

Ana Tereza Costa Galvanese

**A produção do cuidado através de atividades de arte e
cultura nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS/
Adultos do município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

São Paulo
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Galvanese, Ana Tereza Costa

A produção do cuidado através de atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS/ Adultos do município de São Paulo / Ana Tereza Costa Galvanese. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira.

Descritores: 1.Saúde mental 2.Serviços comunitários de saúde mental 3.Centros de atenção psicossocial 4.Arte 5.Cultura 6.Pesquisa qualitativa

USP/FM/DBD-415/10

Ao poeta Mario

meu pai (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Prof^a Dr^a Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, minha orientadora, e à Prof^a Dr^a Andréia de Fátima Nascimento, coordenadora da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo, pela presença segura e paciente em todos os momentos, mesmo aqueles mais difíceis; e pelo cuidado generoso, repleto de carinho: não há palavras suficientes para expressar minha felicidade por tão bons encontros.

Aos trabalhadores e participantes das atividades acompanhadas, aos gestores e equipes dos CAPS, por compartilharem conosco seus conhecimentos construídos nas práticas, tornando este trabalho possível.

Às pesquisadoras que integraram o grupo de pesquisa, Bruna Suruagy, Cristina Maher, Janaína Aguiar, Laila Velho, Ligia Kiss, Tathiana Machado, pela convivência enriquecedora durante a realização do campo.

Aos Professores Doutores da minha banca de qualificação, Andréia de Fátima Nascimento, Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Lygia Maria de França Pereira, pelos comentários críticos e sugestões que tanto contribuíram à conclusão deste trabalho.

Ao professores André Mota, Claudia Mara de Melo Tavares, Renata Mecca e novamente Elizabeth Lima, pelas indicações de literatura e comentários; e às professoras Elisabete Meola e Isabel Marazina, pelas preciosas informações acerca dos modelos de atenção à saúde mental na cidade.

À Janaína e à Cristina, novamente, pelas interlocuções e pelo apoio afetuoso.

Ao Leandro Kuhlmann, pela tradução para o inglês do resumo desta dissertação.

À Lilian, Mirian e Tiago dos Anjos pelo apoio logístico e dedicada atenção.

À equipe do PACTO, especialmente Érica, Eli e Beth que, antes mesmo desta empreitada, me indicaram caminhos possíveis para conjugar ‘cuidar’ e ‘criar’.

À Regina e ao Domingos, antes e agora, pelos cuidados da alma.

Aos amigos, tão queridos, que me incentivaram e acompanharam essa jornada: a todos eles e, em especial: meus filhos Gabriel e Leandro; meu irmão Mario; Andréia, Magna, Ana Ângela, Terezinha Baiana, Clarissa e Ricardo.

“Todos sabemos que a arte não é verdade. A arte é uma mentira que nos faz compreender a verdade, pelo menos a verdade que podemos compreender”.

Pablo Picasso

“a ‘obra’, aquela do artista, do filósofo, inventa em primeiro lugar aquele que a criou, que se supõe que a tenha criado”

Nietzsche

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L.Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely campos Cardoso, Valeria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de biblioteca e Documentação; 2005.

SUMÁRIO

Lista de Quadros

Resumo

Summary

APRESENTAÇÃO	1
1. ARTE E CULTURA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	5
1.1. Sobre o modelo de atenção à saúde mental.....	6
1.2. As atividades de arte e cultura nos CAPS	11
1.3. Arte, cultura e intersetorialidade na atenção à saúde mental	12
1.4. Arte e saúde: intersetorialidade na cidade de São Paulo.....	13
2. ARTE, CULTURA E ATENÇÃO PÚBLICA À SAÚDE MENTAL NA HISTÓRIA DE SÃO PAULO	15
2.1. A Escola Livre de Artes Plásticas do Juquery	16
2.2. O Programa de Saúde Mental – PSM	20
2.3. Os Ambulatórios de Saúde Mental	23
2.4. Os Centros de Convivência do Juqueri	25
2.5. O primeiro Centro de Atenção Psicossocia.....	27
2.6. O Modelo Integral em Saúde Mental	30
3. ARTE E CULTURA.....	35
3.1. Arte.....	36
3.1.1. Arte como formatividade.....	37
3.1.2. Arte como necessidade vital	38
3.1.3. Estado de Arte	41
3.2. Cultura.....	43

4. CUIDADO	47
4.1. Cuidado como demanda de saúde na sociedade contemporânea	48
4.2. Cuidado, intersubjetividade e reabilitação psicossocial.....	52
5. ATIVIDADES	57
5.1. Atividades e Reforma Psiquiátrica.....	58
5.2. Atividade, experiência e produção de sentido.....	60
5.3. Particularidades do trabalho com as atividades de arte e cultura.....	63
6. OBJETIVOS	67
7. MATERIAL E MÉTODOS	69
7.1. A produção das informações	71
7.2. Considerações éticas	73
7.3. Processo de análise.....	73
8. RESULTADOS	77
8.1. Enquadre	78
8.1.1. Contextos	78
8.1.2. Profissionais	78
8.1.3. Insumos.....	79
8.2. O processo de cuidado	81
8.2.1. Características dominantes	81
8.2.2. Diferenciais do processo de cuidado	82
8.2.3. Dificuldades.....	84
8.2.4. A atenção à crise.....	85
8.3. Atividades	87
8.3.1. Elenco	87
8.3.2. Repertórios	87
8.4. Vínculos	92
8.4.1. Interações.....	92
8.4.2. Temas	93

8.5. Produtos.....	95
8.6. O olhar dos profissionais acerca das atividades.....	96
8.7. A visibilidade das atividades de arte e cultura no âmbito dos serviços	97
8.8. A produção de atividades relacionadas ao território	98
9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
9.1. Três tendências de cuidado	105
9.2. Produção do cuidado, intersubjetividade e reabilitação psicossocial.....	107
9.3. Arte e cultura como forma de cuidado.....	108
9.4. Ambigüidades e entretenimento.....	111
9.5. Arte, cultura e cuidado no projeto terapêutico	113
9.6. Arte, cultura e cuidado: território e redes de apoio social.....	114
9.7. Desafios na produção do cuidado através de atividades de arte e Cultura.....	117
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
11. ANEXOS	121
Anexo 1. Roteiro de observação das atividades.....	122
Anexo 2.Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais	123
12. REFERÊNCIAS.....	127

Lista de quadros

Quadro 1. Diferenciais do processo de cuidado82

Quadro 2. Diferenciais relacionados ao repertório de atividades88

Resumo

Galvanese ATC. A produção do cuidado através de atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS/ Adultos do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

O objetivo desta pesquisa foi descrever e analisar a produção do cuidado através das atividades de arte e cultura nos CAPS que atendem adultos no município de São Paulo, conforme informado pela observação dessas atividades e breves relatos de profissionais envolvidos nesse cuidado. Trata-se de investigação empreendida a partir de parte da base de dados da pesquisa *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo*, desenvolvida em 21 CAPS que atendem adultos entre 2007 e 2008. Foram analisados os relatos de observação etnográfica das 126 atividades de arte e cultura que integraram aquela pesquisa. O método empregado foi análise de conteúdo, com referenciais da reabilitação psicossocial; da arte e da cultura; e de meios terapêuticos em Terapia Ocupacional (enquadres, atividades e vínculos). A interpretação dos resultados deu visibilidade a três tendências de cuidado. A primeira foi caracterizada por atividades realizadas exclusivamente dentro do CAPS e voltadas à ampliação de competências pessoais, com vínculos relacionados a interações dentro dos grupos; temas referentes às dificuldades e desafios dos participantes; e produções culturais circunscritas ao ambiente dos serviços. O foco do cuidado foi o processo grupal e as atividades tiveram função predominantemente expressiva. A segunda tendência caracterizou-se por uma perspectiva clínica desenvolvida na interface da arte e da saúde, com desdobramentos em direção ao território. Predominaram as parcerias com espaços culturais, a diversidade de abordagens, a sustentação de experiências criativas e a ampliação dos repertórios culturais dos participantes. A ampliação das relações com os espaços da cidade, a autoria e as produções artísticas e intervenções culturais em âmbito mais amplo do que o CAPS caracterizaram essa tendência, em que arte, cultura e cuidado estiveram relacionados à produção de vida. Uma terceira e minoritária tendência esteve relacionada a dificuldades na condução das atividades; repertórios limitados; desconsideração de necessidades, desejos ou projetos dos participantes; e ausência de oportunidades de experiência estética e cultural. No seu conjunto, as atividades tiveram pouca visibilidade para gestores, com escassez de discussão no âmbito das equipes multiprofissionais e um aproveitamento tímido na articulação de redes de apoio social aos sujeitos da atenção, percepções essas que sugerem uma possível fragmentação do cuidado, tanto em relação ao projeto terapêutico do CAPS quanto aos projetos individuais. Seu pleno desenvolvimento, na perspectiva da reabilitação psicossocial, parece depender: do acesso dos profissionais a bens culturais, processos criativos e recursos de avaliação; da sua visibilidade, para gestores e equipes, enquanto trabalho implicado na instauração de formas de convívio com a diferença; e da consideração de todos os atores envolvidos como produtores de *atos de cultura*.

Descritores: Saúde Mental. Serviços comunitários de saúde mental. Centros de Atenção Psicossocial. Arte. Cultura. Pesquisa qualitativa.

Summary

Galvanese A. T. C.. Mental healthcare production through artistic and cultural activities in the Psychosocial Health Care Community Services(CAPS) at the city of São Paulo, southeastern Brazil. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

The research's main goal was to describe and analyse the mental health care through artistic and cultural activities in 21 Psychosocial Health Care Community Services (CAPS) at the city of São Paulo. These facilities are targeted to the treatment of adult people undergoing serious mental illness. This research was developed using part of the data base of the *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo* research, carried out from 2007 to 2008. The ethnographic observation reports related to all 126 artistic and cultural activities and a brief report of the health providers about it were analysed through *content analysis*. The theoretical framework included the concepts of psychosocial rehabilitation, art and culture and occupational therapy perspectives. It was possible to identify three main trends of mental health care. The first, more common trend, consisted of activities conducted strictly inside the CAPS's facilities, aiming to improve personal capacities, to stimulate the self knowledge, to establish bonds among the patients, to share life's adversities; the focus of this procedures were the patients group process. The second trend included activities outside the facilities, in public spaces and cultural facilities; aiming artistic and cultural creative experiences and social reinsertion; this trend stood out by using both health and art professionals, with different approaches. The third and smaller trend had difficulties to conduce their activities, lacking of cultural repertory, disregarding of patient's needs, desires or projects and lack of aesthetic and cultural experiences. The art and culture activities, in general, had low visibility to managers and healthcare teams and were barely considered in the social support network strength. The results suggest a fragmentation of the care provided, both in institutional terms as in individual therapeutic project. To develop a more comprehensive care with the whole development of art and culture activities would depend on: providers have greater access to creative and cultural experiences and evaluation resources; managers and providers teams to acknowledge these activities; the acceptance of the differences; and everybody start to be considered as *facts of culture* producers.

Descriptors: Mental health. Community mental health services. Psychosocial health care services. Art. Culture. Qualitative research.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é dedicada à investigação dos modos de produzir cuidado através das atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossocial/ CAPS que atendem adultos no município de São Paulo. Através de diferentes narrativas, procurei compreender os sentidos construídos por esses profissionais, ao empreenderem tal leque de ações nesses serviços, face aos desafios colocados pela perspectiva da reabilitação psicossocial.

A oportunidade e o desejo de realizá-la nasceram da minha vinculação a uma pesquisa maior e mais abrangente que foi dedicada a compreender o universo dos CAPS nesse município. Trata-se da pesquisa *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo*, realizada mediante o Edital MCT-CNPq/ MS-SCTIE-DECIT/ CT-Saúde nº 07/2005 (CNPq – Proc. nº 554513/2005-6), coordenada pela Prof^a Dr^a Andréia de Fátima Nascimento e sediada no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Nascimento 2006).

Aquela pesquisa foi realizada entre abril de 2007 e abril de 2008 e abrangeu 21 CAPS que atendem adultos nesse município, estudados quanto à estrutura, processos de cuidado e resultados. O estudo compreendeu: observação de tipo etnográfico do funcionamento de uma semana típica em cada um dos serviços; entrevistas semi-estruturadas com profissionais; e estudo de coorte envolvendo os usuários intensivos desses serviços. A observação incluiu todo o desenvolvimento da atenção e foi registrada em cadernos de campo e planilhas de informações gerais de cada serviço. Participaram do trabalho de observação seis pesquisadores, uma das quais a autora deste trabalho. Entre 457 atividades grupais

de diferentes modalidades, predominaram aquelas que envolveram arte e cultura – 126 atividades (Nascimento e Galvanese 2009). A pesquisa em pauta toma as narrativas produzidas pelos observadores dessas atividades de arte e cultura, assim como os depoimentos dos profissionais que as exerceram, na intenção de compreender as formas de produção do cuidado pela via da arte e da cultura nos CAPS da cidade de São Paulo.

Além da oportunidade de estudo propiciada por essa pesquisa maior e do seu valor para mim, enquanto aprendizado ético, técnico e humano, eu considero dimensões também constitutivas deste trabalho a minha formação em Terapia Ocupacional, assim como a minha participação anterior em atividades do Programa Permanente Composições Artísticas e Terapia Ocupacional/ PACTO - um dispositivo artístico e clínico, desenvolvido no Laboratório de Estudo e Pesquisa Arte e Corpo em Terapia Ocupacional da FMUSP, que articula ensino, pesquisa e acompanhamento a grupos da comunidade, através do desenvolvimento de projetos que envolvem o fazer artístico, a divulgação das produções realizadas e a atualização cultural (Lima 2009).

Como terapeuta ocupacional participante, por parte desse programa, no convênio de cooperação acadêmica entre este e o Museu de Arte Contemporânea/ MAC-USP (Coutinho et al. 2009)¹, eu tive a oportunidade de compartilhar com o arte-educador a potência e os desafios de uma parceria de trabalho em ateliê de

¹ Coutinho S, Lima EA, Castro ED, Inforzato EA, Lima LJC, Galvanese AT, Asanuma G. Ações de Terapia Ocupacional no território da cultura: uma experiência de cooperação entre o Museu de Arte Contemporânea da USP - MAC USP e o Laboratório de Estudos e Pesquisas Arte e Corpo em Terapia Ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. USP*. 2009 (no prelo).

idosos: criar e recriar uma sinergia de ação com todos e com cada um do grupo; reconhecer e favorecer experiências criativas; acolher eventuais necessidades de atenção clínica. Desde então, tenho crescente interesse por modos de cuidar que envolvem arte e cultura, suas potencialidades e seus desafios.

Posto isso, considero que o aumento expressivo do número de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em todo o país requer a produção e sistematização de conhecimentos e, ainda, a formulação de critérios de acompanhamento e avaliação para as práticas neles desenvolvidas, entre essas, aquelas que envolvem arte e cultura.

Espero que este estudo possa contribuir à visibilidade do elenco de abordagens estudado: quanto às suas dimensões terapêuticas e reabilitadoras; quanto às suas especificidades, em termos de processos de trabalho; e principalmente no que diz respeito às suas ofertas para os sujeitos da atenção.

A seguir, o capítulo *Arte e cultura na assistência em saúde mental*, que traz uma breve contextualização do atual momento da Reforma Psiquiátrica; e *Arte, cultura e atenção pública à saúde mental na história de São Paulo*, em que reúno algumas raízes das concepções e práticas atuais nesse campo de interface. As referências teóricas que orientam a pesquisa são apresentadas nos três capítulos seguintes: *Arte e Cultura*; *Cuidado*; e *Atividades*. Na seqüência, os capítulos *Objetivos* e *Material e Métodos* explicitam os eixos e os passos da pesquisa. *Resultados* e *Análise e discussão dos resultados* são apresentados separadamente, na intenção de permitir ao leitor acompanhar o processo de construção das conclusões aqui apresentadas.

1. ARTE E CULTURA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

1.1.Sobre o modelo de atenção à saúde mental

Para situar o lugar das atividades de arte e cultura no atual modelo de atenção à saúde mental, realizamos uma breve recuperação de suas propostas centrais. Para isso, tomamos como referência um entendimento de *modelo de atenção* que comporta a idéia de processo, tal como o define Campos (1992:16), como:

um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político (...) uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável.

Uma proposição central da Reforma Psiquiátrica, movimento em curso no Brasil nas últimas quatro décadas, é a substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo em rede caracterizado pela integração, horizontalização e regionalização dos cuidados (Pereira et al. 2008). Essa diretriz tem como perspectiva um cuidado humanizado, guiado pelas necessidades e potencialidades do sujeito da atenção e pela afirmação dos seus espaços de vida, o que pressupõe modificações das relações sociais, para que estas contemplem a convivência cidadã com a inclusão das pessoas com sofrimento mental grave e persistente em todos os espaços da vida cotidiana (Pitta 1999).

A reabilitação psicossocial, referência conceitual nesse modelo, se sustenta em uma perspectiva de deslocamento do objeto de intervenção - da doença e da periculosidade para a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o

corpo social” (Rotelli 1990:90) - de modo a contemplar questões implicadas na fragilização do potencial de ação dos sujeitos da atenção, como a ruptura de laços sociais, a desestruturação do cotidiano e, por vezes, a paralisação do curso da vida (Mecca e Castro 2008).

Tal deslocamento solicita a criação de modos de cuidar cujos sentidos sejam construídos no encontro com os sujeitos da atenção e a partir das suas necessidades (Amarante 2007); ao mesmo tempo, implica contínua referência ao contexto social, particularmente à contratualidade² nos três principais cenários do cotidiano: a moradia, as trocas sociais e o trabalho. (Saraceno 1995, 1996).

Dessa forma, a inclusão social, a autonomia e a cidadania são conceitos essenciais na construção desse modelo (Nicacio 1994) que demanda uma clínica ampliada – no sentido de considerar o sujeito na sua integralidade e em suas relações com os espaços da vida social; a construção de projetos terapêuticos singulares – com vistas a contemplar as potencialidades desse sujeito, sua autonomia, emancipação, inserção social e cidadania; e a interdisciplinaridade e intersetorialidade – o que pressupõe o diálogo na produção do cuidado em equipe multiprofissional e no contínuo intercâmbio com diferentes circuitos sociais.

Nesse sentido, a reabilitação psicossocial pode ser entendida como uma estratégia global, que envolve toda a política de serviços de saúde mental em uma

²Kinoshita (1996:55), referindo-se à contratualidade, afirma que: “no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio.” No âmbito da reabilitação psicossocial, trata-se de produzir situações de aumento do poder de negociação dos sujeitos da atenção, em suas relações sociais. Nesse sentido, há um deslocamento do trabalho terapêutico, que se volta à modificação das situações de desvantagem, com vistas ao aumento das trocas afetivas e materiais nos espaços de convivência social.

perspectiva de transformação, desde o modo como essa política é pensada, ao modo como é aplicada; e engloba todos os atores do processo saúde-doença: profissionais, usuários, suas famílias e a comunidade. Sua dimensão técnica se insere nessa estratégia, no sentido de aproveitamento das diferentes oportunidades e recursos do contexto com vistas à satisfação das necessidades dos usuários dos serviços (Saraceno, 1996; Pitta, 1996).

Como estratégia central na instauração desse modelo, os CAPS consistem em serviços abertos e comunitários, de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes³, a quem devem:

acolher, (...) estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (Brasil 2004:9).

A Portaria 336, de 19/02/2002, regulamenta o funcionamento desses serviços, por ordem crescente de porte e complexidade e por abrangência populacional – CAPS I, II e III, CAPSi, para atendimento de crianças e adolescentes e CAPSad, para atendimento de usuários com transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas. O atendimento é previsto em regime intensivo,

³ Essa prioridade dá concretude a uma orientação ético-política da Reforma Psiquiátrica, de criação de um modelo de atenção à saúde mental substitutivo ao manicomial. Ainda assim, inúmeros desafios estão postos para a consolidação desse novo modelo: o cuidado aos portadores de transtornos mentais comuns parece, até o momento, seu ponto de maior vulnerabilidade. (Pereira et al. 2008:79). Tal discussão, contudo, foge ao escopo deste trabalho.

semi-intensivo e não intensivo, com um funcionamento “segundo a lógica do território” (Brasil 2002: Artigo 1, Parágrafo 2º).

