciação e do Fazer Arte. Apreciação, voltada para a interpretação ou a leitura de imagens ou, no caso da saúde, de imagens de situações

cotidianas. Aproxima-se do pilar Fazer Arte, considerando que assim como o traço do artista, nossos gestos, nossos olhares, nossos silêncios são portadores de mensagens que serão decodificadas pelo indivíduo sob cuidados. E mais uma vez, cabe ressaltar que a comunicação não-verbal vêm sendo desvalorizada, os espaços dos silêncios, da compreensão de signos, da interpretação de indicativos sutis não vem sendo valorizado, dando lugar às informações objetivas, que apresentam o foco de algum problema a ser tratado. Os tópicos *Liderança* e *Administração e Gerenciamento*, que consideram respectivamente o trabalho em equipe multiprofissional (onde a liderança envolve empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e outras habilidades) e onde é citada a capacidade dos profissionais de tomar iniciativas, pode-se propor a mesma reflexão anterior. Importa que os estudantes sejam formados também para a tomada de iniciativas que considerem o campo relacional. E considerar o campo relacional como uma arte, um processo artístico, onde a delicadeza de cada gesto ou ação interfere no todo, em um agir micropolítico que proporcione espaço para o exercício da alteridade, das manifestações de subjetividades, assim como elaborar uma composição pictórica em que cada elemento estético possui uma força intrínseca que deve ser percebida e respeitada em sua singularidade, onde se convive com ações imprevisíveis do acaso sobre a obra, onde se coloca o juízo de gosto em prova, e busca-se o equilíbrio (ou desequilíbrio, desde que o artista assim o deseje), a harmonia (ou desarmonia) a todo tempo. O artista na relação com sua obra, assim como o profissional de saúde no encontro com o indivíduo sob cuidado, não prescinde do exercício da autonomia, da liderança de si mesmo em primeira instância, a fim de afinar o tom da relação. O item *Educação Permanente*, por meio da colocação de que tais profissionais ***“devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação”***, ressalta a necessidade de constante aperfeiçoamento, abrindo mão da ideia de que não há mais nada a aprender. A oferta de uma situação nova, como a da prática artística, é uma proposta que permite provocar o exercício do aprender a aprender, ou desaprender certezas, desestabilizando momentaneamente, retirando os futuros profissionais da zona de conforto, do território de domínio do conteúdo que prioriza o aspecto biomédico.

Mantendo a proposta de identificar as intersecções entre as diretrizes curriculares e a Proposta Triangular, e considerando as habilidades e competências, de ***compreender a constituição do humano, as relações sociais, o psiquismo***, por exemplo, pode-se propor uma conexão com o papel da Arte de provocar situações, proporcionando

contato com diferentes realidades representadas artisticamente, e assim promover a reflexão e compreensão acerca da constituição do humano, as relações sociais e o psiquismo. Já *observar, descrever e interpretar de modo fundamentado e crítico as situações da realidade que concernem ao seu universo profissional*, por sua vez, são ações inerentes a atividades de Apreciação, que envolvem exercícios contínuos de leitura de imagem, de elaboração interna das percepções e fruição do não verbal. Ou seja, ao nos debruçarmos sobre os pontos de contato ou de intersecção entre as propostas teóricas da formação em fonoaudiologia e a arte-educação, encontramos suficientes argumentos para sustentar experiências que transcendam a teoria e alcancem a prática, extrapolando mesmo o que se dá em forma de documento, nas diretrizes. Assim, a área da Saúde, com enfoque para a produção do cuidado, sem dúvida, pode se apropriar, daquilo que Pillar (2002, p.74), nos diz acerca da arte, com base na diferença entre olhar e ver, com vistas a formar indivíduos com maior capacidade crítica:

“O sentido vai ser dado pelo contexto e pelas informações que o leitor possui. Ao ver estamos entrelaçando informações do contexto sociocultural, onde a situação ocorreu, e informações do leitor, seus conhecimentos, suas inferências, sua imaginação. É preciso, no entanto, ter claro que esta leitura, esta percepção, esta compreensão, esta atribuição de significado, vai ser feita por um sujeito que tem uma determinada história de vida, em que objetividade e subjetividade organizam, de modo singular, sua forma de apreensão e de apropriação do mundo.”

Há um ponto central onde ocorre a intersecção entre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em fonoaudiologia e as diferentes possibilidades de enfoques sobre as propostas de atividades de arte, e este ponto central é a “formação humana”. Este ponto de intersecção, onde um campo de conhecimento não apenas tem contato com o outro, mas mescla-se ao outro (daí não denominarmos de interface, mas intersecção...), permite considerar amplamente a proposta que as diretrizes curriculares apresentam, visando oferecer ao graduando uma formação ampla. Não apenas idealmente centrada na integralidade como fonte de compreensão para a produção de cuidado, mas oferecer ao graduando a integralidade em sua própria formação, produzindo sobre ele cuidados de educação, priorizando ao campo relacional para além da formação fragmentária.

2.3.5 Percursos no HRAC

Experiências como a da UNIFESP- Baixada Santista vêm se multiplicando no Brasil, devido a pessoas que se fizeram sensíveis à relevância e à urgência de (re)pensar a

formação dos profissionais de saúde no Brasil, em busca de um profissional que se implique com o cuidado. É nesse sentido que a presente pesquisa se apresenta no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP), Bauru, investigando possibilidades de diálogo entre a arte, a formação e o cuidado em saúde.

Quando se pretende abordar a percepção de estudantes de fonoaudiologia sobre atividades de arte realizadas durante um curto período de sua formação, é importante lembrar que tal situação de aprendizagem é fruto de um longo percurso de propostas de mudanças. É preciso lembrar que antes de oferecer atividades de arte dentro de uma atividade oficial de formação de estudantes foi necessário que as pessoas envolvidas na formação daqueles estudantes, participassem, eles mesmos, de um processo de abertura a alguma mudança, para que aceitassem a realização de Arte em momentos de reabilitação da fala. Por vivência própria ou tomando conhecimento de outras instituições que inserem a arte em seus cotidianos, tais profissionais precisaram primeiro identificar na arte ou arte-educação um potencial disparador de uma série de conhecimentos e aprendizagens valiosos para os estudantes, para então aceitar a inserção da arte no ambiente de formação dos estudantes.

Não se insere uma Sala de Arte em um programa intensivo de reabilitação da fala de pessoas com fissura labiopalatina, sem um lento e duro processo de pequenas conquistas diárias. Ainda hoje, ações de Arte ainda não são muito valorizadas na instituição, mas ao menos alguns passos já foram dados. Não seria possível chegar à instituição, hoje e iniciar um trabalho envolvendo arte sem ter conquistado algum espaço anteriormente. Assim, para chegar ao ponto de realizar a presente investigação ocorreu um longo processo de amadurecimento de muitos dos envolvidos, incluindo esta autora e sua orientadora. Algumas situações de pesquisa e de ações com arte ou arte-educação fomentaram o mencionado processo de amadurecimento tanto para esta autora quanto para a equipe que lida diretamente com o PFI, redimensionando as relações entre profissionais de saúde e usuários, a produção do cuidado e a formação do profissional. Um trecho desse percurso de conquistas de espaço, com iniciativas envolvendo arte ou arte-educação, e que veio a culminar com a proposta da Sala de Arte no PFI, está descrito a seguir.

A porta de entrada, com a primeira ação que apresentou princípios da arte à equipe aqui mencionada, ocorreu com a elaboração de ilustrações didáticas. A partir da identificação de dificuldades de comunicação nos momentos de orientação de pais e

cuidadores, a Profa Jeniffer Dutka (responsável pelo Serviço de Prótese de Palato – SPP-do HRAC) entendeu que outras soluções deveriam ser buscadas, ações e propostas que fossem diferentes do que comumente já era realizado. Assim, contratou os serviços da presente autora em 2006, para realizar a elaboração e confecção de ilustrações didáticas que integrariam manuais de orientação voltados para subsidiar momentos de orientação de pais e cuidadores sobre aspectos da fonoaudiologia relacionados à fissura labiopalatina. Alguns aspectos contribuíram para a contratação dessa pesquisadora: a) a experiência como professora contribuiu para que houvesse um olhar didático sobre as ilustrações que viriam a ser produzidas; b) a formação em arte contribuiu para que o aspecto didático fosse acompanhado de intenções artísticas; c) a condição de mãe de crianças com deficiência contribuiu para que fossem identificados pontos de conflito na comunicação entre o profissional de saúde e cuidadores; ao mesmo tempo, d) a condição de leiga no assunto “fissura labiopalatina” contribuiu para que a percepção sobre a elaboração do material não fosse viciada em certezas *a priori*, mas em dúvidas autênticas de quem realmente estava tentando entender, favorecendo dessa maneira a possível condição dos pais e cuidadores que se pretendia orientar. Inicialmente houve algum estranhamento da equipe por contar com um artista/arte-educadora, mas aos poucos as coisas fizeram sentido, identificado pela maioria dos envolvidos. A seguir serão apresentados exemplos de ilustrações criadas para aquele trabalho, que fizeram parte também do meu processo de aprendizagem a respeito de fissura labiopalatina, assim como, a respeito da relação entre profissionais de saúde e usuários (como já citado no capítulo de apresentação desse trabalho). O processo de elaboração das ilustrações foi bastante longo, até que chegássemos ao acordo final.

Fonte: COSTA, 2012

Figura 32 Exemplos de ilustrações criadas

Tal processo de estudo de aspectos fonoaudiológicos na fissura labiopalatina, inicialmente voltado para a elaboração das ilustrações, tornou-se com o passar dos tempos

mais complexo. Outros aspectos da orientação foram visualizados, assim como aspectos do atendimento fonoaudiológico em si. Aos poucos, diferentes atividades envolvendo o olhar didático foram sendo integradas ao atendimento fonoaudiológico. Naquele momento, nenhum dos termos como ‘humanização’, ‘integralidade’ ou ‘cuidado em saúde’ faziam parte de nosso repertório. As ações partiram das necessidades práticas, com base naquilo que intuíamos ou sentíamos.

Durante o mesmo período, foi realizada pela pesquisadora, pintura mural, voltada para ambientação e acolhimento na sala de fonoterapia infantil. A sala conta ainda com espelho, tecido suspenso sobre mesinha (como um acampamento caseiro, sugerindo um castelinho...), almofadas, brinquedos e materiais de arte.

Figura 33 Pintura mural na sala de fonoterapia infantil/HRAC

Também foi elaborado um modelo tridimensional da cabeça, contando com palato e língua em material maleável, para possibilitar interatividade e melhor orientação sobre o posicionamento dessas estruturas no momento da produção da fala. O modelo conta ainda com prótese removível para favorecer a orientação a respeito da utilização de prótese de palato. O modelo tridimensional foi pensado para facilitar a comunicação, apresentando a área do trato vocal, omitindo estruturas anatômicas que não fazem parte da produção da fala, para evitar dispersão visual e confusão de ideias. Foi elaborado e confeccionado de forma interdisciplinar e intersetorial, com diálogos permanentes e mesmo participação ativa de vários membros da equipe do Serviço de Prótese de Palato (SPP), como fonoaudiólogos, dentista e protético além desta pesquisadora (COSTA, 2012).

Moldagem do rosto com material odontológico. Dr Homero Ferrari e Dra. Olívia Souza.	Escultura em cera	Modelo finalizado pelo protético (Pedro Waldrigui) em resina.	Orientação de usuário utilizando o modelo.

Fonte: COSTA, 2012

Figura 34 Processo de confecção de modelo tridimensional da cabeça

Em 2010 teve início o projeto de pesquisa de mestrado desta autora, em conjunto com a orientadora (Profª Jeniffer de Cássia Rillo Dutka), que consistiu em confeccionar e avaliar um material multimídia, em formato DVD, voltado para auxiliar processos de educação em saúde, incluindo processos de educação à distância (COSTA, 2012). O material, denominado “De olho na fala” foi elaborado tendo como base as ilustrações didáticas confeccionadas anteriormente. Abaixo, alguns exemplos de tela que constam no material de orientação:

Fonte: COSTA, 2012

Figura 35 Exemplo de telas do material 'De olho na fala'

A etapa de avaliação do material multimídia ocorreu em uma sala do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO), quando pude vislumbrar a potência de espaços de encontro, ainda que não tivesse questões conceituais de forma clara, em mim. O SETO é um serviço que remete à intersecção entre arte e saúde, e conta com um espaço de recepção e acolhimento em momentos de pré e pós operatório, com brinquedos, jogos e materiais expressivos. Conta também com profissionais que realizam atividades

lúdicas e atividades expressivas como pintura e teatro, possibilitando tanto às pessoas (crianças, adolescentes e adultos) que passarão por alguma cirurgia quanto aos seus acompanhantes ricos momentos de recreação e de encontro entre si, foco da pesquisa de Moraes (2007). Como ressalva, compreende-se que este potente espaço merece maior atenção e investimentos de ampliação, atingindo outras áreas, além de momentos de pré e pós operatório, que incluam a formação de estudantes, por exemplo.

Paulatinamente, junto a equipe do SPP, descortinou-se a possibilidade de atividade de arte com alguns usuários, e assim, a convite de profissionais da equipe de fonoaudiologia do Serviço de Prótese de Palato, e, de acordo com a necessidade de alguns casos específicos, foram realizadas atividades de arte durante a permanência de usuários (crianças ou adultos) na instituição para atendimento fonoaudiológico ou odontológico. Nas imagens abaixo, observam-se dois momentos distintos de um atendimento peculiar. Neste exemplo, especificamente, foi realizado o atendimento fonoaudiológico (Dra Olívia Souza) de forma conjunta com a atividade de arte. A criança, em processo de diagnóstico de síndrome velocardiofacial (que tende a comprometer o fôlego e a disposição do indivíduo), foi incentivada a produzir sopros, sons ou outras estratégias fonoaudiológicas, enquanto produzia imagens artísticas com o uso de papel celofane molhado em álcool. Tal estratégia de arte-educação não teve como objetivo, nesse caso, alcançar o lúdico, apenas, mas provocar situação que potencializasse na criança, a percepção de sua própria capacidade de criação. Visou ainda contribuir com a provocação da curiosidade e estimulação estética, por meio de um resultado rápido, utilizando o álcool, de secagem rápida. Na sequência, a mãe foi convidada a participar da atividade.

Figura 36 Atividade interdisciplinar com usuários

Como consequência destas experimentações e investigações, ainda que restritas, realizadas em parceria com alguns membros da equipe do Serviço de Prótese de Palato, incluindo a orientadora deste atual trabalho (Profa. Jeniffer de Cássia Rillo Dutka), ocorreu o convite para que estas reflexões e práticas das atividades de arte fossem divididas com alunos de fonoaudiologia no momento de sua formação. Uma curiosidade deste primeiro momento com os estudantes, onde foram inseridas algumas propostas de caminhos de pensamento e ação, foi que os demais profissionais também envolvidos no PFI, não participaram deste encontro. Tinham outros afazeres. Assim, não participaram do processo de elaboração conceitual. Ainda com grandes incertezas a primeira proposta de elaboração de atividades voltadas para estudantes de fonoaudiologia, ocorreu de forma a mesclar um pouco de cada área de conhecimento. Incluiu a elaboração de materiais didáticos, a utilização da arte como caminho de humanização e os conhecimentos adquiridos como mãe de crianças com deficiência.

Este movimento constante, por parte de alguns membros da equipe do SPP, de repensar propostas que venham a trazer melhorias, apostando em inovações e experimentações, gera reflexões que consideramos como ponto chave para o amadurecimento, o cuidado, a formação e a sensibilidade. Favorece, portanto, que se abra um território para investigar aproximações possíveis entre a arte e a formação do fonoaudiólogo na produção do cuidado em saúde, nos trazendo ao presente estudo.

2.4. HIPÓTESE.

A hipótese deste estudo é que a proposta da Sala de Arte durante o período de formação dos estudantes em fonoaudiologia pode contribuir para uma formação sensível e favorecer a ocorrência e o aprofundamento de ações e reflexões sobre relações possíveis entre cuidado em saúde e arte, afetando a percepção dos estudantes sobre o assunto.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar e analisar a percepção de estudantes de fonoaudiologia a respeito das relações entre cuidado em saúde e arte a partir da proposta de experiência da Sala de Arte durante o Programa de Fonoterapia Intensiva.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever as atividades realizadas na Sala de Arte no Programa de Fonoterapia Intensiva (PFI);
2. Identificar registros (relatos, imagens, diálogos, etc.) que emergiram da experiência proposta pela sala de arte do PFI que apresentem (abordem) concepções e reflexões a respeito dos analisadores: a) cuidado em saúde; b) arte; c) arte como cuidado ; d) cuidado como arte.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HRAC/USP com parecer sob o nº885.840, (Anexo 3).

4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

O presente projeto busca desenvolver, por meio de pesquisa de características qualitativas, uma investigação que integra Saúde, Educação e Arte. Compreende-se que uma investigação que pretenda abarcar elementos significativos do tripé Saúde, Educação e Arte, passa necessariamente pelas Ciências Sociais, ou pela pesquisa social em saúde, que tem como campo de investigação, o ser humano e sua percepção qualitativa da realidade. Apesar das importantes e essenciais contribuições que a pesquisa quantitativa traz para a ciência, e mesmo para o campo da pesquisa social, Minayo (2013) questiona se buscando a objetivação própria das ciências naturais, não estaríamos descaracterizando o que há de essencial nos fenômenos e processos sociais. Entende-se o método qualitativo como aquele:

“...que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2013,p.57)”

Assim, entende-se que o caráter que melhor identifica as investigações propostas pelo presente estudo, é o olhar qualitativo, com seus apropriados instrumentos de produção e análise dos dados. O objeto de estudo deste trabalho, mais especificamente, são registros que ocorreram durante a intervenção da Sala de Arte oferecida no PFI do Serviço de Prótese de Palato (SPP) do HRAC-USP. Uma vez que as atividades de Arte provocaram modificações reais no cotidiano destes estudantes e de toda a equipe envolvida no PFI, entende-se que o presente estudo ocorre a partir de uma intervenção, e reconhece o valor de conhecimentos e conceitos advindos da teoria que circunda a pesquisa-intervenção. Conforme proposto por Rocha (2006, p.171):

Se *qualitativo*, na pesquisa-intervenção, não é simplesmente a interpretação, explicação ou qualificação do quantitativo, então, do que se trata? É importante considerar que o dado colhido em uma pesquisa já é o efeito de uma objetivação, a extremidade de um processo, forma compacta que nos dá a sensação de matéria estável, de fato acabado. No entanto, o que nos interessa é dar visibilidade às ações, aos rituais, às práticas que instituem um objeto, uma individualidade como algo em si mesmo. Os discursos e as normas produzidos em uma coletividade são práticas constitutivas da realidade e é isso o que nos cabe investigar, ou seja, os movimentos permanentes dos processos de subjetivação.

Aqui se entende que os registros que foram levantados já são o efeito de uma objetivação do qualitativo, a partir do olhar do pesquisador (naquele momento, participante). A intervenção foi intensamente experienciada por esta autora, que permaneceu atenta à própria experiência, enquanto a vivia, assim como ao processo de afetação dos membros da equipe participante do PFI, registrando suas percepções. Assim, a intervenção foi observada, percebida e registrada em caderno de notas. Além disso, ela mesma (a intervenção) produziu registro da percepção dos estudantes (grupos de discussão). E a partir desses registros, pretende-se discutir os discursos e normas daquela realidade, assim como discutir a percepção desta autora, bem como, dos estudantes sobre o processo estabelecido a partir da intervenção naquele espaço/tempo.

Assim como Ayres (2012-2013) que utiliza o método cartográfico na realização de análise documental, defende-se que o método mais adequado para lidar com esta pesquisa seja o da Cartografia. Ou uma cartografia em dois tempos. Uma cartografia in loco, pré-pesquisa, que ocorreu durante a experiência da intervenção e uma cartografia de análise documental, de acesso aos registros, que ajudam a revisitar o passado. Barros e Passos (2012) descrevem uma troca de e-mails onde apontam suas afetações acerca de uma intervenção em Moçambique como uma cartografia, onde a troca de e-mail é o dispositivo (diário de bordo/documento). Bertussi (2010) em sua tese a respeito de gestão em saúde também indica a cartografia associada à análise documental como método de pesquisa. O presente estudo, portanto, se dá como cartografia quando busca descortinar processos de subjetividade em um processo de intervenção, enquanto também se caracteriza como estudo retrospectivo na análise documental quando lida com os registros da experiência, principalmente ao considerarmos que qualquer narrativa, como registro, é essencialmente retrospectiva. Cruz (2015) realiza uma cartografia revisitando (retrospectivamente) sua participação em duas experiências governamentais na saúde, em secretarias municipal e estadual, lançando o olhar cartográfico sobre suas memórias. Casetto et al (2013, p.114) mencionam a respeito de sua experiência em uma pesquisa cartográfica:

“Tínhamos razões para nossas escolhas [anteriores], mas só depois do vivido fomos capazes de reconhecer sentidos que nos escapavam (...) É que esta é uma característica da experiência: ela vai se revelando mais e mais no depois do acontecimento.”

Para Guattari, segundo Passos e Barros, na cartografia *“o trabalho de análise é a um só tempo o de descrever, intervir e criar efeitos-subjetividade”* (PASSOS E

BARROS, 2012, p.27). Todas as situações, planejamentos, percepções e ocorrências da Sala de Arte foram registradas por esta autora por um grande motivo principal: por força do interesse pessoal em melhorar as ações práticas de arte na formação - o educador, assim como o artista e o cartógrafo, para aperfeiçoar sua prática cotidiana, observa atentamente, registra e propõe mudanças, intervém, com base na observação realizada. O olhar investigador também atuou, pelo vislumbrar de uma possível pesquisa futura, presentificada neste trabalho.

As autoras PAULON e ROMAGNOLI (2010, p.98) comentam que para Deleuze e Guattari, cartografia é um método *“para aproximação da subjetividade entendida em sua dimensão **processual** que é, sempre, nesta concepção diferenciada da noção de sujeito, produto e também processo de produção”*. Para KASTRUP (2008, p. 469), por exemplo, *“cartografar é acompanhar um processo, e não representar um objeto”*. Nesse sentido, o registro cotidiano em caderno de notas, é o dispositivo que dá a dimensão do processo ocorrido durante a intervenção, sobre o qual se lança o posterior olhar analítico, associado a rememoração das situações percebidas. Também são identificados no registro da percepção dos estudantes, processos de elaboração a respeito da intervenção.

Se por um lado o olhar investigador desta autora não esteve fechado em objetivos *a priori*, por outro lado a intervenção realizada no cotidiano da formação dos estudantes não foi uma ação sem direção. Havia um espectro de intenções que deram movimento às ações e um espectro ainda maior de possíveis efeitos a serem observados, ambos dentro das relações entre saúde e arte.

Este estudo se propõe a olhar para a experiência estética proposta no programa de fonoterapia intensiva, a partir do lugar da arte educação, como quem olha para um hibridismo característico das ações de arte contemporânea. Para tanto o referencial norteador será a Proposta Triangular (Barbosa, 1991), considerando apreciar, contextualizar e fazer arte. Os pilares da Proposta Triangular que fundamentam a produção de conhecimento em arte foram utilizados para a produção de conhecimento em saúde, resultando em ciência. Os pilares da Proposta Triangular sustentaram o processo de análise dos dados, tendo os registros da percepção desta autora e dos estudantes de fonoaudiologia como ‘obra de arte’ a ser apreciada, contextualizada e referenciada no fazer arte. Os pilares da Proposta Triangular apreciar, contextualizar e fazer arte, tomaram as características descritas a seguir.

Apreciar – na arte, caracteriza o olhar, a atenção, a percepção na relação com a obra. No presente estudo, caracterizou-se pelo olhar da investigadora sobre os registros produzidos e armazenados no banco de dados. Os dados foram apreciados como quem aprecia uma imagem e identifica elementos constitutivos. Ou melhor, como quem aprecia a arte produzida pelo cuidado em movimento na produção da saúde, e assim, efetuando o levantamento dos registros que apresentem os analisadores: a) cuidado em saúde; b) arte; c) cuidado como arte; d) arte como cuidado.

Contextualizar - assim como uma obra de arte não é feita apenas dos elementos formais que a constituem, mas apresenta-se como fruto de um momento histórico e de significados simbólicos que a atravessam, da mesma maneira, após os registros serem identificados segundo os analisadores, os contextos situacionais foram apresentados e colocados em discussão.

Fazer Arte - caracteriza-se como uma interface permanente deste trabalho, uma vez que se pode considerar como parte do Fazer Arte tanto a própria elaboração e redação da presente pesquisa, quanto a produção artística. A cada tema ou ocorrência, na medida em que esta pesquisadora/arte educadora/artista foi afetada por alguma inquietação, e tenha desejado dialogar com seus elementos constitutivos, foi realizado um trabalho artístico. Assim, este estudo foi delineado e construído de maneira que o olhar artístico sobre cada etapa se justapôs ao fazer puramente técnico, possibilitando maiores desdobramentos acerca da delicada compreensão da perspectiva de estudantes de fonoaudiologia sobre cuidado em saúde e arte.

4.2 PRODUÇÃO DE DADOS

Este estudo ocorreu a partir de dados obtidos junto ao PFI oferecido pelo Serviço de Prótese de Palato do HRAC entre os dias 03/02 e 21/02. Para a produção dos dados de interesse deste estudo foram acessados os registros do PFI do Serviço de Prótese de Palato relacionados às ações da Sala de Arte. Os registros foram gerados por esta autora no decorrer das atividades de rotina no PFI e inseridos no Banco de Dados do PFI.

Fazer Arte

Figura 37 'À sombra'

Banco de Dados nos parece uma terminologia um tanto dura para retratar o movimento produção de dados a partir dos registros decorrentes da experiência de arte no PFI. No entanto, a utilização do termo 'banco de dados' também apresenta uma característica real deste trabalho. Este trabalho foi realizado em uma instituição onde predomina a pesquisa quantitativa, e, muitas vezes, para sermos compreendidos pelos nossos pares, ou pela equipe de trabalho da instituição, se faz necessário que a terminologia seja compreendida por todos. Este projeto, portanto, deu início a um

contínuo levantamento de dados a respeito do PFI. Foram armazenados no banco de dados os registros já produzidos, assim como serão armazenados futuramente os registros que virão a ser produzidos no decorrer dos próximos PFIs, sendo que, neste primeiro momento o enfoque foi sobre as ações da Sala de Arte ocorridas durante o PFI. Conforme rotina do PFI, os registros existentes (e os que forem coletados futuramente) envolveram depoimentos, questionários, grupos de discussão, planejamentos, fotografias, gravações de áudio e vídeo, observações e anotações, das atividades em geral, assim como quaisquer outras informações referentes às atividades de arte oferecidas durante o Programa da Fonoterapia Intensiva. O banco de dados foi armazenado em computador do Serviço de Prótese de Palato, e organizado em arquivos identificados de acordo com a data (mês e ano) em que o Programa de Fonoterapia Intensiva foi realizado. Para fins de divulgação (neste trabalho e em futuras publicações), as informações que possam identificar os participantes nas atividades da Sala de Arte do PFI serão omitidas mantendo a confidencialidade do participante.

Os registros acessados no Banco de Dados do PFI de interesse neste estudo foram relativos ao segundo ano de ocorrência da Sala de Arte, quando, por ser uma atividade inovadora e com o objetivo de identificar o potencial da mesma, houve maior número de elementos registrados, como: caderno de notas, gravação de áudio de grupos de discussão, no início e ao final do PFI (e posterior transcrição) e relatório escrito sobre os grupos de discussão.