Como serviço substitutivo, cabe aos CAPS oferecer à população, dentro da sua área de abrangência, o atendimento em regime de atenção diária, devendo se pautar pela:

promoção da inserção social dos usuários, através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (Brasil 2004:13).

Outras atribuições desse serviço dizem respeito à organização da rede de cuidados de saúde mental na sua área: dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, regular a porta de entrada da rede de assistência; responsabilizar-se pelo controle do uso de medicamentos para a saúde mental; e supervisionar, juntamente com o gestor local, as unidades psiquiátricas existentes nesse território (Brasil 2002, 2004).

Desse modo, os CAPS ocupam, no modelo em rede, um importante lugar de articulação. Seja por se orientar pela noção de território - o que implica a mobilização de uma ampla rede de recursos: afetivos (família, relações pessoais etc.), sociais (habitação, trabalho, educação etc), econômicos (renda), culturais, de lazer e outros; seja por ser também responsável pela integração na estrutura da atenção à saúde mental, na composição com os demais serviços: pronto socorro psiquiátrico, leito psiquiátrico em hospital geral, serviço residencial terapêutico,

centro de convivência, programa de Saúde da Família - PSF, programa de agentes comunitários de saúde - Pacs (Pereira et al. 2008).

Nos CAPS, é previsto que a assistência esteja a cargo de equipes multidisciplinares, compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, entre outros profissionais; e é preconizado, como já dito, que os projetos terapêuticos sejam individuais e personalizados, respeitando as particularidades e necessidades de cada usuário, que deve contar com o acompanhamento mais direto de um terapeuta de referência, conforme explicita o documento normativo *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (Brasil 2004).

Os projetos podem incluir atendimentos individuais (médicos, psicoterapêuticos, de orientação), grupos terapêuticos, oficinas (expressivas e de geração de renda), atividades de suporte social (apoio para o exercício de direitos civis), atendimentos para a família (individuais, grupais) e atividades comunitárias (em conjunto com outras instituições existentes no território). Assembléias periódicas se destinam à promoção de espaços de convivência e ao aprimoramento do atendimento, através do diálogo entre usuários e técnicos dos serviços (Brasil 2004:21).

Podemos dizer que o desenho traçado nos documentos normativos contempla os conceitos essenciais do modelo em construção. Contudo, entre suas orientações e o cotidiano das práticas ocorrem mediações necessárias à sua operacionalização, cujos limites e potencialidades nos interessam conhecer.

Dados da pesquisa *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo* confirmaram, em grande parte, esse desenho; ao mesmo tempo, revelaram nítida heterogeneidade de funcionamento entre esses serviços, possivelmente relacionada: à história dos programas de saúde mental na cidade; à diversidade socioeconômica de suas diferentes regiões; e à presença de diferentes modelos de atenção psicossocial, com serviços que concentram as ações em seu interior e outros, que investem maiores esforços na construção de uma rede de cuidados (Nascimento e Galvanese 2009).

1.2. As atividades de arte e cultura nos CAPS

Ainda que, na produção da atenção, as práticas de cuidado se apresentem interligadas na composição dos projetos terapêuticos, nosso objeto de estudo demanda o artifício de focalizar, especificamente, as atividades de arte e cultura nos CAPS, mantendo em mente suas interações com outras práticas de cuidado. Tais atividades são assim descritas, em publicação do Ministério da Saúde:

Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro. (Brasil 2004:20)

Oficinas culturais: atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior

integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia. (Brasil 2004:22)

De acordo com Galletti (2004), o termo “oficinas” designa, na saúde mental, um espectro muito amplo de atividades terapêuticas ou extra-terapêuticas, de diferentes conteúdos, processos e produtos. Diante dessa amplitude, abordaremos os dispositivos de abordagem grupal relacionados às atividades acima descritas, independentemente de serem eles designados ou não pelos serviços como *oficinas*⁴.

1.3. Arte, cultura e intersetorialidade na atenção à saúde mental

Na atual política pública para a saúde mental, o trabalho de interface com a arte e a cultura é expressamente reconhecido pelo seu potencial de transformação, como mostra o relatório de gestão dos CAPS, do Ministério da Saúde, referente ao período 2003-2006:

A mudança do modelo de atenção em saúde mental, com seus componentes de combate ao estigma, elaboração de novas referências conceituais para a questão da “loucura”, do sofrimento mental e seu tratamento, sustentação da idéia do protagonismo e cidadania de usuários e familiares, em síntese, de “construção de um novo lugar social para o chamado *louco*”, certamente que é uma política que fala diretamente à cultura e depende de mudanças no ambiente cultural. Assim, no sentido amplo, o componente cultural não é secundário, mas essencial ao êxito do processo de Reforma (Brasil 2007:50).

⁴Ainda, por força do recorte escolhido, deixaremos de abordar as atividades designadas nesse mesmo documento como geração de renda – a despeito das dimensões artísticas e culturais seguramente presentes nesse outro rol de atividades.

Nesse mesmo relatório (Brasil 2007), a perspectiva de intersecção entre as políticas públicas de saúde mental e de cultura é sinalizada em direção aos centros de convivência; às atividades de geração de renda a partir de manifestações culturais (música, artes plásticas, teatro); e às ações de interface com o Ministério da Cultura, com destaque para os Pontos de Cultura⁵, alguns dos quais localizados em CAPS e Centros de Convivência. São também citadas as parcerias de formação com o Centro de Teatro do Oprimido, construídas desde 2004 em São Paulo e em outras localidades, presentes em alguns CAPS e unidades da atenção básica. O documento expressa, ainda, uma preocupação de sintonia com peculiaridades e demandas de contextos regionais⁶.

1.4. Arte e saúde: intersectorialidade na cidade de São Paulo

Um estudo empreendido no município (Castro 2002) levantou, no período compreendido entre 1997 e 1999, a existência de 193 atividades desenvolvidas na interface arte e saúde, voltadas para diferentes públicos: pessoas de diversas faixas

⁵ Pontos de Cultura são espaços culturais destinados a articular e impulsionar ações de cultura já existentes na comunidade. Iniciativas culturais em desenvolvimento são selecionadas a partir de edital público, para convênio com o Ministério da Cultura, pelo qual recebem apoio financeiro. O programa é norteado pelos princípios de equidade e universalização do acesso à produção e usufruto dos bens e serviços culturais; e pelo reconhecimento da potência das manifestações culturais das comunidades (Brasil 2010).

⁶ Na consolidação desse processo, a realização da Oficina Nacional *Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura* (Amarante 2008) teve um papel importante, seja por produzir debates sobre temas como *diversidade e cultura nas políticas públicas e identidade e produção de sentidos*, seja por ter indicado políticas públicas culturais sensíveis às questões das pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social; seja ainda por ter proposto caminhos para sua concretização, em termos de patrimônio, difusão e fomento.

etárias, com deficiências físicas, mentais, sensoriais, transtornos mentais e em situação de vulnerabilidade social, entre outras. Esse estudo colocou em discussão vários aspectos do acesso cultural e das potencialidades inerentes a esse rol de atividades, entre as quais: o reconhecimento e a ampliação dos horizontes de habilitação do sujeito, a expansão do seu potencial criativo para outras dimensões da vida, a ruptura de barreiras de isolamento e a ampliação das trocas sociais (Castro 2001, 2002)⁷.

Ainda que o cenário apreendido nesse estudo não corresponda necessariamente ao atual, a diversidade artística e cultural são características amplamente reconhecidas dessa metrópole e nos parece coerente considerá-las, em nossa pesquisa, peculiaridades deste contexto regional, tal como sugerem as orientações da política intersetorial abordada.

Chegamos, enfim, ao nosso ponto de partida: investigar, através de diferentes narrativas, o que caracteriza a produção de atividades de arte e cultura nos CAPS que atendem adultos do município de São Paulo. Antes, porém, de indagar quais desafios estão postos, na atualidade, para essas práticas, consideramos oportuno revisitar brevemente algumas experiências de interface da arte e da saúde mental desenvolvidas desde a implantação do primeiro serviço, em fins do século XIX, na região metropolitana de São Paulo.

⁷ Essas atividades envolviam práticas clínicas, educacionais, sociais e culturais, sendo 96 em equipamentos de saúde e 97 em espaços culturais. O estudo incluiu instituições públicas, particulares, organizações não governamentais – ONG's, com diferentes projetos profissionais; e identificou o perfil e da acessibilidade – física, financeira e cultural - das ofertas (Castro 2002).

2. ARTE, CULTURA E ATENÇÃO PÚBLICA À SAÚDE MENTAL

NA HISTÓRIA DE SÃO PAULO

Na região metropolitana de São Paulo, encontros entre a arte, a cultura e a atenção pública às pessoas com transtornos mentais graves ganharam expressões variadas, em diferentes momentos. Abordaremos a seguir alguns desses encontros⁸.

2.1. A Escola Livre de Artes Plásticas do Juquery

Um primeiro momento tem como cenário o asilo de alienados do Juquery⁹. Criado em 1898, quase um século depois do advento do Tratamento Moral, na França, essa instituição inaugurou na cidade o discurso científico da psiquiatria sobre a higiene mental, em um contexto social conservador, de propagação do ideário da higiene moral (Pereira 2002). De início, as artes não eram vistas como formas de tratamento da alienação mental e sim como potenciais agravantes dos quadros psicopatológicos, por excitarem os sentidos e a imaginação. Além disso, o discurso da higiene mental dava margem à segregação cultural:

⁸ As referências reunidas aqui são restritas à região metropolitana de São Paulo e visam somente às discussões que pretendemos realizar, sem qualquer intenção de produzir um histórico detalhado dessas relações, mesmo nesse âmbito. Por força do recorte escolhido, deixaremos de abordar importantes contribuições na constituição da interface da arte, da cultura e da saúde mental no Brasil, como as de Ulysses Pernambucano, nos anos de 1920. Pelo mesmo motivo, as contribuições de Nise da Silveira, reconhecidamente centrais na constituição deste campo, serão aqui abordadas pontualmente, apenas em algumas de suas intersecções com a experiência de São Paulo.

⁹ Criado como Colônia Agrícola no então povoado de Juquery. Em 1944, após diversas mudanças administrativas, passou à categoria de município independente, com o nome de Franco da Rocha (Ferraz 1998).

como se para afastar e prevenir o risco da loucura fosse preciso expulsar ou, em uma ação de assepsia, evitar os riscos da contaminação que aqueles que vinham de fora representavam (Lima 2009:33).

A despeito dessas orientações da psiquiatria da época, internos criavam inúmeras expressões artísticas com materiais improvisados, tais como esculturas de miolo de pão e desenhos em panos, nas paredes ou no chão (Ferraz 1998).

Esse potencial criativo só veio a ser reconhecido através do trabalho do psiquiatra Osório Cesar, nos anos 20 do século XX. Freqüentador dos círculos intelectuais paulistanos, próximo de artistas modernistas, estudioso das idéias de Freud e Marx, assim como alguns de seus interlocutores do mundo das artes, Cesar mantinha relações com vanguardas internacionais. Foram dele os primeiros registros sobre a expressão artística nos manicômios brasileiros: em 1929, publicou o livro *A Expressão Artística nos Alienados (Contribuição ao Estudo dos Symbolos na Arte)*, um amplo estudo a partir das expressões plásticas e musicais por ele encontradas, nos pátios e salas do Juqueri, desde o seu ingresso, em que discutia relações entre as expressões artísticas de alienados, crianças e primitivos, (Ferraz 1998, Andriolo 2003).

A essa época, novas formas de compreender o pensamento, a criatividade e as emoções humanas despontavam na Europa. Enquanto a liberdade estética era reivindicada por movimentos artísticos de vanguarda como o expressionismo, o cubismo e o dadaísmo, o reconhecimento da presença de processos expressivos nos hospícios era crescente, por parte de críticos de arte, de artistas – como Klee e

Kandinski – e de psiquiatras. Diversos museus e exposições se dedicavam à arte dos alienados. No âmbito da ciência, estudos antes focados em psicopatologia com interesses diagnósticos (como os de Lombroso, em 1889 e Mohr, em 1906) perdiam lugar para outros enfoques, como os de Marcel Réja (1907) e Prinzhorn (1922): o primeiro expandia a discussão acerca dessas criações para além do âmbito clínico, ao comparar as expressões artísticas dos alienados às produções de crianças, primitivos e prisioneiros; e o segundo introduzia um enfoque estético sobre as produções dos loucos, sustentando que suas possibilidades criativas poderiam sobreviver às desagregações da personalidade. Ao mesmo tempo, a psicanálise ganhava novos interlocutores (Ferraz 1998).

Diferentemente da defasagem de quase cem anos que separou o surgimento dos manicômios na Europa e inauguração do Juquery, as proposições de Cesar se iniciaram em estreita conexão de tempo com as questões que uniam arte e loucura naquele continente. As interlocuções desse médico com o movimento modernista em São Paulo parecem ter influenciado fortemente essa simultaneidade e, também, o curso original tomado pelas suas iniciativas nas décadas seguintes, já que, enquanto na Europa os estudos das produções artísticas seguiam priorizando as interpretações diagnósticas (Ferraz 1998), Cesar, que desde o início dos seus estudos se referia aos autores das obras que analisava como *artistas*,

enxergava nos trabalhos dos internos do Juqueri a atuação de uma força configuradora de imagens que possuíam um inquietante parentesco com aquilo que os artistas modernos estavam produzindo (Lima 2009:116).

A Oficina de Pintura, inaugurada em 1943, mais tarde deu lugar à criação da Escola Livre de Artes Plásticas do Juquery, em que os participantes, na condição de alunos, artistas e expositores, tinham perspectiva de profissionalização na arte (Lima 2009). Juntamente com diversas exposições realizadas em espaços da cidade - a primeira delas em 1948, no Museu de Arte Contemporânea de São Paulo – esses eventos deram corpo ao que Ferraz (1998) denomina projeto psicossocial e estético de Osório Cesar – um projeto situado na fronteira entre psiquiatria, psicanálise e arte; de caráter clínico, mas também social, dado que comprometido com a reabilitação e a construção de alternativas fora do Hospital (Lima 2004).

As proposições de Osório Cesar, assim como as de Nise da Silveira no Rio de Janeiro, contrastavam nitidamente com a insulino-terapia, o choque cardiazólico e o eletrochoque, métodos terapêuticos predominantes entre o final da década de 1930 e meados de 1950¹⁰. Em perspectivas diferentes, ambos desenvolveram trabalhos inovadores, comprometidos com a reabilitação: enquanto Silveira se inspirava na psicologia analítica de Jung, Cesar se identificava com a tendência modernista de aproximação com a psicanálise. E ainda:

A ênfase dada [na experiência desenvolvida por Osório Cesar] ao aprendizado da técnica e à formação em arte é um dos pontos de diferenciação entre a sua proposta e aquela que Nise da Silveira desenvolverá, a partir da década de 40, no Rio de Janeiro. Talvez possamos tomar essas duas experiências como duas linhas importantes das práticas terapêuticas com atividades

¹⁰ De acordo com periodização proposta por Pereira, (2002) para o estado de São Paulo, a política assistencialista do Estado Novo gerou superlotação dos hospitais psiquiátricos e aceleração da sua rotatividade, fatores que contribuíram para a adoção de tais métodos. Estes só entraram em declínio com a adoção dos primeiros neurolépticos, em meados de 1950.

que vão ser reatualizadas e reconfiguradas nas experiências em saúde mental a partir da década de 80. (Lima 2004:67)

Ainda que a Escola Livre de Artes Plásticas não tenha sobrevivido ao estado calamitoso de superlotação, abandono e deterioração que, no Juqueri, chegou ao ápice durante a ditadura militar – seu encerramento teria ocorrido em 1972 (Ferraz 1998) – a experiência da qual foi parte inaugurou, na cidade, um modo de compreender a aproximação entre o universo da arte e o universo clínico, para além das implicações terapêuticas da arte: como campo da produção de cultura (Lima 2009).

2.2. O Programa de Saúde Mental - PSM

Nesse mesmo período (década de 1970), a expansão acelerada dos hospitais psiquiátricos brasileiros contrastava intensamente com as propostas assistenciais alternativas à hospitalização que já se multiplicavam na Europa há cerca de uma década. Tais propostas só viriam a ter expressão organizada, no Brasil, no final dos anos de 1980, ao ganharem força como movimento - a Reforma Psiquiátrica – juntamente com segmentos sociais mais amplos que protagonizaram o fim da ditadura militar, a abertura democrática e a saúde como direito social (Amarante 1995).

É nesse contexto ao mesmo tempo adverso e desafiador que podemos encontrar, no mesmo ano de 1972, uma iniciativa pioneira e pontual, com

proposições inovadoras para a saúde mental: trata-se do Programa de Saúde Mental do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo - PSM (Antunes et al. 2002)^{11 12}.

Desde seu início, o PSM, buscou conjugar os referenciais da medicina comunitária e integral e as concepções comprometidas com a criação de modelos alternativos ao manicômio que tinham expressão no plano internacional. A produção de ações de cuidado se combinava à constituição de um pólo de formação e produção de conhecimento, gerador de técnicas assistenciais passíveis de serem reproduzidas na rede pública. Nessa experiência, o interesse da equipe por modos de cuidar que envolviam arte e cultura foi motivado pela própria convivência com a clientela, através do contato com o seu repertório expressivo e com seu universo de representação (Antunes et al 2002). No município, essa experiência indicou a presença da perspectiva socioterápica nas práticas de cuidado em saúde mental através de atividades¹³.

No Brasil, a perspectiva de cuidar das pessoas com transtornos mentais graves pela arte e em espaços da cidade contava, já, desde 1956, com a iniciativa inaugural de Nise da Silveira, de criação da Casa das Palmeiras - espaço de cuidado, reflexões e pesquisas na linha da psicologia analítica de Jung, com forte interlocução com artistas plásticos de vanguarda (Silveira 1986). O PSM se

¹¹ Fruto de parceria promovida por Luís Cerqueira, então na Coordenadoria de Saúde Mental, entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Organização Pan-Americana de Saúde, para repasse de recursos às escolas médicas, com vistas ao desenvolvimento de tecnologia assistencial e de recursos humanos nessa área (Pereira et al. 2008).

¹² Que mais tarde deu origem ao atual programa de Saúde Mental do Centro de Saúde-Escola Prof. Samuel B. Pessoa - CSE, no bairro do Butantã (Giordano Junior e Pereira 2000).

¹³ A respeito da socioterapia, ver *Atividades e Reforma Psiquiátrica*, na pág. 67.

beneficiou dessa experiência, tanto por sua dimensão instauradora - por dar corpo a um trabalho de interface entre arte e saúde mental em espaços não hospitalares - quanto pela oportunidade de desenvolver uma reflexão crítica acerca das abordagens que a caracterizavam: ao escolher se desviar das concepções de atividades artísticas que priorizavam o acesso a conteúdos do inconsciente, a equipe do programa procurou estender o olhar para além dos aspectos psiquiátricos, psicanalíticos e socioeconômicos do cuidado:

Os clientes que freqüentam as oficinas de pintura do PSM realizam visitas a museus e, através de experiências como essas, são estimulados a ampliar os seus recursos técnicos formais e de apreciação de obras consagradas, na própria produção pessoal (...) além do impacto que tal apreciação estética desencadeia no paciente, o material que ele produz é trabalhado, pelo terapeuta em conjunto, não apenas em nome de suas ligações pessoais com a história pessoal do autor (afetos, desejos, fantasias e lembranças), como também em função de uma abertura para o enriquecimento e a sofisticação da habilidade expressiva do paciente (Antunes et al. 2002:31).

As relações com a arte não ficaram restritas à clientela: os ensaios de apropriação da matéria artística, tais como oficinas literárias e peças de teatro, vivenciados pela equipe, não só resultaram em aprimoramento individual e ampliação das interlocuções no universo da cultura, como foram reconhecidos como facilitadores das relações no interior do próprio grupo (Antunes et al. 2002).

Uma contribuição dessa experiência às práticas atuais parece ser a produção de diálogos pela via da arte. Seja com a clientela: como aproximação do

seu universo cultural e oferta de interlocuções com outros contextos; seja em relação à própria equipe, pela coerência de se alimentar dessa mesma fonte.

2.3. Os Ambulatórios de Saúde Mental

Dez anos após essa experiência, o programa de saúde do governo do estado de São Paulo combinava o investimento em equipamentos de saúde mental extra-hospitalares – ambulatórios de saúde mental e equipes especializadas em centros de saúde - ao “esforço institucional de mudança nas condições desumanas e caóticas da estrutura da rede” (Goldberg 1994:101).

O objetivo dessas medidas era deslocar a posição central do hospital psiquiátrico no atendimento aos pacientes, em direção à rede extra-hospitalar, de acordo com uma distribuição hierárquica e complementar das ações assistenciais (Goldberg 1994). Nessa direção, os ambulatórios foram constituídos como “instituições singulares, tanto no que tange aos recursos humanos envolvidos ou mesmo quanto às práticas neles desencadeadas” (Pitta–Hoisel 1984:81).

Os Programas de Intensidade Máxima – PIM, oferecidos nesses ambulatórios, eram destinados ao cuidado de pacientes graves de modo a manter seus vínculos com a comunidade (Cambráia 2004). Diversas modalidades de atenção eram oferecidas, entre as quais os grupos com atividades expressivas (Goldberg 1994).

Alguns desses grupos eram inspirados na perspectiva clínica psicodinâmica¹⁴ e voltados à construção de formas de comunicação e expressão, de vínculos e de relações de confiança e à socialização no âmbito do espaço institucional, com pouca ênfase no caráter artístico e cultural das atividades¹⁵.

O desenvolvimento dos ambulatórios foi intenso entre 1984 e 1985, declinando em seguida, por motivos, sobretudo, de ordem política (Goldberg 1994:105). Numericamente insuficientes, isolados dos serviços em relação a outras instituições, complementares na prestação de serviços, e sem investimento na formação dessa modalidade de atendimento, tais serviços não lograram constituir uma programação propiciadora de maior continência e resolubilidade e terminaram por se restringir à prescrição de fármacos por meio de consultas médicas de curta duração (Cambraia 2004).

A despeito do declínio sofrido, uma positividade dessa experiência é ter demarcado, na política pública estadual, a perspectiva de constituição de uma rede extra-hospitalar pública de atenção às pessoas com transtorno mental grave e persistente. Porém também é interessante notar que o objetivo de manter os vínculos dos pacientes com a comunidade não foi acompanhado, nessa experiência, de ações no território: as atividades expressivas se mantiveram restritas aos limites espaciais dos serviços, sem maior intercâmbio com essa mesma comunidade com a qual se pretendia estabelecer relações.

¹⁴ A respeito da psicodinâmica, ver *Atividades e Reforma Psiquiátrica*, na pág. 68.

¹⁵ Comunicação pessoal. Prof^ª Dr^ª Elisabete Meola, então terapeuta ocupacional em um PIM.

2.4. Os Centros de Convivência do Juqueri

Em 1983, um grupo de trabalho formado por um alguns técnicos e pela diretoria clínica do Hospital do Juqueri desencadeou um processo de questionamento e desconstrução das práticas manicomiais, através de ações que envolveram:

o aprofundamento da discussão sobre a instituição manicomial enquanto agente da exclusão dos indivíduos considerados doentes mentais [e] as práticas de dominação e de controle que caracterizavam a dinâmica dessas instituições, a negação do papel do técnico como legitimador dessas práticas e as iniciativas de modificação das relações institucionais com vistas à restituição das pessoas internadas à condição de cidadãos que precisam de ajuda para enfrentar o sofrimento (Nascimento 1991:126)

O projeto foi iniciado através de um plano de emergência destinado a reduzir a taxa de mortalidade, aumentar as altas hospitalares e restaurar a dignidade das condições de vida dos pacientes. Apesar da resistência da burocracia dominante na instituição, as iniciativas desencadearam um processo de democratização em seu interior, com assembleias diárias de pacientes, debates e circulação de denúncias e propostas através de boletins (Mângia et al 1990, Nascimento 1991).

Cinco Centros de Convivência foram criados, na perspectiva de restaurar o direito de escolha dos internos e favorecer o resgate das suas identidades individuais, sociais e culturais, face ao confinamento em espaços fechados a que

estes estavam sujeitos. Esses centros se tornariam, então, a principal estratégia de desconstrução das práticas manicomiais no Juqueri.

Vale ressaltar a inventividade desse processo, que contou com a predominância das atividades de arte e cultura em três desses centros: um deles envolveu a transformação de um antigo depósito em espaço para a projeção de filmes; outro comportou teatro, música e bailes; e outro, ainda, ocupou um edifício independente, com arquitetura original de 1895 e contou com parceria da Escola de Comunicações e Artes da USP para a recuperação do acervo e na instalação do Museu Osório Cesar, a recriação da Escola Livre de Artes Plásticas e a instalação de uma biblioteca com sala de leitura (Mângia et al. 1990). Um quarto centro, com área verde, reuniu atividades de horta e jardinagem, além de cantina com atividades culinárias e uma oficina de artesanato; e o quinto centro foi dedicado a atividades esportivas ao ar livre.

Contudo, a falta de respaldo político ao enfrentamento do poder conservador local resultou em desmantelamento gradual da equipe que respondia pelo projeto, que foi inviabilizado onze meses após o seu início (Mângia et al 1990). Se as fragilidades dessa experiência residem no contexto político desfavorável à sua consolidação, sua força parece se concentrar na perspectiva da desconstrução do manicômio, que a partir de então passava a integrar a construção de uma política pública de Saúde Mental na cidade.

2.5. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial

Encontramos essa mesma força inventiva na criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial brasileiro - o CAPS Luis da Rocha Cerqueira – o primeiro Centro de Atenção Psicossocial brasileiro.

Inaugurado em 1987, no encerramento de um mandato de governo estadual e como projeto docente-assistencial, o CAPS adotou como proposta “lidar com a psicose e suas determinações de marginalização e cronificação nas vertentes de assistência, investigação e formação de recursos humanos para a rede de prestadores de serviços de saúde” (Goldberg 1994:111). Seu projeto foi elaborado por segmentos críticos ao modelo então adotado na rede pública, que havia se mostrado pouco eficiente na atenção ao psicótico em regime aberto e intensivo: dentre outros motivos, pelo progressivo desinvestimento do Estado na rede de centros e ambulatórios destinados ao atendimento extra-hospitalar e pelos resultados fragmentários produzidos nas tentativas de integração dos serviços por meio de mecanismos de referência e contra-referência (Goldberg 1994).

A clínica da psicose - como foi denominado o modelo então concebido - era voltada à produção de um “cuidado personalizado, inserido num enquadre ético de não abandono, ou seja, um cuidado responsável dos estados psicóticos de usuários de instituições públicas de cuidado mental” (Pitta 1994:154)

Com essas motivações, o grupo de trabalho, formado por diferentes profissionais, criou seu próprio modo de trabalhar, que compreendia atendimentos individuais e grupais, acompanhamento medicamentoso, atividades recreativas e

expressivas. Inicialmente, as oficinas abertas propiciavam aos usuários livre contato com os materiais disponíveis: papel, tecido, tinta, argila e outros. Parece “muito provável que na concepção desses espaços abertos de expressão de subjetividade dos participantes era forte a influência da experiência de Nise da Silveira, na Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro” (Melman 1992:55)

No processo de questionamento dos propósitos das atividades oferecidas, uma perspectiva clínica acerca da arte, da cultura e da própria dimensão criativa do cuidado ganhou contornos definidos através de um corpo de reflexões sistematizado por Lima (1997), a partir de pesquisa desenvolvida com base na experiência e nas práticas criadas nesse serviço. De acordo com essa terapeuta ocupacional, a equipe do CAPS se via diante do desafio de:

(...) inventar uma nova clínica. Inventar a possibilidade do encontro. E, a partir dessa possibilidade (...) nosso objeto de intervenção foi se transformando: deixando de ser a doença, a violência da instituição, para se tornar a existência complexa do sujeito, seu sofrimento, suas experiências alucinatórias, seu discurso, seus sintomas, sua relação com o grupo familiar, o desenvolvimento de suas próprias possibilidades de relação, criatividade e produção. (Lima 1997:17).

Com base nesse deslocamento do objeto de intervenção, tal perspectiva implicou uma compreensão de saúde como processo peculiar e sujeito a variabilidades, orientado pelas possibilidades de uma vida qualificada e plena de eventos (Lima 1997); e se fundou no entendimento de que a inventividade humana tem sempre uma base de tradição, que por sua vez é apropriada e

transformada no próprio processo de criar (Winnicott 1975, Lima 1997). Desta forma, a criatividade e a ação no universo da cultura são entendidas, então, como próprias do humano, cuja *processualidade*¹⁶ se configura como movimento contínuo, de criação do mundo e criação de si.

Em situações de sofrimento em que esse movimento não se completa, o processo criativo e a experiência cultural podem se apresentar como catalisadores mutuamente implicados na tarefa de sustentar a “construção de uma morada, moldura, membrana protetora, que possibilite habitar o corpo e transitar pelo mundo sem o risco de ser, a todo momento, invadido por uma exterioridade” (Lima 1997:105). Nessas situações, a tarefa do terapeuta pode ser a de oferecer suporte para o sujeito, na instauração ou restauração de um espaço intermediário, entre o *fora* e o *dentro* de si, que possa constituir uma ancoragem para o self – no processo mesmo de viver a criação artística e a experiência cultural. De acordo com esse entendimento,

o movimento é sempre em dois sentidos ao mesmo tempo: o da integração para conter a turbulência e o da construção de aberturas para que a interioridade não se ensimesme, fechada, sozinha e sempre a mesma (Lima 1997:170)

¹⁶ O conceito de *processualidade* se sustenta em uma concepção de processo de subjetivação que pressupõe a integração entre: uma interioridade, mediada pelo ambiente; uma exterioridade, que se desenvolve nas falhas e lacunas desse ambiente; e um *espaço potencial*, de transicionalidade, que separa e media o intercâmbio entre essas duas dimensões (Winnicott 1983, Lima 1997).

Desse modo, cultura e arte podem ser compreendidas, no âmbito das atividades, como pólos de um movimento incessante, entre as formas constituídas e a constituição de novas formas de vida.

A atualidade dessa contribuição pode dizer respeito, entre outros aspectos, a: (1) um deslocamento na compreensão das relações entre arte, cultura e clínica - da expressão ou interpretação de conteúdos internos, para a potência da criatividade e da experiência cultural, entendidas como próprias do humano, na produção de saúde - concepção essa que se sustenta na consideração do sujeito da atenção, em sua totalidade; (2) um entendimento acerca da arte e da cultura como pólos de um movimento incessante, o que se reflete na inseparabilidade, no âmbito das atividades, entre o gesto criativo e sua significação cultural; (3) a requisição da inventividade do terapeuta, diante do trabalho de criar condições e acompanhar esse sujeito para que se instaure uma vivência de processualidade.

2.6. O Modelo Integral em Saúde Mental

Também nesse mesmo período, no contexto de experiências que se somaram na produção de um novo modelo de atenção, outra iniciativa marcante foi desenvolvida, em 1989, a partir de um fato que modificou o cenário da cidade, dessa vez em âmbito municipal: a criação, na rede pública, do *Modelo Integral em Saúde Mental*. As várias ofertas de atenção, articuladas por um sistema de referência e contra-referência, incluíam equipes multidisciplinares na rede básica, hospitais-dia, enfermarias e prontos-socorros de saúde mental em hospitais gerais

e um projeto intersetorial que reunia saúde, cultura, educação e outras áreas: os Centros de Convivência e Cooperativas – CECCOs (Vieira al. 1999).

Esses centros foram criados em parques, centros esportivos, praças e centros comunitários municipais, na perspectiva de promover um resgate dos espaços públicos, enquanto espaços de convivência cidadã, em que se pudesse “estabelecer um patamar de reconhecimento da diversidade para a efetivação de trocas e edificações criativas” (Lopes 1999).

Essa era uma intenção clara nos documentos de normatização dos CECCOs, ainda que esses expressassem uma dicotomia ao distinguir população geral e população alvo¹⁷. Esta última dizia respeito a pessoas em diferentes situações de desigualdade de acesso a espaços de circulação social: psicóticos crônicos, deficientes físicos, mentais e sensoriais, pessoas em situação de rua, idosos etc. Dessa forma, esses centros se configuravam como “serviço-fronteira” (Galletti 2004:67), ao sinalizar:

Uma abertura inovadora do campo da saúde mental ao campo social, isto é, na busca da ampliação de horizontes vitais dos pacientes, retirando-os de uma espécie de limbo e de uma circulação restrita dos meios de tratamento para trânsitos mais espontâneos pela cidade (Galletti 2004:56).

¹⁷ Para Galletti, estas expressões são sustentadas por “conceitos que, por si mesmo, produzem exclusão” (2004:55); de acordo com essa autora, a compreensão desse problema conceitual poderia ter evitado desentendimentos e dificuldades nas relações institucionais, que vieram a se manifestar ao longo do processo.

As atividades oferecidas eram diversificadas e organizadas em dois eixos: o da convivência, com atividades plásticas, música, teatro, *tai chi chuan*, dança, atividades de jardinagem e esportes, entre outras; e o da formação de cooperativas a partir de iniciativas de trabalho solidário, como os empreendimentos artísticos e os ambientais (Maluf 2005).

As oficinas reuniam profissionais de saúde (psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros); educadores; eicineiros (artistas plásticos, músicos, agrônomos, atores, marceneiros, dançarinos e outros). O trabalho em parceria demandou a desconstrução de papéis já estabelecidos conforme cada especialidade, assim como a revisão de conceitos prévios; ao mesmo tempo, criou oportunidades de interlocução que resultaram novos estilos de trabalho em comum, norteados pelas necessidades e desejos dos participantes (Lopes 1999, Galletti 2004).

Nessa mesma linha e nesse mesmo período, outra iniciativa envolveu uma articulação entre as políticas públicas de cultura e saúde mental: o Projeto Oficinas, produzido através de parceria entre o ambulatório de psiquiatria do Hospital do Servidor Público Municipal e o Centro Cultural São Paulo. Além de prover acesso a informações artísticas e culturais nesse centro de difusão cultural, essa experiência resultou em um ateliê de artes plásticas, ativo por mais de dez anos¹⁸, durante os quais diversos desafios cotidianos da produção do cuidado em parceria puderam se apresentar e motivar a criação de estratégias de superação dos impasses surgidos no convívio com a diferença (Barban 2001).

¹⁸ E que sobreviveu, discretamente, a sucessivas mudanças nas políticas de governo.

Durante todo o período em que o *Modelo Integral de Saúde Mental* vigorou como política pública municipal, “os hospitais-dia deixaram prioritariamente aos CECCOs a tarefa de oficinas, onde de fato existiu o trabalho com arte”¹⁹. Em alguns desses hospitais-dia, porém, uma perspectiva de desenvolvimento da rede de cuidados fundada na continuidade dos vínculos estabelecidos nas situações de crise orientou abordagens terapêuticas e psicossociais com desdobramentos no campo da cultura, articuladas aos CECCOs e a outros espaços no território²⁰.

O Modelo Integral em Saúde Mental sofreu um colapso em 1996²¹, com a descaracterização dos serviços e o desmonte das equipes de trabalho, em razão da implantação do Programa de Assistência à Saúde – PAS: “um projeto político de privatização do sistema público de saúde” (Galletti 2004:76), orientado pela perspectiva de implantação de um modelo médico-curativo nessa área.

Enquanto isso, em nível nacional, a formulação do novo modelo avançava, já, desde 1992, com base em experiências desenvolvidas em diversas localidades, no país. A portaria 224/92 instituiu e regulamentava o funcionamento de Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial - NAPS e CAPS, cujos nomes aludiam às experiências inaugurais de Santos (NAPS); e São Paulo (CAPS).

¹⁹ Comunicação pessoal. Prof^a Dr^a Isabel Victoria Marazina, supervisora de equipes de saúde mental durante a vigência do Modelo Integral de Saúde Mental.

²⁰ Comunicação pessoal. Prof^a Dr^a Elisabete Meola, então gerente de hospital-dia.

²¹ Os CECCOs, contudo, sobreviveram a esse desinvestimento. Existem atualmente 22 unidades no município (Fonte: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias. Acesso em 03/05/2010).

Em 2002, um novo normativo nacional, a portaria 336/2002²², estabeleceu as atribuições dos CAPS, consolidando o seu lugar na assistência à Saúde Mental. Nesse mesmo ano também ocorreu a municipalização do SUS em São Paulo; e a expansão dos CAPS no município, com base nas experiências anteriores: em 2008, de 21 CAPS destinados ao atendimento de adultos, 10 derivaram de ambulatórios, oito, de hospitais-dia e três haviam sido criados como CAPS. Alguns serviços haviam passado pelas três formas de organização, outros resultaram de fusão de serviços pré-existentes ou de cisão de equipamentos (Nascimento e Galvanese 2009).

As experiências reunidas até aqui dão uma idéia do mosaico de composições que precede a configuração atual das atividades de arte e cultura nos CAPS, na cidade de São Paulo. Cabe, agora, apresentar as referências teóricas que nos orientam na investigação dessas atividades.

²² Já apresentada em linhas gerais na página 11 desta dissertação

3. ARTE E CULTURA

Inicialmente, partimos do entendimento de que a inventividade humana conta com uma base de tradição, atualizada e transformada no próprio processo criativo²³: nessa compreensão, arte e cultura são articuladas, como pólos de um mesmo movimento. Ainda assim, sendo este um campo de múltiplos significados, apresentamos a seguir uma definição mínima do que entendemos neste estudo por *arte e cultura*.

3.1. Arte

Como primeira referência, podemos entender *arte* como conceito de estrutura aberta e de aplicação descritiva, cujo propósito é explicitar e propiciar o reconhecimento de determinada prática ou obra, sem qualquer caráter valorativo (Weitz 1956). Essa proposição se sustenta na compreensão de que, a despeito da importância das grandes teorias da arte, as definições que delas se originam são sempre circunscritas cultural e historicamente e relacionadas a determinado ponto de vista, em dado contexto.

Com base nessa compreensão, elegemos alguns conceitos como norteadores do nosso olhar para as atividades estudadas, na intenção de captar sentidos eventualmente presentes nessas atividades; nas relações que as sustentam; e também que delas se desdobram. São eles:

²³ Tal como abordamos no segundo capítulo através das elaborações de Lima (1997), na página 33.

3.1.1. Arte como formatividade (Pareyson 2001):

Para esse autor, as definições de arte, na história do pensamento ocidental, têm como base três concepções que dão margem a diferentes combinações: arte como *fazer*, como *conhecer* e como *expressar*. A arte foi entendida como um fazer na Antiguidade, quando era indistinta do ofício e das técnicas do artesão, mesmo com a separação entre arte servil e arte liberal. A arte como um *expressar* prevaleceu no Romantismo e, desde então, tem assumido diferentes configurações: está na base de teorias semânticas e daquelas que concebem arte como linguagem. A arte como *conhecer* está presente em concepções que consideram a arte portadora de visões da realidade sensível, metafísica ou espiritual: tais concepções privilegiam a dimensão contemplativa na arte, colocando em segundo plano a materialidade da obra.