Os relatos de interesse neste trabalho foram aqueles realizados por esta autora e pelos alunos do curso de graduação em Fonoaudiologia da FOB-USP que participaram do PFI por meio da disciplina obrigatória no quarto ano do curso, BAF0276- Clínica de Anomalias Craniofaciais-Estágio Supervisionado e participaram da Sala de Arte no segundo ano em que a mesma ocorreu, assim resultando nas seguintes fontes de registros:

- **caderno de notas** – todo o processo de planejamento e replanejamento das atividades e as percepções desta autora sobre todo o processo cotidiano da Sala de Arte no PFI, foram registrados em um caderno de notas;
- **álbum de fotografias (digital)** – fotografias realizadas durante a realização das atividades da Sala de Arte do PFI.

- **seis áudios transcritos de grupos de discussão** – os áudios transcritos foram gravados durante a realização de grupos de discussão que ocorreram ao início e ao final do PFI, e será melhor detalhado a seguir
- **seis relatórios referentes a cada um dos grupos de discussão** acima citadas – em cada grupo de discussão houve um moderador e dois assistentes, que registraram suas observações em um relatório.

A respeito dos grupos de discussão que deram origem aos áudios transcritos e aos relatórios, é preciso esclarecer a maneira como ocorreram: A Prof^a Rosilda Mendes (Unifesp/Baixada Santista) foi convidada por esta autora e membros da equipe do PFI para nos ensinar a realizar grupo focal, assim, em acordo com os estudantes, foram realizados ‘grupos focais experimentais’, como um momento de aprendizagem para a equipe e um momento de diálogo, avaliação da experiência e reflexão para os estudantes, dentro da disciplina (Clínica de Anomalias Craniofaciais). Os encontros foram aqui denominados de grupos de discussão por pertencerem naquele momento a um contexto de aprendizagem e não especificamente de pesquisa, dessa forma não cumprindo com todos os critérios para ser um grupo focal. Por ocorrerem dentro da disciplina, como uma proposta de aprendizagem, os estudantes não participaram por livre escolha, como ocorreria em um grupo focal, por exemplo. A atividade foi inserida na rotina e no horário de atividades dos estudantes. Os grupos de discussão, nos demais aspectos, seguiram os moldes de um grupo focal. Foram balizados por um roteiro previamente elaborado (Anexo 4), objetivando nortear as discussões, mas não limitar. Foram conduzidos por um moderador e relatados por dois assistentes, observadores convidados a participarem dessa aprendizagem. Os encontros para os grupos de discussão ocorreram em uma sala no andar logo abaixo ao andar onde ocorriam os atendimentos, no prédio da clínica-escola da FOB. O ambiente contava com uma grande mesa central, cadeiras (de estudante, com braço de apoio) ao redor da mesa, um sofá onde foram depositados os pertences dos participantes e um grande ventilador (que, inclusive, produziu algum ruído nas gravações). Foram utilizados três gravadores dispostos ao longo da mesa central.

Os estudantes de fonoaudiologia participantes do PFI em questão foram divididos em três grupos aqui denominados de A, B e C, de acordo com suas respectivas coordenadoras de equipe (fonoaudiólogas do HRAC e da FOB). O PFI ocorre integrando

fonoaudiólogos do HRAC/FOB com pós-graduandos e graduandos, que por sua vez atendem em dupla os usuários, com a seguinte conformação de equipes de trabalho:

Figura 38: Organograma de trabalho no PFI

Participaram da disciplina naquele ano e, portanto dos grupos de discussão, 27 estudantes, sendo 26 do gênero feminino e um do masculino. Os diálogos foram gravados e transcritos, realizados em três grupos de até 10 pessoas, mantendo a mesma divisão de equipe de trabalho no PFI.

Os grupos de discussão ocorreram em dois momentos, no início e no final do PFI, gerando seis áudios transcritos:

- um áudio transcrito de grupo de discussão ocorrido **no início** das atividades do PFI- do grupo A;
- um áudio transcrito de grupo de discussão ocorrido ao **final** das atividades do PFI- do grupo A;
- um áudio transcrito de grupo de discussão ocorrido **no início** das atividades do PFI- do grupo B;
- um áudio transcrito de grupo de discussão ocorrido ao **final** das atividades do PFI- do grupo B;
- um áudio transcrito de grupo de discussão ocorrido **no início** das atividades do PFI- do grupo C;
- um áudio transcrito de grupo de discussão ocorrido ao **final** das atividades do PFI- do grupo C;

5 FORMA DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Objetivo específico 1. Descrever as ações ocorridas na Sala de Arte no Programa de Fonoterapia Intensiva (PFI)

Para atender ao primeiro objetivo específico, a autora recorreu a anotações, registros da disciplina e narrativas próprias, segundo sua observação e memória, contidas no caderno de notas. As atividades oferecidas foram descritas e analisadas de acordo com a fundamentação teórica que subsidiou o planejamento das propostas e outras referências teóricas posteriores, localizadas durante o período da pesquisa, ampliando o olhar sobre as ações ocorridas, de forma crítica.

Objetivo específico 2. Identificar registros (relatos, imagens, diálogos, etc.) que emergiram da experiência proposta pela Sala de Arte do PFI que apresentem concepções e reflexões a respeito dos analisadores:

a) cuidado em saúde; b) arte; c) cuidado como arte; d) arte como cuidado.

Tendo como ponto de partida os três pilares da Proposta Triangular (apreciar, contextualizar e fazer arte) organização e análise dos dados ocorram da seguinte forma:

Apreciar - Em um primeiro momento de apreciação foi realizada leitura flutuante do caderno de notas e da transcrição dos áudios dos grupos de discussão. Em seguida, foram realizadas novas leituras, quando os registros foram observados criteriosamente, distinguindo trechos dos áudios transcritos ou elementos do caderno de notas, identificados segundo os analisadores:

a) cuidado em saúde: o analisador ‘cuidado em saúde’ se refere à prática e o discurso sobre a produção e a forma da produção de cuidado em saúde apresentados pelos estudantes;

b) arte: o analisador ‘arte’ apresenta os registros que se refiram a arte em si mesma, ou aquilo que os estudantes entendam como arte;

c) arte como cuidado: o analisador ‘arte como cuidado’ considera a intervenção direta de arte, com usuários, com objetivo de produção de cuidado.

d) cuidado como arte: analisador ‘cuidado como arte’ se refere à prática e ao discurso sobre propostas de produção sensível do cuidado.

Após esse momento, de reconhecer manifestações segundo os analisadores, foram identificadas categorias (dentro de cada um dos analisadores), por recorrência (concordâncias e discordâncias) ou por relevância, apresentadas no capítulo Resultados. As categorias emergiram dos discursos verbais e não verbais apontados pelos registros. Em seguida, passou-se para o segundo pilar da Proposta Triangular, Contextualizar.

Contextualizar: apresenta um momento de síntese dos aspectos identificados nos registros, contextualizando o território do pensamento manifesto, a literatura relativa ao assunto ou os contextos ambientais que envolveram os discursos e as práticas. Foi também considerado o momento (início/final do PFI) quando esse fator identifica algum aspecto passível de aprofundamento.

Apreciar: Os registros foram apreciados uma segunda vez, agora em seu contexto de significado, e não de emissão, lado a lado com outros registros de cunho semelhante nas categorias. Foram ainda confrontados com a literatura da área. Ou seja, no segundo momento de Apreciação, esta se deu na forma de análise crítica, sobre o conjunto de relatos pareados por concordância, divergência ou relevância.

Fazer Arte: os trabalhos artísticos elaborados pela autora foram realizados com diferentes técnicas (ilustrações, colagens, pinturas e objetos) tendo como referência assuntos abordados neste trabalho ou que emergiram na análise dos dados. Não houve uma predeterminação de quantos trabalhos a realizar, ou onde inseri-los. À medida que os assuntos e registros foram apreciados e contextualizados, provocaram em mim, inquietações, dúvidas, reflexões e afetaram de alguma forma, minha percepção. Durante o estudo, ocorreram ao menos três tipos de processo de criação: um processo **busca consciente** de expressar um significado (como no caso da obra ‘*A sombra*’, p. 91, que se propôs a ressignificar o termo ‘banco de dados’). Outro processo de criação foi **intuitivo**. Após organizar e analisar diversas categorias no corpo do texto, muitas vezes o trabalho de arte surgia, sem que eu tivesse total clareza de exatamente em qual categoria ele melhor se encaixaria. Deixava o trabalho adormecido, mas à minha vista, diariamente, até que algumas verdades emergissem em mim, e só então, quando o sentido se realizava, o trabalho era concluído. Esse processo de criação ocorreu na maioria dos trabalhos, como

a obra '*Delicadeza*'. E, outro tipo de processo que ocorreu, foi o das **imagens prontas**. Após me debruçar sobre diversos assuntos, ao acordar, ou durante algum afazer cotidiano, me vinha à mente a imagem pronta de algum trabalho a ser realizado, como na obra '*Cuidado com quem?*' Todos esse processo de Fazer Arte contribuíram para fortalecer o processo de elaboração e diálogo comigo mesma, estabelecendo conexões entre conteúdo e forma, retroalimentando processos de reflexão. Como já nos disse Ostrower (1978, p.9) "O ato criador abrange, portanto, a capacidade de compreender; e esta, por sua vez, a de relacionar, ordenar, configurar, significar." Fazer Arte permitiu que sutilezas e delicadezas das situações e discursos fossem novamente experienciados, agora esteticamente e de forma não verbal. Em seguida as imagens foram inseridas no transcurso da apresentação deste trabalho, visando ampliar as possibilidades de percepção e reflexão, tanto da autora quanto dos possíveis leitores, sobre os assuntos aqui abordados.

6- RESULTADO E DISCUSSÃO

6.1 - A proposta de experiência da Sala de Arte

Contextualização

A Sala de Arte no PFI ocorreu em uma pequena sala no prédio da clínica-escola da FOB/USP. Os registros no caderno de notas lembram que naquele ano houve um fato curioso que desestabilizou a programação e o cronograma do PFI: o calor extremo! Naquele ano, o verão foi considerado o mais quente de muitas décadas. Com o sistema de ar condicionado funcionando parcialmente, alguns espaços da clínica-escola foram considerados insalubres, fazendo com que as equipes de trabalho fossem subdivididas e que fosse necessário estabelecer um rodízio das salas de atendimento em melhores condições. Assim, apenas depois de três dias do início do PFI, após negociação com uma das coordenadoras que nos cedeu a sala onde faria a supervisão de seu grupo, montamos a Sala de Arte possível. Havia a possibilidade de uma sala no andar abaixo de onde ocorriam os atendimentos, mas dessa forma a Sala de Arte ficaria isolada de todos os acontecimentos, não acompanhando a rotina de atendimentos, a sala de espera, as conversas de corredor e nem se fazendo presente aos olhos dos participantes do PFI. Assim, ainda que em espaço reduzido, houve preferência por permanecer junto ao campo dos acontecimentos. Na sala foram unidas duas mesas de escritório ao centro e distribuídas carteiras de estudantes (com braço de apoio) ao redor. O espaço reduzido comprometeu em parte o decorrer das atividades ali realizadas, uma vez que não contava com caminhos de circulação e movimentação dos presentes. Eventualmente, era preciso dar orientações a algum participante, de longe, já que não era possível alcançá-lo. Procuramos, todos, tratar desse assunto com bom humor e compreensão, já que o calor extremo foi um fato atípico que surpreendeu a todos. A Sala de Arte ficou próxima aos banheiros (onde se podia pegar água e lavar alguns materiais de arte, quando necessário) e de frente para uma espécie de saguão utilizada como sala de espera dos usuários. Assim, vez por outra, saía da Sala de Arte uma figura vestindo um avental tingido de tinta marrom (*tie dye*) ao invés de jaleco branco, com materiais de arte nas mãos, passando próximo ao grupo que aguardava atendimento, sempre provocando olhares curiosos e perguntas como “*quando a gente vai lá?*” enquanto apontavam para a Sala de Arte. A escrita como exercício reflexivo me permite a invenção de um conceito para a figura que

saia de avental: Uma ‘*persona-intervenção*’. Para os usuários, *persona* de provocar desejos e instigar olhares.

Ainda sobre o calor: há anotações que indicam que o calor extremo incomodou muito a todos. A atmosfera que reinava no saguão de espera, como nos corredores era de muita ansiedade, tensão e mal estar, provocando eventualmente, indisposições físicas e mau humor. Nos primeiros dias não havia ventilador no saguão para os usuários que aguardavam ao redor de uma grande mesa, e houve grande murmúrio. Tal situação foi amenizada com a chegada de um ventilador recém adquirido pela instituição.

Assim como os atendimentos, a ida à Sala de Arte também foi realizada em forma de rodízio, recebendo duas duplas de estudantes acompanhados dos usuários por vez, intercalando grupos em atendimento fonoaudiológico com grupos na Sala de Arte, de forma que, ao final do PFI todos tivessem passado pela Sala de Arte ao menos duas vezes, para elaboração e conclusão da atividade. Os demais membros da equipe, como supervisores e coordenadoras também foram convidados a participar. Algumas supervisoras e uma coordenadora aceitaram o convite e conseguiram adequar seus horários para a participação na Sala de Arte junto a seus grupos. Naquele ano foram atendidos 13 usuários, com idades variando entre 3 e 51 anos. Houve a tentativa de que os grupos fossem formados considerando a faixa etária, no entanto, na prática, não funcionou, esbarrando no horário de atendimentos de outros setores agendados, como dentista ou psicólogo. A imagem abaixo ilustra a rotina dos estudantes onde foram inseridas as ações da Sala de Arte, em paralelo a realização de terapia:

3º dia 05/02 (quarta-feira)		
Horário	Atividades	OBS
8:00 – 9:00	Supervisão no grupo de trabalho	Clínica de Fono da FOB
9:00 - 10:00	Terapia 5 / Sala de Arte	Clínica de Fono da FOB
10:00 – 10:30	Intervalo	
10:30 – 11:30	Terapia 6/ Sala de Arte	Clínica de Fono da FOB
11:30 – 12:00	Preparo e documentação de terapias	
11:30 – 12:00	Tempo para 2 alunas acompanharem a atividade da fono preventiva	HRAC – Prédio Novo
Horário	Atividades	OBS
14:00 – 14:30	Preparo e documentação de terapias	Clínica de Fono da FOB
14:30-15:30	Terapia 7 / Sala de Arte	Clínica de Fono da FOB
15:30 – 16:00	Intervalo	
16:00 – 16:30	Preparo e documentação de terapias	Clínica de Fono da FOB
16:30-17:30	Terapia 8 / Sala de Arte	Clínica de Fono da FOB
17:30 – 18:00	Preparo e documentação de terapias	

Figura 39 Exemplo de rotina de horário do PFI

Inicialmente foi feito um planejamento de datas e horários de cada grupo na Sala de Arte, mas o planejamento foi atravessado por uma série de imprevistos: exames

de urgência, reuniões de última hora e até mesmo o falecimento de um parente de uma das coordenadoras. Assim, os horários foram sendo modificados na medida da necessidade, procurando atender a todos, sem excluir ninguém. As ações escolhidas para ocorrerem na Sala de Arte também incluíram momentos de fazer arte, de apreciação e de contextualização. Como proposta de **‘fazer arte’** foi realizada a aquarela com técnica de aguada, reunindo usuários e estudantes. Como proposta de **apreciação e contextualização**, foi apresentado um vídeo com a obra do artista Andy Goldsworthy, além da apreciação dos trabalhos realizados na Sala de Arte.

A realização da aguada ocorreu em dois momentos, um de pintura da base com tinta guache e bastante água, e outro, do desenho sobre a base, realizado com giz de lousa e lápis de cor. Os materiais utilizados foram: papel canson; suporte impermeável (placa de MDF); tinta guache nas cores azul, vermelho e amarelo, previamente diluídos em água; algodão; água e potinhos plásticos para dividir tinta. Originalmente aquarela é o nome de uma técnica de pintura que utiliza exatamente esse material (aquarela), que tem como característica: pigmento mais puro que o guache, capacidade de solubilidade e transparência. No entanto tem alto custo e inviabilizaria a proposta. Assim, foi utilizado o guache (da marca Acrilex, que possui melhor capacidade de fixação no papel, não esmaecendo tanto quanto outras marcas após a secagem) em substituição à aquarela.

Apreciação

Os dois momentos da aguada ocorreram da seguinte maneira:

Primeiro momento – a tinta, a água e o algodão: Para realizar a aguada, inicialmente o papel é embebido totalmente em água. Em seguida os participantes são orientados a escolherem duas cores, inseridas em posições opostas no papel, para que se forme uma terceira cor, ao se encontrarem. *Objetivo:* A orientação de escolherem duas cores ocorre como um processo de aproximação paulatina do Fazer Arte. Os participantes não tinham o hábito de fazer arte e de lidar com procedimentos e composições, uma vez que não se trata de um curso de arte, mas de um momento muito específico e delicado da formação de estudantes e de atendimento a usuários. Quanto mais cores no papel, mais difícil de lidar, maior a chance de criar, pela fusão das três cores primárias ali presentes, um tom de marrom que se aproxima do aspecto de sujeira, impactando a futura criação e possivelmente gerando grande frustração. Professor, nesse caso, arte-educador, mede

riscos e escolhe quais os riscos deseja correr em função das consequências possíveis. Nesse caso, gerar uma frustração com o resultado final do trabalho de arte, não estava nos objetivos, ainda que pudesse ocorrer, pois pode impactar de forma muito negativa, sem tempo hábil para retomada do trabalho e reelaboração artística e emocional.

Como mencionado no início deste trabalho, o fato de haver grande quantidade de água, presente tanto no papel quanto na tinta diluída, dificulta traços precisos. A tinta expande, provocando manchas ou áreas de cor quando entra em contato com o papel molhado. *Objetivo:* A interferência da água sobre as manchas de tinta oferece uma situação de relativo descontrole sobre o resultado final e solicita do autor abertura para lidar com o inesperado, com o imprevisto, com mudanças de plano, o que em certos casos causou algum desconforto, e ao mesmo tempo oportunizou reflexões acerca das ilusões de controle e poder, inerentes a cada um dos participantes da ação. Esse era um risco passageiro (e não do resultado final) e calculado, cujo desconforto relativo ao controle/descontrole pertencia ao objetivo da atividade.

Um chumaço de algodão é utilizado, sendo molhado na tinta e em seguida pintando o papel, preferencialmente com ‘batidinhas’, que formarão manchas de tinta, que serão utilizadas no segundo momento. *Objetivo:* Essa decisão ocorreu em função de duas questões: o custo do pincel individual dificultaria a realização da atividade, já que não havia verba prevista. Além disso, e principalmente, existe uma tendência a se produzir um traço, uma linha, quando o instrumento ofertado é um pincel. Do traço, de forma geral, viria um mal estar ou dúvida “Eu não sei desenhar. O que vou fazer com esse pincel?” Logo, ao oferecer um chumaço de algodão e sugerir movimentos livres de preenchimento de áreas de cor, a intenção principal foi a de desvincular a tinta da necessidade de produzir um desenho e aumentar a dificuldade de controle.

Figura 40 - Exemplo do primeiro momento da aquarela sendo realizada

A partir de observações do caderno de notas, é possível dizer que realizar o momento da aguada foi considerado por alguns estudantes como atividade prazerosa e relaxante, ainda que fosse algo inesperado e desconhecido. A dificuldade de elaborar traços precisos devido a presença de água no papel, para alguns estudantes foi considerado como uma brincadeira, para outros foi considerado como algo tenso, por não conseguirem ter o controle. Sujar as mãos com a tinta também foi um aspecto mencionado como um incômodo, assim como a possibilidade de sujarem a roupa ou o jaleco. Alguns estudantes não conseguiram relaxar e ‘desmontar’ o papel de fonoaudiólogos quando juntos dos usuários. Houve diferença entre estarem acompanhados de adultos ou crianças. Aqueles que acompanhavam adultos tiveram maior dificuldade em se despir do papel de ‘fonoaudiólogos’ para simplesmente estarem ali como pessoas.

Segundo momento – enxergar formas, giz de lousa e lápis de cor - depois de secas, as aquarelas modificam um pouco daquilo que os autores deixaram ao realizarem a aguada, pois no processo de secagem, surgem novas e inesperadas manchas. Os participantes são convidados a olharem para essas manchas, virando o papel em várias direções, procurando identificar alguma forma que lhes chame a atenção. São incentivados a ajudarem uns aos outros a enxergarem diversas formas em suas pinturas, deixando a decisão final de qual forma será de fato desenhada, para o dono da aquarela, o autor do trabalho. Em seguida, as aguadas recebem desenhos feitos com giz de lousa, realçando as formas a partir das manchas de cor na aquarela, e em seguida, com lápis de cor, para aqueles que desejarem. *Objetivo:* enxergar formas nas manchas de cor tem como objetivo propiciar que haja alguma sugestão de ‘*por onde começar?*’, já que uma das coisas mais difíceis da arte é lidar com uma folha em branco. É utilizado o giz de lousa sobre a aquarela devido ao efeito visual que provoca, como cores suaves sobre fundo colorido, mas principalmente também, devido à facilidade de retirar, apagar o que não for considerado bom. O que não ocorreria se houvesse desde o início, o uso do lápis de cor. Eventualmente, ocorrem muita tensão e desconforto na hora de lidar com desenhos. Como a Sala de Arte tem uma duração determinada e curta, não faz parte da intenção dessa proposta insistir radicalmente na ruptura de modelos de desenho, mas os participantes foram estimulados a se desprenderem da expectativa de uma obra realista, aceitando e discutindo formas consideradas por eles como tortas ou desproporcionais.

Figura 41 Exemplo do segundo momento da aquarela sendo realizada

Registros no caderno de notas indicam que enxergar formas nas manchas foi uma ação considerada bastante difícil, pelos estudantes de forma geral, e por isso mesmo, foram estimulados a colaborarem uns com os outros. O desenho sobre as manchas de cor também foram considerados de relativa dificuldade. O que no momento anterior, de produção da aguada, conduz a um relaxamento, pelo movimento livre de criação e mistura das cores, no momento de enxergar formas e desenhá-las, propicia uma relação mais racional com a Arte. Enxergar formas em manchas de cor pode ser uma brincadeira, mas exige certo ‘treino’ do olhar, certa capacidade de abstração, de dissociação visual entre figura e fundo. De fato, algo que para olhos não acostumados, pode ser difícil, mas não precisa ser tenso. A tensão já remete ao hábito da relação entre expectativa e cobrança, que talvez esteja enraizado em algumas pessoas. Assim como realizar o desenho com giz de lousa, que em si mesmo também não precisa ser difícil. O que torna o desenho difícil também é a expectativa que temos em relação ao resultado, e agora se pode falar de um hábito cultural mais abrangente, que alcança muitas pessoas, pelo nosso país (ou mesmo mundo) a fora. Se quisermos que um corpo humano se pareça com o real, pode ser que o resultado não nos agrade. Assim temos ao menos dois caminhos: Treinar muito desenho, aperfeiçoando o conhecimento anatômico, por exemplo, e então, realizar exatamente o corpo que desejamos, de forma realista. Ou, o outro caminho é, sabendo ou não, desenhar, abrir mão do caráter de perfeição. Abrir mão do desenho idealizado. Em um tempo curto de duração da Sala de Arte, a primeira opção era inviável. Assim, cabia a possibilidade de abrir mão de formas perfeitas. Um exercício também difícil, e necessário.

A ideia de realizar uma obra ou desenho visando alcançar a perfeição do traço, de forma realista, ou mesmo dentro de hábitos estereotipados (casas, cachorrinhos com olhos redondos, estilo desenho animado...) ainda mostra-se arraigada em nossa cultura. Sobretudo torna-se significativo discutir o assunto relacionado à questão ‘o que é

perfeição?’ e o caráter de normalidade, em um grupo dedicado à reabilitação de pessoas com fissura labiopalatina, uma anomalia craniofacial. Muitos questionamentos poderiam ser levantados a respeito de padrões estabelecidos e da expectativa de beleza e perfeição, e as formas criativas de lidar com aquilo que provoca uma ruptura naquele padrão. Neste caso, os hábitos adquiridos nas vivências anteriores de cada participante, relativos à expectativa de criação de desenhos realistas e a consequente autocrítica marcada pela presença da frase “eu não sei desenhar”, entram em embate com a proposta de dar forma a partir das manchas de cor existentes na aquarela, considerando que a imperfeição ali presente pode oferecer um vasto campo para criação artística, desde que haja permissão de cada um consigo mesmo, para o desprendimento da expectativa de resultado.

Durante o fazer arte, nos dois momentos:

Em síntese, há que se compreender a arte como processualidade, efemeridade e transitoriedade, o que, nesse sentido, se aproxima de uma experiência estética que possibilita repensar e inventar modos de existência (IMBRIZI, no prelo p.6)

A Sala de Arte teve ainda como proposta principal e estratégica, o oferecimento da realização de aquarela não para grupos isolados hierarquicamente, mas de forma conjunta, com usuário acompanhado do fonoaudiólogo (no caso, estudante de fonoaudiologia), oferecendo um território para que ali, ambos se despissem de seus papéis (Usuário/Fonoaudiólogo), e fossem apenas seres humanos em uma experiência artística. Como ação simbólica, os estudantes de fonoaudiologia foram convidados a retirarem seus jalecos brancos, traje obrigatório para profissionais de saúde naquela instituição. Uns retiraram, outros não. A ação de ofertar, naquele espaço acadêmico da área da saúde, que forma estudantes no modelo biomédico, uma Sala de Arte com atividade conjunta para usuários e estudantes, se propôs a provocar o deslocamento de papéis, invertendo o caráter típico de profissionais de saúde como detentores de saberes, e pacientes como receptáculos de orientações e procedimentos. Propiciou que, por vezes, pacientes que frequentavam individualmente a Sala de Arte em horários livres, se apropriassem daquele fazer artístico e, quando em companhia de seus respectivos fonoaudiólogos, os ensinassem os procedimentos técnicos e dessem sugestões em suas criações, mais uma vez rompendo com a lógica de um atendimento convencional de

saúde, dando voz a quem comumente escuta, e, promovendo um discreto, mas possível, processo de horizontalização das relações, ainda que momentâneo.

Figura 42 Realização de aquarela na Sala de arte.
Fonte: Banco de dados do PFI

Figura 43 Aquarelas realizadas por estudante

Tendo como referência o conceito de *experiência* já citado (DEWEY 2010), ressalta-se a distinção de que o que vem a ser apresentado não é apenas uma ação de arte, específica, como a aquarela na técnica de aguada, ou mesmo, uma estratégia didática para ensinar sobre ‘cuidado’ ou ‘integralidade’, mas toda a proposta de ocorrência da Sala de Arte- com todos os seus acontecimentos- como experiência estética.

(...) na busca de novos rumos da sensibilidade contemporânea (...) a atividade artística desloca o acento das obras para a produção de acontecimentos, ações, experiências, objetos (...) liberando uma significação básica: a reinvenção da arte é condição para que ela possa intervir na transformação radical do homem e do mundo. Assim fazendo, estaria realizando e ultrapassando as categorias de arte, tornadas categorias de vida, seja pela estetização do cotidiano, seja pela recriação da arte como vida (Favaretto apud Silva e Imbrizzi, no prelo, p.8))

Uma estratégia didática pode ser compreendida como “um conjunto de ações implicitamente planejadas e conduzidas pelo professor para que ao final delas uma boa parte dos alunos se comprometam a realizar uma tarefa ou um trabalho didático

(VILLANI e FREITAS, 2001)”. ‘Intervenção artística’, como já citado, é um conceito bastante amplo. Têm sido compreendidas como características possíveis de uma intervenção artística, a relação entre a obra e o meio, além do intuito de provocar reações e transformações no comportamento, concepções e percepções das pessoas que entrem contato com a mesma (ITAÚ, 2015). Para Barja (2008):

“Intervir é interagir, causar reações diretas ou indiretas, em síntese, é tornar uma obra inter-relacional com o seu meio, por mais complexo que seja, considerando-se o seu contexto histórico, sociopolítico e cultural.”