De acordo com Pareyson (2001), essas três concepções sinalizam aspectos importantes na arte: a operosidade, o caráter expressivo e a dimensão cognoscitiva. Contudo há, na arte, outra dimensão que lhe é essencial: a *invenção*. Assim como ocorre com os demais aspectos, a inventividade está presente em outras atividades humanas. Mas na arte ela é central, uma vez que

A arte é uma atividade na qual execução e invenção procedem *pari passu*, simultâneas e inseparáveis na qual o incremento de realidade é constituição de um valor original. Nela concebe-se executando, projeta-se fazendo, encontra-se a regra operando, já que a obra existe só quando é acabada, nem é pensável projetá-la antes de fazê-la e, só escrevendo, ou pintando, ou cantando é que ela é encontrada e é concebida e é inventada (Pareyson 2001:26).

Para definir arte como *formatividade*, esse autor se fundamenta na intensificação dos aspectos inventivos e executivos que caracteriza a produção da obra – esta, em si, uma *forma* original e única. De acordo com essa compreensão, a arte é “*um tal fazer que, enquanto faz, inventa o por fazer e o modo de fazer*” (grifo desse autor), ou ainda, “a atividade artística consiste propriamente no “formar”, isto é, exatamente num executar, produzir e realizar que é, ao mesmo tempo, inventar, figurar, descobrir” (Pareyson 2001:26).

Essa concepção contempla ainda uma dimensão formativa inerente à inseparabilidade entre arte e vida:

se a arte pode emergir *da* vida, afirmando-se na sua especificação, é porque ela já está *na* vida inteira, que, contendo-a, prepara e prenuncia a sua especificação. E, no ato de especificar-se, ela acolhe em si toda a vida, que a penetra e invade a ponto de ela poder reemergir na própria vida para nela exercitar as mais variadas funções: como a *vida* penetra na *arte*, assim a *arte* age *na vida* (Pareyson 2001:41, grifos desse autor).

3.1.2. Arte como necessidade vital (Pedrosa 1996 [1947])²⁴:

Na concepção desse crítico de arte, a criação é um processo universal e a vitalidade criadora pulsa incessantemente na natureza. No humano, essa vitalidade se configura no ato de criar. Desse modo, a arte é uma necessidade vital, inerente ao potencial criador e à vida psíquica de todos os humanos. Enquanto linguagem, a arte tem sua própria “gramática” - o que implica socializar o seu aprendizado, tornando-a acessível a quem quer que possa desejá-lo.

24 Conferência proferida pelo autor em 1947, no encerramento da exposição de pintura realizada na Associação Brasileira de Imprensa do Rio de Janeiro, organizada pelo Centro Psiquiátrico Nacional e pela Associação dos Artistas Brasileiros (Arantes 1996).

De acordo com Pedrosa, normalidade e anormalidade psíquica seriam termos sem aplicação no domínio da arte porque os sentidos e a imaginação estariam presentes em todas as pessoas, e até mesmo intensificados em algumas situações de enfermidade mental. Nestas, a expressão artística poderia constituir um veículo confiável de comunicação com a realidade exterior. Nessa compreensão, a atividade artística:

se estende a todos os seres humanos, e não é mais ocupação exclusiva de uma confraria especializada que exige diploma para nela se ter acesso. A vontade de arte se manifesta em qualquer homem de nossa terra, independente do seu meridiano, seja ele papua ou cafuzo, brasileiro ou russo, negro ou amarelo, letrado ou iletrado, equilibrado ou desequilibrado (Pedrosa 1996 [1947]: 46).

Ainda segundo esse autor, a liberdade de criação seria essencial ao processo criativo: este requisitaria percepções, emoções e sentimentos, muitas vezes, embotados por excesso de adaptação ao meio. A própria inspiração seria uma forma de cognição por outras vias, que não a racionalidade.

Para Pedrosa, tal compreensão de arte só se tornou possível porque a arte moderna²⁵ trouxe consigo a possibilidade de se discernir o que há de fundamental

25 A expressão *arte moderna* se refere aos movimentos que surgiram no início do século XX, como o expressionismo, o fauvismo, o cubismo, o abstracionismo, o futurismo, o dadaísmo e o surrealismo. Com o seu surgimento, caiu em desuso o conceito de arte como representação da realidade externa, que predominava na sociedade ocidental desde a Renascença e que começara a ruir com o impressionismo. Os padrões clássicos de beleza deram lugar à imaginação e à expressão das contradições e perplexidades que caracterizavam esse momento de intensas transformações sociais (Pedrosa 1996[1947], Proença 2005). Podemos afirmar que prevalece, no modernismo, uma estética da expressão.

no fenômeno artístico – a ligação entre arte e vida. Esse autor considera ainda que esse discernimento foi gestado nas interlocuções da arte com outros campos do conhecimento: com uma antropologia que incorporava referências artísticas de povos não europeus e revelava culturas em que a arte fazia parte da vida - diferentemente da cisão entre ambas, historicamente instalada na sociedade ocidental; e com a psicanálise, uma vez que a descoberta do inconsciente desvendava a universalidade da atividade criadora no humano e a complexidade dos processos subjetivos, presentes na produção da obra. Assim surgia uma nova perspectiva na arte - não mais a perspectiva primitiva, que representava uma ordem sobrenatural e religiosa; nem a renascentista, que apresentava um mundo exterior organizado segundo sua ótica; nem aquela impressionista, predominantemente perceptual, ligada aos jogos de luz da natureza – mas uma *perspectiva afetiva* (grifo nosso), sintonizada com o ritmo poético e plástico do processo criador.

Se, com a arte moderna, a ligação entre arte e vida ganhava evidência, essa ligação viria a ganhar novas configurações na arte contemporânea²⁶.

²⁶ Denominamos *arte contemporânea* as orientações artísticas em curso, surgidas dos questionamentos àquelas do modernismo. Uma de suas referências iniciais é a obra de Marcel Duchamp, que colocou em evidência o conceito e o contexto da obra, e não mais a obra em si. São tendências contemporâneas marcantes: o experimentalismo e o hibridismo; a aproximação com o cotidiano e a cultura de massa; a interatividade e a criação envolvidas na apreciação da obra; a incorporação de novas mídias e tecnologias; a dissolução dos limites entre diferentes linguagens, como ocorre na performance; a intervenção nos ambientes das obras, como acontece nas instalações; (Cauquelin 2005, Archer 2005); e a ressensibilização dos sentidos: uma marca na produção de dois artistas brasileiros, Lygia Clark e Helio Oiticica (Duarte 2008). Podemos dizer que, na arte contemporânea, ganha maior evidência a estética da produção, no sentido de *produção de vida*.

3.1.3. Estado de Arte (Rolnik 1996, 1998):

Na década de 1960, a artista plástica Lygia Clark criava os “Bichos”: esculturas articuladas, a serem manipuladas pelo público, que aludiam ao corpo vivo e seus estados:

Pássaros e leões nos habitam, diz Lygia – são nosso corpo-bicho. Corpo-vibrátil, sensível aos efeitos da agitada movimentação dos fluxos ambientais que nos atravessam. Corpo-ovo, no qual germinam estados intensivos desconhecidos provocados pelas novas composições que os fluxos, passeando para cá e para lá, vão fazendo e desfazendo. De tempos em tempos, avoluma-se a tal ponto a germinação que o corpo não consegue mais expressar-se em sua atual figura. É o desassossego: o bicho grasna, esperneia e acaba sendo sacrificado; sua forma tornou-se mortalha. Se nos deixarmos tomar, é o começo de outro corpo que nasce imediatamente após a morte. (Rolnik, 1996: 43).

De acordo com Rolnik (1996), as proposições de Lygia Clark versavam sobre uma disposição criativa para a vida que é essencialmente conectada à disponibilidade para o enfrentamento da sua dimensão trágica, tal como se dá no processo de contínuo entrelaçamento entre vida e morte.

Nesse sentido, os *Bichos* e outras experimentações que foram propostas por Clark convidavam – e ainda convidam - à ativação dessa conexão, através da acolhida do estranho em nós: o nosso *corpo-bicho*. Seguindo essa trilha, a artista realizou incursões pela fronteira entre a arte e a clínica,²⁷ sustentando que a

²⁷ Dessa fase, que se estende até 1984, destacamos os *Objetos Relacionais*, em que o participante era convidado a se entregar ao contato com objetos de diferentes materiais, enquanto permanecia com um pequeno objeto na mão – a “prova da realidade” – que o ajudava a encontrar o caminho de volta da experimentação (Rolnik 1996:44).

criação não seria privilégio do artista e sim potência latente no humano, a ser atualizada através da experiência de um “singular estado de arte sem arte” (Clark *apud* Rolnik 1996:77).

As interlocuções entre a artista e a pesquisadora Suely Rolnik deram origem a um entendimento de “estado de arte” como mobilização da potência criativa do humano, que tem lugar no corpo: seja na atualização das suas possibilidades de afetar e ser afetado criativamente pelos encontros com o outro e com o mundo; seja no fortalecimento da sua disposição de enfrentamento do trágico (Rolnik 1996, 1998).

Tal processo, contudo, está sujeito a dificuldades de toda ordem, que podem resultar em impedimentos à mobilização dessa potência criativa. Rolnik (1996) considera que a dimensão trágica, quando experimentada como paralisação ou aniquilamento da vida, configura-se como “estado de clínica”²⁸ e não mais “estado de arte”.

Para Rolnik (1996), a obra de Lygia Clark coloca em evidência a transversalidade existente entre a prática artística e a prática clínica, na medida em que

ganha visibilidade uma dimensão clínica da arte: a revitalização do estado de arte implica potencialmente uma superação do estado de clínica. E, reciprocamente, uma dimensão estética da clínica: a superação do estado de clínica implica potencialmente uma revitalização do estado de arte (Rolnik 1996: 46)

²⁸ “Estado de clínica” entendido como estagnação da processualidade (Rolnik 1995, Lima 1997).

E é essa transversalidade que nos interessa problematizar, à luz dos conceitos que reunimos aqui, através das narrativas que são objeto de análise nesta pesquisa.

3.2. Cultura

Este é um termo polissêmico, objeto de estudo em diferentes áreas como a Filosofia, a Antropologia, a Sociologia e a História. Para conceituá-lo, escolhemos recorrer às contribuições de Raymond Williams, literato e historiador do materialismo cultural.

De acordo com esse autor, até o século XVIII, o termo *cultura* estava ligado a cultivo de animais ou produtos agrícolas, passando a significar *civilização* – em oposição a *barbárie* – com o discurso iluminista francês, que se sustentava na razão como motor do progresso; essa concepção, além de ser refutada por Jacques Rousseau era também contestada por intelectuais alemães. Com o romantismo alemão, o termo “Kultur”, ou cultura, incorporou questões subjetivas, emoções, questões espirituais, morais, costumes e comportamentos tradicionais – valores relativos, em oposição à idéia de valores universais fundados na racionalidade iluminista. Assim, entre o século XIX e a primeira metade do século XX, os significados de cultura contemplaram, além da idéia de cultivo, os processos de desenvolvimento interior – ligados às artes, à espiritualidade, a valores, instituições e práticas associadas à erudição (Williams 1979, Cevasco 2003, Souza Lima 2009).

É a partir do pós II Guerra Mundial, com o abalo das concepções sobre uma “civilização européia” e da década de 1960, com o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa, que o uso corrente do termo passa a designar também processos gerais, referentes a diferentes modos de vida: “a Cultura, com letra maiúscula, é substituída por culturas no plural” (Cevasco 2003:24).²⁹

Partindo da compreensão de que os conceitos de cultura estão relacionados a contextos históricos específicos, Williams (1979) problematiza as teorias culturais que estão na origem da concepção de *cultura* como categoria estanque, autônoma e referente a algo dado e distante da realidade social – entre essas, uma concepção idealista de separação entre cultura e vida material e uma concepção materialista de cultura como superestrutura determinada pela infra-estrutura material - e conceitua *cultura* como força produtiva, envolvida na produção dos sujeitos e das sociedades.

Neste processo, Williams (2008) introduz o conceito de *formações culturais*: configurações da organização e auto-organização de diferentes grupos, na produção de suas referências, tal como ocorre com movimentos diversos, que ganham maior visibilidade em períodos de mudança ou de crise social. De acordo com esse autor, para serem estudados, esses eventos demandam uma apreensão

²⁹ Em busca de entender as transformações pelas quais passava a Europa no pós-guerra, um grupo de intelectuais britânicos marxistas buscou reformular o conceito de cultura, em oposição ao elitismo da direita européia e ao reducionismo da esquerda stalinista. Esses pensadores, entre os quais Raymond Williams, Edward Thompson e Richard Hoggart, criaram uma nova disciplina, os “estudos culturais” e integraram um movimento britânico conhecido como Nova Esquerda. In: Cevasco ME. *Dez lições sobre estudos culturais*. São Paulo: Boitempo; 2003.

tanto da sua organização interna quanto das “*suas relações propostas e reais com outras organizações* na mesma área e, de modo mais geral, com a sociedade” (Williams 2008:68)

Entre outras teorias, Williams (1979) resgata a concepção de Mikhail Bakhtin sobre linguagem como *atividade social prática, dependente das relações sociais*: “a linguagem é a articulação dessa experiência ativa e em transformação: uma presença social e dinâmica no mundo” (Williams 1979:43, Souza Lima 2009:4). Há também um resgate, por esse autor, do conceito de hegemonia de Antonio Gramsci, segundo o qual significados, valores e crenças difundidos por uma cultura dominante são delimitados por formas de contracultura desencadeadas pela própria cultura hegemônica, ou seja: esta última, ao mesmo tempo em que desencadeia, busca limitar os movimentos contra-hegemônicos (Williams 1979, Cevalco 2003, Souza Lima 2009).

A compreensão de *cultura* proposta por Williams privilegia uma convergência prática entre sentidos empregados na antropologia e sociologia - enquanto sistema de significações que configura o processo através do qual uma dada ordem social é comunicada, reproduzida, vivenciada ou transformada - e o seu sentido mais usual, ligado às atividades artísticas, intelectuais e outras práticas significativas que informam ou são constitutivas dessa mesma ordem social (Williams 2008).

Ao nos guiarmos pelas proposições apresentadas por esse autor, consideramos que um entendimento de cultura como força produtiva e presente no

cotidiano das pessoas oferece a possibilidade de se pensar o sujeito da experiência cultural como produtor de *atos de cultura*: alguém que, ao mesmo tempo em que se transforma, transforma o seu entorno social. A compreensão da linguagem como presença no mundo, se pensada em relação às linguagens artísticas, corrobora essa mesma idéia. Já o olhar para a dinâmica entre hegemonia cultural e movimentos contra-hegemônicos contribui para situar a Reforma Psiquiátrica enquanto processo cultural: um campo de tensões e transformações de significados, valores, crenças e sensibilidade social. De modo geral, essa compreensão pode nos ajudar a captar, nas narrativas que são objeto deste estudo, as diferentes facetas com que as atividades de arte e cultura são compreendidas e operadas pelos profissionais.

4. CUIDADO

4.1. Cuidado como demanda de saúde na sociedade contemporânea

Para cuidar dos sujeitos em sofrimento mental é necessário um redimensionamento (articulado com o redimensionamento dos saberes, e dos equipamentos e suas práticas) da visão dirigida às patologias mentais e seu *tratamento* para uma idéia de *cuidado* fundada na integralidade do sujeito, e que por isso envolve a promoção da sua qualidade de vida, com consideração dos seus direitos e da sua cidadania.

Ao se procurar compreender os motivos que impelem os serviços públicos de saúde mental a empreender um leque de ações de cuidado nos campos da arte e da cultura, torna-se necessário indagar a que necessidades estas ações respondem.

De acordo com Luz (2005), expressivos contingentes populacionais são atingidos por crescente vulnerabilidade, em decorrência de uma crise estrutural do sistema capitalista, com repercussões político-econômicas, sociais, culturais e éticas.

Se, no plano material, essa crise se manifesta na precarização de relações de trabalho e de direitos sociais e previdenciários, no plano ético ela é responsável pela dissolução de valores relacionados à solidariedade, o que leva a uma progressiva ruptura do tecido social, com perdas de sentidos culturais:

a *competição*, vista como lei da vida social; *sucesso* visto como vitória pessoal (com conseqüente exclusão ou dominação do outro); *individualismo*, visto como condição mesma do sucesso (sujeito individual concebido como centro da vida social, em contínua luta com outros indivíduos); *lucro*, categoria do mundo econômico, invadindo a esfera dos valores através do seu correspondente social, *vantagem* (os indivíduos sentindo-se no direito ou no dever de terem *vantagem* sobre os outros); *consumismo*, visto como sinal demonstrativo de sucesso (*ter*, ou mesmo *aparentar ter*, como expressão máxima do *ser*). Mais recentemente, a categoria de *produtividade*, historicamente reservada ao desempenho de máquinas, ou de setores da economia, vem sendo aplicada como forma de avaliação do *desempenho individual* de todas as categorias de trabalhadores. (Luz, 2005:10/11).

Tais perdas, ao atingirem o bem-estar das populações, na forma de sentimentos como desamparo, perigo, isolamento, tensão e instabilidade, resultam em crescente demanda social por cuidado, que, de acordo com Luz (2005) se dirige à *saúde* por conta do seu papel cultural, enquanto conjunto socialmente reconhecido de saberes e práticas.

Por outro lado, nos parece necessário refletir acerca do risco de medicalização da vida que essa demanda implica, caso seja acolhida, de forma acrítica e isolada, como questão do âmbito da saúde.

Luz (2005) observa que funções e atividades ligadas à produção de sentidos culturais que, em princípio, poderiam ser assumidas por diversas áreas da

vida social, como o trabalho, a família e a escola, são progressivamente encampadas pela saúde. A seu ver:

a saúde tornou-se, no mundo capitalista contemporâneo, um depósito de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada. A demanda por saúde é uma *demanda por símbolos*, por um universo simbólico que está *desencantado* pela racionalidade econômica do capitalismo (Luz, 2005:19, grifos dessa autora)

De acordo com essa autora, ao proporcionar relações de empatia e congraçamento, as atividades grupais e coletivas de saúde respondem, em alguma medida, à progressiva escassez dessas relações no âmbito social mais amplo, ocupando, possivelmente, espaços antes destinados a outras *situações de cuidado*. Para Luz (2005), as práticas de saúde são estrategicamente apropriadas pela sociedade civil para refazer o tecido social esgarçado pela lógica do capital e recuperar sentidos culturais e valores de solidariedade; e a atribuição de novos sentidos à saúde faz parte dessa estratégia social.

As considerações dessa autora nos levam a inferir que, se há um sentido contra-hegemônico nas práticas de cuidado na Saúde Mental, em relação aos valores sociais dominantes – já que as proposições da reabilitação psicossocial incluem o enfrentamento de dificuldades sociais de convívio com a diferença –

esse sentido provavelmente encontra ressonâncias em um contexto social mais amplo.

Se, por esse ângulo, podemos colocar em destaque as dimensões sociais instituintes da produção do cuidado através de arte e cultura nos CAPS - especialmente quanto à recuperação de sentidos culturais e valores de solidariedade – é oportuno indagar em que medida a proposição destas práticas buscam responder à fragilidade do próprio tecido social, esgarçado por valores individualistas; à precariedade dos recursos culturais, sociais e comunitários nos próprios territórios onde estes serviços estão inseridos; e às condições de vulnerabilidade e desfiliação social³⁰ a que possam estar sujeitos os usuários dos serviços estudados. Considerando-se que tais questões estejam envolvidas na proposição de atividades de arte e cultura nos CAPS, é necessário indagar de quais formas estas práticas se relacionam com o território em que cada um desses serviços se inscreve.