Na distinção entre ser uma intervenção artística ou uma estratégia didática, pode-se apontar: Na Sala de Arte a intervenção não ocorreu sobre um território urbano específico, nem exatamente sobre o ambiente interno de um edifício, ainda que tenha ocupado uma sala. A sala em si mesma sem a ação de arte-educação, com a produção de aquarelas promovendo o encontro entre estudantes e usuários, não provocaria nada. Mas a intervenção artística/didática se deu potencialmente pela situação de criação proposta na sala onde ocorria a Sala de Arte, tocando distintos territórios sutis que se apresentam por meio dos papéis sociais exercidos pelos participantes. A intervenção visou afetar o plano mental/emocional dos envolvidos e aspectos de sua sensibilidade. Não havia, naquela situação, um conteúdo único a ser apreendido, mas uma vivência a ser experienciada, com espaço para os mais diferentes tipos de reação àquela vivência. Deslocou a lógica estabelecida dos processos de ensino/aprendizagem, ao propor, não uma pergunta que obtivesse uma resposta exata, mas a vivência de experiência artística, com momentos de criação na aquarela, e da percepção do estar junto com sujeitos de outros territórios, que por sua vez, garantisse a percepção individual de todo o processo vivenciado.

Após o exposto, cabe manter acesa a distinção: essa ação de arte-educação, além de caracterizar um processo didático de experimentação do sensível na produção do cuidado em saúde, se propõe, também, por seu caráter provocativo e de questionamento estético, ser considerado como uma ação artística de poética contemporânea. Uma intervenção artística processual e contínua? E refletindo sobre os limites entre didática e intervenção artística: o que determina um limite? Quem determina um limite? Em busca de referências mais do que de nomenclaturas, temos o trabalho de Hélio Oiticica, artista performático, pintor, escultor, considerado revolucionário da Arte. Segundo Favaretto (2011), as propostas estéticas de Oiticica “*não se desligavam da intervenção cultural, de uma ética, portanto*”. Ao comentar o trabalho de Hélio Oiticica,

Favaretto (2011, p. 106), acentua que para Hélio Oiticica, o trabalho do artista, o ato criador não cabe somente ao artista, mas também ao público, que propõe o diálogo que ocorre

“entre a obra de arte e o mundo exterior, decifrando e interpretando suas qualidades intrínsecas e, desta forma, acrescenta sua contribuição ao ato criador. Esse *entre* é índice de indeterminação, espaço contingente onde nasce toda relação, assim implicando o processo de transvaloração da arte, de modo que o que resulta não é mais nem a arte nem a vida empiricamente vivida, as vivências, mas outra coisa, talvez um além-da-arte”.

Nessa busca de referências para possíveis nomenclaturas, distinções ou definições, a disciplina Arte, Experiência e Educação, Cartografias de si: Percursos de Formação e Processos Criativos de Professores-Propositores (CAP5048-4), oferecida na Escola de Comunicação e Artes/ USP, pela Profa. Dra. Sumaya Mattar, vem trazendo à tona com clareza e propriedade essa discussão, de onde emerge o conceito de “Professor – Propositor”. Na disciplina, além de associações com o mestre artesão por meio da proposta de ‘pedagogia artesã’, os pensamentos de diversos autores são colocados em diálogo a fim de formar uma linha consistente de raciocínio, incluindo os de Dewey (2010) a respeito de arte como experiência, e da artista Lygia Clark. De um lado, Dewey propondo o conceito de “experiência singular”. De outro lado, o conceito de “proposição” colocado pela artista Lygia Clark que via em sua arte a possibilidade de propor vivências poéticas aos participantes, afetando-os pela ação de uma determinada proposta, vivenciada no instante no “aqui, agora”, e marcada mais por essa vivência do que pela possibilidade de um resultado final. Para que a ideia de proposição possa ser mais bem compreendida, vejamos a linha de pensamento da mencionada artista a respeito de uma de suas proposições, denominada “Caminhando”: a artista propõe que uma fita de papel (daquelas que envolvem um livro) seja colada, unindo uma ponta a outra, formando uma espécie de círculo, e depois, que seja cortada continuamente no sentido do comprimento, levando o participante a escolher continuamente entre cortar a direita ou esquerda do corte anteriormente já feito. Segundo a artista, “o único sentido dessa experiência reside no ato de fazê-la. A obra é o seu ato.” (CLARK, 1980, p. 26)

“Cada “Caminhando” é uma realidade imanente que se revela em sua totalidade durante o tempo de expressão do espectador-autor. De saída, o “Caminhando” é apenas uma potencialidade. Vocês e ele formarão uma realidade única, total, existencial. Nenhuma separação entre sujeito-objeto. É um corpo-a-corpo, uma fusão. As diferentes respostas nascerão de suas vozes.” (p. 26)

Associando esse comentário de Lygia Clark a respeito de sua obra, com as palavras de Emerson Merhy, que indica que cada sujeito é uma obra de arte, mencionadas anteriormente, pode-se perceber que ambas tem em comum a atenção dedicada ao ato em si. A atenção à qualidade tanto da percepção acerca do que se dá no momento em que acontece quanto ao que faz acontecer por meio de suas decisões. Ao que ocorre no momento do encontro, seja com uma proposição, ou com sujeitos. A obra de arte se revela com aquilo que ocorre no instante do encontro entre os dois. Já para Vázquez (1977 p. 256):

“a atividade do artista tem algo de aventura: trata-se de realizar uma possibilidade que só depois de realizada é que podemos compreender que era uma realidade realizável. A obra de arte não existe como possibilidade à margem de sua realização; daí a aventura, o risco, a incerteza que atormenta o artista”.

Vivenciar o risco, a aventura e a incerteza impulsionam o artista, e pertencem à natureza do fazer artístico. Vergara (2014), a respeito do trabalho de séries (repetição de um mesmo estilo, em sua obra) comenta que é sempre um “perigo gigantesco de você acabar se repetindo (...) e acaba virando um burocrata (...) fica um ‘bolero: dois pra lá, dois pra cá, muda um pouquinho...’ e não tinha mais nenhuma descoberta para mim”. Sem descoberta, o artista não tem mais prazer e interesse de investigação, encerrando a essência do fazer arte, levando a consequente modificação de fases visíveis em sua produção. Para alguns observadores ou participantes que não busquem aprofundar o sentido da ação, na Sala de Arte, a busca por um resultado final satisfatório da aquarela poderia ser o objetivo principal de fazê-la. Mas, quando estudantes de fonoaudiologia participam da mencionada experiência de um ateliê junto aos pacientes e acompanhantes, o quê está em jogo? Senão o ato em si de estar ali, juntos na vulnerabilidade da aventura de criar? E estando ali, promover encontros entre sujeitos, enquanto estes se encontram também consigo mesmos durante uma produção estética? E assim como um ato artístico, talvez, a relevância de buscar e refletir acerca de nomenclaturas definidoras ou definitivas como identificar distinções entre ser didática ou intervenção artística, não resida no ponto final, mas resida no próprio processo de desvelar a essência do ato criador, cuja matéria é tão variável quanto as possibilidades de ressonância do ato. Assim, parece-nos que essa discussão se equaliza com as palavras do artista Arnaldo Antunes (METRÓPOLIS, 2015, 3’40 min.) “Somos o que somos: inclassificáveis”

Como proposta de **‘apreciação’**: entre o momento da pintura da base com a aguada e o desenho sobre a base, ocorreu um encontro, muito breve, para apreciação de um vídeo de uma obra de arte do artista Andy Goldsworthy (Figura 7). O vídeo do artista que trabalha com Land Art (espécie de instalação ou site specific em ambientes da natureza) apresenta uma obra sendo realizada: saindo do tronco de uma árvore em uma grande área aberta, com a união de vários pequenos gravetos, pregados uns aos outros com um pequeno prego de madeira, como uma grande teia, ou um sol, com um centro circular vazio. No vídeo, após alguns instantes de realização da ação de pregar os gravetos, a grande teia treme e em seguida cai. A obra fica ao chão e o artista terá que recomençar a montagem. O vídeo propicia duas leituras. Uma leitura da obra em si, e uma leitura da imagem da obra caindo. Após a apresentação do vídeo, foi conversado brevemente sobre a metáfora possível de ser feita com a delicadeza da produção de cuidado. Alguns estudantes mencionaram que compreenderam a referência, e identificaram que o cuidado se produz delicadamente, e que, a qualquer momento tudo pode desabar. Houve menção a algum processo de culpabilização vivenciado pelos estudantes, quando o trabalho cai, e mencionaram que vários fatores influem quando as coisas não dão certo.

Figura 44 Cena de Rivers and Tides - Andy Goldsworthy
https://www.youtube.com/watch?v=f7sZv4_0Fvg

No entanto, registros do caderno de notas apontam que esta atividade de apreciação foi feita de forma corrida, inserida em um breve intervalo das atividades de fonoaudiologia, resultando em pouco tempo para reflexão e discussão. Alguns estudantes mencionaram não ter compreendido o propósito de apresentá-los aquele vídeo. Fica claro que faltou diálogo entre todas as partes para compreender que durante os intervalos os estudantes precisavam preparar materiais para a próxima sessão de fonoterapia, e a extensão que isso tomava. A decisão de realizar essa ação pode ser considerada errônea, por alguns membros da equipe, pela correria, tendo sido pouco aproveitada e permitindo

que houvesse um vácuo de incompreensão a respeito da ação. Teria sido melhor não fazer? Essa foi a decisão que eu precisei tomar lá, na hora, apesar do fato de, naquele momento, não estar claro para mim, a extensão das urgências dos estudantes. De fato, ficou longe do ideal, e praticamente não permitiu aprofundarmos em algumas discussões possíveis. Por outro lado, a ideia de não apresentar uma obra de arte, que pudesse ampliar o conceito de arte mencionado pelos estudantes no grupo de discussão, e ao mesmo tempo oferecer um momento de reflexão e discussão sobre arte e cuidado em saúde, naquele momento, me pareceu uma pior opção, uma vez que é desse tempo mesmo, dessas ações, que há carência. Quando realizar uma ação, independente das condições? E quando abrir mão, permitindo que se mantenha o modelo já estabelecido? Ainda que tenha fugido ao ideal, como apreciação de obra de arte, ocupar esse espaço/tempo também forma. Promover para o estudante o embate entre suas urgências de fonoterapia e um vídeo de arte, no mínimo lhes dá a chance de julgar que há algum ‘desatino’ presente no PFI. Há alguém lutando contra moinhos de vento. Isso ajuda a formar? Creio que sim.

Como proposta de **contextualização** foi mencionada uma curta biografia do artista, do caráter de seus trabalhos artísticos, e apresentada uma concepção mais ampla de arte, incluindo os conceitos de Instalação, Intervenção e Land Art.

Ainda como **apreciação**, durante os grupos de realização de aquarelas, os participantes foram incentivados a apresentarem seus trabalhos e apreciarem os trabalhos de todos. Ao final dos PFI, os trabalhos foram expostos de forma conjunta, sem categorização ou hierarquização dos autores, e visitados para apreciação dos usuários, estudantes e membros da equipe do PFI (Figura 8). De forma geral, foi possível observar que os grupos de usuários e seus acompanhantes têm críticas menos severas em relação aos seus próprios trabalhos, e se mostraram bastante felizes e satisfeitos, enquanto o grupo dos estudantes de fonoaudiologia apresentou maior tendência a não valorizar o próprio resultado obtido, com autocrítica e censura mais acentuada.

Figura 45 Exposição realizada ao final do PFI

6.2 OLHAR DE ARTE-EDUCADOR

Fazer Arte

Figura 46 'Percurso'

Uma das questões significativas percebidas durante o percurso de realização da análise dos registros dos áudios transcritos foi a de definir a maneira pela qual se lançaria o olhar sobre os registros. De que maneira uma arte-educadora pode elaborar leituras a respeito de assuntos apresentados em um grupo de discussão com estudantes de fonoaudiologia? Tenho a compreensão da literatura da área, há autores que embasam

meu pensamento, mas, ainda assim, inicialmente houve um desconforto, a sensação de um julgamento cruel sendo estabelecido, já que eu não estou no lugar do outro. Como minha ação cotidiana é no campo escolar, e na área da saúde minha ação é pontual, a sensação inicial foi como se eu pudesse dispor de uma lupa e observar atentamente cores, formas, brechas, mofos e rachaduras de uma pintura definindo um valor final de compra e venda, sobre o trabalho do outro. Não... Definitivamente o caminho não seria esse. Assim, entende-se que, como em todo este trabalho, a análise dos registros apresentada a seguir ocorre com a identificação e discussão de conceitos da saúde e da arte do ponto de vista de arte-educadora, que busca localizar pontos passíveis de serem discutidos ou fortalecidos com a presença e a provocação da arte. Um ideal lançado: se houvesse a implementação de um serviço de Arte/arte-educação nesta instituição, como esse serviço poderia colaborar? Quais os pontos vibráteis apresentados nos registros, passíveis de, ao contato com outras experiências de Arte, serem mais amplamente discutidos, reflexionados. Não se trata aqui de um julgamento dos estudantes que generosamente participaram da proposta da Sala de Arte e dos grupos de discussão, nem do julgamento duro da instituição ou do sistema de ensino em si, como se nada houvesse de positivo. Com certeza rachaduras serão encontradas. A proposta então é não fugir da possibilidade de encontrar rachaduras, mas de observá-las com delicadeza para compreendê-las e, assim discutir se ações da química catalisadora da Arte poderiam contribuir para um longo processo de restauração, reconstrução permanente, juntos. Se isso um dia for possível, na prática. Assim, a pergunta que vez por outra permeará a análise dos resultados referentes aos registros dos grupos de discussão, é: *‘Em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?’*

Foram analisados os documentos já citados no capítulo da metodologia (caderno de notas, relatórios e áudios transcritos). Os analisadores ‘cuidado em saúde’, ‘arte’, ‘arte como cuidado’ e ‘cuidado com arte’, foram balizas, ideias essenciais que deram suporte à compreensão dos grupos de discussão e observações cotidianas. Neste capítulo serão apresentadas e comentadas as categorias que emergiram na análise do material. É preciso lembrar que apesar do assunto ser dividido em analisadores a partir dos quais emergem as categorias, tais divisões servem apenas para ajudar o olhar do pesquisador e do possível leitor a enxergar com um pouco mais de clareza cada um dos temas, dentro do processo. No entanto, os acontecimentos, assim como os relatos, não ocorrem em momentos estanques. As categorias, assim como os analisadores, ora se

sobrepõem, se entrecruzam, se misturam evidenciando o caráter da expressão humana, que efetua conexões permanentes entre assuntos e ações, como a vida em movimento. Os analisadores ‘cuidado como arte’ e ‘arte como cuidado’, por exemplo, já contêm em si, a noção de cuidado e a noção de arte, entrecruzando os territórios da compreensão.

Da análise dos registros emergiram as seguintes categorias:

Cuidado em Saúde:

- Que cuidado é esse?
- Amizade pode?
- Formação Subjacente

Arte:

- Arte?
- A criança aqui e em mim
- Arte na formação

Arte como Cuidado:

- Arte ‘para quê?’
- Arte no PFI ou PFI na Arte
- Horizontalidades

Cuidado como Arte:

- O lúdico
- A perda de tempo
- A delicadeza do cuidado

6.3 CUIDADO EM SAÚDE

“...as intervenções de cuidado não se restringem à aplicação de técnicas e procedimentos profissionais num "corpo adoecido", mas envolvem compreender o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver do usuário, e abrir possibilidades de diálogo com suas concepções, expectativas, prioridades e desejos, reconhecendo-o como sujeito na produção de sua própria saúde. Também demandam articulação de diferentes saberes e práticas e de diferentes serviços.” (CAPOZZOLO et al, 2013b p. 358)

Contextualização

Como mencionado, o analisador ‘cuidado em saúde’ se refere aqui ao discurso e à prática sobre a produção e a forma da produção de cuidado em saúde apresentados pelos estudantes. Há grande variação do que os estudantes entendem como cuidado e emergiu uma forte questão sobre o limite da relação entre o profissional de saúde e usuários. Nota-se nos relatos, a força do exemplo e das orientações vindas de professores na formação dos estudantes, para além do currículo formal. Da análise do material emergiram as seguintes categorias:

- **Que cuidado é esse?**
- **Amizade pode?**
- **Formação subjacente**

Que cuidado é esse?

Fazer Arte

Figura 47 'Cuidado com quem?'

Contextualização

A primeira equipe a participar do grupo de discussão ao ser perguntada sobre onde começa e onde termina o cuidado em fonoaudiologia, demonstrou certa confusão. Um estudante tomou a iniciativa de responder, sendo seguido pelos demais em sua dúvida. Apesar deste estudo não buscar comparações entre os diferentes grupos que foram divididos para as atividades, tal fato foi aqui mencionado por evidenciar que um estudante tomou a frente desse grupo específico, com certa postura de liderança e que inicialmente ninguém se opôs às respostas dadas por essa liderança. O grupo demonstrou alguma confusão acerca do conceito de cuidado em saúde.

Apreciação

Ao serem perguntados sobre como se dá o cuidado em fonoaudiologia, após um grande silêncio as primeiras respostas foram as seguintes:

“Cuidado com quem? Cuidado com o paciente, cuidado com o profissional? Os cuidados que nós devemos ter...”

“eu queria entender né, que tipo de cuidado que tenho que falar... Se é o cuidado que eu tenho que ter com a minha profissão, cuidado que eu tenho que ter com o paciente...”

Os relatos deixam claro que existe uma noção a respeito de cuidado em saúde que se mistura com a noção de outros cuidados, se mistura com biossegurança, com ética, carinho, amor. Os outros grupos também demonstraram de alguma forma essa mesma dúvida em seus grupos de discussão, mas em menor grau, como mencionado anteriormente, no caso dos outros grupos a liderança não foi tão evidente e pode ter ocorrido que os integrantes tenham se sentido mais à vontade para apresentarem suas divergências ou mesmo para refletirem enquanto comentavam.

*“eu acredito que teria que seguir as **normas** que a profissão estabelece para cada profissional da área de saúde, **a ética**, eu teria que ter cuidado comigo mesma também... não sei...”*

*“eu **não sei o significado exato**, mas cuidado é **querer bem**, é querer sempre melhorar, então, eu penso que cuidado na fonoaudiologia seria você **demonstrar o seu amor e buscar aprimorar.**”*

“a gente meio que não sabe essa questão, é meio que um instinto do que você tá tratando.”

O discurso do grupo evidencia que apesar de indicar ações próprias da produção de cuidado em saúde, a expressão ‘cuidado’ não surge como um conceito claro da área da saúde. A expressão surge como ‘ter cuidado’, eventualmente como vocabulário de sentido comum, no sentido de zelo, atenção, por exemplo. O zelo e a atenção fazem parte da produção de cuidado em saúde, mas não são sinônimos. Assim como a ética, as normas e a biossegurança são aspectos importantes cuja interpretação e valor, estão mais presentes ou menos presentes durante a produção do cuidado em saúde, de acordo com o perfil da instituição. Da mesma maneira, outros sentidos do cuidado em saúde dependerão da gestão que se faça das tecnologias, de qual o espaço que se permite e que se promove para as tecnologias leves, por exemplo (MERHY e FRANCO, 2003). Mais uma vez, não se percebem inverdades na proposta do discurso, mas importa localizar que tais termos não são sinônimos de cuidado em saúde. Outro ponto a ser lembrado é que este é um curso de perfil predominantemente feminino (26, dos 27 participantes do estudo, são do gênero feminino), o que pode indicar a ideia estereotipada de ‘profissões femininas’, relacionadas com a imagem do papel maternal e acolhedor atribuído socialmente à mulher.

“A minha mãe, cuidava de mim, então a minha mãe passou pra mim o que é o cuidado. Eu tinha uma irmã, eu cuidava da minha irmã, e assim foi...”

Corroborando com o pensamento da influência dos papéis atribuídos socialmente, sobre o delineamento de escolhas de profissões, Costa (2015, p. 17) cita, em relação à graduação em Medicina, que este período de formação também reforça a construção de gênero “no sentido de delegar sua força de trabalho ao cuidado e ao instinto maternal, de modo que, a ela, seriam destinadas as especialidades mais delicadas e que precisem de maior atenção.”

A referência à importância das regras e caminhos pré-estabelecidos por alguém hierarquicamente superior torna-se bastante evidente. Sobretudo, também se evidencia, como apresentado, um desejo autêntico de *‘fazer o melhor para o paciente’*. Como nos exemplos abaixo, esse desejo autêntico perpassa todo o discurso (e, felizmente, segundo observações do caderno de notas, perpassa também a prática):

*“Desde o comecinho quando a gente escolheu a área da saúde, a fonoaudiologia, a gente começou a conhecer na faculdade, a gente começou a se preparar pra sempre **fazer o melhor pro paciente**. Então cada coisinha que foi feita, estabelecer todas essas regrinhas, a ética, a biossegurança, ver o paciente como um todo, individualizado também, o problema dele, ver a parte emocional dele, o que afeta aquele problema, a importância que ele dá pra aquele problema (...).”*

Em todos os registros (relatos, relatórios, caderno de notas) fica evidente a dedicação do grupo de estudantes e o desejo de aprender para oferecer o melhor que puderem. Porém, mais uma vez, o grupo pouco discute as questões que são apresentadas pelo próprio grupo. Outros integrantes do grupo concordam com o que é dito, e não se manifestam, para lembrar-se de perguntar *‘Fazer o melhor, mas o melhor na percepção de quem? Do profissional ou do usuário?’*, *‘Como saber o que é o melhor para o paciente?’*. De forma geral, assume-se que o profissional já sabe o que é o melhor para o usuário, e isso é observado no cotidiano das ações. São os estudantes e profissionais que ditam normas para as quais os usuários devem dar total atenção. Há uma situação que pode ilustrar essa questão: Quando um usuário especificamente colocava-se repetidamente satisfeito com suas produções (artísticas, terapêuticas, etc), foi apontado como ‘o sabe tudo’, ‘competitivo’, ‘o dele é sempre melhor’. Ou seja, o ‘melhor’ para o usuário não estava ajustado ao ‘melhor’ do estudante/fonoaudiólogo, logo, foi taxado como alguém que considera boa sua produção pessoal, sem merecimento. Este aspecto será também abordado em outra categoria (arte como cuidado). Para AYRES (2004b, p.85):

Então é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde?

Tal aspecto, de não se perguntarem a respeito dos projetos de vida, ou ‘projetos de felicidade’ (AYRES, 2004b) dos usuários pode ser revelado, trazido à tona, exatamente por ter havido um espaço de encontro, na Sala de Arte, onde, ao romper com o cotidiano das ações, pode-se observar tanto os estudantes quanto usuários em território inabitual. *‘Em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?’*. A partir do momento da identificação dessas ocorrências, o assunto poderia ser problematizado, discutido e reelaborado em outros momentos na própria Sala de Arte,

percebendo na prática, o real valor do sujeito identificar em si, capacidades que antes não imaginava.

*“É uma coisa que não se ensina, eu acho. Essa vontade de você cuidar do outro, de dar atenção, vem de você mesma. O cuidado começou quando a gente escolheu uma profissão que a gente tem que **ajudar** outras pessoas.”*

Observamos a importância da clareza na elaboração dos conceitos, quando identificamos que ela contribui para que dessa forma não se construam ilusões, para que não se perpetue, por exemplo, a ideia de que produzir cuidado é ajudar o outro, e que não se ensina. É fato que os modos de ensinar sobre cuidado são variáveis, discutíveis, passíveis de reflexões, mas se assim fosse, simplesmente ‘não se ensina’, deveríamos aceitar a ideia de que profissionais de saúde são generosos e inclusive, talvez, pessoas melhores que as outras, uma vez que possuem de forma inata o senso de ajudar ao outro. Uma linha muito tênue e perigosa... Pode até ocorrer situações, haver ajuda, mas antes de uma ajuda, há o exercício de um direito do usuário, de um dever do profissional. O termo ‘ajuda’ transmite a impressão de que é um favor, vindo de uma pessoa benevolente que ajuda outras pessoas. Esse papel tende a tornar o usuário mais vulnerável, como ‘aquele que depende de uma ajuda, de um favor.’ Um conceito mal elaborado, a partir do qual, se não houver atenção, pode se construir uma série de equívocos. *Em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?* O grupo de discussão não teve como objetivo esclarecer ou debater conceitos até alcançar um consenso, mas, escutar e observar a percepção dos estudantes sobre os conceitos abordados. Naquele momento, foi proposto pela pesquisadora que houvesse um tempo, após os grupos, para que estes conceitos fossem debatidos, mas não houve oportunidade para tanto, devido à quantidade de atividades previamente planejadas para serem realizadas. Eventualmente, emergem do discurso frases bastante pertinentes, ainda que o conceito de cuidado não esteja claro. Sobressai da confusão relativa ao conceito, um princípio ético e humano do desejo de produzir cuidado, permeando o discurso. Como nos exemplos abaixo:

“Se colocar no lugar do outro, e ver que cuidado é esse de... cuidado não só com o paciente, talvez com a família...”

*“O importante é que na nossa profissão a gente **tem que conversar com outros profissionais também**, então a gente tem que **ter esse cuidado**.”*

*“começa o cuidado quando a gente **conhece o paciente**, não só a patologia dele, mas quando a gente realmente interage com ele.”*

E, a partir da apreciação desses comentários, tão pertinentes, em contraponto com a confusão sobre o conceito de cuidado poderíamos nos perguntar: O que vale mais? O conceito bem elaborado, ou a prática bem conduzida? A importância da prática bem conduzida ainda que o conceito não esteja claro é inegável. Mas aqui, o problema não é o de excluir a importância de uma ou outra opção. Na formação de estudantes, futuros profissionais de saúde, ambos deveriam caminhar juntos: conceitos e práticas. Quando falamos sobre ‘sensibilidade’ na formação do estudante de fonoaudiologia, é preciso ter em mente que essa sensibilidade inclui a noção crítica dos papéis sociais, por exemplo. Estar sensível a quê? Ao toque, ao olhar, aos gestos, à história singular de cada um e também a tudo o que vem junto, que é invisível, como os papéis sociais, a cultura de uma região. Pouco valor tem sido dado para a escuta das narrativas de sofrimento de sujeitos para além de corpos adoecidos. A possibilidade de diálogo não vem sendo tomada, ela mesma, como produção de cuidado em saúde, mas como ‘desvio da atenção’. Como se pode também observar no trecho abaixo.

*“às vezes a pessoa é idosa, mora sozinha, quer conversar... aí ela chega aqui, **ela quer atenção, tá ali tentando tratar o que ela tem, cuidar dela**, e ela chega e começa a contar da vida, do cachorro, do papagaio, porque ela quer a sua atenção. Ela vem uma vez por semana na fono, ela vai querer atenção da fono; se ela for uma vez no dentista, ela vai querer atenção do dentista. Então, você fala pra ela "vamos fazer isso". E no meio ela **tenta desviar sua atenção contando as coisas dela**. Então esse breocar que a... falou, é **você estabelecer os limites também da sua terapia, do seu tratamento**.*

Em contraponto a esses relatos, ‘espaço de conversação’ é o termo utilizado para indicar a dimensão comunicacional das tecnologias leves (relacionais), que lida com a otimização das interações (AYRES, 2004b). O autor ainda aponta que

os onipresentes e substantivos diálogos que entrecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas que a conversação, ela própria, na forma em que se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias. (AYRES, 2004b pg 88)

Modificar uma estrutura de pensamento não apenas individual, mas coletivo, não é tarefa fácil, nem rápida. Um processo de transição tecnológica – passando do

predomínio da tecnologia dura para leve - (MERHY e FRANCO, 2003) que se mostra necessário, abarca a todo o processo de formação e da prática dos profissionais de saúde e a maneira como cada indivíduo percebe o processo. Formação que poderia lidar com a importância do foco na relação, que implica em processos de escuta de narrativas de sofrimentos, que podem surgir de forma explícita ou implícita. Quando o estudante indica que é necessário ‘brecar’ o usuário para que ocorra o ‘tratamento’, ele indica também o modelo hegemônico de atenção para o qual vem sendo formado. Lidar com peculiaridades, dosar a medida entre ‘escuta’ e ‘terapia’, que são ambos, elementos inerentes ao processo de produção de cuidado em saúde, não é pretender que se abra mão de cuidados biomédicos. Mas que o profissional de saúde, em sua produção de cuidado, sinta-se capaz de identificar que eventualmente promover momentos de ‘escuta’ pode ser mais relevante do que o cuidado biomédico, e que se sinta livre e autônomo para decidir pela forma de produzir cuidado que considerar mais apropriada. *‘Em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?’* Neste caso, pensar na possibilidade ideal de espaço de arte em uma instituição de formação em saúde fomentaria também a promoção de espaço de escuta/percepção de narrativas, de observações do invisível, de contato e atenção a peculiaridades que muitas vezes não são verbalizados. Um espaço de cuidar onde subjetividades se encontrariam e se desvelariam, permitindo o acesso a instâncias mais sutis.