O território pode ser pensado como categoria de análise social que possibilita apreender os dinamismos culturais, políticos e econômicos, cujo uso se dá pela dinâmica dos lugares, estes entendidos como espaços do acontecer

³⁰ De acordo com Robert Castel, no contrato social que se configura a partir da sociedade moderna, há um individualismo positivo representado pelas relações sociais e de produção, permeadas pelo ideário de liberdade e autonomia. Neste mesmo contexto, contrapõe-se a figura daquele que, à margem desse contrato, se define pela falta: de consideração, de seguridade, de bens garantidos e de vínculos estáveis. Essa ausência de lugar social caracteriza a vulnerabilidade e, em sua medida extrema, a desfiliação social, também conceituada como individualismo negativo. In: Conceituação de individualismo negativo e outras conceituações de individualismo. Castel, R. *As metamorfoses na Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

solidário – o que Santos (1994) denomina *território usado* – constituído por lugares articulados em rede. A essa compreensão, Haesbaert (2002) acrescenta o conceito de multiterritorialidade, ao considerar que a dinâmica territorial é complexa e comporta a coexistência de grupos sociais heterogêneos, que estabelecem simultaneamente diferentes relações funcionais e simbólicas com o mesmo espaço físico: trata-se de um processo móvel, contínuo, passível de tensões e rearranjos.

De antemão, é possível supor que há modos de cuidar que são exercidos no território – considerados aqui como aqueles que se dão através das atividades de arte e cultura articuladas a espaços culturais – em que o trabalho em parceria provavelmente se depara com a necessidade de compartilhamento dos impasses decorrentes da carência social, de que nos fala Luz, com parceiros desses espaços.

E, também, que existem modos de cuidar que tomam a forma de concentração das atividades de arte e cultura no próprio espaço dos CAPS. Na hipótese de serem, esses modos, tentativas de compensar as precariedades sociais, ou de recursos do território ou, ainda, as situações de vulnerabilidade dos sujeitos, cabe a questão: seria esta uma tarefa exequível? Ou mesmo desejável?

4.2. Cuidado, intersubjetividade e reabilitação psicossocial

A construção do modelo de atenção à saúde mental - do qual os CAPS participam como um serviço voltado a demandas específicas – tem raízes em

comum com o processo mais amplo de aprimoramento das políticas públicas de saúde que se desenvolve na perspectiva de dar corpo aos princípios do SUS, especialmente no que diz respeito à humanização. Esta é definida por Ayres (2005:550) como “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente³¹ relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum”.

A referência ética e moral que orienta essa definição - seu ‘horizonte normativo’ - se desloca de um eixo restrito à normalidade morfofuncional, em direção à perspectiva de *felicidade humana*. Nesse deslocamento, as referências biomédicas são retomadas à luz das necessidades e das outras dimensões presentes nos processos de saúde e doença. O autor sugere a ampliação do conceito de saúde para além do foco tecnocientífico limitado aos riscos, dismorfias e disfunções; e destaca a centralidade da idéia de “sucesso prático de projetos de felicidade humana” (Ayres 2001:63) como objetivo último das intervenções terapêuticas, em relação ao qual a busca por êxito técnico deve estar articulada, ou mesmo orientada:

há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento (Ayres 2006:57)

³¹ Os valores contrafáticos, na concepção habermasiana, são valores sociais ética e moralmente norteadores, percebidos e afirmados como tal em contraponto à experiência da sua falta ou negação. (Ayres 2006).

De acordo com Ayres (2006), o cuidado enquanto categoria reconstrutiva implica, entre outros sentidos: (1) uma dimensão dialógica, de encontro entre sujeitos (o profissional, a equipe, o usuário, a comunidade) que interagem mediados por um objeto (o problema, o projeto); (2) a responsabilidade e coresponsabilidade de profissionais, equipes, gestores e formuladores das políticas de saúde pela sustentação desse diálogo; e (3) a disposição para experimentar um contínuo processo de reflexão e reconstrução identitária, motivado pelo encontro com o outro, com implicações mútuas entre os participantes, sejam eles profissionais ou usuários.

A compreensão do cuidado como categoria reconstrutiva nos possibilita investigá-lo em uma perspectiva dialógica, em busca de compreender como são compartilhados e explicitados os sentidos do cuidado através das atividades Artísticas e culturais, seja no projeto terapêutico, seja no processo de cuidado.

Ao discutir a produção de sentido nas intervenções em saúde Nicacio e Oliver (1990) problematizam as relações de tutela com base em uma configuração, presente em diversas instituições assistenciais, do que Ongaro Basaglia denominou *tutela da invalidação assistida*: relações pautadas pela circunscrição das pessoas a um dado universo (a doença, a deficiência), em que a assistência é considerada um direito, porém as relações que se estabelecem são de invalidação. Tais práticas são sustentadas por modos de compreender a diversidade como desvio da norma; e as singularidades, como inferioridade e incapacidade. Para essas autoras, sua superação demanda uma articulação entre

tutela e direito à saúde, na produção de uma atenção capaz de conjugar proteção e emancipação.

Vianna e Barros (2004), ao investigarem os significados do cuidado para os familiares na reabilitação psicossocial, consideram que o ato cuidador, se pode significar a promoção de habilidades e autonomia, pode também reforçar formas de exclusão e desabilitação, quando mediado pelo desejo do outro que não o sujeito da atenção. Essa consideração nos inspira a indagar, nas práticas, pelo lugar do desejo daquele que é o sujeito da atenção.

Para refletir acerca das características do cuidado nos serviços substitutivos à instituição asilar, Alves e Guljor (2005) partem da crítica ao modelo assistencial tradicional que, para efeito da discussão proposta por esses autores inclui, além do hospital psiquiátrico, a “ambulatorização” representada pelos dispositivos focados em consultas médicas ou psicológicas; e ainda a fragmentação e a descontinuidade da atenção pela organização do cuidado em níveis estanques de complexidade – o que tem resultado em recurso ao hospital psiquiátrico, em seu nível máximo.

Como premissas para o cuidado, estes autores apontam: (1) a liberdade, em negação ao isolamento característico do manicômio; (2) a integralidade, na perspectiva de deslocamento do olhar - do foco na doença e na remissão de sintomas, para o sujeito em sofrimento e suas necessidades em vários campos do viver; (3) a superação do modelo nosológico centrado no diagnóstico, em direção

ao enfrentamento da desvantagem social - o que requisita considerar a rede social onde o sujeito se insere; e (4) a centralidade do conceito de direito, em superação à noção de reparo: nessa medida, o cuidado não se esgota e é orientado em direção à crescente autonomia, entendida como capacidade do sujeito de gerar normas para sua vida, face às situações que enfrenta (Alves e Guljor 2005).

Cumpram-se então investigar, através das narrativas que são objeto desta pesquisa, como se configuram esse conjunto de questões no cotidiano das atividades.

5. ATIVIDADES

5.1. Atividades e Reforma Psiquiátrica

Antes de situarmos as atividades no projeto da Reforma Psiquiátrica, vale pontuar que, no modelo alienista, o “uso terapêutico da ocupação” cumpria um papel organizador de um cotidiano institucional: que este era fundado na vida administrada, no isolamento e na disciplina (Goffman 1974); e que tal condição só viria a se modificar radicalmente no contexto de pós II Guerra, através de movimentos³² que questionaram essas instituições, dando origem ao campo da saúde mental.

No momento atual da Reforma Psiquiátrica brasileira, a socioterapia, a psicodinâmica e a perspectiva da desinstitucionalização constituem referenciais inspiradores das práticas da terapia ocupacional - área de conhecimento especialmente implicada no emprego de atividades no contexto de projetos assistenciais.

A perspectiva socioterápica está relacionada às proposições de saúde mental comunitária. O campo relacional é o contexto de intervenção privilegiado. As intervenções acontecem nos espaços das relações pessoais e sociais, com vistas à produção de sentidos para a vida. As práticas incluem grupos operativos, ateliês, oficinas, atividades de sociabilização e trabalhos com as famílias, entre outras. A flexibilização dos papéis profissionais e as transformações da dinâmica institucional são, também, almejadas. (Mângia e Nicácio 2001).

³² As comunidades terapêuticas, na Inglaterra; a psicoterapia institucional e de setor, na França, a psiquiatria preventiva comunitária, nos Estados Unidos e a psiquiatria reformada na Itália (Birman e Costa 1998)

A psicodinâmica é uma abordagem de inspiração psicanalítica em que a busca da construção e reconstrução de histórias de vida é desenvolvida através da dinâmica propiciada pela tríade terapeuta-paciente-atividade, através de uma metodologia que se convencionou chamar de “trilhas associativas” (Benetton1991).

A desinstitucionalização tem como perspectivas: a desconstrução da lógica manicomial e do conceito historicamente construído de loucura; e a re-invenção de possibilidades subjetivas, sociais, culturais e materiais de se estar no mundo. Suas práticas são orientadas pela noção de projeto – o que envolve interação entre as pessoas, os contextos e os recursos – e pela reconstrução de redes de relações, com intervenções que privilegiam os contextos reais de vida dos sujeitos da atenção, a construção da autonomia e o enfrentamento das situações de desvantagem social (Mângia e Nicácio 2001).

Essas três perspectivas – cujas contribuições assumimos nossa limitação em discuti-las neste trabalho – têm pontos de convergência e um desafio, em comum, que nos interessa discutir: em uma perspectiva de diálogo com esses referenciais e de crítica às tradições asilares de “uso terapêutico da ocupação”, questionamentos sobre as atividades enquanto recursos centrais nas práticas de terapia ocupacional ocupam, atualmente, um lugar importante nas discussões sobre os objetivos e os efeitos das ações neste campo.

Entre esses questionamentos, destaca-se o processo, em curso, de desconstrução do “mito da atividade terapêutica” - uma ligação naturalizada entre atividade e terapeuticidade – e da visão derivada desse mesmo mito – que tem

como foco as relações terapêuticas em si mesmas (Nascimento 1990). Sem negar a importância das atividades e das relações no processo terapêutico, tais críticas se dirigem à inversão que se configura quando é a técnica que define os objetivos e procedimentos a serem adotados, sem maior compromisso com as necessidades e os contextos da vida dos sujeitos da atenção:

A intervenção técnica centrada na atividade laboratorial (a marcenaria, a pintura, etc.) ou na relação terapêutica opera uma divisão entre o técnico e o político que só beneficia a própria técnica porque se exime de assumir outras responsabilidades (Nascimento 1990:21)

Essas críticas se dão em favor de uma compreensão que considere a complexidade do sujeito da atenção e a necessidade de reabilitação dos seus espaços de vida (Castro, Lima e Brunello 2001; Mângia e Nicácio 2001). Desta perspectiva, a referência para a proposição de atividades passa a ser o sujeito da atenção em seu contexto: suas necessidades, direitos, potencialidades e projetos, relacionados a questões concretas, afetivas e relacionais da existência.

5.2. Atividade, experiência e produção de sentido

Ao pensarmos que o sujeito da atenção é a referência para a proposição das atividades, trata-se então de pensá-las quanto às oportunidades de experiência e de produção de sentido que oferecem para esse sujeito.

Para olhar as atividades sob o ângulo da experiência, recorremos a Bondia (2002), que se inspirou nas reflexões de Martin Heidegger e Walter Benjamin e na etimologia da palavra *experiência* em vários idiomas para pensar a educação do

ponto de vista da relação entre experiência e sentido, distinguindo-a de outras proposições mais usuais, como as que tomam como referência as relações entre ciência e técnica, ou teoria e prática.

Esse autor considera que pensar é mais do que raciocinar ou argumentar; é experiência dotada de sentido. Sendo o uso da palavra inerente à existência humana, dar sentido implica nomear e correlacionar.

De acordo com Bondia (2002:26) “é experiência aquilo que “nos passa”, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma”, o que implica receptividade, abertura ao desconhecido e exposição aos acontecimentos, com disponibilidade para suportar tensões e se orientar pelo desejo.

Da experiência decorre um saber adquirido “no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece”. (Bondia 2002:28). Trata-se de um saber singular, finito e relacionado à existência de um dado sujeito ou comunidade: um *saber de experiência*, que:

somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo) (Bondia 2002:28)

Para Bondia (2002), fazer a experiência é cada vez mais difícil na sociedade contemporânea, devido ao excesso de informação e de opinião, à falta de tempo e ao excesso de trabalho. Assim, torna-se necessário distinguir

informação e experiência; escapar às cobranças sociais pela manifestação de opiniões; conquistar tempo suficiente para aflorar a memória e estabelecer conexões significativas entre acontecimentos; e oferecer suficiente resistência à agitação, de modo a usufruir do silêncio:

(...) pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondía 2002:25).

Ao transportarmos tais questões para o contexto do trabalho terapêutico com atividades de arte e cultura, torna-se necessário refletir acerca das relações entre experiência estética e produção de sentido. De acordo com Mecca (2002), no que diz respeito ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico grave, a experiência estética pode se configurar como espaço de construção de sentidos e de forma para as vivências do sujeito, tanto no processo de elaboração do seu gesto formante, através da operosidade artística; quanto no reconhecimento – por si e pelo outro – do seu estilo de ser, que é presentificado na obra.

Nessa compreensão, processo criativo e produto, assim como conteúdo e forma, se apresentam interligados, no processo de construção de lugares para esse sujeito no mundo. Tal construção, que nas atividades artísticas e culturais se opera através das oportunidades oferecidas, pode requisitar o trabalho terapêutico para que se efetive. As relações do sujeito com a sua produção artística favorecem a:

Aparição de um estilo de ser na obra, que também aparece como alteridade. Dessa maneira, torna-se possível ao sujeito ver-se como outro de si mesmo e perceber a existência como um contínuo inventar de si (...) a formação do gesto e a apropriação deste como produção própria favorecem seu reconhecimento como marca pessoal para o entorno (Mecca 2002:248)

Visto desse ângulo, o trabalho terapêutico apresenta desafios que requisitam a sensibilidade do terapeuta para compreender e dar sustentação aos momentos criativos do sujeito do cuidado - ou mesmo atualizá-lo acerca das suas potencialidades, em momentos de crise -, para que este possa se apropriar da sua potência criativa e estendê-la a outras dimensões da sua vida (Mecca 2002).

Tal tarefa pode se apresentar indissociável, na prática, de outra ação envolvida nesse cuidado, a continência, entendida como o suporte oferecido a esses sujeitos, de modo que possam sentir uma emoção ou um sentimento sem transformar-se neles; e atribuir sentido ao vivido, através da imaginação (Barreto 2000).

5.3. Particularidades do trabalho com as atividades de arte e cultura

Foge ao escopo desta pesquisa fazer uma discussão acerca da organização do trabalho no âmbito dos CAPS. Contudo, pontuamos a seguir algumas questões implicadas na produção do cuidado pela via da arte e da cultura.

Para empreender atividades na interface da arte, da cultura e da saúde mental, os profissionais necessitam mais do que um corpo de conhecimentos teóricos e uma instrumentalização técnica: é fundamental vivenciar processos

criativos, envolver-se com a própria experiência cultural, refletir continuamente sobre as práticas (Castro 2001), além de dispor-se continuamente à requisição da própria inventividade para produzir oportunidades de instauração da processualidade (Lima 1997).

A formação teórica e a instrumentalização técnica envolvem conhecimentos do campo da criação, expressão e comunicação; acesso às metodologias do ensino da arte com abertura suficiente para instaurar diálogos com diferentes sujeitos; e conhecimento de técnicas e de materiais, entre outros (Castro 2001, 2002).

No campo saúde mental, a perspectiva desenvolvida por Nise da Silveira (Silveira 1986) consagrou a livre expressão como abordagem complexa, fundada na psicologia analítica de Jung. Outras abordagens envolvem conhecimentos de outras áreas e são consagradas em outros contextos: é o caso da abordagem triangular, que tem maior presença no campo da arte-educação (Barbosa 2008, Rizzi 2008) e que envolve três dimensões interligadas: apreciar, contextualizar, fazer. O trabalho com essas dimensões implica desdobramentos no campo da cultura.

A experiência e a identificação do profissional com as abordagens escolhidas são essenciais, uma vez que o processo criativo é essencialmente transformador e envolve sensibilidade, expressão, observação, improvisação e composição: a vivência das transformações internas e externas que esse processo propicia constitui referência fundamental para compartilhar as potencialidades do trabalho com arte de forma consistente (Castro 2001, 2002).

Contudo, mesmo em CAPS onde é tratada por profissionais e coordenadores dos serviços como valor, a arte parece não ser compreendida como campo de saber (Tavares 2002)³³. A formação artística não parece questão colocada no âmbito profissional:

Vale mencionar que, embora não recebam formação específica, os profissionais do CAPS utilizam-se de conhecimentos de arte para cuidar (...) não restringindo-se aos profissionais com formação ou habilidades artísticas. Tal situação evidentemente limita a possibilidade de expressão artística do próprio paciente, já que o recurso artístico é utilizado de modo superficial e limitado por falta de formação dos profissionais (Tavares 2002:84).

Outra indagação se refere ao compartilhamento dos sentidos das práticas, nas equipes de trabalho, no processo de elaboração dos projetos terapêuticos. As interlocuções e a reflexão contínua sobre as práticas podem ser consideradas dimensões intrínsecas ao trabalho em equipe, no sentido de conjugar o âmbito da intervenção técnica objetiva das ações - *aquilo que se faz* - com a dimensão interativa e intersubjetiva - *compreender-se mutuamente para fazer juntos* (Peduzzi, 2001). No que diz respeito às atividades artísticas, contudo, desafios adicionais podem se apresentar, em razão da pouca tradição desse rol de práticas na formação de grande parte dos profissionais de saúde.

Nesse campo de atividades, tais interlocuções podem se deparar, também, com dificuldades relacionadas a uma clivagem, presente no imaginário social, entre o trabalho, associado à idéia de sofrimento, e o prazer, relacionado à liberdade e à atividade criadora (Dejours 1994).

³³ Conforme estudo realizado por Tavares (2002) a partir de entrevistas com profissionais que empreendem atividades artísticas e coordenadores de seis CAPS do Rio de Janeiro.

Outra dimensão essencial do trabalho com as atividades de arte e cultura nos CAPS diz respeito à perspectiva de reconstrução da cidadania e dos direitos substanciais – materiais, culturais e sociais. Essa perspectiva demanda ações em espaços externos ao campo clínico e articulações intersetoriais, voltadas à promoção do acesso físico e social dos sujeitos da atenção aos eventos e serviços culturais (Castro 2001).

A explicitação acerca da proposição de atividades é especialmente relevante quando o que está em questão é a sua dimensão lúdica: Saraceno (1999) alerta para a ambigüidade que a palavra entretenimento comporta, uma vez que sua raiz latina remete a ‘divertir’, o que pode significar ampliação, no sentido do diverso; mas que essa palavra também significa ‘manter dentro’.

A proposição de atividades situadas na confluência da arte com a clínica implica, ainda, outro cuidado: o de não se reduzir um desses termos ao outro. É necessário considerar que, ao criarem seus próprios modos de expressão, os sujeitos não só expressam dimensões de um universo interior, como realizam um *fato de cultura*, podendo produzir diálogos diferenciados ou mesmo dissidentes com modos de expressão dominantes e, dessa forma, enriquecer suas existências (Lima 2009).

Neste ponto, nos indagamos: que diálogos são possíveis entre o que pode ser apreendido, através de diferentes narrativas acerca das atividades de arte e cultura nos CAPS Adultos de São Paulo, e as questões que reunimos até aqui?

6. OBJETIVOS

1. Descrever e analisar a produção do cuidado através das atividades de arte e cultura, nos CAPS que atendem adultos no município de São Paulo, conforme informado pelas narrativas de observadores dessas atividades e dos profissionais envolvidos na produção desse cuidado.
2. Investigar relações entre os meios de produção do cuidado e os objetivos informados pelos profissionais, a fim de compreender os sentidos atribuídos à produção desse cuidado.
3. Identificar, nessas narrativas, objetivos e concepções de saúde e cuidado relacionadas à realização de atividades no interior dos CAPS; e à realização dessas atividades no território.

7. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa empreendida é de abordagem metodológica qualitativa e foi desenvolvida a partir de dados produzidos por outra pesquisa maior, da qual esta pesquisadora participou como membro da equipe de observadores.