Amizade pode?

Fazer Arte

Figura 48 'Afeto padrão'

Contextualização

Outro ponto que emergiu dos registros foi a questão: quais os limites e as possibilidades da relação entre profissional de saúde e usuários? Os estudantes demonstraram algum desconforto em relação a possível ‘avanço de limites’. Não há consenso sobre esse assunto entre os estudantes. Demonstraram que são orientados a não manterem amizades com usuários, sendo essa uma orientação vinda de alguns professores que compartilham da mesma ideia de uma parcela da literatura. Por outro lado, alguns estudantes, no decorrer do assunto durante o grupo de discussão, à medida que situações peculiares eram apontadas, começaram a manifestar que na prática, não funciona bem assim. Para alguns estudantes, na prática, não há esse limite, e assumem que burlam as ‘regras’. Outros estudantes manifestam que enquanto estão na universidade seguem essa norma ditada por alguns professores, mas que ao saírem da graduação, provavelmente não seguirão. Sabe-se que há de fato na instituição, forte orientação disseminada no sentido de não compartilhar fotos de usuários nas redes sociais, por uma questão de ética profissional e de resguardar os direitos de uso de imagem. Ao que parece, a orientação de não manter amizades com usuários é uma orientação de alguns professores e não uma orientação formal da instituição. Alguns estudantes identificam essa postura dos professores como ‘prevenção de problemas’, e seguem a certo ‘modelo’ de relação com usuários.

Tal questão dos limites e possibilidades da relação entre profissionais e usuários levanta, ao menos, outras duas camadas significativas: a primeira camada é que os estudantes indicam que alguns professores colocam o limite como uma regra, uma norma que tenta ‘legislar sobre afetos’, indicando o caráter impositivo e pouco reflexivo do perfil do processo de formação (em outros momentos os estudantes também mencionaram que não há tempo disponível para reflexões e debates acerca de diferentes conteúdos). A segunda camada é que essa norma- de não ter amizade com usuários - parte, mais uma vez, do pressuposto de que papéis sociais (profissional/usuário) se sobrepõem às relações humanas (indivíduo/indivíduo). A orientação que os estudantes recebem de alguns professores é que criem vínculos, mas construam a relação a partir dos papéis sociais estabelecidos, hierarquicamente, inclusive (profissional/usuário), e não a partir da individualidade. Se, por um lado, a criação de vínculos aproxima profissionais e usuários, e pode legitimar uma relação a ser construída, por outro lado, constrói-se a partir daquilo que há de diferença (os papéis sociais) e não daquilo que todos temos de semelhança uns

com os outros, que é nossa humanidade. Um exemplo de fator que pode corroborar para a ideia de construção de vínculos a partir dos papéis é a utilização do jaleco branco como regra também imposta a todos os estudantes da instituição. O jaleco branco nesse caso, não indica apenas um fator de biossegurança, mas indica quem é quem, categorizando as pessoas que circulam no ambiente institucional. No entanto, como se sabe, o uso de jaleco branco também atua no campo simbólico exercendo efeitos sobre aqueles que com ele se encontram (ZANCHET, PALOMBINI e YASUI, 2015).

A orientação de alguns professores sobre os limites da relação, indicada pelos estudantes, não discute ainda, o fato de que amizades não serão construídas com todas as pessoas que nos cercam, mas com aquelas com quem nos identificarmos, ou elegermos por diferentes razões. Na formação desses estudantes, para que aspectos da subjetividade individual (do profissional) entrem em contato com o outro (usuário), precisa haver um esforço de transbordamento do indivíduo para além do papel social, para superação da orientação recebida e percepção de sua própria compreensão do assunto. E alguns estudantes o fazem. Alguns transbordam, outros concordam com os professores e outros - entre concordar e discordar - justificam a orientação dos professores ou deixam essa decisão para depois de formados. Uma das razões que os estudantes apontam, para haver tal orientação, é relativa a ‘não atrapalhar a terapia’, ou ‘não interferir nos procedimentos terapêuticos’. Sabe-se que, de fato, há vários fatores que influenciam um processo terapêutico, que podem ‘atrapalhar a terapia’, porém, todos eles - não apenas o aspecto da amizade - exigem do profissional de saúde a sensibilidade, a ponderação e a tomada de decisões, caso a caso. Ao indicar que o papel profissional determina essa regra, afirma-se subliminarmente que o papel social antecede a relação humana, e assim corre-se fortemente o risco de formar profissionais engessados, que reproduzem condutas pré-estabelecidas de forma mais ou menos impermeável à individualidade e necessidades do outro e distante da sensibilidade e do encontro que tanto apontamos e discutimos neste trabalho.

Apreciação

Alguns relatos indicam a concordância com a orientação, ou, a reprodução daquilo que lhes foi ensinado. Apesar da variação daquilo que se compreende como amizade, fica evidente que os limites e possibilidades da relação são estabelecidos pela, ou para, a definição dos papéis sociais.

*“Eu lembro de alguma professora falando isso pra gente também, que **não é pra ser amiga...**”*

*“Eu acho que a palavra amizade estaria errada, **não é uma amizade, é um vínculo pra ele se sentir à vontade. (...) É só pra ele pegar uma confiança, pra saber o que a gente tá fazendo. A gente tem que tomar cuidado também pro que a gente está falando, porque que a gente tá fazendo aquele exercício, porque que a gente tá trabalhando com o corpo, aí tem que ter essa confiança, sabendo que a gente sabe o que tá fazendo e que é bom pra ele, então... o nosso foco é sempre o benefício dele.***

A literatura também indica a confiança como fator determinante na relação entre profissionais de saúde e usuários, como traço da integralidade. Para GOMES e PINHEIRO (2005, p.290) integralidade é entendida como *“modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança”*.

Valorizar a confiança a ser estabelecida, não exclui a possibilidade de eventualmente se construir laços de amizade, se assim houver o desejo de ambos os lados. Limites são impostos a todo o momento em qualquer relação, na medida em que um sujeito apresenta a outro sua intenção particular e está submetido à intenção do outro, nos encontros possíveis na vida. E como se conquista a confiança? Quando se estabelece que o papel social predomine sobre o indivíduo, corre-se também o risco de assumir que o profissional de saúde sempre deve saber tudo o que é bom para o usuário, como no relato acima. Assumir que se deve tudo saber é assumir um peso muito grande. E qual não deve ser a sensação de estudantes que imaginam que devem saber tudo? E ainda, onde fica opinião do usuário sobre cuidado de si? A opinião do usuário conta? E se o profissional de saúde não souber algo específico? O papel profissional/hierárquico é quebrado? A confiança estabelecida entre indivíduos que se encontram para uma solução em saúde, não abre mão do saber, mas também não pressupõe um saber sem limites. A confiança estabelecida entre indivíduos encontra caminhos não apenas no saber sem limites, mas também na confiança na dedicação em procurar saber, na confiança do ‘estar junto’, confiança no compartilhamento da responsabilidade que ambos assumem, em buscar aquilo que possa vir a ser melhor. *Em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?* Um caminho de cumplicidades se faz de muitos modos. No encontro de silêncios, por exemplo. Exercitar possibilidades de encontros no silêncio,

com a Arte poderia permitir que emergisse um campo do essencial. Um campo de vulnerabilidades variáveis, de ambos os lados, onde seres livres e iguais suprem as limitações uns dos outros, em diferentes campos, como nos diz Matos (2015, p203), por exemplo:

Como escreveu La Boétie no século XVI, a amizade é essa relação entre homens livres e iguais, tecida no bem-querer e no bem-fazer, em que os amigos suprem reciprocamente as limitações uns dos outros e formam uma companhia de homens livres que imita a autossuficiência do divino e diminui os efeitos dramáticos da condição humana de seres expostos, vulneráveis e mortais.

Conceber uma amizade baseada em uma relação hierárquica eventualmente poderia gerar mais conflitos do que fortalecimentos límpidos. Parece-nos que a partir desses espaços contraditórios de hierarquia e amizade, pouco seria possível reconhecer como substrato frutífero. E nesse caso, parece-nos, que é feita uma escolha clara, na indicação dos professores: ‘Escolham a hierarquia’. Quando Merhy e Franco (2003) nos indicam possibilidades como as das tecnologias leves e Gomes e Pinheiro (2005) nos falam da formação de vínculos, estão a nos indicar potencialidades da relação para além do exercício duro dos papéis sociais, ainda que esses autores não utilizem o termo ‘amizade’. Ao que parece, a hierarquia funciona como uma espécie de escudo, a defender não de forma direta e exatamente ‘do outro’, mas da variabilidade de situações a serem gerenciadas a partir da ruptura dos papéis, o que por sua vez, nos leva à singularidade e encontro com o outro e o risco desse encontro. O recurso de utilizar papel social como campo de manutenção da hierarquia torna-se fator definidor de territórios e limites da relação. Tal aspecto nos remete à ideia de território existencial utilizada por FRANCO e MERHY (2013, p167) que indicam essa expressão como:

‘um referencial que forma sentidos e identidades para o sujeito; e este é singularidades que operam no mundo da vida em geral. No caso da saúde podemos dizer que a produção do cuidado se dá sempre, com base em um trabalhador individual ou coletivo, que opera seu processo de trabalho tendo por referência seus territórios existenciais.

Os autores indicam ainda a necessidade de movimentos de desterritorialização e reterritorialização como percurso de mudanças na saúde, rompendo com o antigo território existencial. Para os autores, a permanente busca por territorializações, onde se abre mão de um ambiente conhecido em busca do novo, é um processo doloroso:

“Este é um processo difícil, complexo e doloroso, pois significa fazer uma ruptura com os modos estruturados de trabalho e produção e neste caso, o trabalhador vai se encontrar com o mundo tal como ele é, caótico, mas potente

nas singularidades que se formam e encontram sinergia para o cuidado em saúde. A mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção do cuidado, de um modo de trabalhar em saúde que tem como centro o campo relacional, abrindo o encontro com os usuários para espaços de fala, escuta, olhares, signos que têm sentido para ambos, trabalhador e usuário e formam o centro do processo de trabalho.” (FRANCO e MERHY, 2013,p.169)

Refletir ou discutir a respeito de imposição de limites nas mais variadas instâncias talvez levantasse oportunidades para identificar significados que já são conhecidos, mas que ao serem travestidos dos papéis sociais, tomam outros valores, como no caso da utilização de redes sociais, por exemplo:

*“ eu não tenho nenhum paciente no Facebook, entendeu? (...) Então eu acho que **tem que ter essa separação**. Agora se eu fosse amiga do meu paciente, ele não vai conversar sobre o final de semana? Ai é que eu quero separar. Por isso **que eu acho que não tem que ser amigo**.”*

*“Depende do conceito de cada um de amizade, pra mim não é amizade. Amizade é uma coisa que eu tenho com minhas amigas né, não com um paciente, **não tem como eu ser amiga do paciente. Não existe amizade, pra mim não existe**. Porque o meu conceito de amizade é diferente, é um vínculo. Se eu estou trabalhando, vou independente do vínculo que eu tenho que ter com ele. **Pra ele se sentir bem eu não consigo ser amiga dele direito. É um vínculo terapeuta-paciente, não é uma amizade**.”*

Percebe-se no relato acima que o foco está, não apenas na defesa do ‘processo terapêutico’, mas também na percepção do outro, usuário. Apesar de apresentar uma percepção do outro, vista possivelmente pelo ângulo das regras já impostas, é uma percepção quase sensível. Quase sensível, a ponto de estabelecer um padrão de conduta impondo limites na relação, mas pensando na maneira pela qual se imagina que o usuário deve se sentir melhor e possivelmente, estabelecer maior confiança. Quase sensível a ponto de pressupor um desconforto, mas não sensível o suficiente a ponto de escutar o outro e identificar o vínculo e amizade como possibilidades, eventualmente positivas. A ideia de que o outro não vai se sentir bem também pode ser questionada, como indicando a reprodução do padrão já estabelecido na instituição, que de fato encontra eco nos hábitos não apenas dos profissionais, mas também dos usuários. Também costuma haver por parte dos usuários uma expectativa quanto às posturas e procedimentos que cabem ao profissional de saúde. Provocar a desterritorialização de um, neste caso, implica a

reterritorialização de ambos.

Alguns estudantes justificam, ou, também reproduzem a justificativa que lhes foi ensinada. Eventualmente, podem considerar uma amizade, desde que isso não interfira no processo terapêutico.

“Eu acho que é criar vínculo, uma amizade, e não ser amiga do paciente, senão ele pode confundir as coisas, porque a gente não pode perder a imagem de terapeuta né, mas isso não vai acontecer no rapport . Vai acontecendo durante, ao longo das terapias, das seções né. Ai você tem que tomar essa... não que tem que ter uma distância, mas a gente tem que saber que ele é o nosso paciente e eles vem pra gente pra tomar conta deles. Depois que acabar o tratamento vira até uma amizade, mas lá fora é outra coisa, mas aqui a gente tem que ter uma certa postura.”

Mas o que eu quis dizer é no sentido de não poder haver uma certa intimidade, uma certa liberdade, senão você vai atrapalhar o andamento daquilo, entendeu? A amizade no sentido de se dar bem, de ter um vínculo, ok. Mas eu particularmente acho que não deve ter intimidade pra não ter liberdade demais. Ainda mais quando é criança, daí a criança vai folgar, não vai querer fazer mais nada, ela vai fazer birra, ela vai...

Mais uma vez lembrando, é provável que haja um processo futuro de amadurecimento dessa questão, mesmo em função da idade dos estudantes. Qualquer profissional, em qualquer área, vai precisar de um tempo para localizar em si a sua própria postura diante de diferentes situações, dos diferentes indivíduos, que representam diferentes papéis sociais. E esse processo de amadurecimento configura-se como algo necessário e positivo. No entanto, o que cabe à instituição que forma esses futuros profissionais, senão contribuir para esse processo de amadurecimento propondo, no mínimo, momentos de reflexão e exemplos. Não nos cabe aqui afirmar que a instituição não oferece esses momentos, ou não aborda o assunto, uma vez que a estrutura curricular aponta disciplinas que podem abordar estes aspectos (Anexo1). Mas é preciso ao menos indagar: de que forma isso vem acontecendo? Esse é o questionamento mínimo. De que forma os estudantes têm sido confrontados com essas questões? Como possibilitar que os estudantes tenham oportunidade de compreender que existem outras saídas, e mesmo que este é um processo de amadurecimento profissional? Qual espaço tem havido para a reflexão, para o diálogo? Será que o espaço oferecido tem sido suficiente? Os relatos

anteriores nos fazem pensar que não. *Em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?* Um espaço de arte/arte-educação como a proposta da Sala de Arte poderia contribuir exercendo o papel de espaço de diálogo e de fortalecimento de vínculos, assegurando haver possibilidades positivas na consolidação deste. Poderia contribuir configurando um espaço de incertezas e vulnerabilidades diante da arte, que propiciem um encontro menos hierárquico, mais sensível.

Nos relatos abaixo a necessidade do limite surge como uma tentativa de não utilizar o papel de profissional da saúde como fator de desequilíbrio na relação. Uma tentativa respeitosa de amenizar uma hierarquia subjacente e a possível posição de vulnerabilidade dos usuários, que compreendem como inerente à relação entre fonoaudiólogos e usuários. Contrariando a ideia de autonomia do paciente, acredita-se na dependência.

*“Pra uma amiga eu posso falar uma coisa, pode ser que ela não goste também, mas é minha amiga entendeu, não tem nada profissional envolvido, ela não tá **dependendo de mim pra nada**, se ela não gosta...[não há problema]. **Paciente não. Pode julgar né.**”*

*“Amizade é uma coisa que, tipo, **os dois vão se abrir na mesma intensidade** entendeu? Com o paciente não é. Ele vai ter que se abrir muito mais comigo do que eu com ele. Ele não vai saber da minha vida, tipo... Sei lá, se ele falar **"eu gosto de batata frita"** eu vou falar que eu gosto também pra ele ficar feliz, e não é verdade....”*

Este trecho aponta para a provável interpretação dos estudantes de que não seria possível abrir mão do papel hierárquico. Não sendo possível abrir mão da hierarquia, quais poderiam ser as outras estratégias que podem vir a estabelecer confiança? Por aparentemente não ter um recurso ou um arcabouço onde possa acessar possibilidades de construção e fortalecimento de vínculos de forma não hierárquica, cada estudante busca em si memórias, exemplos, referências que eventualmente provocarão situações como a do exemplo no item anterior. Concordar, dizer que gosta quando não gosta, nos parecem exemplo de quem busca estratégia de aproximação. Ainda que possamos questionar, se, abrir mão da sinceridade (um dos alicerces da integralidade para Gomes e Pinheiro, 2005), e dizer o que não se pensa é a melhor estratégia, ainda assim, é uma estratégia buscada que evoca uma intenção própria de quem deseja edificar alicerces de confiança para a produção do cuidado. O exemplo nos sugere que talvez apenas esteja

faltando aos estudantes, mais uma vez, maior oportunidade, tempo e espaço de reflexão e elaboração de suas intenções, para que possam solidificar sua autonomia em relações reais com usuários e não em supostas relações. Abaixo, segue a reprodução integral de um trecho de diálogo estabelecido entre integrantes de um dos grupos de discussão, quando, após muitos membros terem concordado, um deles discorda e assume que tem amizade com um usuário, contrariando a orientação de professores. O estudante reconhece a possibilidade de construção de uma relação de amizade com um usuário, evidenciando que isso pode se dar no decorrer do tempo. O estudante apresenta ainda outro modelo de possibilidade de relação ao lembrar-se de um médico que é seu amigo, encontrando nesse fato um ancoradouro para permitir-se tal decisão.

*“_Acho que amizade **não é uma coisa que você escolhe assim**. Só que a gente vai... é uma coisa que acontece. Eu tenho uma situação de que **eu fui amiga, sou amiga de um paciente que foi meu. Tem um médico que é meu amigo. Então, pra mim muda isso, foi uma coisa que foi construída**. No caso do paciente eu comecei como terapeuta, mas no decorrer das seções **ele se tornou meu amigo**, e aí, é amigo que sabe o que eu faço no final de semana, já saiu comigo, eu já fui na casa dele e chegava na sessão terapêutica falando, ‘não, olha, agora vamos trabalhar isso’.*

*“**Depende do paciente, entendeu. Eu não acho que é assim, proibido e que não tem como você trabalhar... Eu converso com ele quase todos os dias...**”*

_Mas segundo as regras das professoras, você não poderia estar fazendo isso, porque é bem claro pra gente que a gente não pode ter paciente no Facebook, não pode construir uma amizade igual a essa..

*“**Só que no geral você não pode estar para o paciente completamente sempre aberta para todos os seu pacientes serem super seus amigos. (...)** E eles souberam separar durante o período em que ela ainda era terapeuta dele essa amizade. Mas agora, ela fazer disso um costume, não... “*

*_ É, eu acho **que é isso que as professoras tem medo**. Não é que seja uma regra "ah, vocês não podem isso, não podem aquilo". É que **não é todo mundo que ia conseguir lidar com isso, que vai conseguir separar, entendeu?**”.*

Nota-se que ao propor o rompimento de uma regra imposta, emerge a

indicação de outra regra. Quando o estudante diz que na prática não concorda com a regra de não fazer amizade, alguém coloca que não seria possível estar aberta para fazer amizade sempre. Há, no grupo, uma aposta de que os estudantes não conseguiriam lidar com as peculiaridades de cada caso e definir os limites da relação junto com os usuários. Um estudante diz que construiu amizade com usuário, e a partir deste ponto do diálogo, onde essa colocação surge como fator destoante, abriam-se novos caminhos e outros integrantes começaram a pensar na possibilidade de estabelecer outros limites.

“Só que eu acho que se tivesse algum problema [ela ia dizer] ‘não, desculpa, mas a gente continua a amizade, não tá mais dando certo com a terapia, então troca porque tá te atrapalhando, tá me atrapalhando.’

Enquanto o grupo antes apostava em não ter amizade para não afetar a relação terapêutica, com a ruptura, outro estudante já propôs que, em caso de haver problema, abrir mão da relação terapêutica para manter o vínculo afetivo. Sentiram-se livres para sugerir saídas para possíveis problemas que ocorressem no processo terapêutico vivenciado pelo colega e localizar soluções com base em outra lógica, evidenciado a importância do espaço do diálogo e da reflexão:

Essa discussão não teve uma ‘resolução final’, uma ‘orientação’ diferente da que receberam até então ou mesmo outro espaço de reflexão. Como dito anteriormente, o grupo de discussão teve pretensão de escutar, proporcionar o espaço para discussões e observar a percepção dos estudantes, e não de modificá-la, apresentar estratégias ou recursos. A possibilidade de modificação ou não, a respeito das ideias levantadas seria com a experiência da Sala de Arte, como espaço de encontro entre as subjetividades, e, dentro de possíveis arranjos de tempo na carga horária do PFI, propor uma reflexão maior (o que não foi possível). Outro diálogo surgiu em outro grupo, mais uma vez apontando o valor de haver um discurso que destoa do grupo, para proporcionar discussão. Tal diálogo alerta novamente, que, mais do que seguir ou não seguir uma regra, o que pode estar ocorrendo é carência de espaço para diálogo para construção de um conhecimento ou um processo de amadurecimento. Os estudantes apontam que sabem que não devem contrariar a norma indicada por alguns professores, mas que podem, quando formados, tomar uma decisão individual:

“_E quando, às vezes, o paciente tá confundindo você já dá uma cortada, né!, "ah, passa

*o seu telefone..." ' ah, não posso passar, tem o telefone da clinica, você pode deixar recado aqui né. **Tem limite também as coisas. Confiança com limite.***

_Mas eu conheço, a amiga da minha mãe é psicóloga, ela dá o telefone pro paciente.

_Eu dei o meu telefone pra uma senhora porque eu sabia que aquilo não ia atrapalhar.

_ Ela falou: a psicóloga. Tá, a psicóloga! Ela já é uma pessoa formada, entendeu. Aqui na faculdade, querendo ou não a gente tem as regras. Então pode ser que a gente vire um profissional e pra mim é bom ter uma amizade, (...) Aqui nós somos alunas, a gente tem que **respeitar as regras**, então parece que aquilo fica um pouco na nossa cabeça, a gente **não pode ter aquele vínculo** pra não atrapalhar. **Mas depois que a gente vai ser um profissional, cada profissional sabe o jeito melhor de lidar com seu paciente.**

Ou seja, o trecho acima possivelmente nos indica que além do conteúdo curricular, as referências normativas dos educadores estão participando das escolhas e condutas dos estudantes. O que nos conduz a refletir sobre o papel dos exemplos, da referência, das regras e normas na formação desse estudante de fonoaudiologia. A formação que ocorre de forma subjacente durante o período acadêmico, fora da estrutura curricular, que nos leva à próxima categoria.

Formação subjacente**Fazer Arte**

Figura 49 **'In-Forma'**

Contextualização

Na categoria anterior sobre os papéis e as relações humanas na relação entre profissionais de saúde e usuários, houve em alguma dimensão, a percepção de que a decisão sobre a própria conduta e imposição de limites pode ser pessoal. Trouxe para o diálogo o papel das referências apresentadas aos estudantes, não por meio de conteúdos e conceitos teóricos, mas pelo posicionamento e exemplo de professores e a imposição de regras e normas. Uma espécie de formação subjacente, pautada por aquilo que não está explícito na grade curricular, ou, o quem vem sendo denominado de ‘currículo oculto’. Costa (2015, p.15) nos apresenta o conceito de ‘currículo oculto’ da seguinte maneira:

O currículo oculto pode ser entendido como tudo aquilo que contribui para nossa formação subjetiva enquanto profissionais e também para a nossa inserção no meio profissional que não está previsto no currículo propriamente dito, isto é, que não está assegurado como parte da nossa formação determinada pelas disciplinas obrigatórias e optativas administradas pelos conselhos de graduação.

Ainda com relação ao conceito de currículo oculto, Akerman (2015 p.9) coloca:

o “currículo oculto” é um conjunto de tradições, valores, normas, regras, rotinas que não estão escritas em nenhum documento da escola, mas que são transmitidas, conscientemente ou inconscientemente, entre professores e estudantes, e entre estudantes e estudantes, e que podem gerar tanto um ciclo virtuoso quanto um ciclo vicioso de atitudes e ações que podem marcar o corpo e a alma dos estudantes durante o período escolar, ou para o resto do tempo de vida fora da escola.”

No contexto de formação em saúde aqui relatado o ‘currículo oculto’ emerge revelando a potencialidade, a força dos exemplos e modelos de conduta na formação dos estudantes.

“Igual a nossa relação com professor. Tem professor que é só profissional. Você é aluna e ele é professor e cada um no seu lugar. E tem outros professores que você sai.”

“_Como em prova né, a gente fala "ah, professora eu tava nervosa", ela fala, "ai eu não quero saber se você tava nervosa ou não 'eu quero saber se você estudou, eu dei a matéria, você mesmo que tem que ir atrás, eu quero resultado'. Se você tá nervosa ou não...”

_É, vamos supor, no dia da sua prova alguém da sua família faleceu "e ai?". Ela não tem sentimento, é só um poste e você "desculpa, eu não vou ficar aqui pra fazer a sua prova,

eu vou pra minha cidade e vou ver", entendeu? Tem professora que chega até a confundir as coisas, mas tem gente que...

Se o que importa para alguns professores é o resultado, não o caminho até o resultado, e se a relação para esses professores tem papel secundário, qual a formação subjacente a esta realidade? Se na percepção dos estudantes, sentimentos não tem nenhum valor, como olhar para a produção de cuidado? Por um lado, de maneira subliminar, pelo conjunto dos hábitos, tais exemplos consolidam condutas silenciosa e paulatinamente. Por outro lado, levantam inquietações. Há, eventualmente, nos relatos, a percepção de que, se o que se apresenta - por meio do currículo oculto - não é positivo, não é necessário que se reproduza. É provável que para que o estudante consiga reconhecer algo como não positivo, ele precise ter certa capacidade de resistência, que por sua vez, pode existir devido a outra referência em si mesmo, acessando-a em sua memória, reelaborando afetiva e sensivelmente as possibilidades de agir, como exemplificado na categoria anterior.

“Agora em casos assim de doença, você vomitou a noite inteira, você tá assim branco, como você vai de manhã ter força pra levantar da sua cama, vomitou a noite inteira, pra dar uma terapia? Entendeu, é isso que muitos professores daqui não enxergam”.

*“Por exemplo, assim, a gente tem uma dúvida de fazer algum exercício. É a mesma coisa com... no caso o professor. A gente tem alguma duvida em algum procedimento. **Eu tenho medo de perguntar pra um professor desse, certo? O que ele pode falar pra mim? O mesmo caso o exercício. você tem que manter um vínculo agradável, senão, se o paciente não entender o exercício ele não vai ter, sabe, ele não vai ter como falar pra você "olha, não entendi isso, você pode me explicar de novo?"**”.*

Os relatos indicam que os estudantes se sentem obrigados a demonstrar uma realidade que não vivenciam a fim de atender às indicações dos professores. Dessa forma, indicam que os espaços de diálogo e mesmo alguns espaços de aprendizagem e cuidado, onde predominem as tecnologias leves, estão claramente restritos. Fica claro que nos relacionamentos com alguns professores, predomina o papel da hierarquia.

“a gente tem que se montar.”

“a gente não vai ter tempo pra aprender, por isso que a gente tem que opinar pras

professoras, querendo ou não, mesmo quando elas são chatinhas, porque elas sabem como é o mundo lá fora, é uma verdade, mas elas falam "você não pode pegar os dados do seu paciente e ficar mandando whatsapp pra ele, você não pode checar ele no facebook" aí você fala "ah, mas ele é tão fofo comigo" entende? Você tem que ficar ouvindo essas opiniões, porque na hora que você acabar, que você se formar, é o mundo real, você não tem mais tempo de "ah, eu não sabia como era dentro de uma clínica" não tem essa, você vai ter que utilizar tudo o que você aprendeu na graduação pra estar preparada, querendo ou não. por isso que a gente tem que...

Há a ideia de que o professor sabe como é o mundo profissional e os estudantes não, o que leva a acreditar e assimilar as palavras dos professores como verdades inquestionáveis. Como na categoria anterior, sobre as regras relativas aos limites da relação, o respeito à hierarquia neste ambiente acadêmico se faz evidente, e nos remete aos escritos de Costa (2015, p.16) a respeito do curso de medicina:

Ali, devido à hierarquia caracterizada acima, temos como grandes modelos nossos professores. Assim, a verdade por eles nos passada nunca é questionada, e a passagem do conhecimento é vertical, havendo limitação para as discussões e construção do intelecto do aluno de forma crítica e emancipadora.

E como modificar esse padrão? *Em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?* Mais uma vez, ao pensarmos como um espaço de arte poderia contribuir, surge a ideia de um espaço menos hierárquico, com a participação de professores (idealmente...), com maior possibilidade de diálogo e consequentemente de autonomia e relação horizontal. Fatores que se mostram como fundamentais para a consolidação de relações mais do que profissionais, humanas, entre aqueles que circunstancialmente recebem cuidado (ou ensino) e os que circunstancialmente são os que oferecem esse cuidado (ou ensino).

6.4 ARTE

Contextualização

Os relatos evidenciaram que a percepção dos estudantes sobre o conceito de arte é difuso, permeado por compreensões que se afastam de um sentido mais complexo da arte e se aproximam de entendimentos de arte como ação manual, artesanato e atividade lúdica. Essa mesma percepção já foi discutida em capítulo referente à Arte, e, de fato, sabe-se que essas visões restritas da Arte permearam por muito tempo, e ainda permeiam a formação escolar. O lúdico foi tratado como aquilo que tem por objetivo distrair ou evitar o cansaço na atividade de terapia fonoaudiológica. Uma das questões que pode resultar da identificação dessas percepções é como propor e discutir arte na formação em saúde, a partir desse entendimento restrito? Não houve tempo hábil para que o conceito de arte fosse discutido com maior propriedade. Com o PFI em andamento, o que se tinha era o tempo exato da realização de aquarelas, quando, durante a atividade, de acordo com as questões manifestas pelo grupo, procurava-se desconstruir uma ou outra percepção menos abrangente, como a ideia equivocada da necessidade de realizar um desenho perfeito, ou situações semelhantes. Outro aspecto mencionado a respeito da Arte foi o pouco tempo/espço para a Arte durante o período de formação na faculdade. A percepção dos estudantes a respeito de possibilidades da Arte, também foi delineada pela experiência da Sala de Arte no PFI. Assim, a partir do analisador emergiram as seguintes categorias:

- **Arte?**
- **A criança aqui e em mim**
- **Arte na formação**

Arte?

Fazer Arte

Figura 50 Festa

Contextualização

Os grupos de discussão ocorreram em dois momentos, antes e depois das atividades do PFI. Assim, a categoria Arte? trata, aqui, daquilo que os estudantes de fonoaudiologia compreenderam como Arte de forma geral, antes da experiência na Sala de Arte. Foram mencionadas ações como ‘pintar trilha’(pintar o jogo ‘trilha’), desenhar, recortar e colar. Foram mencionadas também atividades de decoração de festas temáticas. A identificação da Arte como campo do conhecimento que lida com a subjetividade, possibilidades de apreciação, criação e expressão não foram mencionadas explicitamente. Apenas um estudante, naquele momento, sugeriu que ‘arte é mais do que isso’.

Apreciação

“A gente usava assim, não arte no papel em si só né, porque antes era mais papel, pintura às vezes. Tinha desenhos também, mas com adulto a gente trazia figuras mesmo pra explicar o que está acontecendo com ele, a gente usava o vídeo”.

“Todo trabalho artístico, vamos supor, se a gente pegar e cortar, outras coisas...”

“Trazer a trilha e eu pintar com ela.”

Percebe-se no trecho acima que não há muita clareza sobre o que se quer dizer sobre arte. Ações manuais são mencionadas com ações de Arte. Recortar e colar, pintar um jogo de trilha são ações que não vão muito além do ato mecânico. Ao mesmo tempo, as ações manuais também são colocadas no mesmo patamar de assistir um vídeo de orientação sobre fissura labiopalatina, por exemplo. Parece-nos que aquilo que foge do convencional de um exercício de fonoterapia está aqui sendo chamado de arte. Não fica claro se este é o conceito total de arte que têm, ou, se este é o conceito que têm da arte possível em relação à fonoaudiologia. A falta de clareza quanto ao que chamam de arte, remete, ao menos, à falta de outras referências e intimidade com o assunto. Como também se pode observar nos relatos a seguir.

“Os temas de festa junina, daí, todas as coisas temáticas incluem arte né, faz o carnaval , o dia das bruxas, a festinha de aniversário, a festinha de encerramento...”

“Na festa junina a gente tenta bolar uma pesca, tudo feito por nós mesmos, aí na sala a gente coloca uns enfeites que a gente mesmo faz... é isso.”

O que mais chama atenção aqui é identificar, como já nos apontou Pardini (2010) a possibilidade desses relatos estarem relacionados com o tipo de arte que os estudantes tiveram no período escolar. Há muitos fatores envolvidos em todo o processo de formação de um indivíduo, porém, não se pode negar que a escola tem forte participação nas referências que pontuam nossas vidas. E para os arte-educadores, levanta-se a triste questão: O problema não é só o que eventualmente foi deixado de ensinar na sala de aula de arte, ou o quanto esses estudantes em seu período escolar deixaram de ter acesso a outros aspectos da arte. O problema levantado aqui, para a área de arte é seríssimo! Não é apenas a cobrança do diretor da escola, para que o professor de arte execute a decoração da festa junina (fato muito comum). O problema é que quando um arte-educador aceita o papel de decorador de festas da escola, ele não está apenas reduzindo sua aula às habilidades manuais, ele está dizendo e ensinando aos alunos que arte é sinônimo de decoração de festas, por exemplo, permitindo a formação de um conceito equivocado sobre arte, para aqueles que o assistem decorando festa. Aquilo que para um profissional, professor de arte, existe como um pequeno compartimento (de habilidades manuais), dentro de muitas possibilidades, passa para o estudante como uma realidade única, como um sentido de totalidade do conceito de arte, se não lhe são oferecidas outras referências. Esse assunto poderia até avançar no ambiente escolar, discutindo e propondo festas como manifestações culturais, ou, a decoração das festas com o intuito de inserção em uma manifestação cultural legítima. Mas sabemos que não é essa a realidade da maioria das escolas, e muito menos seria o intuito dos estudantes de fonoaudiologia. De forma geral, no ambiente escolar, salvo raras exceções de escolas com projetos pedagógicos que inserem festas de datas comemorativas como manifestação cultural, o que se tem é um esvaziamento do sentido cultural, com vistas à utilização da oportunidade de montar barraca para a escola arrecadar dinheiro. Junto a isso, percebe-se que mesmo com a possibilidade de decoração de festas, subte-se que são os estudantes de fonoaudiologia que fazem a decoração, sem participação dos usuários. Para PARDINI (2010, p.29)

“O ensino da Arte como atividade cristalizou no decorrer dos anos e o que encontramos, ainda hoje, nas escolas brasileiras, são atividades como: cantar músicas da rotina escolar, preparar apresentações artísticas e objetos para a comemoração de datas comemorativas; fazer a decoração da escola para festas cívicas e religiosas. Desprovida de conteúdo de ensino, a concepção de ensino da Arte exclusivamente no ‘fazer artístico’ contribuem para colocar a Arte em uma posição desprivilegiada na educação escolar.”

Mas, houve também quem trouxesse para a discussão, outras formas de arte, avançando o pensamento na direção de significados mais complexos.

“Música, tem vez que a gente tá colocando música que também é arte.”

“Acho que não só com criança, mas arte no sentido mais amplo de você pegar uma arte literária, de você pegar uma pintura, pode levar algo que seja diferente: um filme, uma peça, um musical, qualquer coisa.”

“eu penso em arte eu penso nisso, teatro, pintura, música...”

“acho que é expressão né, quando ele tá lá, no meio da pintura dele lá, é uma forma de expressão”

Nos relatos acima se observa que houve mais de uma menção à utilização de música como um recurso artístico durante a fonoterapia e uma menção às artes literárias, teatro e pintura, e uma menção à arte como forma de expressão... Importa lembrar, que ainda hoje, e, possivelmente, também no período de formação escolar desses estudantes, literatura por ser arte, é inserida na disciplina de português. Muitas vezes o máximo de arte que alguns estudantes têm em sua formação escolar é a literatura, por meio do professor dessa disciplina. Aqui, não fica clara esta relação, mas por ser um fato recorrente, torna-se importante que seja mencionado. Houve ainda menção ao lúdico.

“o que a gente está considerando arte, é mais ou menos o nosso lúdico, que sempre é pregado nas aulas “ah, você tem que usar o lúdico em terapia, que seria brincar ensinando. então agora você vem e fala de arte, será que o nosso lúdico é a arte? tudo o que a gente considera lúdico é arte, ou a arte envolve mais coisas, ou o lúdico não tem muito a ver com a arte...”

“Mas na terapia em si, e a arte como terapia, tem dado muito certo, porque, (incompreensível) se a gente não tiver muito assim, brincadeira, não tiver jogo de cintura, a terapia não rende e ele mesmo não rende.”

De forma geral, no primeiro momento, antes dos estudantes experienciarem a Sala de Arte, os exemplos citados foram relacionados com a utilização de recursos, os quais foram considerados como arte, durante o momento de terapia, objetivando propiciar

o caráter lúdico, tendo sido mencionado pelos estudantes. Neste estudo, temos considerando que o movimento que se faz de elaboração sensível, visando atender a peculiaridades da relação profissional/usuário, ainda que haja alguma confusão de nomenclaturas ou objetivos, pode ser entendido como “o cuidado como arte”. A atividade ainda que ocorra, muitas vezes, de forma vertical, denota um passo na direção de conhecer o usuário. Ou seja, há um esforço dedicado do profissional em identificar sensivelmente, características do usuário com quem está lidando, a fim de que o mesmo tenha uma vivência mais proveitosa daquele momento.

A criança aqui e em mim

Fazer Arte

Figura 51 'Ma petit ballerine'

Contextualização

Um aspecto levantado, no momento após a experiência na sala de arte, foi a respeito de crianças fazendo arte. Ora o assunto surge como uma memória da infância, do prazer ou desprazer em fazer arte na infância, ora o assunto surge ressaltando a diferença entre adultos e crianças fazendo arte no PFI. Em alguns momentos essa diferença surge como se a criança não houvesse compreendido a proposta, já que não realiza da mesma maneira que o adulto, e, portanto como se não tivesse “servido para nada”. De forma nenhuma a proposta se afasta da infância, apesar de haver diferenças: as crianças menores preferiram pintar, de maneira mais livre, sem se aterem ao aprendizado de uma técnica, o que, pelo tempo disponível, era natural e esperado. Lidar com essa diferença deveria também ser algo natural.

Apreciação

“Ah, eu achei legal porque parece que você vai pra uma época em que você era mais nova, que você ficava pintando e você não se preocupava com muita coisa, a única coisa que você fazia era pintar, parecia que não tinha tanta preocupação...”

Houve significativa menção à relação da arte com a infância, que se perde na memória. Mais uma vez, importa lembrar que em nosso país o ensino de arte, quando ocorre, de forma geral é no período escolar, na infância. É comum nas escolas, que à medida que os anos escolares avancem, o número de aulas de arte diminua. É provável que esse fator contribua para o estabelecimento de relação entre arte e o seu caráter lúdico. Durante a infância da maioria dos estudantes, foi o momento em que brincaram e também o momento em que lhes foram oferecidos mais materiais e atividades de arte. Crianças lidam com a arte dentro de um processo de elaboração que é diferente do adulto. As expectativas são experimentais. Crianças experimentam materiais e procedimentos e dependendo da idade, criam na forma de representação simbólica. Durante esse período de aprendizagem é que, caso não haja prosseguimento no ensino de arte, costuma se cristalizar a forma de representação, surgindo, então, as repetições estereotipadas das figuras, como casa, sol, árvore. Ferraz e Siqueira (1987, p.69) mencionam:

Desde muito cedo, a criança demonstra nuances de sensibilidade estética nos primeiros contatos com o mundo exterior. Para que esta sensibilidade não se retraia, mas ao contrário, se desenvolva, há necessidade de um trabalho constante que envolve a família e vai se efetivando no processo educacional.

Se esses estudantes tiveram maior acesso a outro tipo de representação, amadurecem o desenho e a auto cobrança, se não, permanecem com reprodução estereotipada e ao mesmo tempo exigindo de si mesmos que saibam realizar uma representação realista. As duas opções tendem a levar ao descontentamento com o resultado do trabalho.

*“Pra mim, eu gostei, mas pro meu paciente não rolou. **Ela é meio pequena pra entender o objetivo da atividade** e pintou aleatoriamente. Foi o que aconteceu com a R. (...) mas eu não vi um efeito... ela fez a arte dela...”*

*“ah, ela gostou, **ela adora fazer bagunça, mas eu achei que ela teve dificuldade na hora de pintar**, ela ficou olhando... a Tarcila falava "vamos usar duas cores" ela vai lá e coloca três, mas é normal, é criança, não tá prestando atenção, né, eles querem fazer do jeito deles.”*

Nos trechos acima se observa que o fato da criança não seguir a orientação inicial da técnica da aguada chamou a atenção dos estudantes. A orientação dada era a de realizarmos a mistura de duas cores primárias, paulatinamente. De fato, a criança colocou as três cores primárias no papel, ao invés de duas, e seguiu seu próprio caminho nesta elaboração. Do que se podem observar duas questões principais: a primeira questão é a liberdade da criança em realizar esta pequena ‘transgressão’ ou ‘bagunça’, indo contra uma orientação inicial. O quanto ela se sentiu à vontade para realizar a seu modo, ainda que tenha havido uma orientação. Neste caso, como professora de arte, não considero que houve uma ‘desobediência’, uma vez que o ambiente, a maneira como a orientação foi dada, assim como a ausência de reprimenda, propiciaram que a criança seguisse sua própria vontade e não indicaram que deveria haver uma ‘obediência’ cega à orientação. A segunda questão é relativa à reação dos estudantes. Como mencionado, a orientação de misturar apenas duas cores tinha como objetivo facilitar o aprendizado paulatino de uma técnica, e não cercear um momento de criação espontânea em um ambiente como aquele, assim, apenas mencionei o fato com a própria criança e com o grupo, sem orientar que mudasse, fizesse outro trabalho ou coisas do tipo. Essa experimentação característica da criança pequena (a criança tinha por volta dos cinco anos, à época) foi interpretada pelos estudantes como uma dificuldade da criança para ‘entender o objetivo da atividade’ ou ‘dificuldade em pintar’. Em um ambiente acadêmico pautado pelo seguimento de regras, onde orientações devem ser seguidas à risca, talvez aquela criança tenha nos oferecido a

todos uma bela lembrança de que há momentos, locais e ações que podem ser inspiradas pela liberdade e não pelo limite e pela obediência. Nem sempre é possível ou desejável a transgressão, mas em alguns momentos, sim! E cabe a cada um avaliar e fazer suas escolhas, antes de reproduzir.

*“Acho que o modo como a arte foi realizada, foi expressa, acho que atinge, **chama mais a atenção de um público mais juvenzinho, de criança, usar a aquarela, usar a tinta.**”*

*“Acho que esse momento pra mim foi de pensar ‘gente, vamos **tentar exercer a minha criatividade**’, porque eu **lembro de quando eu era pequena...**”*

*“Eu, **quando eu era pequena**, fazia brincadeira ... olhando o céu, procurando as nuvens pra montar... e aí, enfim, eu consegui enxergar um monte de coisa e ficava animada pra chegar...”*

*“Acho que pra mim me fez pensar no **quanto eu não sou criativa...**”*

Os relatos acima indicam a identificação que o grupo faz de Arte como uma atividade de criança. Seja indicando diretamente que a atividade chama mais a atenção de criança, ou lembrando-se da própria infância. Usar tinta ou procurar enxergar uma forma figurativa em manchas abstratas surgem como ações que remetem à infância, assim como, também se associa a criança, o exercício da criatividade. O termo ‘criatividade’ vem sendo utilizado muitas vezes como um atributo específico da arte. No entanto é necessário lembrarmos de que o ato de criar pertence à vida. Sobre isso, OSTROWER (1978, p.7) nos diz:

Consideramos a criatividade um potencial inerente ao homem, e a realização desse potencial uma de suas necessidades. As potencialidades e os processos criativos não se restringem, porém, à arte. Em nossa época, as artes são vistas como área privilegiada do fazer humano, onde ao indivíduo parece facultada uma liberdade de ação em amplitude emocional e intelectual inexistente nos outros campos de atividade humana. Não nos parece correta essa visão de criatividade. O criar só pode ser visto num sentido global, como um agir integrado em um viver humano. De fato, criar e viver se interligam.

Quando um estudante diz que vai tentar exercer a criatividade, ou menciona que não se considera criativo, explicitamente, ele mesmo se coloca como alguém que de forma geral, não cria, em nenhuma instância, o que não deve ser verdade. Possivelmente esse é apenas um engano conceitual que nos cabe indicar, pois, ainda que a Arte seja um caminho de potencial exercício de criatividade ligada a processos intuitivos, estabelece-la como único campo da criatividade seria, no mínimo, um desperdício. Sobre isso,

OSTROWWER (1978, p.12) ainda nos diz: “Como processos intuitivos, os processos de criação interligam-se intimamente com nosso ser sensível. Mesmo no âmbito conceitual ou intelectual, a criação se articula principalmente através da sensibilidade.”

E que possamos ter muitos espaços para o exercício da criatividade, dos processos intuitivos e da sensibilidade. Que a criatividade possa encontrar caminhos de percepção sensível na área da produção de cuidado, e principalmente, que os estudantes possam se aperceber de sua própria condição criativa, não acreditando que isso cabe apenas às crianças ou à Arte. Ou melhor, que possam estar convictos da possibilidade de parceria com a criança livre, sensível e criativa que permanece atuante na memória de cada um.

Arte na formação

Fazer Arte

Figura 52 Duplo

Contextualização

O curso de fonoaudiologia onde se deu este trabalho ocorre em período integral. Quando questionados, os estudantes comentaram que não há muita oferta de atividades extracurriculares de arte durante o período de sua formação. Quando há atividade sendo oferecida, e quando eles são informados disso, não há tempo disponível devido à sobrecarga de afazeres acadêmicos. Para uns, é uma questão de prioridade, para outros é uma questão de limite real de tempo. Apontam que todo o processo de formação conduz a assumir o limite, ou discutir a prioridade.

Apreciação

Quando questionados acerca de possibilidades de reflexão que tenham ocorrido a partir da experiência da Sala de Arte, houve a lembrança de que aspectos criativos não vinham sendo exercitados no decorrer dos anos de formação.

“Então acho que me fez pensar 'nossa, há quanto tempo eu não exercito a minha criatividade'”.

“mas eu me senti assim muito com... a faculdade virou minha vida, sabe? Eu não tenho tempo pra cortar, colar, coisas que antes pra mim eram importantes, me faziam bem, que eu gostava de fazer.”

Já quando questionados diretamente a respeito de atividades de arte durante todo o processo de formação acadêmica, os estudantes foram claros ao considerar que praticamente não há possibilidade de realização de atividades de arte. Alguns mencionam que não há oferta, outros mencionam que há oferta, mas não de forma viável e outros mencionam que mesmo havendo oferta, não haveria possibilidade de realização por estarem comprometidos com outras atividades acadêmicas prioritárias.

“eu acho que as coisas vão e voltam, eu também, tocava flauta transversal, fazia balé, fazia academia.”

*“Então, no tempo que eu tenho livre eu vou fazer outra coisa e tal, assim, mas **minha prioridade no momento é a faculdade.**”*

*“ ... toma muito tempo. Sabe, **gente gorda, ficar fazendo dieta e atacar a geladeira, é isso que eu sinto, tentar me desligar da faculdade, é que nem você estar comendo bolo de chocolate na dieta, sabe? Quando você lembra que tem a faculdade você fica com aquilo que não devia ter feito. Pra mim é muito tempo.**”*

No exemplo acima, fica claro o mal estar, ou mesmo o sentimento de culpa, ao realizar alguma atividade que não tenha relação direta com a faculdade. Em vários momentos surge a discussão a respeito do espaço/tempo para arte durante a formação como um todo, estabelecendo um paralelo com a possibilidade da Sala de Arte. Em relação à percepção sobre a Sala de Arte, fica claro que as atividades relativas tanto à terapia quanto aos procedimentos burocráticos que envolvem a terapia/disciplina (formulários, relatórios, preparação de atividades para os usuários, etc.) tomam conta de uma grande parcela do espaço/tempo físico/mental/emocional dos estudantes, assim como ocorre nas demais disciplinas e espaços de formação, atravessando a vivência de uma experiência que se afaste do foco da formação de caráter biomédico. Esse atravessamento se dá tanto pelo hábito adquirido no decorrer dos anos na instituição que prioriza a formação com caráter biomédico, quanto pela distribuição das atividades na própria disciplina. É certo que em cada etapa ou momento da vida, priorizamos algumas coisas em detrimento de outras. Fazemos nossas escolhas. Mas qual a dosagem? Para uns, basta abrir mão de parte, para outros, é necessário abrir mão de tudo. Para além das decisões individuais, o que nos cabe como reflexão é ‘*como o curso de graduação tem se posicionado diante das escolhas que impõe aos estudantes?*’, ‘*tem havido conhecimento e discussão a respeito das consequências indiretas?*’ Ainda que o objetivo central de uma faculdade seja ‘formar’ o estudante, e do programa de fonoterapia intensiva seja a reabilitação da fala dos usuários, é preciso ter em mente que enfatizar, na distribuição do tempo, apenas as características de produção de resultado (terapêutico e acadêmico) de qualquer disciplina, ensina não apenas o conteúdo curricular, mas também exatamente isso, essa postura em relação ao que seja ou não prioridade, aos estudantes. Ensina que as demais fontes de produção de vida, seja em relação ao usuário ou aos próprios estudantes, não devem ser priorizadas, ou mesmo, equilibradas.

Há indicativos de que alguns estudantes tentam equilibrar as prioridades, mas encontram dificuldades na oferta de horários de atividades, apontando ainda que não vêm sendo escutados em suas reivindicações.

*“eles dão [atividades artísticas extracurriculares], só pra dar e falar que dão, mas **não tem nenhuma hora flexível**, desde o meu primeiro ano, eu tô formando agora em fevereiro, desde o meu primeiro ano, há 5 anos atrás, eu tô falando : "os horários não são bons, os horários não são bons"*

O diálogo a seguir indica que nem todos os estudantes têm conhecimento a respeito das atividades que são oferecidas. Possivelmente, há algum problema na área de divulgação, além da adequação de horários.

*“e as artes que oferecem pra gente, **não oferecem no nosso horário**, então, eu já... eu tenho uma senhora, que é uma chefe de escoteiro minha, que ela falou "ah, porque você não vem fazer dança do ventre?" "mas qual é o horário da dança do ventre?" "16:30" "não, 16:30 eu tô atendendo" **_tem violão aqui?***

*_... a professora ficou abismada, teve um show de viola e chegaram os violeiros, acho que era no meio, dia de semana, e era a noite, só que era bem na semana de prova. Mas eu fui, cheguei lá tinha **4 pessoas** no teatro!*

Um dos objetivos de oferecer atividades de arte é alcançar o público. Se o público em questão demonstra desconhecimento acerca das atividades, a distância que separa o objetivo proposto, do desejo do público, poderia e deveria ser mais bem observada. A distância que precisa ser superada entre arte e público não é assunto novo. De um lado, artistas que precisam de público que dialoguem com suas obras, de outro lado, um público carente de arte, e no meio, atravessado essas necessidades, as urgências da vida, a produtividade, que aumentam progressivamente a distância entre significados da arte (propostos pelo artista) e interpretação (por parte do público), alimentando um ciclo empobrecedor. Antonio Callado, já na introdução do livro ‘A necessidade da Arte’ de Ernst Fischer (1979, p.9) nos diz:

É que a princípio o capitalismo, forçando o artista para fora do mecenato, deu-lhe também um grande momento histórico de livre criação; mas acabou por isolá-lo numa liberdade tão glacial e completa que o artista chegou em muitos casos ao estágio absurdo de criar para os outros artistas.”

É necessário observar de maneira ampla, não considerando que a atividade de arte oferecida toma o papel decorativo e descartável na formação do estudante, como um acessório. Mas considerar que mesmo atividades de arte que sejam oferecidas de forma extracurricular, podem contribuir diretamente com a formação do ser humano, temporária e circunstancialmente, estudante. Costa (2015) menciona a universidade como sendo um ambiente que extrapola suas funções de produção e transmissão de conhecimento, contribuindo para a formação de um sujeito crítico e social. Seja pelo entendimento subliminar, como no aspecto discutido a respeito da formação subjacente –ou currículo oculto - ou seja pela possibilidade de vivenciar espaços da arte como formas de somar percepções de mundo, é necessário oferecer, de fato e não de palavra, formação integral ao estudante, considerando suas diversas instâncias do ser, para então poder discutir e formar para a produção do cuidado a partir da integralidade.

“Outro modo de favorecer a sensibilidade com as artes está em incluí-las no processo de formação e, para isso, seria necessário preparar o ambiente e um clima cultural para que a “partilha do sensível” aconteça dentro e fora das instituições escolares e universitárias. Portanto, faz-se imprescindível abrir espaços na produção de conhecimento não só para o protagonismo e a experiência dos estudantes – condições para as quais Paulo Freire (1921-1997) há muito nos havia alertado –, mas também para o encontro entre os alunos e os artistas, as performances, as intervenções urbanas, os materiais audiovisuais, as produções cinematográficas, a literatura, a poesia etc” (IMBRIZI, no prelo p.2)

Retomando a questão que guia a análise dos relatos (*‘em uma situação ideal, como um serviço de arte/arte-educação poderia contribuir?’*) e partindo do pressuposto de que a arte pode ser um caminho para a integralidade na formação e na produção do cuidado, cabe-nos lembrar que os autores JUNIOR, PONTES e HENRIQUES (2011, p.103) apontam que a inserção de estudantes e docentes comprometidos com modos de pensar que inserem a integralidade na produção de cuidado, pode provocar reflexões sobre *“o papel da equipe, o processo de trabalho, as necessidades da população, a articulação dos serviços e a construção de projetos terapêuticos.”* Os autores apontam ainda que uma das entradas que vem sendo priorizada para inserção dos alunos nos serviços *“é no nível de maior densidade tecnológica, nos hospitais especializados e universitários onde o modelo hegemônico, centrado em conhecimentos especializados e de doenças é mais cristalizado”*. Ou seja, os autores indicam que a inserção de estudantes e docentes comprometidos com a integralidade, é fator que pode instigar, em ambientes mais cristalizados no modelo hegemônico, novos modos de pensar e agir, que venham a modificar a prática. E como, e onde, encontrar estudantes e docentes comprometidos com

a integralidade em um ambiente de formação já cristalizado? No campo das ideias e reflexões, poderia a arte (como formação extracurricular ou diretamente na produção de cuidado) ser um território para discutir a integralidade, fomentando a ‘des-cristalização’ centrada no modelo hegemônico, promovendo inicialmente uma pequena rachadura, uma brecha em um campo fechado.