Ao nos orientarmos pela perspectiva hermenêutica, que toma a “compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação“ (Minayo 2002:84), nós podemos distinguir as sucessivas mediações, entre as atividades que foram objeto da pesquisa e a construção da análise: a compreensão teórica que orientou a primeira pesquisa, que determinou as características da produção dos dados; os fatos observados, que comportaram diferentes compreensões de cada um dos seus atores; a reconstrução do que foi observado, produzida por cada narrador e permeada pela sua interpretação singular ao perceber, fazer a leitura e registrar o observado; a fala dos profissionais, ao relatar como produziram o cuidado; a interpretação desses registros pela pesquisadora que, do mesmo modo que os demais narradores, tem um olhar singular; e a produção de diálogos entre essas ‘interpretações das interpretações’ e o quadro teórico que orienta a presente pesquisa e que, ao tratar de um campo de interface, reúne referenciais que orientam o modelo de atenção e reconstituem o contexto do objeto; e referenciais relacionados ao próprio objeto. Ao considerar a presente pesquisa como meta-narrativa, procuramos traduzir na análise realizada a prudência que esse conjunto de mediações requisita.

7.1. A produção das informações

As informações foram extraídas da base de dados da pesquisa *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo* (Nascimento 2006) a partir de agora denominada pesquisa maior. O método dessa pesquisa incluiu: (1) observação de tipo etnográfico: da estrutura dos serviços, registrada em planilhas de informações; e do processo de cuidado durante uma semana típica, com relatos das atividades e depoimentos dos profissionais envolvidos nessas atividades, em 21 CAPS que atendem adultos no município, registrada em cadernos de campo; (2) entrevistas semi-estruturadas com profissionais desses serviços, gravadas e com dupla transcrição; e (3) estudo de coorte de um ano, com a participação de todos os usuários em regime intensivo. A equipe de pesquisadores recebeu treinamento teórico e prático prévio e acompanhamento periódico.

Para a presente pesquisa foram trabalhados os dados de observação de tipo etnográfico dos 21 serviços, registrados nos 63 cadernos de campo produzidos na pesquisa maior; bem como as 21 planilhas de informações gerais de cada serviço, que forneceram dados adicionais sobre: agenda de atividades; existência de espaços culturais conhecidos pelos gerentes dos serviços, no território; e origem dos serviços (se originados de ambulatórios, hospitais-dia ou criados como CAPS).

Os cadernos de campo registraram a observação de todo o cotidiano dos serviços, com relatos que descreveram o desenvolvimento da atenção: a triagem, o

acolhimento, a ambiência, os atendimentos individuais, as atividades grupais e comunitárias, as visitas domiciliares, as reuniões de equipe e as assembléias com os usuários, entre outras ações. As observações das atividades grupais foram orientadas por um roteiro de observação (Anexo 1) e foram compostas de notas descritivas e notas reflexivas. O roteiro de observação contemplou a descrição do contexto e do desenvolvimento das atividades; e depoimentos breves dos profissionais, colhidos após cada atividade.

Desses cadernos, foram consultados todos os relatos sobre as reuniões de equipes multiprofissionais (21); sobre atividades de organização de parceria (3); e sobre as atividades grupais. Estes últimos eram referentes a 457 atividades.

Destas atividades, foram selecionadas para o estudo aquelas de arte e cultura, através de critério baseado naquele adotado pelo Ministério da Saúde (Brasil 2004) com as denominações de: *oficinas expressivas* e *oficinas culturais*³⁴. Foram 126 atividades com esse perfil, que tiveram analisados todos os seus relatórios de observação. Foram ainda analisados relatórios referentes às três atividades de organização de parcerias e às 21 reuniões de equipe.

A maior parte das atividades de arte e cultura teve periodicidade semanal, mas também foram observadas as de periodicidade maior (mensal ou quinzenal). Nas de periodicidade menor, foram analisados todos os relatórios referentes à mesma atividade. A maioria das atividades durou aproximadamente 90 minutos.

³⁴ Descritas nas páginas 14 e 15 desta dissertação.

7.2. Considerações éticas

Os dados de pesquisa foram utilizados com autorização da sua coordenadora. Os objetivos e procedimentos da pesquisa foram informados às equipes de todos os serviços, sua realização foi consentida pelos gerentes e as observações, consentidas pelos participantes. Os dados de observação foram validados através de reuniões devolutivas em todos os serviços. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 0306/06/ CEP/SMS) e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa/ CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da USP (Processo nº 0878/08).

7.3. Processo de análise

Foi adotada a análise de conteúdo, em função da necessidade de abordar inicialmente os textos – cadernos de campo e planilhas – em sua totalidade e da maneira mais abrangente possível. Para Bardin (2008), a análise de conteúdo pode ser considerada uma ‘caixa de ferramentas’: um conjunto de técnicas que propiciam o tratamento das informações contidas nas mensagens, o seu conteúdo - referido a um dado “continente” – com base em critérios de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência.

Esse método possibilita a exploração do material através de uma pré-análise, que pode ser empregada com a finalidade de dar sustentação e colocar em evidência o processo inferencial que embasa as interpretações. Com essa finalidade, foram adotadas categorias que compõem o conceito de meios

terapêuticos em Terapia Ocupacional (Paganizzi 1991), assim como categorias inspiradas nesse conceito, e ainda outras, criadas a partir do conteúdo das narrativas. Vale ressaltar que tais categorias constituem tão somente recursos analíticos, empregados para a apreensão dos traços mais marcantes das narrativas e também para a investigação das relações entre esses traços, sem que se perca de vista que, no cotidiano das práticas, esses aspectos se apresentam entrelaçados. Importa lembrar, também, que os conceitos adotados de arte, cultura e cuidado permearam todo o processo de análise.

Para a pré-análise dos relatos, foram adotadas as categorias de análise:

1. Categorias que compõem o conceito de *meios terapêuticos* (Paganizzi 1991), empregado em análise de atividades em Terapia Ocupacional. De acordo com esse conceito, a produção do cuidado tem três pontos de sustentação:

- **Enquadre:** funciona como o organizador do vínculo terapêutico e inclui tempo, espaço e papel técnico: neste estudo, é analisado quanto aos **contextos** de realização das atividades; **profissionais** que as desempenharam; e **insumos** envolvidos na realização das atividades.
- **Atividades:** englobam técnicas, materiais e o potencial de linguagem ligado às propostas; no estudo empreendido correspondem a **elenco** e **repertórios**.
- **Vínculos:** dizem respeito às relações interpessoais. Estas incluem o ‘vínculo terapeuta-paciente’ e as demais relações, inclusive com as atividades. O vínculo, entendido aqui como estrutura complexa (Pichon Riviére 1986),

inclui o sujeito, o objeto e os momentos de comunicação e aprendizagem: nessa concepção não haveria um ‘sujeito’ ativo e um ‘objeto’ passivo, dado que o vínculo seria sempre bidirecional; seus componentes se reportariam sempre à sua relação comum; e esse processo teria um caráter dialético, de enriquecimento ou empobrecimento mútuo. Neste estudo são abordados quanto às **interações** proporcionadas pelas atividades; e aos **temas** que foram objeto dessas interações.

2. Outras categorias:

- **Processo de cuidado:** constitui um desdobramento do *papel técnico*, cujo conceito foi ampliado com o objetivo de incluir a descrição das condutas de cuidado observadas. No presente estudo, reúne **características dominantes/ diferenciais do processo de cuidado/ dificuldades/ e atenção à crise**.
- **Produtos:** nessa categoria, buscamos reunir elementos para compreender as relações dos participantes das atividades com as suas produções materiais, já que essas relações operacionalizam e dão materialidade ao cuidado pela via da arte. Consideramos que os sentidos desse cuidado estão ligados aos sentidos dados à produção realizada: seja pelo sujeito que a produz; seja por quem exerce o cuidado, seja por aqueles com quem o sujeito se relaciona, já que essas relações estão implicadas no posicionamento desse sujeito no mundo.

- **Olhar dos profissionais acerca das atividades:** trata-se de um enfoque sobre o papel técnico, a partir dos profissionais que exerceram esse papel.
- **Visibilidade das atividades no âmbito dos serviços:** informações relacionadas ao lugar das atividades de arte e cultura no projeto terapêutico.
- **A produção de atividades relacionadas ao território:** cenas e narrativas, relacionadas às particularidades da produção do cuidado no enquadre específico do território.

Através da leitura e releitura do material (processo de impregnação) os relatos de acontecimentos foram identificados com as categorias de análise. Foram então investigadas relações entre os meios terapêuticos relatados e os depoimentos dos profissionais referentes a cada atividade, em sentido vertical; e entre as diferentes atividades, em sentido horizontal; e inferidos núcleos de relações entre os eventos observados nessas duas direções. Esses núcleos de relações foram analisados com base no referencial teórico da pesquisa.

8. RESULTADOS

Foram analisadas as narrativas referentes a todas as atividades relacionadas à arte e cultura e encontros organizativos referentes a parcerias, observados durante uma semana típica, nos 21 serviços que participaram da pesquisa.

8.1. Enquadre

8.1.1. Contextos

Das 126 atividades de arte e cultura observadas, 96 foram totalmente desenvolvidas no interior do CAPS; 16, desenvolvidas parcialmente em espaços culturais da comunidade; e 15, realizadas através de parcerias regulares com estes espaços.

8.1.2. Profissionais

O elenco dos profissionais que conduziram as atividades foi diversificado, com psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, artistas eicineiros, entre outros. Nas atividades realizadas dentro dos CAPS, houve predominância de psicólogos e nas demais, de equipes mistas, compostas por profissionais dos CAPS e dos espaços culturais.

A co-coordenação das atividades foi uma característica marcante: a coordenação foi exercida por dois ou mais profissionais em metade das situações.

Em parte dessas atividades, a coordenação foi compartilhada entre técnicos, auxiliares ou participantes; algumas foram coordenadas exclusivamente por profissionais de espaços culturais. Uma atividade foi coordenada por usuário, com supervisão de um membro da equipe técnica.

8.1.3. Insumos

De acordo com os depoimentos dos profissionais, algumas atividades desenvolvidas no interior dos CAPS foram realizadas com seus próprios recursos materiais: tintas, máquinas fotográficas, CDs, DVDs etc. Quanto aos recursos instrucionais, parte dos profissionais desenvolvia, paralelamente, atividades artísticas relacionadas àquelas exercidas no serviço, especialmente música e pintura em tela. Alguns arcavam pessoalmente com os custos de supervisão e de formação artística de interface com a saúde, em relação à qual foram citados os seguintes cursos: Psicodança, Psicologia Formativa de Keleman, Curso no Museu do Inconsciente (RJ) e Danceability. Quanto à formação em serviço, dois eventos foram referidos: um curso de Danças Circulares promovido pela prefeitura³⁵ e uma formação em Teatro do Oprimido³⁶.

Em algumas atividades desenvolvidas parcialmente em espaços culturais, a obtenção ou negociação de insumos foi parte integrante da proposta: ir à biblioteca do bairro para angariar doações de livros para a montagem de sala de

³⁵ O ano de realização do curso não foi referido.

³⁶ De acordo com o relato, realizado em 2006, através de parceria entre o CTO – Centro de Teatro do Oprimido, o Ministério da Saúde e a prefeitura do município.

leitura no CAPS; vender em parques públicos as publicações produzidas, para pagar sua impressão; obter doações de instrumentos musicais junto a entidades culturais, entre outras ações.

Nas atividades no território, o deslocamento dos participantes para espaços fora dos CAPS pareceu requisitar competências e conhecimentos dos integrantes e, também, trazer novos elementos para as relações entre estes e os terapeutas³⁷:

na ida e na volta observou-se que a terapeuta preocupou-se com a rua, se estavam todos acompanhando o grupo, entretanto eles mesmos se atentavam com os carros e tomavam conta uns dos outros. No caminho eles mostravam os lugares que conheciam .
[dança em espaço cultural]

Na maior parte das atividades realizadas em espaços culturais, os participantes foram às atividades em grupo, a pé ou de ônibus, acompanhados por profissionais dos CAPS; menos comum foi sua circulação de forma independente. Em algumas situações, o transporte foi providenciado pelo serviço ou realizado pelos funcionários com seus próprios veículos.

³⁷Em todas as cenas relatadas, os nomes próprios foram substituídos pelas expressões: *coordenadora, coordenador, "o" ou "a" participante*; o gênero foi atribuído aleatoriamente.

8.2. O processo de cuidado

8.2.1. Características dominantes

Na maioria das atividades, as narrativas se referem a momentos de oferta de escolhas para os participantes; de incentivo às suas iniciativas e à troca de experiências entre o grupo.

Na maior parte das atividades realizadas no interior dos CAPS, as condutas relatadas tiveram como foco o processo grupal, com ênfase na valorização do pertencimento ao grupo e na promoção de situações de apoio mútuo.

A condução das atividades, nessas situações, foi caracterizada pela escuta e pelo acolhimento. Em muitas ocasiões, o coordenador motivou os participantes a se colocar, destacou os temas que surgiram e provocou reflexões a respeito dos mesmos, como exemplifica o relato a seguir:

um encontro grupal em que cada participante traz seus temas e os expressa através de um desenho que é, ao final, discutido no grupo (...) quando o último participante termina o seu, o coordenador promove uma “rodada” em que cada um mostra o que desenhou e ele pergunta sobre os sentimentos que inspiraram o desenho [atividade mista].

Os investimentos na manutenção de um clima lúdico e descontraído e a prática de finalizar os encontros através de rodas de conversa revelaram-se condutas comuns à maioria das atividades observadas, independentemente de quaisquer outras características.

8.2.2. Diferenciais do processo de cuidado

Em mais da metade das atividades realizadas parcialmente ou totalmente no território, assim como em parte das atividades desenvolvidas no interior dos CAPS, foram relatadas, além das características gerais, uma ou mais ações que denominamos *diferenciais* por considerar que elas revelaram um alinhamento diferenciado com premissas da reabilitação psicossocial. Essas características estiveram relacionadas a situações em que foram observadas características, também diferenciais, dos repertórios empregados³⁸.

Essas características são descritas de forma resumida no quadro a seguir:

Quadro 1. Diferenciais do processo de cuidado
<ul style="list-style-type: none">• Promoção da autonomia/ “devolução” dos impasses aos participantes como estímulo à sua autoria em solucioná-los• Promoção da aproximação entre os participantes das atividades e outras pessoas, nos espaços sócio-culturais• Prestação de auxílio técnico aos participantes, respeitando sua dinâmica, solicitações ou objetivos• Apoio em momentos criativos e de descobertas dos participantes• Apoio à participação de todos, de forma equitativa• Produção de situações de descoberta, apropriação e expressão de potencialidades, desejos ou projetos dos participantes• Atualização dos participantes acerca das suas potencialidades, em momentos de crise

³⁸ As características de repertório são apresentadas na página 102.

Em algumas dessas situações, o processo de cuidado pareceu conectado ao potencial de experiência oferecido pela própria atividade:

a coordenadora responde serenamente às situações em que um participante procura atrair a atenção sobre si, redirecionando-o para maior atenção aos seus próprios movimentos, melhora da concentração e controle da ansiedade [teatro].

Em outras ocasiões, condutas adotadas nas relações com o grupo e na atenção individual pareceram dar sustentação à experiência de envolvimento dos participantes com a atividade:

A maioria dos integrantes participa ativamente, enquanto a coordenadora divide sua atenção entre o processo coletivo e o manejo da situação experimentada por um participante que apresenta um delírio intenso e não consegue se comunicar com os demais. Nos momentos em que o grupo perde a concentração, a coordenadora propõe novos jogos criativos, que facilitam a harmonização do grupo [teatro do oprimido].

Em algumas situações, a condução das atividades em espaço cultural comportou a demarcação dos propósitos artísticos do encontro e a inibição das expectativas voltadas à relação terapeuta-paciente. Essa combinação pareceu operar um redirecionamento dessas relações:

um participante voltou a falar: “*Eu estou com pressão alta*”. A professora de artes o interrompeu: “*Eu não sou médica. Sou professora. Aqui a gente não deve falar de doença. É até bom esquecer*”. O usuário persistiu na descrição de seus sintomas. A

professora foi incisiva: “*Eu não quero falar de doença. Não quero ouvir*”. Após essa breve conversa, iniciou as atividades (...). Pediu aos usuários que ficassem atentos, pois, para executar a tarefa, era importante que compreendessem o conto. Todos ficaram em silêncio, prestando atenção à história que estava sendo lida (...). Todos foram tratados como alunos e não como pacientes [artes plásticas em espaço cultural].

8.2.3. Dificuldades

No conjunto das observações realizadas, foram raros e pontuais os relatos de dificuldades relacionadas ao processo de cuidado. As questões observadas foram seguintes: desconsideração pelas questões, desejos ou projetos manifestados por participantes; pouca oferta de escolha, limitando-os a uma perspectiva passiva; comunicação através de formas infantilizadas; “correção” de expressões estéticas; “tradução” de expressões ou produções segundo o viés interpretativo do próprio profissional; e expressão de pré-julgamento acerca do comportamento de participante.

A ausência de diálogo e as condutas autoritárias foram comuns nessas situações:

A coordenadora foi fazendo uma lista de perguntas para cada paciente. Não permitiu que eles falassem espontaneamente. Conduziu o rumo da conversa. Talvez, seja mais apropriado chamar de entrevista Algumas perguntas pareciam banais e sem sentido, e os comentários, impertinentes. [A coordenadora] assumiu uma postura diretiva e interventiva no grupo: “Qual é o seu nome? Quem escolheu seu nome?” No final, fez um discurso de esclarecimento: “muitos nomes estão relacionados com o que a gente faz, [ou] têm relação com as profissões dos nossos avós [...] esse jogo tem como objetivo identificar as nossas origens e os desejos que estão por trás das nossas ações”. Segundo seu depoimento, o principal objetivo desse grupo é: “relacionar a brincadeira com o estado atual do paciente, ir mostrando o quanto que os usuários vão rompendo com suas

raízes e origens e entrando numa outra cultura que não é familiar [Jogos dramáticos].

Pelo relato, depreende-se que a proposta adotada teve por base uma prenoção: a de que os participantes não conheciam suas origens e desconheciam os desejos que motivavam suas ações.

A maior parte dessas situações esteve relacionada a condutas que combinaram o emprego de atividades artísticas como tarefa; e a prioridade, no decorrer da atividade, para ações não relacionadas à arte, tais como checar prontuários, questionar sobre faltas ou atrasos, conferir medicações etc.

8.2.4. A atenção à crise

Situações em que um ou mais usuários demandaram manejo da crise ou intensificação dos cuidados foram relatadas em 49 atividades. O processo de cuidado nessas ocasiões revelou particularidades, tais como: a atenção ao sujeito em crise por um profissional enquanto outro permaneceu na condução do encontro; a continência proporcionada pelo processo grupal; o cuidado com a corporeidade; e a abordagem dos sujeitos em crise através de diálogos com as próprias imagens oriundas dos delírios, como sugere o relato a seguir:

“Alguém de vocês tem alguma cena (...) que queira representar aqui?” [pergunta a coordenadora da atividade] Um participante afirma que se sente oprimido por acreditar que [vários

conhecidos próximos] o traíam com sua mulher, embora eles o neguem [perguntado sobre o motivo, ele diz que alguém falou]; a cena é montada algumas vezes, com “candidatos”, que se sucedem, até que o autor resolve entrar em cena, no papel *dele mesmo*, e a inverte, chamando [quem falou] de “falsa”. A coordenadora pergunta a ele se está satisfeito com o resultado, e diante da sua afirmativa, passa para a próxima cena [teatro do oprimido].

Em outro relato, as modificações de atitude de um participante em crise, que já havia se mostrado incomunicável em outras situações, leva a cogitar que as discretas mudanças de expressão nos movimentos e na comunicação com os demais estiveram relacionadas ao convite à experimentação e à possibilidade de efetuar uma escolha orientada pelo seu desejo:

o envolvimento dos participantes é progressivo e, em dado momento, apenas um participante permanece sentado, demonstrando alguma impaciência (...) e pergunta à coordenadora se já está na hora de ir embora; [esta] avisa que ainda há tempo e sugere que ele escolha uma música. Ao som [da música que escolheu] se levanta e balança um pouco, com o corpo todo em bloco e os braços cruzados no peito (...) quase no final da música, aceita dar a mão [a outro participante] (...) dança com um pouco mais de desenvoltura (...) prossegue dançando sozinho, porém com um repertório um pouco maior de movimentos [dança].

As situações de crise observadas foram: mania/ agitação; apatia não restrita à atividade; sintomas orgânicos; desorganização; alucinações ou delírios; e conflito com manifestações de agressividade exacerbadas.

8.3. Atividades

8.3.1. Elenco

O elenco de atividades foi diversificado e apresentou, também, diferenças relacionadas ao contexto da sua realização.

No interior dos CAPS, predominaram as artes plásticas e as atividades artísticas mistas. Entre as atividades realizadas parcial ou totalmente no território, foram predominantes os grupos de passeios a museus, SESC's, CECCO, cinema e biblioteca; e as atividades ligadas à leitura e à escrita. Outras modalidades, observadas tanto nos CAPS quanto nos espaços culturais, foram: música; expressão corporal e dança; cinema, vídeo e fotografia; teatro e jogos dramáticos. Foram, ainda, observados: um grupo cultural de parceria entre dois CAPS, um CECCO e duas ONG's culturais; e duas festas juninas, realizadas em CAPS e abertas ao público, com grupos musicais, danças e contadores de histórias. Foi marcante a diversidade de atividades em parceria com espaços culturais: danças de rua, arte de origem africana, festas populares regionais, entre outras.

8.3.2. Repertórios

A maior parte dos repertórios ofereceu oportunidades de manifestação, escolha e experimentações estéticas para os participantes. Parte desses repertórios apresentou características que denominamos diferenciadas, por indicarem alinhamentos mais nítidos tanto com pressupostos da reabilitação psicossocial, quanto com entendimentos da arte e da cultura enquanto experiência cultural.

Essas características são brevemente descritas a seguir:

Quadro 2. Diferenciais relacionados ao repertório de atividades

- Ampliação do repertório artístico e cultural dos participantes
- Intercâmbio de idéias, compartilhamento ou reflexão sobre experiências ou projetos dos participantes
- Experimentação de linguagens figuradas ou metáforas
- Ampliação da circulação social dos participantes, para além da própria atividade
- Contato com possibilidades de experiência artística ou cultural em âmbito mais amplo do que o CAPS
- Flexibilidade das propostas em função das proposições ou necessidades dos participantes
- Parcerias com base em projetos em comum

Em diversas situações observadas, as características descritas estiveram relacionadas tanto ao estilo das abordagens quanto aos recursos técnicos empregados.

O estilo de abordagem caracterizou várias dessas situações, através das formas de convite à experiência estética com ênfase nos desejos, criações e projetos dos participantes. Seja através da sensibilização:

Os pacientes se revezam nos instrumentos e na escolha das músicas. Todos cantam e o som atrai outras pessoas. Por ser uma atividade aberta (inclusive para a comunidade) o rodízio de

pacientes (intensivos e não intensivos ou semi), técnicos, estagiários e funcionários é muito grande. O clima é muito animado todo o tempo [música].

Seja pela proposição de temas:

Ao longo de três ou quatro encontros discutem como será feito o filme: primeiro levantam o tema, depois constroem a história, filmam e ainda aprimoram a filmagem. A edição do filme é feita pelo (coordenador), em casa. Alguns dos filmes produzidos já foram exibidos em locais como o CECCO e um espaço cultural da região. (...) A atividade é aberta mas os coordenadores anotam o nome de todos, seja na produção da história, seja na filmagem, para que as informações possam ser colocadas nos créditos do filme [produção de vídeo].

Outro diferencial foi o conhecimento técnico. Várias atividades ofereciam situações de aprendizado e compartilhamento de técnicas. A cena a seguir retrata desdobramentos de uma conduta provavelmente inspirada na abordagem triangular (apreciar, contextualizar e fazer):

Foram ouvidas várias músicas [de um compositor popular]; lidos trechos de encartes de discos com parte da história do compositor; tocadas e cantadas algumas de suas músicas (...) “tem violão de 12 cordas, de 7 cordas e baixo na gravação... tem flauta” (sic). Um participante emenda: “tem uma cuíca, dá para ouvir”. Outro pergunta de que época são as gravações. Procura [com um terceiro] essa informação, dentro do álbum: “década de 60!” (...)Ao final de algumas músicas, o coordenador retoma a proposta de ouvir mais o repertório do autor: fazer uma audição e depois uma votação, para escolher uma música [música].

A oferta de possibilidades de ampliação do repertório artístico e cultural dos participantes foi especialmente nítida nas propostas que incluíram auxílio técnico, como sugere o próximo relato:

A coordenadora ficou atenta às dificuldades e possibilidades de cada um e foi propondo exercícios individuais; ela observou as habilidades e aptidões dos usuários, sugeriu diferentes trabalhos para cada um deles, ensinou técnicas de pintura e encorajou os mais reticentes a criar livremente (...) transitou pela sala, incentivou os alunos a inventar, deu diferentes sugestões e orientou de modo a garantir a emergência do novo: *“Você já pensou em... (...) Em arte, você pode usar os traços. Não precisa ser uma figura...”* [pintura em um espaço cultural].

Algumas atividades foram realizadas no interior do CAPS, com foco no acompanhamento e no intercâmbio de informações acerca da vida cultural dos participantes:

o grupo surgiu a partir de uma necessidade da prática diária no CAPS, pois os pacientes não saíam, não tinham vida social e cultural (...) iniciaram fazendo um grupo que falavam das opções de lazer da região e de São Paulo, mas observaram que não teve resultado, pois ir a eventos culturais não era uma prática na vida deles (então) decidiram recomeçar o grupo a partir de uma escuta do fim de semana de cada um e trabalhando com os dados que eles traziam (...) aos poucos foram sugerindo outras opções e o que um usuário contava que havia feito numa semana o outro resolvia fazer no fim de semana seguinte [grupo cultural].

Em algumas situações, atividades desenvolvidas nos CAPS pareceram muitos semelhantes às observadas em espaços culturais, o que nos leva a indagar os motivos da sua realização nos serviços. Embora o limite de observação de uma

sessão por atividade possa relativizar essa percepção, ela foi recorrente em diferentes sessões:

O ensaio da peça [acontece] conforme roteiro produzido através de um processo grupal. Condução das atividades: Informal, em clima descontraído. Um coordenador assume o papel de diretor do elenco; outro o de roteirista; e a terceira dá algum suporte individual, quando necessário [teatro].

Quanto às dificuldades observadas, na maior parte das vezes consistiram na oferta de repertórios artísticos e culturais restritos, com conseqüente limitação das oportunidades de experiência estética e cultural. Em raras situações, as atividades pareceram focadas no desenvolvimento de destrezas e habilidades; em outras, pareceram decorrer de adaptações ou substituições de atividades, por razões institucionais, como a falta do profissional responsável ou de insumos. Outras situações, também raras, consistiram em atividades com finalidades diagnósticas ou de acompanhamento clínico; e na prescrição de atividades:

[A atividade se inicia com] uma audição promovida pela coordenadora, que traz CD's escolhidos de acordo com os conteúdos que pretende trabalhar. Cada participante faz suas escolhas e depois apresenta ao grupo os motivos pelos quais gosta (ou não) de determinadas músicas. (...) Três usuários permanecem do lado de fora da porta, olhando pelo visor: não são autorizados a participar. A coordenadora interrompe a atividade para me explicar que a proposta é de uma oficina fechada, apenas com participantes indicados pela equipe. [Depois da atividade] a coordenadora me explica que “os ensaios são pretextos para manifestação e trabalho com questões psíquicas” [música].

8.4. Vínculos

8.4.1. Interações

Muitas narrativas registraram o interesse demonstrado por participantes no planejamento e na elaboração de propostas grupais e os momentos de intenso envolvimento com as atividades. Momentos de sinergia grupal observados estiveram relacionados, na maior parte das vezes, ao estilo convidativo das abordagens, como ilustra a cena a seguir, em que a disposição criativa dos participantes também chama a atenção:

Os participantes fazem fila para usar o microfone: pedir suas músicas prediletas; dedicá-las a alguém; cantar junto com as músicas; mandar recados em tom de brincadeira para os técnicos, etc. Quando o locutor do momento esquece, o radialista complementa, anunciando o nome e o autor da música escolhida O forró começa (...) em pouco tempo, há uma pista de dança no meio do salão O clima é dançante: pessoas que no início estavam com movimentos mais contidos, vão soltando mais o corpo, entrando no ritmo, dançando, ou não, no centro da sala [rádio].

Em algumas cenas descritas, participantes pareceram experimentar uma mudança na qualidade da sua própria integração psicofísica. Na maior parte dessas situações, essas cenas estiveram associadas a condutas e repertórios diferenciados:

chamou a atenção (...) a condição corporal de alguns participantes, antes e depois da atividade: no início, alguns mais cabisbaixos, coluna encurvada, olhando para baixo, ou com movimentos algo “robotizados”; ao final, mais falantes e

sorridentes, com movimentos comparativamente mais fluentes. Outra questão ainda foi uma melhora visível [de] autocontrole de uma das participantes que estava em fase de mania [dança].

Em outra situação, além das mudanças na integração psicofísica são observadas mudanças relacionais:

Ao entrar na sala, a postura de um participante sugeria um acabrunhamento: vergado, com o tórax encolhido, parecia ser mais baixo, com os olhos na direção do chão. Sua mãe, bem junto a ele, emendava frases, ao final das suas, à guisa de esclarecimento. Ao final do trabalho, esse participante parece renovado: sua voz soa firme e mais grossa, ele ostenta sua real envergadura. Sua mãe está a alguns metros de distância, ambos conversam com outras pessoas do grupo [jogos dramáticos].

Dificuldades de interação foram observadas em raras ocasiões, e caracterizadas por: monopólio do coordenador e pouco envolvimento dos participantes na proposição de atividades; predomínio de diálogos duais entre coordenador e participantes; e impedimentos ao controle da sua própria permanência e circulação no ambiente.

8.4.2. Temas

Quanto aos temas abordados nas atividades, predominaram aqueles referentes às dificuldades, desafios e questões dos participantes, sendo menos frequentes aqueles referentes aos seus anseios, desejos, criações e projetos. Outros assuntos estiveram relacionados a acontecimentos culturais, sociais e políticos e a

questões do cotidiano institucional. Temas ligados a projetos foram observados, na maior parte das vezes, em atividades cuja condução comportou espaço para as iniciativas, a experimentação e a inventividade dos participantes:

as várias experimentações que foram realizadas pelos participantes [com os materiais] a fim de decidir o modelo [do objeto a ser criado] (...) suscitaram vários diálogos. Desde cálculos efetuados conjuntamente (...) até questionamentos sobre quais opiniões deveriam prevalecer nas escolhas “técnicas” entre um que informa que sabe trabalhar com marcenaria, e outra que não gosta da solução apresentada pelo primeiro e acha importante que [a obra] fique bonita [atividade mista].

O leque de temas abordados mostrou-se relacionado às ofertas próprias do contexto da atividade, como sugere o relato a seguir, em que os participantes experimentam o recurso da metáfora:

[a coordenadora solicita] que os presentes contem aos que estão vindo pela primeira vez o que é a oficina (...) diante da inibição do grupo, ela pergunta: “por exemplo, uma cortina, o que pode ser?” Um dos participantes responde que ela pode significar algo velado; outro, que se a cortina foi translúcida, é só levemente velado, e outro, ainda, que é muito diferente de uma janela aberta, por exemplo, de onde dá para ver o que há do lado de fora [oficina em biblioteca].

Em ambos os exemplos, as situações relatadas parecem comportar oportunidades de reconhecimento mútuo das competências dos participantes.

Narrativas de situações de discussão, decisão e preparação para as saídas e também de encontros para troca de impressões, no regresso ao CAPS, revelam que os temas abordados trouxeram questões relacionadas às experiências de circulação social e intercâmbio cultural: sobre lugares que os participantes já conheciam, gostaram, querem conhecer ou pretendem voltar, novos assuntos de interesse, entre outros.

8.5. Produtos

Na maioria das situações observadas, as intervenções estéticas, artísticas ou culturais produzidas por trabalho dos grupos foram produzidas ou já estavam presentes nas salas de atividades, em ambientes dos serviços ou nos espaços culturais em que as atividades foram realizadas. Várias produções pareceram participar da composição estética dos ambientes dos CAPS, caracterizados por mosaicos coloridos, telas, pequenas esculturas e painéis diversos. Em um desses serviços, registros sobre intervenções no território estavam reunidos em um documentário filmado e produzido por um grupo cultural, sobre seu processo de preparação e suas participações em festejos populares.

Na maior parte das atividades observadas, os destinos dos trabalhos produzidos foram: os murais, as pastas individuais e, em alguns casos, os prontuários para discussão de casos clínicos. Oito atividades tiveram as obras assinadas e datadas, ou seus autores constaram nos créditos das obras. Seis participantes desenvolviam produção artística ou cultural em outros circuitos que

não o CAPS, sendo que um deles informou ter retomado sua produção a partir da atividade nesse serviço.

Dificuldades foram observadas em raras ocasiões e consistiram em as atividades que pareceram não dar ensejo a projetos individuais ou coletivos, a processo grupal, ou a qualquer produto com sentido de autoria; todas, realizadas exclusivamente dentro dos CAPS.

8.6. O olhar dos profissionais acerca das atividades

A maior parte dos profissionais relatou objetivos relacionados à aquisição e ampliação de repertórios pessoais, à descoberta e desenvolvimento de valores e competências, à experiência de autoria, ao reconhecimento das situações de desejo, ao autoconhecimento e auto-expressão.

Parte dos profissionais fez referências a objetivos voltados à experiência e intervenções de caráter cultural, à circulação social e às modificações das relações entre participantes e território. Esses objetivos foram citados em atividades que tiveram características diferenciadas quanto a condutas e repertórios observados.

Objetivos menos focados em arte e cultura foram: elaboração de conteúdos não conscientes; observação da presença e evolução dos sintomas e intervenções sobre o sujeito (combater a inércia, organizar o discurso, combater os efeitos colaterais da medicação, treinar habilidades). Coincidiram, com esses objetivos,

situações de desconsideração pelos desejos e projetos dos participantes e de limitação dos repertórios empregados.

Os modos de atendimento às necessidades de continência dos participantes mereceram diferentes comentários dos profissionais. Um deles, ao descrever o seu trabalho, associou a continência e o enquadre à regularidade, previsibilidade e circunscrição das atividades:

De acordo com a coordenadora da atividade, duas características estão sempre presentes nessa atividade: o enquadre e a continência. Nesse sentido, a rodada inicial sobre como foi o fim-de-semana, o respeito ao dia e horário certos, a definição do que será realizado no encontro seguinte, são constantes no grupo [jogos dramáticos].

Outro depoimento se referiu à continência como tarefa relacionada à experiência dos participantes, ao afirmar que: “a continência do terapeuta é proporcionar que as coisas possam acontecer” [oficina literária]. Algumas narrativas fizeram referência a rearranjos quanto ao lugar do terapeuta, ao trabalhar em parceria, envolvendo ações como: acompanhar ou não os participantes às atividades; e realizá-las ou não conjuntamente com estes.

8.7. A visibilidade das atividades de arte e cultura no âmbito dos serviços

Foram comuns as divergências entre as atividades inicialmente informadas pelos gerentes dos serviços e aquelas efetivamente realizadas: parte das atividades

informadas previamente não ocorreu; e grades de atividades fornecidas pelos serviços não citaram todas as atividades que se fizeram presentes no decorrer da pesquisa, destacadamente aquelas realizadas em espaços culturais - muitas delas, desconhecidas pelos gerentes e pelas equipes multiprofissionais.

Esses eventos motivaram indagações sobre possíveis dificuldades no trânsito entre a proposição de atividades e sua assunção por parte de gestores e equipes. Foi analisada então a presença de discussões sobre atividades no âmbito das equipes multiprofissionais, através dos relatórios de observação das suas reuniões. Nesses espaços, chamou a atenção a carência de debates a esse respeito: não só sobre as atividades em espaços culturais; nem mesmo sobre aquelas realizadas nos CAPS; mas sobre as atividades grupais, em geral. Em 21 reuniões de equipes, ocorreram duas discussões sobre as implicações terapêuticas de atividades grupais, nenhuma delas sobre arte ou cultura; e duas sobre as relações entre o CAPS e o entorno. Por outro lado, na maioria dos serviços houve escassez de registros, passíveis de compartilhamento pelas equipes, principalmente acerca de atividades relacionadas ao território.

8.8. A produção de atividades relacionadas ao território

A observação das atividades em parceria revelou implicações relacionadas ao enquadre – o território; e às atividades – aquelas que o território oferece. Outras questões foram percebidas a partir da observação de atividades organizativas e das informações contidas nas planilhas de informações gerais dos

serviços. Essas questões dizem respeito a algumas mudanças de papéis, requeridas dos atores envolvidos: tanto dos profissionais que as conduziram, quanto dos participantes; bem como a algumas facetas do trabalho de construir atividades no campo social. A seguir são apresentados relatos e depoimentos referentes a três encontros de organização dessas atividades.

O primeiro relato é referente a um grupo cultural formado por CAPS, CECCO e ONG's, voltado ao resgate de tradições populares da cidade e de seus aspectos festivos e comunitários; com atividades regulares e estruturadas em projetos de longo prazo; e participação de técnicos dos serviços, usuários, familiares e outros membros da comunidade local, músicos profissionais e voluntários. As narrativas fazem referência ao planejamento da produção conjunta de uma festa. Uma das discussões relatadas abordou a necessidade da presença de técnicos em alguns horários noturnos e fins de semana, o que os motivou diversos questionamentos: se essa presença teria caráter de participação voluntária ou de vínculo de trabalho; quais os limites da responsabilidade do técnico em relação ao usuário; e como estabelecer outro patamar de relações, em que a participação de ambos – técnico e usuário – se desse na condição de cidadãos. Parte dessas questões, ligadas à identidade e à alteridade, pareceu ganhar evidência a partir da própria construção da atividade no território, como sugere o relato a seguir:

[Um técnico do CAPS propõe que, na divisão de responsabilidades para a atividade a ser empreendida] se saia do registro de “usuário” e se crie espaço para identidades mais ligadas às atribuições que as pessoas tenham no grupo; e para

que o assumam como seu, experimentando outras possibilidades de pertencimento e circulação social. [reunião organizativa]

O segundo encontro relatado é referente à parceria entre um CAPS e uma associação cultural, concretizada através de uma oficina regular de artes plásticas. Essa construção havia se dado com base em uma oficina inicial, para a qual também foram convidadas UBS's da região. As narrativas indicaram a existência de um compromisso mútuo: por um lado, do técnico do CAPS, que esteve presente, acompanhou os participantes desse serviço e realizou as atividades propostas, da mesma forma que os demais; por outro, pelo envolvimento do professor de artes com a proposta:

[no início] as aulas eram menos estruturadas, porque ela queria conhecê-los primeiro antes de propor alguma coisa. Agora, as atividades estão mais estruturadas e eles estão respondendo bem. Há um projeto pessoal para cada usuário (...) de acordo com os interesses e as habilidades de cada um [depoimento: parceiro da associação cultural].

O terceiro é um encontro para tratativas iniciais da organização de uma visita, que incluía a participação em uma oficina do museu. Os registros trazem relatos de questionamentos e dúvidas dos representantes de ambas as partes:

[a terapeuta] pergunta sobre o “falar baixo” dentro do museu [em outro momento] a representante da instituição brinca: “se vocês tiverem *Dez dicas para trabalhar com o público de Saúde Mental...*” (...) Em relação à eventualidade de alguém descompensar, a representante do CAPS propõe que apenas se ouça o que ele disser [e] diz que não há uma conduta certa ou errada: eles gostam de interatividade [reunião de planejamento].