6.5 ARTE COMO CUIDADO

Finalmente, a orientação em relação a um Cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, exige que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. É preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Todos esses nortes dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos as surradas bandeiras da interdisciplinaridade e intersetorialidade – as quais nunca será demais endossar. A essas somaríamos outra, ainda, não tão celebrada, mas já relativamente valorizada: a da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas. (AYRES 2004b p. 89)

Contextualização

O analisador Arte como cuidado, diz respeito a tudo aquilo que os estudantes manifestaram a respeito da possibilidade da arte ser um cuidado em si mesma, ou, a sua percepção sobre a proposta de experiência da Sala de Arte, tendo em vista a relação com usuários e a produção de cuidado em saúde. Apenas a título de organização, não foram inseridos neste analisador os relatos que indicam a utilização de atividades lúdicas (mencionadas pelos estudantes como sendo arte). Os relatos indicam que alguns estudantes perceberam que usuários ‘gostaram’ da experiência da Sala de Arte. Alguns estudantes também mencionam terem ‘gostado’, ainda que, para eles não tenha ficado claro, qual o objetivo da experiência da Sala de Arte. A questão do ‘gosto’ será também abordada. Um dos fatores que aparece como de grande influência na percepção da experiência da Sala de Arte no PFI, foi a questão do tempo dedicado à arte quando haviam muitas outras atividades a serem realizadas. Alguns estudantes identificaram a Sala de Arte como um espaço onde a relação profissional/usuário foi modificada. Assim, as categorias que emergiram do analisador Arte como Cuidado, foram:

- **Arte ‘para quê?’**
- **Arte no PFI ou PFI na Arte**
- **Horizontalidades**

Arte ‘para quê?’

Fazer Arte

Figura 53 'Para quê?'

Contextualização

Considerando o já exposto na categoria ‘Arte?’ que demonstra certa confusão quanto ao conceito de Arte, uma das questões que emergiram dos relatos foi a dúvida quanto ao objetivo da Sala de Arte. A Sala de Arte não se propôs a ter um objetivo único a ser alcançado, mas a propor uma situação de encontro, a partir da qual pudessem ser levantadas reflexões e discussões sobre a percepção dos estudantes. Fica claro que para uma parcela do grupo não houve propensão a perceber a Sala de Arte como cuidado, considerando-a como possibilidade de experienciar alguns elementos, como a manifestação da subjetividade e o encontro com o outro, até mesmo por falta de referência de ações similares. Parece-nos também, além da falta de referências, que emerge dessa questão o hábito de receber respostas objetivas e prontas, e não possibilidades reflexivas. Mesmo uma parcela do grupo não compreendendo a arte como um cuidado, de forma geral foi considerado que a Sala de Arte visava prover situações de relaxamento ou interação. Houve um estranhamento em relação à proposta como um todo, por parte de alguns estudantes, indicando que, para relaxarem, teriam preferência por outro tipo de atividade. O estranhamento surge não como algo positivo, por onde pode se iniciar uma reflexão, mas como algo divergente, sobre o qual não se percebe significado. Ainda assim, como parte do processo, na medida em que as idas à Sala de Arte ocorreram, outra ideia observada, é a de que tenha sido para uns, uma experiência positiva, que alguns estudantes manifestam terem ‘gostado’ de realizar, mesmo que não estivesse muito claro para quê, na concepção deles. Há uma pequena parcela do grupo que compreende a Sala de Arte como cuidado, e como espaço de reflexão sobre a prática de cuidado.

Apreciação

Quando questionados a respeito de suas percepções e se consideraram a Sala de Arte como um cuidado em saúde, relataram, sem haver consenso:

*“que eu também entendo que o objetivo é a gente fugir dessa **rotina estressante**”*

*“eu acho que esse tempo de arte, da pintura, **deveria ser pra eles [usuários], no caso, e a gente outra coisa, pra gente relaxar...**”*

“o paciente sai daquilo (...)daquela zona de "ah, eu tenho que... terapia, terapia, terapia, terapia..." acho que também, que é uma forma de a gente sair, fugir isso um pouco, mas eu acho poderia ser de outra forma”

“Eu entendo, assim, que é pra gente sair daquele momento de terapia, da sala... só que, assim, o objetivo específico eu não consigo visualizar...”

Nestes trechos destacam-se alguns fatores significativos. Primeiro, observa-se que há um entendimento da proposta como algo que deveria trazer relaxamento. Há o reconhecimento de que há sobrecarga de terapia para o usuário e a importância de oferecer alguma atividade que ofereça outra situação tanto para o usuário quanto para os estudantes/fonoaudiólogos, mas contraditoriamente, isso não é visto como um cuidado. Houve a busca por um objetivo claro e específico de onde se pode inferir que a arte não foi compreendida como um cuidado em si mesma. Foi compreendida, no máximo, como um cuidado em função da expectativa de resultados da fonoterapia, por, na concepção deles, ocorrer para relaxar, para depois retornar para a fonoterapia. A experiência da Sala de Arte teve como ação a elaboração de aquarelas, que pode ser uma ação de relaxamento para algumas pessoas, (e pode até ser positivo que assim o seja) mas o objetivo de propor aquarelas não foi apenas o de proporcionar relaxamento, ainda que isso seja importante. Para proporcionar apenas relaxamento poderiam ter sido inseridas outras propostas mais específicas. Mas realizar aquarelas visou oferecer uma atividade que propiciasse, também, o encontro entre pessoas, pela manifestação de suas subjetividades. Há menção que a Sala de Arte deveria ser apenas para os usuários, o que nos remete mais uma vez, à distinção entre os papéis. Por que para uns, sim, e para outros, não? Essa foi exatamente uma distinção que a Sala de Arte se propôs a romper. Tal relato indica que não houve, de forma explícita, por alguns estudantes, a identificação da Sala de Arte como espaço de encontro e de vivenciar novas experiências a partir do encontro. Já em outro relato, há a identificação da Sala de Arte como possibilidade de encontro, porém, mencionando apenas o encontro entre usuários, e não entre usuários e profissionais, abaixo.

“Então eu acho que pra eles é muito bom em todos os sentidos, não só no processo terapêutico em si, mas como uma atividade extra também, pro paciente ter contato com os outros pacientes, a própria mãe...”

Houve um relato, muito específico, que menciona o fato do usuário ter gostado bastante, e ter melhorado sua autoestima, na percepção do estudante, mas que apresenta algumas peculiaridades:

*“Ah, o **paciente adorou. Ele gostou muito**, acho que... o que eu falei dele, **ele é muito competitivo**, as coisas dele tem sempre que ser melhor do que os outros, ele demonstrou isso, que ele demonstra sempre. Então, eu acho que pra ele foi bom, aumentou mais a autoestima dele, porque **algumas vezes ele fica frustrado em terapia**, mas os desenhos dele **ele estava achando que era o máximo, que era o melhor...** então ajudou também. Mas, enfim, eu acho que pra ele... ele tava satisfeito, com a autoestima mais elevada.”*

O que ressalta do trecho acima, não se revela no texto escrito, mas no tom de voz percebido (presencialmente e pelo áudio), utilizado em uma menção que ocorreu de forma repetitiva sobre um dos usuários que, segundo o estudante, ‘gosta de competir’. Tanto no caderno de notas quanto nos relatórios redigidos durante o grupo de discussão há menção a essa postura do estudante. O relatório indica essa postura como ‘deboche’. E de fato, a cada vez que o estudante mencionava o fato do usuário estar satisfeito com seu trabalho de arte, a menção era acompanhada de riso, com ares de ironia. Ressalta-se aqui, que, de fato, o trabalho de arte do usuário ficou muito bom, muito delicado, não tendo sido registrado por esta autora, na Sala de Arte, nenhuma ideia de competitividade, mas de satisfação com o próprio trabalho e sua conquista pessoal. Se isso chegou a ocorrer em momentos de terapia, não pôde ser visualizado por esta autora. Ao contrário, há registros de que o usuário mencionou o quanto ficou satisfeito e feliz com seu próprio trabalho de arte, já que em suas palavras foi *‘emocionante, pelo fato de nunca ter feito uma obra assim’* e que isso o ajudou, demonstrando-lhe de que é capaz de *‘enfrentar desafios para alcançar seus objetivos.’* Retomando concepções de Ostrower (1978), o ‘fazer arte’ pretende proporcionar também a ampliação de vitalidade, onde o sujeito em momento de criação realiza uma intensificação do viver, vivenciando a si, no fazer.

O estudante menciona que o usuário gostou do aspecto competitivo (em seu entendimento), e não que gostou de realizar a aquarela em si mesma, divergindo de minhas impressões pessoais e do próprio relato do usuário. Foi observado que essa postura do estudante não foi modificada nos encontros na Sala de Arte, quando, eventualmente eu procurava ressaltar os aspectos positivos dos trabalhos dos participantes, assim como dar sugestões técnicas, para melhorar um detalhe ou outro.

Infelizmente, não foi possível conversar com o estudante de forma particular para compreender melhor o ocorrido, uma vez que as únicas situações de encontro foram durante os grupos de discussão ou da produção da aquarela.

“ah, ela gostou, ela adora fazer bagunça, mas eu achei que ela teve dificuldade na hora de pintar, ela ficou olhando, a Tarcila falava “vamos usar duas cores” ela vai lá e coloca três, mas é normal, (...)Mas em relação a terapia, achei que ela tava normal, nada [diferente]...”

Em vários momentos, os estudantes mencionam que os usuários gostaram de estar da Sala de Arte e realizar as aquarelas. No entanto, em muitos casos, não houve identificação desse gosto, desse prazer em fazer arte como algo que seja um cuidado. Quando perguntado sobre esse aspecto especificamente, houve tendência a interpretar que a pergunta dizia respeito a mudanças na terapia fonoaudiológica. Ou seja, assim como no exemplo anterior, a relação com o ‘gosto’ ou satisfação pessoal, foram interpretados como fatores secundários, ou mesmo, como ‘competitivos’. Os estudantes interpretaram que participar da Sala de Arte seria ‘produtivo’ se afetasse positivamente o processo da fonoterapia. A integralidade, por exemplo, não foi mencionada, na relação entre arte e cuidado. Parece-nos que houve certa carência de deslocamento, de sair da posição de fonoaudiólogos e enxergarem o indivíduo de forma integral, para que pudessem interpretar a questão do ‘gosto’ ou do prazer, como um valor potencializador de significados de vida. Para que possamos descortinar melhor essa percepção dos estudantes, retomamos a definição, já mencionada, de Ostrower (1978) sobre percepção:

“a percepção delimita o que somos capazes de sentir e compreender porquanto corresponde a uma ordenação seletiva dos estímulos e cria uma barreira entre o que percebemos e o que não percebemos. Articula o mundo que nos atinge, o mundo que chegamos a conhecer e dentro do qual nós nos conhecemos.” (p.28)

Ao nos referirmos à percepção dos estudantes, fica claro que toda percepção se dá a partir daquilo que o indivíduo concebe, a partir do mundo que conhece e dentro do qual se conhece. Se um estudante concebe a relação do usuário com a fonoaudiologia a partir da concepção biomédica, quais os recursos ele poderia acessar em si, para perceber, e assim ser capaz de sentir e compreender, a questão do prazer e do gosto que um usuário pode ter, como cuidado em saúde? Se não percebe a si mesmo em um mundo que apresenta esses valores, elabora em ordenação seletiva, a barreira que o fará, tampouco

perceber esse valor na vida do outro. Roman (2013, p.20) em seu trabalho acerca de arte e integralidade, observa:

Contudo, devido ao pouco reconhecimento, as intervenções artísticas muitas vezes são trivializadas por profissionais despreparados. Os profissionais da saúde, de acordo com Masetti (2008) são muito bem preparados para lidar com doenças, alguns com doentes, raríssimos são os preparados para lidar com pessoas e saúde. Pois, de forma geral, as artes exigem uma formação sensível, que muito pouco tem haver com a abordagem mecânico-reducionista do ensino da maioria das profissões de saúde no Brasil

Houve uma menção à possibilidade de que estar junto com os usuários produzindo algo prazeroso, individual, poderia ser uma produção de cuidado, abrangendo outras instâncias do ser.

*“É uma forma de cuidado diferente eu acho, até pra fazer uma coisa com os pacientes, que foge um pouco da terapia, de **você ir dando as ordens** e ele ir repetindo, é **uma coisa igual que os dois estão fazendo**, é uma coisa mais calma, **um do lado do outro fazendo a mesma coisa**. Eu acho que isso é bem legal, você sair um pouco da rotina... é **uma coisa que a gente não sabia e eles também não. Então vai aprendendo junto...***

O relato acima indica a percepção individual da essência da proposta da Sala de Arte. Houve a percepção da Sala de Arte como ambiente diferente, onde não há ordens a serem obedecidas e repetidas, mas há o ‘estar junto’, aprendendo junto, e a ação de ‘aprender junto’ é compreendida como algo benéfico para ambos, como uma forma de cuidado. Como um relato isolado, pode indicar que o mundo em que esse estudante se percebe, abarca os valores da arte e do encontro, que os podem indicar como um cuidado e que houve um claro processo de amadurecimento na concepção de cuidado.

Arte no PFI ou PFI na Arte

Fazer Arte

Figura 54 'Atravessamentos'

Contextualização

A categoria **o tempo/espço da arte no PFI ou PFI na Arte** se refere à percepção dos estudantes em relação a Sala de Arte ter ocorrido durante o PFI, com ênfase nesse contexto. Quais foram as interferências contextuais sobre a proposta de experiência da Sala de Arte? Os estudantes relatam significativo desconforto em relação ao acúmulo de atividades a serem realizadas, incluindo as da Sala de Arte. Também indicam que foi um espaço que proporcionou reflexão sobre sua prática, assim como os próprios grupos de discussão.

Apreciação

Em relação à percepção dos estudantes sobre a Sala de Arte, não naquilo que eles perceberam para os usuários, mas para eles mesmos, e se houve algum tipo de reflexão a partir dessa experiência, não houve consenso, chegando a ser, um mesmo estudante, quase contraditório:

*“Eu acho que é **cuidado**, mas é mais uma reflexão, um momento de reflexão. Por exemplo, que a Tarcila trouxe pra gente, foi um momento de reflexão pra gente. Apesar de estar cansada e tal, foi uma coisa pra gente pensar. Que a gente foca muito na prática né, e às vezes tem outros meios pra gente **poder fazer esse cuidado**. Eu acho que é mais uma reflexão, ou, por exemplo, a arte é um meio que a gente pode inserir pra ficar mais proveitoso, o nosso trabalho, mas acho que é um tipo de cuidado. Mas pra mim é mais um suporte.*

Aqui o estudante nos parece em processo de elaboração, considerando a possibilidade da arte como um cuidado, mas também como aposta de reflexão, e, ao mesmo tempo, retoma o sentido de tornar a terapia mais proveitosa. Um relato quase contraditório, mas ao mesmo tempo, dada a situação de vivenciar algo novo, pode indicar um processo de reelaboração de conceitos. Há a identificação de que se foca muito na prática, e que pode haver outros meios de produção de cuidado. Mas, a partir dessa identificação, o que fazer com o conhecimento que se construiu até o momento, a respeito de cuidado e práticas de fonoaudiologia? Casetto et al (2013, p. 113) a respeito de processos de elaboração identificados em Grupo Focal de sua pesquisa, mencionam:

“Nem os estudantes, ainda que fundamentais em nosso estudo, poderiam ser considerados sabedores incontestáveis de sua possível transformação, pelo

motivo que tal consciência de si não é espontânea, mas depende de um processo de elaboração cujo tempo pode estender-se ao longo dos anos.”

Se o exemplo de processo de elaboração citado puder representar de fato, uma insegurança em relação às convicções do modelo biomédico considero que a Sala de Arte, aqui, também cumpriu seu papel.

Foi percebido (caderno de notas) que o nível de cobrança do sistema de relatórios e formulários foi distinto para os grupos dos diferentes coordenadores. Enquanto para um grupo a relação com a produtividade foi um pouco mais mesclada com a produção do encontro, para outros dois grupos, a cobrança burocrática foi maior, em graus diferentes. Uma relação negativa com a cobrança surge evidenciada ostensivamente em um dos grupos. Não no sentido do desejo de contrariar a cobrança, mas no sentido de fazer esforços dolorosos, sofridos, que geraram stress, para atender a cobrança, não havendo assim, tempo/espço para a relação com a arte, que acabou sendo interpretado como mais uma atividade a ser cumprida e não experienciada.

“Era assim, “ah, porque eu tô acabando tal coisa que tem que fazer... mas agora tem o horário da Tarcila”, então a gente deixava tudo e ia pra lá e já chegava correndo pro atendimento e ainda deixava pela metade o que a gente estava fazendo e ainda ia fazer tudo correndo pra já iniciar a terapia.”

“a gente divide a mesma sala, então era corrido”

“é só a questão dos horários mesmo... a gente tem muitas coisas pra finalizar do estágio... tinha que ter um momento pra fazer isso. Então ficou essa coisa, de que a gente estava atrasada, estava correndo.”

“eu gosto, de fazer essas coisas assim de pintar, mas eu achei, assim, que o nosso horário, tava bastante corrido, então a gente tem milhões de coisas pra fazer, então na hora que chegava lá era um pouco difícil desligar de tudo, então a gente ficava assim “nossa, tem que ir lá”, então eu acho que se a gente tivesse, não sei como, mas um tempo, entendeu?”

Os relatos deixam claro que houve um atravessamento. Mesmo os estudantes que consideraram a experiência como positiva, consideraram que havia coisas demais a

serem feitas. Neste caso, cabe a discussão acerca da obrigatoriedade da participação na Sala de Arte. Sabe-se que como caminho ideal a arte deve ser realizada por livre vontade. No entanto, nesse contexto, onde o espaço para a arte ainda não foi conquistado, como propiciar que esses estudantes experimentassem uma atividade diferente da que estão acostumados (e pelas quais são cobrados) senão inserindo na rotina de atividades, ao menos de forma experimental? Creio que nesse contexto, se houvesse a possibilidade de livre escolha os estudantes não iriam, não participariam, principalmente porque não conhecem a ideia, nunca fizeram e porque são absorvidos por outros afazeres, pensamento para o qual vem sendo formados. É preciso conhecer a experiência, vivenciá-la até para dizer se gostam, se compactuam com essa ideia, ou não. Caso houvesse um programa estabelecido, e não uma experiência pontual, então poderíamos pensar em outras formas de contato e inserção da proposta.

Horizontalidades

Fazer Arte

Figura 55 'Ouvir o silêncio I'

Figura 56 'Ouvir o silêncio II'

Contextualização

A ideia central desta categoria emergiu do caráter da proposta da experiência da Sala de Arte de propor que estudantes/fonoaudiólogos e usuários compartilhassem o mesmo espaço de fazer Arte, propiciando um momento em que pudesse não haver distinção entre quem exerce qual papel, mas que fossem apenas seres humanos fazendo arte. O uso de jaleco é obrigatório na instituição, e, ao entrarem na sala de arte foi proposto que retirassem o jaleco. Tal sugestão foi acatada apenas por alguns estudantes. Aparentemente, alguns dos que preferiram não retirar o jaleco, estavam com receio de sujar a roupa branca que utilizam por baixo do jaleco, também obrigatoriamente. Alguns estudantes consideraram o fato de estarem em um ambiente junto dos usuários como positivo, outros não viram diferença e outros acharam que isso não colaborou para que os usuários se desligassem da terapia, fazendo com que continuassem sentindo-se cobrados. Houve ainda uma boa parcela que considerou que as ações da Sala de Arte deveriam ser oferecidas somente aos usuários, uma vez que atrapalhou o processo de organização de atividades terapêuticas, assunto discutido em categoria específica, mas que aqui surge como um indício de estudantes que consideraram que estar junto com o usuário naquele momento não valia o preço de deixar de preparar material terapêutico.

Apreciação

“estar junto com o paciente demonstra que você tá avaliando ele. Da impressão que você tá avaliando, que ele tá fazendo aquilo como parte de uma terapia também e não pra relaxar.”

“Então, pra gente, parece que a gente viu ele como um colega, mas ele não desligou que a gente é terapeuta, então pra ele a sereia era o certo. Eu acho que pros pacientes é sempre bom ver a gente como terapeuta independente do lugar”

Os relatos acima indicam que houve interpretação de que alguns usuários não romperam com a visão de que os estudantes eram seus terapeutas, em qualquer circunstância. Para outros, essa visão foi modificada. Não fica claro nem pelos relatos nem pelos registros do caderno de notas, se a postura dos estudantes interferiu diretamente na diferença da percepção dos usuários.

“na sala de arte eu sentia realmente como elas falaram, como se fosse um colega, ou alguma pessoa que estivesse comigo em algum lugar, que não tivesse uma relação.

Várias pessoas sentadas numa mesa pra fazer uma coisa em comum, com o mesmo objetivo.”

“eu também, eu não fui como terapeuta-paciente”

Também não houve consenso em relação a se desligarem de seus papéis de fonoaudiólogos. Para uns isso foi possível, para outros não. O que pode indicar desde uma tendência pessoal até a diferença na relação que cada grupo mantinha com as cobranças da coordenação. Como observado em registro do caderno de notas, pode ter ocorrido que no grupo onde o coordenador já possuía certa tendência favorável à arte, tenha havido algum estímulo a aproveitarem a experiência; ao mesmo tempo, em que nos grupos onde o coordenador não demonstrava ser favorável à arte, a cobrança burocrática tenha sido maior. Havendo muita cobrança e muitos afazeres, maior a dificuldade em vivenciar um momento de arte despidos do papel de fonoaudiólogo, indiretamente interferindo na vivência dos estudantes da experiência da Sala de Arte.

“eu não me desliguei das outras coisas, eu continuei pensando nas outras coisas e fazendo ao mesmo tempo”

“acho que foi um momento que eu consegui relaxar e que eu consegui ter essa reflexão, mas eu esperava um maior contato, assim, com o paciente, de poder fazer junto e ele fazer comigo, eu esperava que tivesse uma troca maior entre eu e ele, eu e os outros pacientes.”

Houve a percepção da diferença de ambiente proporcionado pela Sala de Arte em relação aos momentos de terapia. Nem sempre a própria diferença de ambientes foi compreendida como um cuidado.

“dentro da terapia a gente teve que ter cobrança, de ficar treinando. Tinha uma relação do cuidado em saúde, mas precisa ter uma cobrança também. E na, acho que na sala de artes a gente pode tirar um pouco dessa visão de só ... tira um pouco desse foco e também dessa cobrança, uma relação espontânea, e tira um pouco do... não é que tirou o foco, mas ajudou a não manter uma relação de cobrança mesmo...”

No relato acima se pode observar certo temor em dizer que a arte tirou o foco da cobrança da terapia. Por um lado o estudante enxerga isso, por outro, há receio em

afirmar, parece que certa insegurança ou medo em fazer uma afirmação que foge ao modelo daquilo que vem aprendendo sobre saúde.

Em relação a propiciar um momento de encontro que rompesse com a relação hierárquica, onde cada um tivesse o seu próprio espaço e momento de manifestação de sua subjetividade, tal aspecto foi compreendido e visualizado por uns e por outros não. Alguns estudantes interpretaram os momentos de vivência individual como desnecessário por não haver diálogo.

“Quando a gente tava na arte, a gente tava tão focada naquilo que a gente... não dava pra ter um relacionamento interpessoal, só tava tendo um relacionamento com o seu desenho só (incompreensível) às vezes a gente tinha, mas eu achei que nem era pra ter muita relação também, não sei...”

*“levando em consideração de que a gente tava ali junto **poderia ter tido mais interação maior né, senão a gente poderia pintar cada um na sua casa.**”*

Os momentos de silêncio eventualmente não foram considerados produtivos. Ou, pode-se também perguntar: será que os momentos de silêncio não foram considerados incômodos, exatamente por não propiciarem a manutenção dos territórios existenciais de usuários e estudantes? Silêncio é pausa, é permissão para o outro. Enquanto o diálogo pode reforçar papéis. A cumplicidade se faz também em silêncio. Barbosa (1990) a respeito do intervalo da literatura já nos indica o quanto pode uma pausa. O quanto de acontecimentos é possível haver enquanto um grupo produz arte teoricamente ‘sem interação’. No entanto, esperava-se com a Sala de Arte que a vivência da horizontalidade nas relações fosse mais concreta. Mas isso já pertence às expectativas da autora deste trabalho. A ânsia de enxergar a potência da horizontalidade em ação. No entanto, como já mencionado, não basta que haja a proposta de uma experiência para que ela ocorra, é preciso que as pessoas estejam dispostas a vivenciá-la e para tanto também é importante que o contexto propicie. A Sala de Arte ocorreu em um amplo contexto que não é favorável à realização de ações de Arte, e visava exatamente romper com isso. A situação tem ao menos dois lados: por um lado, é preciso que haja disponibilidade para se vivenciar uma experiência; por outro lado, o contexto não colaborava para que houvesse essa disponibilidade. Assim, nos parece que a experiência vivenciada talvez tenha sido, não tanto a proposta central da ideia inicial (horizontalidade), mas a experiência do

conflito, da arte como provocação para promover rachaduras. Um embate provocado pela intenção de ruptura com modelos tradicionais de formação. Arte é assim, ocorre com aquilo que acontece na relação com as pessoas, e só se completa aí. E nos parece que esse pode ser apontado como um processo em movimento, não mais na Sala de Arte, mas em cada um que a vivenciou e pode ainda repensar seus próprios alicerces.

6.6 CUIDADO COMO ARTE

Contextualização

O analisador Cuidado como Arte refere-se às ações sensíveis de percepção do outro, e intenções de proporcionar algo carregado de sentido na produção de cuidado. Uma das questões apresentadas pelos estudantes é em relação ao preparo da fonoterapia com o oferecimento de atividades lúdicas. Para os estudantes, muitas vezes, como já mencionado, arte e lúdico se misturam. Assim, trechos onde são citadas atividades lúdicas, interpretadas pelos estudantes como Arte, foram inseridos no analisador ‘cuidado como arte’ e não no analisador ‘arte como cuidado’. Entendendo, então, a delicadeza da intenção de promover cuidado a partir daquilo que por vezes, interessa ao usuário, no caso, o lúdico. Como expresso anteriormente, a distinção entre ‘arte’ e ‘lúdico’ na relação de cuidado estabelecida com crianças, principalmente (que costumam ter, de fato, com a arte uma relação lúdica...) foi considerada a partir do objetivo da ação. Se a intenção do estudante/fonoaudiólogo foi proporcionar um momento de ‘fazer arte’, o relato foi considerado como pertencendo ao analisador ‘arte como cuidado’. Se a intenção foi, por sua vez, inserir a Arte como um veículo, um caminho, para atingir um fim da terapia fonoaudiológica, foi interpretado como ‘lúdico’ e, portanto, inserido no analisador ‘cuidado como arte’. Os relatos indicam que há intenção por parte dos estudantes de conhecerem os usuários com quem lidarão, quando esses são crianças e de produzirem estratégias de fonoterapia que propicie momentos agradáveis. Alguns relatos indicam que há menos facilidade dos estudantes em lidarem com usuários adultos. No entanto, tanto com crianças como com adultos, em alguns momentos, mesmo o aspecto lúdico ou de outras ações mais sensíveis, são consideradas como ‘perda de tempo’, que deveria ser destinado à fonoterapia. Percebe-se de forma geral, que a prioridade da atenção é da reabilitação em seu aspecto biomédico, mas ainda assim, há, na prática, a intenção da delicadeza na produção de cuidado, inclusive, em um instante, alcançando espontaneamente a ideia de cuidado como arte. Emergiram neste tema, as seguintes categorias:

- **O lúdico**
- **A perda de tempo**
- **A delicadeza do cuidado**

O lúdico

Fazer Arte

Figura 57 'Jogo de som'

Dessa forma, nos cenários de saúde as atividades lúdicas são conhecidas em duas instâncias: como reflexões sobre possibilidades de resistência aos dispositivos disciplinares, bem como instrumento de correção de condutas. (Roman, 2013, p.35)

Contextualização

Uma boa parcela dos atendimentos de fonoaudiologia durante o processo de formação em fonoaudiologia é composta por crianças, segundo os estudantes. Os estudantes mencionam ainda que são bastante orientados a utilizarem estratégias diferenciadas a fim de realizarem atendimentos que sejam agradáveis e não cansativos, principalmente para as crianças, que geralmente tem mais resistência à terapia fonoaudiológica e se cansam mais facilmente. Essas estratégias costumam partir de um diálogo com a criança para identificar aquilo que elas gostam de fazer e assim, os estudantes criam alguma forma de realizar a fonoterapia utilizando recursos lúdicos diversos. Percebe-se que há um movimento de aproximação dos usuários, uma busca por conhecer os seus gostos, seus hábitos e seus limites individuais, sobre os quais pretendem construir a relação de produção de cuidado. Há oferta de atividades lúdicas com o objetivo de facilitar o processo terapêutico (que muitas vezes se utiliza de exercícios repetitivos) sem sobrecarregar usuários, normalmente crianças.

Apreciação

*“tem que tentar juntar, fazer um jogo que seja lúdico, mas que trabalhe junto, sem talvez a criança perceber que ela tá trabalhando (...) **fica mais confortável pra você, que tá distraindo ela, e pra criança...**”.*

*“Eu acho que **passa mais rápido** quando você coloca uma **coisa lúdica** interativa.”*

*“A gente tinha um paciente juntas. A gente trouxe o jogo pra ele. (...) Pra não ficar cansativo pra criança a gente fazia exercício, jogava um pouquinho e voltava a fazer os exercícios. **O jogo não tinha nada a ver, mas acabava ficando pra criança... não ficar cansativo e nem pra nós.**”*

“é um ensinar prazeroso, fazer um prognóstico assim, porque são caminhos, o paciente

*tem a vontade, mesmo, de fazer. Acho que **tem muito a ver com isso, com algo prazeroso.***”

Há compreensão de que a terapia fonoaudiológica pode ser cansativa, o que indica a atenção sobre o usuário, sobre a maneira pela qual o outro está vivenciando o processo terapêutico. O que nos apresenta a legitimidade da busca por realizar algo que seja considerado prazeroso. Os estudantes demonstram a percepção do valor de buscar alguma atividade que faça sentido para o usuário, encaixando na ação terapêutica ou intercalando com a mesma. Há ainda a compreensão de que uma ação imediata pode repercutir em todo o processo, visando a manutenção da motivação em realizar a fonoterapia, contribuindo para adesão ao tratamento, como no exemplo a seguir:

*“Acho que a **motivação está relacionada com a adesão** que ela tem. Então eu acho que o **lúdico pode ser tanto uma estratégia, no objetivo**, "ah, meu objetivo é trabalhar (incompreensível)", eu vou usar o lúdico pra trabalhar isso.... Eu acho que ele tem tanto assim, um objetivo na hora, quanto depois, a gente vê as consequências boas **durante o tratamento inteiro.**”*

Em relação ao tempo destinado a ações lúdicas, é preciso lembrar que o objetivo central é a reabilitação em fonoaudiologia. As prioridades trazidas à tona nos mostram um pouco da visão a respeito do limite do papel do ‘lúdico’, mantendo a coerência com tudo o que vem sendo discutido no decorrer deste trabalho, como veremos na categoria seguinte.

A perda de tempo

Fazer Arte

Figura 58 'Tempos'

Contextualização

Ao mesmo tempo em que há espaço no grupo de estudantes para a percepção da importância de estabelecer relação com usuário e a partir da relação identificar pontos de interesse do usuário e então sugerir o lúdico, há também o entendimento de que inserir ações diferentes da atividade terapêutica podem caracterizar ‘perda de tempo’. Há o rompimento da proposta lúdica de acordo com o tempo e com a tolerância do usuário em realizar a fonoterapia de forma mais objetiva. O objetivo central da terapia é a melhoria de algum aspecto específico fonoaudiológico, portanto, se houver tempo disponível, atua-se de forma lúdica. Se não houver tempo, não há ludicidade. O tempo disponível ou não varia de acordo com o objetivo que se deseja alcançar na fonoterapia. Ou seja, com o foco no resultado, o meio pelo qual se busca alcançá-lo não configura um interesse maior. Sobre isso Ayres (2004b) nos indica que considerando uma relação dialógica muitos aspectos precisam ser repensados, como a sensibilidade da ausculta (bilateral), a capacidade de resposta e a própria avaliação do que seja um bom resultado.

Sob este modo de ver, não faz sentido, por exemplo, enxergar necessariamente como fracasso os limitados resultados obtidos no desempenho de uma atividade, a não adesão a uma proposta de atenção ou mesmo a pouca demanda por um serviço oferecido. Desde uma compreensão dialógica das ações de saúde, todo e qualquer fracasso técnico, como também todo e qualquer êxito, admite (e reclama) ser avaliado simultaneamente quanto ao seu significado prático. Em outras palavras, é preciso que não apenas o alcance de fins, mas também a qualidade dos meios, isto é, a efetividade comunicacional das atividades assistenciais, em termos de forma e conteúdo, se incorpore como preocupação e norte do planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde (Sala et al., 2000). (AYRES, 2004b p.89)

Ao incorporar a qualidade dos meios e não apenas os resultados, como proposta de avaliação, pretende-se que haja maior capacidade de vivenciar a integralidade, na produção de cuidado.

Apreciação

*“mas no caso de paciente que eu já tive, que se você trabalha **com foco nele sem ser muito lúdico ele faz, ele faz serio, não reclama...** Então, assim, eu acho que é importante a parte lúdica e de arte, eu acho que pode ser, mas **se o paciente, aceita e faz...** (...)se ele faz a terapia com o foco principal que é melhorar a voz, por exemplo, ele faz um exercício sem ser nada lúdico, eu acho que isso é bom também, porque a gente **consegue trabalhar mais na terapia.**”*

*“Porque assim, tem criança também que se você trazer muita informação pra ela, ela vai sair do contexto, mas aí não tem mais jeito de você pegar o foco dela e voltar **pro exercício, que é objetivo da terapia**. Ela não veio aqui pra brincar, não mesmo, então tem que ter uma balança; é lúdico, mas também tem que fazer o exercício, tem que fazer com foco.”*

Importante considerar que a ideia de ‘lúdico’ ou qualquer outro princípio selecionado pelo fonoaudiólogo não surge aqui como algo pré-estabelecido, como mais uma regra imposta. Os estudantes buscam identificar os momentos considerados mais adequados ou não para a inserção de outras atividades. No entanto, dois aspectos conjuntos chamam a atenção: A ideia de perda de tempo (primeiro aspecto) interligada à ideia de que existe apenas um objetivo específico a ser alcançado: a resolução do problema biomédico apresentado (segundo aspecto). Tudo o que foge ao foco no problema a ser trabalhado é considerado ‘perda de tempo’. Assim, espaços/tempos que poderiam aquecer a relação, aprofundar o aspecto da escuta, da fala, do encontro entre subjetividades, acaba por ser tomado pela urgência da atividade fonoterápica, como no diálogo abaixo:

*“_ela disse assim "não precisa trazer jogo, eu sei porque que eu tô aqui, então vamos fazer", então tá... **Ela quer acabar logo, eu acho. Mas aí a gente vê o resultado logo.***

*_Aí nesse caso o **jogo tá atrapalhando a terapia dela, tá perdendo tempo né.**”*

Pensar na duração do processo de terapia fonoaudiológica é também pensar no bem estar do usuário, que muitas vezes dedica de fato, muito tempo a isso. Há indicativos de que nem toda criança atendida gosta de atividades lúdicas, e isso é aqui respeitado. No entanto, mais uma vez, observa-se que a situação não tende a dar sequência em um diálogo de reflexão, onde se possa levantar a questão do respeito ao desejo do usuário, como um direito que ele tem, por exemplo. Ou mesmo, não indica reflexão sobre a razão de este usuário desejar acabar rápido. Não há reflexão sobre o que é ‘resultado’. Ou seja, há um indicativo de que o processo de formação centrado na ‘solução de problemas biomédicos’ estabelece uma espécie de filtro de imagem onde o que ressalta na imagem é apenas a questão anatomofisiológica. Vemos estudantes realizando atividades em extrema dedicação. Buscam estudar, aprender, realizar atendimentos com zelo, mas ao mesmo tempo, com pouca possibilidade de reflexão e discussão a respeito de sutilezas que

permearão todos os atendimentos que realizarem em suas vidas. E mais uma vez poderíamos retomar a questão da percepção, apontada por OSTROWER(1978), e já discutida na categoria Arte como Cuidado. A percepção é formada a partir do mundo que se conhece, e os limites da percepção são dados por esse mundo. Se aprendem a dar ênfase ao caráter biomédico, seja por meio da seleção dos conteúdos curriculares, ou por meio dos hábitos institucionais que formam o ‘currículo oculto’, haverá possível reprodução desses hábitos durante a relação com usuários.

*“Mas ao mesmo tempo que é maçante, você tem muitos exercícios pra fazer e você não pode né, vamos supor, assim, fazer a arte ali na hora... Porque você vai estar **perdendo um tempo** que você tem que fazer muito exercício, e aí não dá pra você ficar pintando e aí ia ser muita coisa pra fazer e **depois você é cobrada.**”*

Há a percepção de que eventualmente a fonoterapia é maçante, mas, de fato, o foco é no exercício, e abrir espaço para atividades como arte ou outras de caráter lúdico, é entendido como perda de tempo. E a perda de tempo resulta em cobrança, por um resultado que pode ser julgado como insatisfatório.

Para melhor ilustrar essa discussão, retomo aqui minha visão pessoal como mãe, apresentando um exemplo: Meu filho que tem paralisia cerebral realizava 2 atendimentos de fisioterapia por semana e iam aumentar para 4. E assim ele teria que sair do grupo de música onde participa (até hoje) da percussão e canto. Para surpresa da fisioterapeuta, nossa resposta foi ‘não’. Nós, os pais, entendemos que ele precisa também fazer outras atividades, coisas que gosta, para estar inserido na vida e não apenas ‘reabilitado’. Permaneceu com 2 atendimentos de fisioterapia e 2 dias fazendo música. Esse exemplo busca apenas levantar uma reflexão, e não, fazer o papel de uma nova regra, sugerindo que todos devem ter a mesma atitude. A questão que se observa é que apenas a reabilitação, o aspecto funcional costuma ser levado em conta quando se fala em resultado. Há um caso de reabilitação fonoaudiológica, em fissura labiopalatina, por exemplo, que a criança levou 12 anos realizando fonoterapias com diferentes profissionais. Se o fonoaudiólogo não estiver atento, e estiver com o foco apenas no resultado, sem identificar o tempo de dedicação à fonoterapia como uma questão delicada, incentivando que ele faça apenas mais e mais fonoterapia, pode contribuir para

que o pensamento dessa criança também seja o de que sua vida se resume ao seu problema de fala. Creio que isso não se parece com reabilitação integral. **Qual o papel dos profissionais de saúde sobre a visão que a cada dia o usuário gera de si mesmo?** Coincidentemente, essa criança que não conseguia falar, desenhava muito e muito bem, e hoje é estudante de artes plásticas. Não sei se essa criança que fez 12 anos de fonoterapia chegou a pensar ou não, que sua vida se resumia ao problema de fala. Mas pensar que alguém pode passar tanto tempo realizando fonoterapia, deve nos levar a refletir sobre isso. Como mãe, eu gostaria que a fisioterapeuta de meu filho tivesse me alertado para que eu não o sobrecarregasse com os aspectos da reabilitação. Gostaria que ela tivesse me lembrado de inseri-lo em outras atividades onde ele pudesse explorar suas potencialidades, sentir-se bem consigo mesmo, ficar feliz. Ao me lembrar disso, talvez ela mesma me alertasse que, apesar de ser fisioterapeuta, ela estaria abrindo mão do espaço de sua área, indicando menos fisioterapia e mais vida ao meu filho. Mas não foi assim, foi o contrário. E por isso estou aqui, com este estudo.

A delicadeza do cuidado

Fazer Arte

Figura 59 'Delicadeza'

Contextualização

Há nos relatos diversos momentos em que os estudantes demonstram extrema delicadeza, buscando de maneira sensível, formas de diálogo. Principalmente ao relatarem a realização da anamnese. Curiosamente, nestes momentos os estudantes parecem mais desarmados, com menos respostas prontas e mais no exercício de se colocarem no lugar do outro. Houve ainda um relato, não relativo à anamnese, que interpretou não apenas o lúdico como forma de cuidado, mas a delicadeza da elaboração do cuidado sendo arte, vertente central desse estudo.

Apreciação

“o lúdico pode ser uma forma de arte, porque você brincar com a criança e você ter a criatividade, pra você induzir a criança a fazer o que o exame precisa, é um modo de arte, não é? É você se expressar de um jeito que a criança te entenda. E, do mesmo jeito no diagnóstico, quando a gente tem que brincar com ela com alguns brinquedos mesmo que for um teste e você está fazendo avaliação, aquela criança tá brincando. Se você não tiver um jeito de mostrar pra ela, incentivar ela a fazer aquilo, ela também não faz, eu acho, não sei, no meu ponto de vista, isso é arte também.

Aqui, ainda dentro do assunto anteriormente mencionado, a respeito do lúdico, o estudante avança na reflexão e aponta que, não o lúdico em si, mas o processo do fonoaudiólogo em buscar o lúdico pode ser considerado como arte. O cuidado representando a arte em si, a busca de percepção sensível sobre os percursos pelos quais o outro está demonstrando se interessar, a fim de promover um jogo de equilíbrio e harmonia, para alcançar um objetivo terapêutico, junto com o outro a ser cuidado.

“às vezes a gente acaba tocando no ponto mais fraco da pessoa. Seja da mãe, ou, seja do próprio paciente (...) Ou então, aquele adulto que tem problema. Então a gente vai tocar sempre no ponto fraco. Então a gente tem que tomar muito cuidado.

“a etapa da anamnese que a gente faz, também é uma coisa muito delicada... (...)a gente faz perguntas assim, muitas vezes pessoais. (...) vai falar ‘eu entendo’? Não, eu não passei, eu não sei o que é um filho com fissura, como que eu vou entender?”

Surge aqui um elemento bastante significativo: O reconhecimento da

limitação, assumir que não sabe, mas ainda está disponível para escutar. A relação humana fica evidente no momento da anamnese. A literatura indica que o momento da anamnese costuma ocorrer apenas visando o preenchimento de questões pré-estabelecidas em formulários, com pouca escuta, como nos indicam JUNIOR, PONTES E HENRIQUES (2011):

Os estudantes da área de saúde costumam se identificar com uma postura ativa de quem *faz* anamnese, *faz* exame, *faz* diagnóstico e *faz* tratamento. Desta forma, na percepção dos mesmos, a postura de ouvir é tomada como demasiadamente passiva para esse perfil.

No entanto, os relatos indicam que, ainda que esse muitas vezes, possa ser um momento de predomínio da tecnologia leve-dura, de preenchimento de formulários e fichas, não é apenas isso que aqui é demonstrado. Parece-nos que o momento em que os estudantes não estão focados em ‘produzir resultados’, houve uma inversão das tecnologias, e estão momentaneamente focados em escutar (ainda que venham a ter que preencher ficha também). Contrariando, em parte, a literatura, aqui, o momento da anamnese é o momento onde demonstram maior delicadeza, maior cuidado, maior intenção de elaboração do processo de escuta e de fala, entendendo o silêncio como uma atitude ativa de se colocar no lugar do outro, por exemplo. Colocam-se no lugar de perceber que existe alguma fragilidade no outro, e que nem sempre essa fragilidade é o ponto que vai ser o foco do atendimento, uma vez que o outro pode ser a mãe, por exemplo. Demonstram aqui o delicado exercício de imaginarem como seria se estivessem eles mesmos, em sofrimento. Sobre o momento da anamnese, relatam:

“Marcou a gravidez inteira. Imagina ela falando pra você, imagina (...) Ela tá se abrindo. É difícil pra ela fazer isso. Ou às vezes não é difícil, às vezes pra ela é uma coisa normal, pra você não é normal.”

“Imagina você chegar pra uma pessoa que você não conhece e contar sobre sua vida, fazer as perguntas que a gente faz...”

“Então quais são as palavras eu vou usar pra essa mãe saber que a gente quer ajudá-la?”

Quando o indivíduo se propõe a refletir sobre o impacto de suas palavras

sobre o outro, há uma arte sendo elaborada. Há necessariamente uma percepção sutil do outro que conduz à elaboração sensível das palavras, para que o outro se sinta confortável e confiante. E essa seria a essência do cuidado como arte. Inerente ao questionamento de ‘que palavras usar?’ reside a necessidade e o desejo legítimo de conhecer o outro, em busca da resposta. Quando nos fazemos uma pergunta, quando nos colocamos em questão, somente aí é que se abre um espaço interno de escuta e percepção do outro. Na identificação daquilo que não sei e gostaria de saber. E então a percepção e a sensibilidade se descortinam, correndo-se o risco de não saber a resposta. Somente nas incertezas pode-se correr o risco do encontro com o outro, e, arriscando-se, estar disposto a continuar investigando na própria relação, a resposta. E falamos, então, de estética da relação, de cuidado como arte.

7 CONSIDERAÇÕES

Fazer Arte

Figura 60 'Movimento e equilíbrio'

A experiência

Este foi um trabalho realizado em muitas camadas. Assim como algumas obras de arte. Levou tempo para ser compreendido e realizado, e o meio difere muito do começo e do final. Processo! E é o que percebo nesse novo olhar que pude ter sobre fazer ciência. Se antes pensava que deveria ter um projeto com arcabouço tão bem estruturado que não precisasse de mudança nenhuma, hoje penso que o projeto deve sim ser bem estruturado, em sua essência, para que esta permaneça e sobressaia de todas as mudanças que inevitavelmente ocorrem no caminho, principalmente quando se dialoga com pessoas, com vida e não com números. Foram camadas de aprendizados, camadas de compreensões que libertaram paulatinamente aquilo que deveria de fato emergir. Com certeza, com imperfeições. Unir territórios, somar visões, não apenas da arte, da educação e da saúde, esses foram os pretextos acadêmicos. Mas hoje creio que arte, educação e saúde são apenas territórios onde nos encontramos por um tempo breve de nosso ser/estar no mundo. O ser/estar no mundo é que são somados. Sobretudo, o que permanece é nossa humanidade, nossa condição de ser-humano, permeada por ares e cheiros desses territórios.

No que diz respeito ao formato deste trabalho, considerando que ele foi realizado em instituição de predomínio do caráter hegemônico, durante todo o percurso da pesquisa foi preciso dosar as decisões. Nem solto demais, nem apertado demais, em um jogo de buscar equilíbrio. Se eu pretendo de fato contribuir, preciso dizer o necessário, mas falar a língua que meus interlocutores compreendem, mais do que impor uma ruptura. Impor uma ruptura poderia me garantir liberdade, mas não contribuição real. Assim, a ruptura de formato precisou ser interna. Mas é preciso voltar ao começo: ver o invisível, encontrar, como meus amigos árabes, para além das palavras. E, ainda a respeito de somar visões, considero importante realizar exercícios de compreensão permanentemente. Até mesmo em razão da realidade deste estudo. Entrecruzar o campo da experiência da arte com o campo teórico das Diretrizes para o ensino de fonoaudiologia, continua sendo um bom exercício de aproximação e compreensão. Não tomando a esse exercício como um fim, mas exatamente como isso: um exercício de observação e análise que pode significar abertura para novos diálogos. Uma busca por

compatibilidades, um exercício que também é de escuta (leitura), de respeito com aquilo que já foi construído e consolidado pelo outro, somado ao ideal de contribuição da arte.

E nesse exercício de escuta ou de busca por compatibilidades, retomamos, então, as intersecções possíveis entre as diretrizes curriculares e arte. Quando o texto das diretrizes (BRASIL, 2014) menciona “*Atenção à saúde: sendo capaz de **pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos***”, a partir da proposta de experiência da Sala de Arte e da análise dos registros pôde-se observar que há alguma carência por parte desses estudantes, de espaço e tempo para melhor elaborarem seu pensamento crítico em relação à constituição da sociedade por indivíduos autônomos. Somente em um espaço horizontal, onde os sujeitos são de fato compreendidos como sujeitos de si, de sua vida e de sua composição na sociedade, poderá haver a formação de estudantes capazes de pensar criticamente. E isso se dá tanto em relação a produção de cuidado em saúde quanto em relação a suas próprias vidas, para além do momento como estudantes.

Quando o texto das diretrizes aponta: “*Tomada de decisões: capacidade de **tomar decisões, avaliar, sistematizar e decidir as condutas***” Pode-se dizer que este trabalho indica que os estudantes possuem essas capacidades, com grande dedicação, inclusive. No entanto, também nos cabe salientar que isso se dá no âmbito do caráter biomédico, demonstrando, mais uma vez, que há alguma carência de espaço/tempo para elaboração de suas condutas no que diz respeito às tecnologias leves. A análise dos resultados indica que as relações com usuários são pautadas por percepções frágeis, passíveis de amadurecimento. Amadurecimento que lhes permita ter algumas certezas em relação, por exemplo, a não haver necessidade de mentir sobre seus gostos pessoais para um usuário como caminho de aproximação, ou, que podem decidir individualmente se desejam ou não estabelecer relações de amizade com este ou aquele usuário, e que isso não provém de regras, mas de desejo e concepção individual.

No item *Educação Permanente*, onde há a colocação de que os profissionais “*devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação*” pode-se identificar no trabalho que os estudantes demonstraram grande compromisso e responsabilidade com sua educação. Já a indicação de que devem aprender a aprender, a dificuldade fica por conta do perfil de exigências. Para aprender algo dentro do perfil já estabelecido na instituição, os estudantes demonstraram

facilidade, já para aprender algo que foge aos padrões do estabelecido, houve resistência. Aspecto compreensível se levarmos em conta tudo o que está em jogo em um processo de formação, incluindo o “currículo oculto”.

Considerando as habilidades e competências, de ***compreender a constituição do humano, as relações sociais, o psiquismo***, quando foi indicado ‘*propor uma conexão com o papel da Arte de provocar situações, proporcionando contato com diferentes realidades representadas artisticamente, e assim promover a reflexão e compreensão acerca da constituição do humano, as relações sociais e o psiquismo*’. Pode-se observar pelo conjunto das situações aqui expostas, vivenciadas pela proposta de experiência da Sala de Arte, que a provocação de situações se deu não apenas pelo contato com obras de arte, mas também com outros seres humanos em estado de fazer arte, propiciando ambientes diversos de compreensão da constituição humana, das relações sociais em encontro com outros psiquismos. Não houve consenso na maneira pela qual os estudantes perceberam a Sala de Arte como oportunidade de lidar com outros seres humanos, demonstrando que as relações sociais, assim como a constituição do ser humano e o psiquismo ainda são aspectos que merecem ser mais abordado em seus processos de formação.

Já ***observar, descrever e interpretar de modo fundamentado e crítico as situações da realidade que concernem ao seu universo profissional***, que abarcam ações inerentes a atividades de Apreciação, foi propiciado pela própria experiência do encontro em si, na Sala de Arte. Dificilmente algum estudante passou por aquela experiência sem se reposicionar a partir da observação de uma nova realidade momentânea, dada. Ocorreu que alguns estudantes não demonstraram total consciência ou mesmo abertura para um reposicionamento (ou reterritorialização consciente), mas a percepção de si mesmos como fonoaudiólogos em nova situação de aprendizagem se deu, inevitavelmente, ainda que tenha sido pelo desconforto. Ao propor que os grupos de discussão fossem também um momento de reflexão formativa para os estudantes, foi dada a estes, uma nova oportunidade de reelaboração e interpretação de sua realidade profissional. Mais uma vez, no entanto, fica claro a importância desses espaços e a necessidade de que sejam ampliados e valorizados.

Ao promover que futuros profissionais de saúde apreciem obras de arte - considerando não apenas as obras de artistas conhecidos, mas a própria vivência da Sala

de Arte e também as obras de seus colegas (estudantes e usuários), permitindo que discutam outros mundos, outras histórias - estamos nos aproximando do exercício do cotidiano, de observação daquilo que por vezes é imponderável, ou ao menos, não tão visível nas relações humanas. Pode-se refletir acerca, por exemplo, da observação da diferença entre as necessidades reais dos usuários, e as que vêm travestidas de demandas, em suas práticas de saúde. Ao promover que profissionais de saúde produzam arte, estamos favorecendo este encontro consigo mesmos, e a compreensão do direito à manifestação da singularidade. Exercício este, que alimenta o exercício cotidiano das relações de alteridade, no respeito à existência e necessidades do outro.

Assim, por tudo isso, compreende-se que promover que profissionais da saúde tenham o exercício da Arte, vem ao encontro da intersecção, onde o campo prático da área de Arte corrobora com o campo teórico da Saúde. Ambos têm em comum, o contato íntimo e profundo com a vida dos interlocutores enquanto aperfeiçoam sua formação profissional.

Da solidão e da conectividade

E o percurso deste estudo me mostrou muitas coisas, e me trouxe a solidão, a ausência de interlocutores, não apenas no sentido de não ter com quem discutir artigos. Isso também! Mas fundamentalmente de não reconhecer nos atos cotidianos do local onde estava, resquícios dos assuntos com os quais eu estava me deparando nos estudos. Os termos ‘cuidado em saúde’, ‘integralidade’ não fazem parte do vocabulário corrente nessa instituição, ainda que possam estar presente em ações. Assim, aquilo que costumeiramente se aprende pelas referências, pela convivência, e que um grupo contribui para o crescimento dos seus membros, em relação aos assuntos desse estudo, não ocorreu no espaço da pesquisa, mas fora. Ao contrário, foi preciso desaprender, para me reconstituir. Tentei acompanhar as reuniões do grupo de Humanização, e cheguei mesmo a fazer uma breve apresentação deste trabalho, e uma atividade de arte, usando giz de lousa no lugar da tinta. Ensaíamos algumas conversas, mas precisei me afastar. Em busca de conhecimento e de interlocutores, fui cursar disciplinas fora de Bauru, não conseguindo mais acompanhar o grupo. E por isso também, aos poucos fui me afastando da instituição, tentando me concentrar naquilo que eu estava aprendendo nos estudos, tentando desimpregnar de mim, o formato das coisas aprendidas até então, no mestrado.

Não penso que o diálogo ou a convivência não são possíveis, mas precisava haver algum recolhimento e distanciamento, para me impregnar de novas coisas, e preenchida, poder olhar de fora e colaborar mais. Precisava buscar conectividade e um novo estado de compreensão que me permitisse realizar uma pesquisa que fizesse sentido. As disciplinas cursadas fora, uma sobre pesquisa qualitativa (na Escola de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto) e outra sobre arte, experiência, educação e cartografia (na Escola de Comunicações e Artes da USP/SP), foram fortalecedoras. Assim como foi fortalecedora a participação no Congresso da Rede Unida, em Fortaleza (CE), em 2014, quando pude me aproximar de pessoas que têm buscas similares às minhas. Uma dessas pessoas foi Cléo Lima, que trabalha com promoção de saúde, instalando ‘espaços de brincar’ (Tenda da Brincança) em ambientes de vulnerabilidade social. Também foi fortalecedora a visita ao encontro da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde, na USP (SP), e em um segundo momento na UFRJ (RJ), quando pude assistir a defesa de tese de Kathleen T. Cruz, que muito me inspirou. Na mesma viagem ao Rio de Janeiro, estive com o grupo do Laboratório de Sensibilidades e Devires (LSD), realizando oficinas de arte, assistindo aulas e aprendendo com seus estudantes, sobre outros ‘*modos de estar estudante*’. E, entre solidão e conectividade, estive com as duas.

Na busca pelas ‘medidas da experiência’

*“E então, generosa e honestamente ele me disse: _precisa de mais sangue, suor e lágrimas!
Ao que eu, receptiva, mas brava por já ter suado e sofrido bastante, continuando insatisfeita
ao tentar me enquadrar, retruquei com a maior verdade que eu poderia me dizer:
_ E amor e prazer também...
Mas ele ainda me disse
_Sai do armário!
E só depois fui entender que falávamos a mesma coisa!
Sim, era necessário não me enquadrar e sair do armário! E para isso seria preciso mais
sangue, mais suor, mais lágrima e mais amor e mais prazer também!”*
(de diálogo com Marco Akerman / caderno de notas)

Entendendo que sair do armário seria tornar visível no trabalho, aquilo que tenho e que elaboro de forma permanente em mim, impossível seria apenas seguir um gabarito proposto para estruturação da tese, de forma rígida, onde eu tivesse apenas que

me adequar. Mas de que lugar olhar para as peculiaridades desta pesquisa feita de entrecruzamentos de territórios de diferentes áreas (arte, educação e saúde). Caberia aqui um referencial pinçado das pesquisas em saúde pública? Talvez... Da psicologia, quem sabe? Ou da educação? Com certeza, fosse eu um ser humano formado em qualquer uma dessas áreas, e creio que as visões norteadoras poderiam facilmente caminhar por aquelas estradas. Mas não sou um ser humano apenas formado por uma faculdade de arte, ou mais especificamente, Educação Artística (hoje, arte-educação). Sou um ser humano que vive completamente imerso na compreensão da vida pelo prisma da arte-educação, aprecio o mundo, contextualizo a vida e faço arte. Como na epígrafe acima, entendi que é necessária a dor de ser visceral, mas que mesmo na pesquisa é preciso amor e prazer. Amo arte-educação. Tenho prazer em ser arte-educadora, e isso é visceral em mim. E é imprescindível sermos honestos. Honestos com aquilo que somos, com aquilo que amamos, com aquilo que temos, com aquilo que pretendemos, com a maneira real como as coisas acontecem, e por aí em diante. Assim, permeada por aprendizagens e descobertas honestas, foi realizado este trabalho, inserindo a Proposta Triangular para o ensino da arte, como sustentação do olhar analítico. E então, apreciei, contextualizei e dialoguei com os assuntos do estudo, fazendo arte (sangrando, suando, chorando, amando e tendo prazer), encontrando por fim, a minha ‘experienciometria’ (Akerman, 2013).

Arte e formação humana

Falar de Arte na formação dos profissionais de saúde é quase como falar de Arte na formação de qualquer indivíduo. Quase. A Arte é a área dos saber que lida com a expressão das subjetividades, das singularidades e convoca os seres humanos a olharem com novos olhos o que muitas vezes lhes passa despercebido. Há milhares de anos o Homem aderiu ao pictórico nas paredes das cavernas, produzindo o que hoje chamamos de Arte Rupestre. Tinha ele consciência da Arte? Tinha necessidade da Arte, por razões muitas... Apreciar Arte ou Fazer Arte são dois caminhos possíveis que merecem cuidados particulares. Apreciar Arte, reconhecer signos, códigos visuais, interpretar. Avançar do olho para todos os sentidos. Identificar na obra de arte a expressão de outra subjetividade. Fazer Arte, mais que envolver-se com materiais e técnicas buscar sua própria identidade a ser expressa, e identificar-se como ser criador. Confessar-se ao mundo. Render-se às próprias inquietações. Manifestar-se. Qual é o ser humano que pode abrir mão de reconhecer sua singularidade e manifestá-la? Somente nesse jogo de leitor e leitura, ou

caça e caçador, em que assumimos ambos os papéis, podemos exercitar a sutileza de nos relacionarmos para além das superfícies. Para OSTROWER (1978, p 18)

“ao se tornar consciente de sua existência individual, o homem não deixa de conscientizar-se também de sua existência social, ainda que esse processo não seja vivido de forma intelectual. (...) Representando a individualidade subjetiva de cada um, a consciência representa a sua cultura.”

Cotidianamente, em nossas relações, somos tomados pelo correr das horas, pelas urgências, pelas necessidades práticas. E assim também, com poucas exceções, todos nós, brasileiros, fomos formados. Nosso sistema de ensino promove, não apenas na área da saúde, mas de forma geral, o conhecimento fragmentado, a individualidade no lugar da singularidade, a passividade no lugar da autonomia. Há tempos, Paulo Freire e outros pensadores propuseram mudanças. Mas... é lenta, e ainda somos, de forma geral, fruto de uma educação quadriculada, onde os horários das disciplinas se encaixam no cumprimento da carga horária exigida, dentro da disponibilidade dos professores e seus conteúdos são estanques. Hoje, penso que Arte não é apenas uma disciplina, mas uma forma de olhar para o mundo. Pois lidar com percepção e expressão de subjetividade, lidar com aquilo que é invisível, interfere diretamente em nossa forma perscrutar a vida.

Mas, quando digo que falar de Arte na formação do profissional de saúde é quase o mesmo que falar de Arte na formação de qualquer indivíduo, digo-o seguindo uma linha de pensamento: todos sabemos que saúde é o ‘bem mais precioso’, que está no topo das preocupações dos seres humanos (Merhy, 2013). O significado de saúde tem como inerente o significado de Vida. E o profissional de saúde lida com todas as expectativas do indivíduo em suas possibilidades de lidar com a Vida. Um encontro que *não acontece* entre profissional e usuário pode definir a relação que pessoas, têm, não apenas com suas condições ‘diagnósticas’, mas com a vida. E no campo de intersecção com o significado maior que se possa dar à palavra Vida, está também a Arte. Como já nos indicou Ostrower (1978), o ato criador nos amplia em significados de vida. E é nessa peculiaridade de intersecção, nessa área comum de significado, por onde transitam a saúde e a arte, que creio, pode-se gerar um campo, potencializador de sensibilidades. Quando esse campo de intersecção ocorre durante o processo de produção do cuidado, e uns e outros se enxergam, sem hierarquias, mas mutuamente como obras de arte, aí alcançaremos o sentido maior da saúde e da arte: potencializar a vida.

E em tendo dito isso, compreendendo que cuidar também é formar o ser humano, e forma-lo também é um cuidado, resgata-se então que os vieses que a Arte traz em sua intersecção com a produção de cuidado em saúde, podem sim, instigar processos de transformação nos encontros entre sujeitos, promovendo encontros baseados mais que na ética profissional, na estética das relações.

8 CONCLUSÃO

De acordo com a análise dos resultados, a percepção dos estudantes indica que há em sua formação, predomínio do caráter hegemônico, centrado em produção de procedimentos. Os resultados também indicam haver carência de espaços voltados para o diálogo, para a reflexão sobre sua prática de cuidado, assim como, espaços de escuta e interpretação, no âmbito da integralidade. Conclui-se assim, que a proposta de experiência da Sala de Arte, oportunizou espaço aos estudantes para reflexão a respeito de cuidado em saúde e arte, dessa forma contribuindo para sua percepção e prática de saúde de forma integral e sensível.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. "Currículo oculto": há que se evidenciar ainda mais a sua associação com preconceitos, abusos, humilhações, e violências nas escolas médicas. In: Cartilha: **Trote e Currículo Oculto: a formação médica para além do que se vê**. Coordenação de Cultura. DENEM, 2015

_____. Medidas de experiência e cienciometria para avaliar impacto da produção científica. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.4, 2013

_____. Podemos falar de ambiente e saúde problematizando as conexões entre saúde e desenvolvimento? **R. RA'E GA**, Editora UFPR, Curitiba, n. 15, p. 43-53, 2008

ÁVILA VALDÉS, N.A. Un modelo de integracion de Arte y Salud em Espana: El proyeto Curarte I+ D; **A la Promoción de la Salud Hacia promoc. Salud**, v. 18, n. 1 Manizales, jan./jun. 2013. Disponível em: <
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a10.pdf>> Acesso em 4 de ago. 2015.

AYRES, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8,n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004a

AYRES, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004b

AYRES, B. Oficinas de criação e música com trabalhadores em situação de afastamento do trabalho. **RELATÓRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**. PIBIC/CNPq, 2012-2013

BARBOSA, AM. **A Imagem No Ensino da Arte: Anos 80 e Novos Tempos**. 3ªed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

_____. As mutações do conceito e da prática. In: _____ (org.). **Inquietações e Mudanças no Ensino da Arte**. São Paulo: Cortez, 2002. P. 13-25

BARBOSA, JA. **A Leitura do Intervalo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Cultura/Illuminuras, 1990.

BARJA, W. Intervenção/terinvenção: a arte de inventar e intervir diretamente sobre o urbano, suas categorias e o impacto no cotidiano. **Revista Ibero-americana de Ciência da Informação (RICI)**, v.1, n.1, p.213-218, jul./dez. 2008. Disponível em: <
<http://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/viewFile/816/2359> > Acesso em: 5 ago. 2015

BARROS, MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde. In: **Ensinar saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**

BARROS, RB; Passos, E. Diário de Bordo de uma viagem-intervenção. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Org. Passos, E; Kastrup, V, Escóssia, L. Porto Alegre, Sulina p 172-200; 2012

BERTUSSI, DC. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos e na gestão municipal em saúde**. Tese- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BEZERRA JR, B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: Souza, A.N.; Pitanguy, J (org.). **Saúde, Corpo e Sociedade**. RJ: Editora UFRJ, 2006. p. 91-109

BLASCO, P.G.; Gallian, D.M.C.; Roncoletta, A.F.T.; Moreto, G. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo. **Rev. bras. educ. méd**; 29(2):119-128, maio-ago. 2005.

BONDIA, JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação** Jan/Fev/Mar/Abr 2002, p 20-28

BRASIL, **Cadernos HumanizaSUS**. v.1 Série B. Textos Básicos de Saúde 242 p Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Educação. CNE. Resolução CNE/CES 5/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf> (último acesso em 28/05/14)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde **AprenderSUS: O SUS e os cursos de graduação na área da saúde**, Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRODERICK, S. Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts **Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice** Volume 3, Issue 2 pages 95-109, 2011

CASETTO, SJ, CAPOZZOLO, AA; MENDES, R; HENZ, AO; AZEVEDO, AB. A investigação da experiência. In: **Clinica Comum: Itinerários de uma formação em saúde**. Org. Capozzolo, AA; Casetto, SJ; Henz, AO. Hucitec, 2013

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina (org.) **Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O.; KINOSHITA, R.T. Movimento de constituição do eixo Trabalho em Saúde, In: **Clínica Comum** – itinerários de uma formação em saúde. Hucitec Editora, São Paulo, 2013a

_____. IMBRIZI, J.M.; LIBERMAN, F.; MENDES, R. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. Experience, knowledge production and health education. Botucatu, **Interface Comunic. Saude, Educ** v.17, n.45, p.357-70, abr./jun. 2013b

CECCIM R.B.; MERHY, E.E. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. Botucatu, **Interface - Comunic. Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

CECÍLIO, LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Botucatu, **Interface – Comunic. Saude, Educ** v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011

CECÍLIO, LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** CEPESC, 2009

CLARK , L. **Textos de Lygia Clark, Ferreira Gullar e Mario Pedrosa**. RJ: Funarte, 1980.

CLIFT, S; CAMIC, PM; CHAPMAN, B; LAYTON, G; DAYKIN, N; EADES, G; ARKINSON, C; SECKER,J; STICKLEY, T; WHITE, M. **The state of arts and health in England** ,2009

COSTA, MRM. Currículo oculto, a formação profissional e as opressões. In: **Cartilha: Trote e Currículo Oculto: a formação médica para além do que se vê**. Coordenação de Cultura. DENEM, 2015

COSTA, TL. **Multimídia sobre velofaringe e palatopastia na fissura labiopalatina**. [Dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais- Universidade de São Paulo, 2012

CRUZ, KT. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros**. [Tese]. Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

DEWEY, J. A Arte como experiência. In: DEWEY, J. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural. (1950) 2010.

DUTKA JCR; PEGORARO-KROOK MI. **Avaliação e tratamento das disfunções velofaríngeas**. ED. Marchesan IQ; Silva, HJ, Tomé, MC. 2014 . Pag 363-368. Roca: São Paulo.

FARINA, C. **Arte e formação**: uma cartografia da experiência estética atual. In: 31 Reunião Anual da ANPED, Caxambu MG. 2008. Publicado em: <http://31reuniao.anped.org.br/1trabalho/GE01-4014--Int.pdf> (último acesso em 28/05/14)

FAVARETTO, CF. Deslocamentos: entre a arte e a vida. **ARS** (São Paulo), v. 9, p. 94-109, 2011.

FERRAZ, MHCT; SIQUEIRA, ISP. **Arte-educação: Vivência, experiencição ou livro didático?** Edições Loyola. São Paulo, 1987.

FONTESI; CMB; MONDINI, CCSD; MORAES, MCAF; BACHEGA, MI; MAXIMINO, NP. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada **Rev. bras. educ. espec.** vol.16 no.1 Marília Jan./Apr. 2010

FRANCO, TB; MERHY, EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado In: **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. Textos reunidos Hucitec/2013

FRANGE,LBP. Leituras de obras de arte e discussão acerca do lugar da apreciação na sala de aula de acordo com os parâmetros curriculares nacionais. In: **Encontro A compreensão e o prazer da arte**, 4: 1998: São Paulo. SESC, 1998, p.8-11

FISCHER, E. **A Necessidade da Arte**. Zahar Editores, Rio de Janeiro. 1979

GALVANESE, AT; NASCIMENTO, AF; OLIVEIRA, AF. **Arte e Cultura no centro de atenção psicossocial**. Rev. Saúde Pública, 47 (2), p. 360-367, 2103.

GOMBRICH, EH. **História da Arte**. Círculo do Livro, 1972.

GOMES, KB; NOGUEIRA, SMA. Ensino da Arte na escola pública e aspectos da política educacional: contexto e perspectivas **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 61, p. 583-596, out./dez. 2008

GOMES, MCPA; PINHEIRO, Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade... R **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago, 2005

IMBRIZI, JM in: A vida como obra de arte. In: **Psicanálise e mal-estar na universidade** LEITE, NVA; GASPARINI, EN, SOUZA JR. OS. (org.). Campinas, SP: Mercado de Letras, Coleção TerramaR, 2013.

IMBRIZI, JM. As Relações entre Arte e Formação: Desafios e Perspectivas da Universidade. In: **A Universidade como espaço de Formação de Sujeitos** MONFREDINI, I (org.). Unisantos. No prelo

IMBRIZI, JM; HENZ, AO; CASETTO, SJ; CAPOZZOLO, AA. **Cinema e Grande Saúde**—Encontros com Almodóvar. 2007.

ITAU. **Enciclopédia Itaú Cultura de Arte e Cultura Brasileira**. Disponível em:

<<http://enciclopedia.itaucultural.org.br/termo8882/intervencao>>. Acesso em: 10 ago.2015

JOLY, M. **Introdução à análise da imagem**. 11ª Ed. Campinas: Papirus (Ofício de Arte e Forma); 2000

JUNIOR, AGS; PONTES, ALM; HENRIQUES, RLM. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: **Ensinar Saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim, Ruben Araujo de Mattos (org) 2011.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R.; BASSET, V. L. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Nau, 2008. p. 465-481.

_____. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In, CAPOZZOLO, AA; CASETTO, SJ; HENZ AO, (Org.) **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde** Hucitec Editora, São Paulo, 2013

KUMMER AW. Velopharyngeal dysfunction (VPD) and resonance disorders. In: Kummer AW. **Cleft palate and craniofacial anomalies: the effects on speech and resonance**. (2nd ed.) San Diego: Singular Thomson Learning; 2008. p.145-76.

LANKSTON, L; CUSACK, P; FREMANTLE, C; ISLES, C Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence. **Journal of the Royal Society Of Medicine J R Soc Med**. Dec;103(12):490-9, 2010

LIMA, RAG; AZEVEDO, EF NASCIMENTO, LC ROCHA, SMM. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. **Ver. Esc. Enferm. USP**, 2009;43(1):186-93, 2009

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.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Botucatu, **Interface - Comunic. Saude, Educ**. vol.114 nº 34 jul/set 2010

MARCH, C; FERNANDEZ VS; PINHEIRO, R; Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de novação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, R; CECCIM, RB E MATTOS, RA, (Org.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ: ABRASCO, 2011

MARINO VCC, DUTKA, JCR, PEGORARO-KROOK MI, LIMA-GREGIO, AM. Articulação compensatória associada à fissura de palato ou disfunção velofaríngea: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**. 2012; 14(3):528-543.

MARTINS, MC; PICOSQUE, G; GUERRA, MTT. **Didática do Ensino de Arte: A Língua do Mundo: Poetizar, fruir e conhecer arte**. São Paulo: FTD, 1998

MATOS, OCF Antes da chuva: metamorfoses do círculo. **Psicol. USP** vol.26 no.2 São Paulo May/Aug. 2015

MATTOS, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) pg 1411 – 1412. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004 .

MERHY, E.E. Entrevista com o Professor Emerson Merhy – Encontro Regional da Rede Unida- Sudeste-2013. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=F_g5ihrJtA (último acesso em 28/05/14)

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec, 2013

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: Debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1ª ed..São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

_____. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

METRÓPOLIS: Arnaldo Antunes. Publicado no Canal da TVCultura no YouTube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=D9cM3h_FXKM>. Acesso em: 4 ago. 2015

MINAYO, MCS. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo, Editora Hucitec, 2013

MORAES, MCAF **A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares** [Dissertação] Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – Universidade de São Paulo, 2007.

OSTROWER, F. **Criatividade e processos de criação**. 9 ed. Petrópolis: Vozes. 1978

PASSOS E, BARROS RB, A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E, Kastrup, V, Escóssia, L. **Pistas do método da cartografia- pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012 p 17-31

PARDINI, MRS. **O ensino de artes na educação básica em tempos de avaliação: um estudo de caso em uma escola pública estadual paulista**. [Dissertação]. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Departamento de Psicologia e Educação – USP, 2010

PAULON, SM; ROMAGNOLI, RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, Ano 10, n 1, p. 85-102, 1º quadrimestre de 2010.

PEGORARO-KROOK MI, DUTKA-SOUZA JCR, MAGALHÃES LCT, FENIMAN, MR. Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In: Ferreira, LP, Befi-Lopes, DM, Limonge, SCO(Org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca; 2004. p. 439-55.

PILLAR AD, A Educação do olhar no ensino da Arte In: **Inquietações e Mudanças no Ensino da Arte**. Barbosa AM (org). São Paulo: Cortez, 2002 p 71-82

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**, disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>, Último acesso em: 02/07/14

PINHEIRO, R; CECCIM, R; MATTOS, RA **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde org. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO Rio de Janeiro, 2011

QUEIROGA BAM; PALMEIRA CT; MOURA MC. Ser especialista em Áreas da Fonoaudiologia. **Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia**. ED. Marchesan IQ; Silva, HJ, Tomé, MC. 2014 . Pag 1111-1115. Roca: São Paulo.

RIZZI, MCSL. Olho Vivo: Arte-educação na exposição Labirinto da Moda: Uma aventura Infantil. [Tese]. Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, 1999.

ROCHA, ML. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, p. 169-174, maio./ago. 2006.

ROMAN, JA. **Arte e Saúde**: uma interface a service da integralidade. Dissertação. UFSC, 2013

SAIPPA- OLIVEIRA, G; KOIFMAN, L e PINHEIRO, R. Seleção de conteúdo, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: **Ensinar Saúde**: A Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. p205-227, 2011

SÁ JUNIOR, LSML. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina** (CFM) jul/ago/set de 2004, pg 15-16),

SARDELICH, ME. Leitura de imagens, cultura visual e prática educativa. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 128, maio/ago. p 451-472. 2006

SCHWENKOW, F.C.M. **Um olhar sobre o Papel da Arte e da Cultura na Humanização do Cuidar.** disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7lZSt6znoX4J:www.artedesperta.org.br/site/wp-content/uploads/2012/12/Um-olhar-sobre-o-Papel-da-Arte-e-a-Cultura-na-Humanizacao-do-Cuidar-Fabiane.pdf+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> (último acesso em 23/05/2014)

SEGRE, M; FERRAZ, FC. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997

SERVILHA, EAM; SILVA RC. **Políticas e Práticas de Promoção da Saúde** – Equidade e Intersetorialidade. ED. Marchesan IQ; Silva, HJ, Tomé, MC. . Pag 705-709. Roca: São Paulo. 2014

SILVA FILHO OG, FREITAS JAS. Caracterização Morfológica e Origem Embrionária. In: TRINDADE IEK, SILVA FILHO OG (coord). **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar.** São Paulo: Editora santos; 2007, p 17-49

SILVA JUNIOR, AG; PONTES, ALM; HENRIQUES, RLM. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R; CECCIM, RB E MATTOS, RA, (Org.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011

SILVA, CS. **Conhecimento, subjetividade e saberes produzidos no Projeto de Extensão Boa Noite Bom Dia/UFF: a Arte na Formação em Saúde** [Dissertação] Instituto de Saúde da Comunidade- Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2013

SILVA, LFR. **Arte e formação em saúde: a experiência do Laboratório de Sensibilidades na UNIFESP – Campus Baixada Santista.** 2010

SILVA, LFR. CIPULLO, MAT; IMBRIZI, JM LIBERMAN, F. Oficinas de música e corpo como dispositivo na formação do Profissional de saúde **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 189-203, jan./abr. 2014 2014

SILVA, LFR; IMBRIZI, JM. “A experiência de oficinas de arte no Laboratório de Sensibilidades: possíveis interfaces com a formação em saúde. Artigo aprovado para publicação na revista **Psicologia em Revista** (no prelo). ISSN - 1678-9563

SILVEIRA LMC, RIBEIRO VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde. Botucatu, **Interface Comunic., Saúde, Educ.**; 9 (16):, p.91-104. set.2004-fev.2005

STENHOUSE, L. **La investigación como base de la enseñanza.** Textos seleccionados por RUDDUCK y D. HOPKINS Ed. Morata, S.L. 1998.

STARICOF, RL. **Arts in health: the value of evaluation.** Perspectives in Public Health May 2006 vol. 126 no. 3 116-120, 2006

SUGUIMOTO, MLFCP. **Análise da fala de indivíduos operados de palato entre 12 e 24 meses de idade:** estudo retrospectivo [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, USP; 2002.

TESSER, CD; LUZ, MT. Racionalidades médicas e **integralidade Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):195-206, 2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. **Fissuras labiopalatinas:** primeiros cuidados. [DVD] Bauru: Xingu Imagens Digitais, 2009.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis.** Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1977.

VERGARA, C. Carlos Vergara / **Programa Catálogo.** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Rr6FW9J7jRg> (último acesso em 28/05/14).

VILLANI, A.; FREITAS, D. Estrutura disciplinar, estratégias didáticas e estilo docente: categorias para interpretar a sala de aula. In: **REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO**, 24., 2001, Caxambu -MG. **Anais...**, Rio de Janeiro: ANPED, 2001. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PRkEpYdewycJ:24reuniao.anped.org.br/T0471253626282.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 7 ago. 2015.

WILLIAMS WN, et al. **Prospective clinical trial comparing outcome measures between furrow and von langenbeck palatoplasties for UCLP.** Ann Plast Surg. 2011; 66(2):154-163.

ZANCHET, L; PALOMBINI, AL; YASUI,S. Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica. Botucatu **Interface- Comunic., Saúde, Educ** [online]. 2015, vol.19, n.55, pp.1039-1050. Epub 18-Ago-2015. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0594>.

Anexos

ANEXO 1 Estrutura Curricular do curso de fonoaudiologia da FOB/USP - Bauru

Fonte: Projeto Pedagógico - Curso de Fonoaudiologia/ FOB – USP, 2016
<http://www.fob.usp.br/pagina/336>

ANEXO 2 Distribuição da carga horária do curso de fonoaudiologia da FOB/USP

Contexto da distribuição da carga horária do curso:

- (1) **Ciências Biológicas** (Anatomia, Fisiologia, Histologia e Embriologia, Microbiologia, Bioquímica, Patologia Geral, Farmacologia, Fundamentos de Genética) e **Ciências relacionadas a outras profissões da Saúde** (Fundamentos de Ortodontia, Otorrinolaringologia e Semiologia e Neurologia): 705 horas
- (2) **Ciências Sociais e Humanas** (Psicologia, Comunicação e Relações Interpessoais, Ética e Orientação Profissional, Linguística e Fundamentos em Língua Brasileira de Sinais): 330 horas
- (3) **Formação em Pesquisa** (Metodologia de Pesquisa, Estatística, Orientação à Pesquisa Fonoaudiológica I e II, Trabalho de Conclusão de Curso): 240 horas
- (4) **Ciências Fonoaudiológicas**: 2.715 horas
 Fundamentos em Fonoaudiologia: 15 horas
 Audiologia: 855 horas
 Linguagem: 735 horas
 Motricidade Orofacial e fala: 375 horas
 Saúde Coletiva: 285 horas
 Voz: 330 horas
 Disciplinas Optativas eletivas: 120 horas

Carga horária final: 3.975 horas (a ser cumprida pelo aluno entre disciplinas obrigatórias e optativas eletivas para a conclusão do curso).

Fonte: Projeto Pedagógico - Curso de Fonoaudiologia/ FOB –USP, 2016
<http://www.fob.usp.br/pagina/336>

ANEXO 3: Cópia do Nº do Parecer e aprovação do CEP **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Cuidado em Saúde e Arte na perspectiva de estudantes de fonoaudiologia.

Pesquisador: Tarcila Lima da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37100014.9.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 885.840

Data da Relatoria: 17/11/2014

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação, assim como os relatórios semestrais, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios, quando solicitados no parecer.

Anexo 4 Roteiro para Grupos de Discussão - Cuidado em Saúde e Arte - (Início do PFI)

1. Como se dá o processo de cuidado em fonoaudiologia?
2. O que é o cuidado?
3. Se fosse pra fazer um fluxo do cuidado em fonoaudiologia, onde é que ele se inicia?
4. A Arte ou, as práticas artísticas, fazem parte do tratamento?
5. O que vocês consideram que é arte?
6. Vocês acham que de alguma forma a Arte interfere na relação com o paciente, na produção de cuidado?

Roteiro para Grupos de Discussão - Cuidado em Saúde e Arte - (Final do PFI)

1. A experiência com Arte (que tiveram aqui) pode ser considerada como um cuidado em saúde?
2. Essa experiência com a Arte propiciou algum tipo de reflexão?
3. Quais sensações, emoções e pensamentos fizeram parte da experiência de fazer Arte?
4. A experiência de fazer Arte junto com o paciente modifica alguma coisa na relação entre profissional de saúde e paciente?