Essa narrativa sugere uma carência de informações, por parte da equipe do espaço cultural, sobre como ampliar relações com o público que frequenta o CAPS; mas também revela seu interesse em promover essas relações. Ao mesmo tempo, o relato coloca em evidência o trabalho dos técnicos do CAPS, de informar e construir um diálogo aberto, tanto no sentido de apontar as potencialidades da convivência entre diferentes, quanto de acolher e elucidar dúvidas que dificultam essas relações.

Além da análise desses encontros, foram investigadas também possíveis relações entre a produção de atividades no território e a origem dos serviços – se estes foram originários de ambulatórios, hospitais-dia ou criados como CAPS³⁹. Essa análise teve como subsídios as planilhas de informações gerais de cada serviço, que forneceram os dados da origem de cada serviço; os relatos de observação, que esclareceram o tipo de atividade no território desenvolvida em cada serviço (se as atividades eram esporádicas ou frutos de parceria regular); e em depoimentos dos profissionais dos serviços acerca dessas atividades. A presença de parcerias regulares com espaços culturais foi significativamente

³⁹ Alguns serviços criados como ambulatórios de saúde mental no início da década de 1980 foram transformados em hospitais-dia, no processo de implantação de uma política pública municipal, o *Modelo Integral de Saúde Mental*; em 2002, esses serviços foram transformados em CAPS. Essas transformações são abordadas nas páginas 28 a 39 desta dissertação.

maior em serviços originados de hospitais-dia: das 15 atividades observadas com esse perfil, nove foram realizadas por serviços originados de hospital-dia. Depoimentos de profissionais envolvidos nessas atividades revelaram objetivos de construção de redes de apoio social para os usuários, no território.

Ao se averiguar outros dados dessas mesmas planilhas de informações gerais – neste caso, as informações fornecidas pelos gerentes sobre espaços culturais de seu conhecimento, próximos aos CAPS⁴⁰ - os serviços que desenvolveram mais parcerias foram também aqueles cujos gerentes revelaram maior conhecimento sobre a existência desses espaços.

⁴⁰ Os espaços culturais citados pelos gerentes foram: Cecco's e CEU's, institutos e associações culturais, salas de cinema, bibliotecas, telecentros, escolas municipais, universidades, SESC's, SESI, SAOC-Associação dos oficineiros culturais e contatos para fins de visita: museus, planetário e outros.

9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A investigação empreendida através de diferentes narrativas indicou como características marcantes das atividades de arte e cultura: as oportunidades de diálogos intersubjetivos; a riqueza e a inventividade, observadas em grande parte das abordagens; e as cuidadosas composições entre as necessidades e anseios dos sujeitos da atenção e os recursos culturais do território. Contudo, elas parecem carecer de visibilidade, para gestores e equipes.

Essas considerações remetem à dimensão dialógica presente na maioria das abordagens, como em face da co-responsabilidade demandada dos diferentes atores de um serviço, ao se produzir o cuidado: nesse sentido, vale destacar as necessidades de interlocução e de compromissos entre profissionais, equipes e gestores (Peduzzi 2001), especialmente no que diz respeito à articulação de atividades com os espaços culturais.

Esta investigação possibilitou ainda inferir relações entre características da produção do cuidado (os enquadres e as atividades), os vínculos produzidos e os olhares dos profissionais acerca do seu trabalho. Esse corpo de relações deu visibilidade a três tendências de cuidado, delineadas com base nos enquadres, atividades e vínculos relatados. Dado o fato de que, em diversas situações, diferentes tendências foram observadas na composição de uma mesma atividade, as tendências – e não as atividades em si mesmas - foram tomadas como objeto da discussão.

9.1. Três tendências de cuidado

Foi possível distinguir uma tendência predominante, caracterizada por atividades realizadas inteiramente dentro do CAPS, cuja condução foi marcada por uma perspectiva clínica que incluiu a ampliação de repertórios, valores e competências pessoais, a experiência de autoria, o reconhecimento das situações de desejo, o autoconhecimento e a auto-expressão. Esta perspectiva foi coerente também com os objetivos referidos pela maioria dos profissionais. Nas relações vinculares, ela se configurou no predomínio das interações dentro dos grupos, nos temas em grande parte referentes às dificuldades, desafios e questões dos participantes e nas produções culturais circunscritas ao ambiente do CAPS. Nessa tendência, o cuidado teve como foco o processo grupal, enquanto as atividades pareceram cumprir, sobretudo, uma função expressiva.

Uma segunda tendência deu visibilidade a uma perspectiva clínica desenvolvida na interface entre a arte e a saúde, com desdobramentos em direção ao território. Caracterizou-se pela predominância de atividades esporádicas ou parcerias regulares com espaços culturais, conduzidas por um elenco diversificado de técnicos, com diferentes abordagens. A condução e a escolha das atividades propiciaram o acompanhamento das relações, a sustentação de experiências criativas e a ampliação dos repertórios culturais dos participantes; e comportaram recursos de manejo nas situações de crise. A experiência cultural, a circulação social, e as relações entre participantes e território foram citadas pelos profissionais como objetivos das ações. Os vínculos observados se caracterizaram

pela sinergia grupal, pelo envolvimento com as atividades e pela ampliação das relações com os espaços da cidade; por temas relacionados aos anseios, desejos, criações e projetos dos participantes; e por produções artísticas e intervenções culturais em âmbito mais amplo do que o CAPS. Nessa tendência, o cuidado foi desenvolvido em conexão com o potencial de experiência oferecido pelas atividades, se configurou na oferta e na sustentação de momentos criativos e se estendeu à construção de redes de apoio social: arte, cultura e cuidado estiveram relacionados à produção de vida.

Um terceiro e minoritário grupo de tendências pareceu não contribuir com qualquer ganho para os sujeitos da atenção. Caracterizou-se por dificuldades na condução das atividades, limitações de repertório e ainda pela desconsideração das necessidades, dificuldades, desejos ou projetos dos participantes, pela invalidação das suas ações e pela desqualificação das suas produções. Entre os objetivos referidos pelos profissionais, destacaram-se aqueles de intervenção sobre o sujeito. A precariedade dos vínculos se manifestou na pobreza dos diálogos; nos temas voltados a regras e questões do cotidiano institucional; no desinteresse, falta de envolvimento e de diálogo entre os participantes e no cerceamento à sua autoria e liberdade. Nessa tendência, o cuidado se caracterizou pela invalidação; e as atividades, pela ausência de oportunidades de experiência estética e cultural.

9.2. Produção do cuidado, intersubjetividade e reabilitação psicossocial

Cada uma ao seu modo, as duas primeiras tendências podem ser inscritas no campo do cuidado como categoria reconstrutiva (Ayres 2006): as diferentes condutas adotadas pelos profissionais revelaram-se sensíveis aos anseios e interesses dos participantes e contribuíram para a produção de relações vinculares, dando ensejo à reinvenção de sentidos para eventos da vida, mesmo em situações de crise e intensificação de cuidados. Nas situações de crise ambas as tendências caracterizaram-se por combinar a sustentação através dos vínculos construídos ao longo de processos grupais e a atenção individualizada, quando se fez necessária.

Entre as duas tendências, contudo, há diferenças quanto ao universo dos diálogos: enquanto na primeira, a dimensão dialógica se apresentou circunscrita às interações dos sujeitos no interior dos serviços, restringindo, por conseqüência, os atores e os objetos dessas interações, a segunda tendência contemplou outra gama de opções ao dar acesso a interlocuções em ambientes relacionados aos três cenários do cotidiano propostos por Saraceno (1996), quais sejam a moradia, as trocas sociais e o trabalho.

Estas tendências configuraram alinhamentos diferentes também em relação às premissas sugeridas por Alves e Guljor (2005): enquanto na primeira tendência, as interações se concentraram nas dificuldades e desafios trazidos pelos participantes, com maior destaque para os sintomas, na segunda tendência ganharam destaque os anseios, criações e desejos envolvidos na construção de projetos, o que sugere um deslocamento do olhar para a totalidade do sujeito da atenção. Ao ampliar as oportunidades de trocas sociais dos participantes em

outros ambientes, a segunda tendência também favoreceu as possibilidades de autonomia e transformação de relações marcadas pela desvantagem social.

Em relação ao manejo terapêutico, questões relacionadas à continência surgiram em depoimentos dos profissionais acerca do seu trabalho e nas narrativas dos observadores. Na maior parte das situações, essa tarefa esteve relacionada a ações de sustentação do envolvimento dos participantes com as experiências oferecidas pelas atividades. Em espaços culturais, as diferenças de enquadre - outros lugares, outras pessoas, outros objetivos e modos de conduzir as atividades, diferentemente dos CAPS - pareceram requisitar dos profissionais modos diversos de desempenhá-la.

Em algumas situações, contudo, as tarefas colocadas pareceram relacionadas à própria criação de oportunidades para que os sujeitos da atenção pudessem construir o seu próprio saber de experiência, tal como o conceitua Bondia (2002) ou dar forma e sentido ao seu estilo próprio de ser, como diz Mecca (2008). Embora associadas à continência, pode-se dizer que essas ações se distinguiram dela por sua dimensão propositiva, de convite a experiências novas e, ao mesmo tempo, orientadas pelos interesses e desejos dos sujeitos do cuidado, motivo pelo qual demandaram também repertórios de atividades suficientemente diversificados.

9.3. Arte e cultura como forma de cuidado

As características dos repertórios revelaram diferenças mais nítidas entre as três tendências. As escolhas relacionadas à primeira tendência indicaram uma

apropriação pouco diferenciada, por parte dos profissionais, quanto às potencialidades oferecidas por essa gama de recursos. As oportunidades de ampliação do repertório cultural e da circulação em espaços públicos foram escassas, se comparadas à nítida disposição em se envolver com as atividades, demonstrada pela maioria dos participantes. A percepção dos sujeitos da atenção enquanto fatos de cultura que, como ressalta Lima (2009), é essencial nas proposições que conjugam arte e clínica, pareceu não fazer parte do repertório de grande parte dos profissionais, a julgar pelos modos como foram tratadas as produções: a maior parte das obras não era assinada, datada ou continha os créditos dos autores; e sua liberdade de decisão quanto ao destino das obras foi nula na maioria das situações. Esse conjunto de questões remete à necessidade de acesso dos profissionais a um rol de experiências essenciais ao desenvolvimento desse trabalho - processos criativos, experiência estética e cultural (Castro 2002) - seja no sentido de instruir as práticas, seja na perspectiva de criar espaços para a reflexão e reinvenção dos seus sentidos. As questões observadas evidenciam, ainda, a necessidade de reflexão contínua acerca das práticas situadas na interface entre arte e clínica, seja para ampliar as possibilidades de conexões que esse rol de atividades propicia, seja para escapar ao risco de reduzir um dos termos ao outro.

A segunda tendência reúne escolhas que ofereceram oportunidades de experiência cultural, de produção de diálogos criativos, de experimentação de diferentes linguagens, de uso da metáfora e de ampliação das relações para além das atividades em si.

Nas abordagens que caracterizaram essa tendência, o *fazer* e o *inventar* se apresentaram quase sempre juntos, nos convites à criação através da operosidade artística. Nessas oportunidades, as múltiplas relações que os participantes pareceram estabelecer – consigo mesmos, ao colocar em ação suas potencialidades; com aqueles com quem compartilharam os encontros; com os lugares onde eles aconteceram – sugerem momentos de formatividade, tal como a entende Pareyson (2001). A vitalidade criativa pareceu inseparável do cotidiano para além do contexto das atividades, especialmente quando estas requisitaram dos sujeitos envolvidos os seus saberes de experiência: tais eventos remetem às idéias de Pedrosa (1996[1947]) acerca da inseparabilidade entre arte e vida. Momentos em que o auxílio técnico aos participantes esteve presente fizeram, também, lembrar as proposições desse autor, tanto no sentido de que a arte, como linguagem, tem sua própria gramática; quanto de que a técnica e a liberdade de criação podem andar juntas. Em contextos que favoreceram a ampliação do círculo de relações dos participantes, a concepção de Bakhtin (Williams 1979) sobre linguagem como atividade social prática e dependente das relações sociais fez sentido para nossas reflexões, já que, assim como o leque de linguagens artísticas empregadas, o universo dos temas também pareceu se ampliar, expandindo a possibilidade de diálogos em diferentes contextos.

É nas situações de crise, contudo, que a transversalidade entre a prática artística e a prática clínica, sugerida por Rolnik (1996), pareceu ganhar maior visibilidade: seja pelo acesso a linguagens que facilitaram diálogos com a experiência da crise; seja pela oferta de experiências aos sujeitos em sofrimento,

para que estes pudessem constituir ou reconstituir vias de conexão com a sua própria disposição criativa para a vida.

No estilo das abordagens, com diversas formas de convite às experiências, se fez presente o respeito à liberdade dos sujeitos do cuidado, quanto a participar ou não das atividades. Aqui também se revela uma coerência do cuidado na perspectiva da reabilitação psicossocial, tal como apontam Alves e Guljor (2005).

As interações, temas e produtos relacionados à segunda tendência de cuidado corroboraram também os estudos empreendidos por Castro (2002), no que diz respeito à ampliação dos horizontes da existência no plano subjetivo, cultural e social. Momentos em que participantes pareceram experimentar uma qualidade diferenciada de integração fisiopsíquica ou de relacionamento interpessoal sugerem que, nas atividades em que arte e cultura se configuraram como forma de cuidado, as dimensões intra-psíquicas, as oportunidades de exercer qualidades e criar projetos, as relações sociais nos vários campos da vida e a materialidade inerente ao *fazer* não se encontram separadas, mas juntas, em tempo real.

9.4. Ambigüidades e entretenimento

A terceira tendência é minoritária, tem pouca expressão nos CAPS, mas nem por isso é menos importante. Objetivos de intervenção sobre o sujeito, relatados por profissionais - combater a inércia ou os efeitos colaterais da medicação, organizar o discurso, treinar habilidades - indicam a presença pontual de concepções associadas ao “mito da atividade terapêutica” (Nascimento 1990) e

mesmo seu uso como ‘remédio’: um uso prescritivo que sugere carência de diálogo no trato com o usuário e sua redução a objeto das intervenções terapêuticas. Essa mesma redução ocorre com a prática de **entreter** os usuários com atividades, ao empregá-las como **pretexto** para observação de sintomas: talvez a palavra mais apropriada, nessas circunstâncias, seja ‘iludir’, já que tais atividades não têm o mesmo objetivo com que são divulgadas para os seus participantes. Atividades que não deram ensejo a projetos individuais ou coletivos, a processo grupal ou a qualquer produto com sentido de autoria retratam a ocorrência, ainda que rara, de ocupações sem compromisso com as potencialidades inerentes às atividades de arte e cultura, reduzidas, nessas situações, a mero pretexto para o entretenimento (Saraceno 1999).

Nas relações com o sujeito da atenção, os sentidos que compõem esta tendência se traduzem em um cuidado que invalida e **protege** o usuário dos serviços do território (Oliver e Nicacio 1999, Vianna e Barros 2004).

Um dado que merece consideração é o clima lúdico e descontraído, observado nas três tendências de cuidado, e não só naquela em que se configuraram situações restritas à manutenção da rotina institucional. Pode-se dizer, assim, que a palavra *entretenimento*, cuja ambigüidade é alertada por Saraceno, não se aplicou à arte e à cultura como forma de cuidado, da mesma forma que o objetivo de ‘manter dentro’ da instituição não pareceu se caracterizar pela presença do lúdico e por relações pouco formais, já que outras motivações e condutas, já narradas, também podem ser associadas a esse objetivo. Por outro lado, o entendimento de Dejours (1994) acerca da clivagem presente no

imaginário social e configurada na associação entre trabalho e sofrimento, e entre prazer, liberdade e criação, pode ajudar a elucidar possíveis relações entre as dimensões lúdicas das atividades estudadas e as dificuldades do seu reconhecimento enquanto trabalho.

Este conjunto de observações nos alerta também para uma convergência prática entre o sentido de *cultura*, enquanto processo complexo, e aquele mais corrente, ligado a *atividade cultural* (Williams 2008), contribuindo para desfazer qualquer ilusão de neutralidade: a proposição de atividades de arte e cultura em uma perspectiva psicossocial requisita o questionamento e a desconstrução dos eventuais resquícios de uma cultura manicomial. Nesse sentido, as atividades são produtoras, também, de *atos de cultura*, quando envolvem refletir, transformar, propor e criar novos modos de relação com a arte

9.5. Arte, cultura e cuidado no projeto terapêutico

Uma questão suscitada pelas narrativas é a pouca visibilidade das atividades de arte e cultura, especialmente aquelas produzidas no território, para gestores e equipes. Essa percepção nos leva a indagar em que medida tais ações são reconhecidas efetivamente como *trabalho* e o quanto esse reconhecimento – ou melhor, a falta dele – tem relação com a predominância de atividades no interior dos serviços: de qualquer forma, vale novamente lembrar as proposições de Dejours (1994) no sentido de possíveis dificuldades envolvidas nas associações, de senso comum, entre prazer, liberdade e criação com o trabalho.

De qualquer modo, uma questão que parece relevante é o lugar que as atividades de arte e cultura, especialmente aquelas relacionadas ao território, podem ocupar no projeto terapêutico: seja em sentido amplo, no âmbito do CAPS; seja quanto ao projeto construído e negociado com cada sujeito do cuidado.

A coerência observada entre as práticas e os objetivos informados pelos profissionais leva a supor que não houve alienação do trabalho perceptível no plano imediato – os profissionais demonstraram ter consciência das finalidades que buscam com suas práticas – embora possivelmente ocorresse uma fragmentação das ações, em relação ao projeto terapêutico mais amplo, indicada pelas divergências de informação observadas nos serviços.

A escassez de discussões sobre essas atividades, observada nas reuniões de equipe, sugere a possibilidade dessa fragmentação, também em relação aos projetos terapêuticos singulares, no cuidado individual: tais carências e invisibilidades levam a pontuar a necessidade de espaços de discussão e troca de experiências, no âmbito dos serviços (Peduzzi 2001), de forma a comportar continuamente o debate sobre os seus sentidos, contextos e finalidades práticas (Ayres 2006) para a produção de um cuidado reabilitador das potencialidades e dos espaços de sociabilidade do sujeito da atenção.

9.6. Arte, cultura e cuidado: território e redes de apoio social

Em alguns CAPS as atividades de arte e cultura se apresentaram concentradas em seu interior, enquanto em outros essas atividades se deram em diferentes contextos. Ao buscarmos compreender os objetivos e concepções

relacionados a esses dois enquadres, tornou-se evidente a complexidade dessa questão: as questões apresentadas a seguir, portanto, não têm a pretensão de respondê-la e sim de subsidiar reflexões singulares e contextualizadas, somente possíveis a partir da experiência concreta daqueles que produzem o cuidado.

Uma primeira questão é suscitada pelas relações observadas entre as origens dos serviços e as parcerias destes no território. A presença maior dessas parcerias em serviços originados de hospitais-dia sugere algum acúmulo de experiência possivelmente relacionado ao *Modelo Integral de Saúde Mental* anteriormente produzido na cidade, em que foram criados esses hospitais-dia. Enquanto, naquele modelo, as ofertas de atenção eram articuladas em um sistema de referência e contra-referência, no presente, as articulações parecem depender de iniciativas pontuais, gerando, por vezes, sobrecarga para os técnicos envolvidos, como indicam algumas narrativas; por outro lado, uma forma de entender o acompanhamento dos técnicos às atividades em diferentes contextos é que a tarefa de tecer redes de apoio social seria uma dimensão importante do seu trabalho: as atividades constituiriam, então, pontos de apoio, enquanto o vínculo poderia funcionar como fio de continuidade do processo terapêutico. Se essa leitura estiver correta, não há dilema entre oferecer as atividades no CAPS ou nos espaços culturais; e sim complementaridade entre as ofertas em ambos os contextos, de modo a dar sustentação ao sujeito do cuidado em seus diferentes momentos e movimentos, seja na acolhida à crise, seja nas incursões pelo território.

Vale notar também que outros arranjos, que combinaram incursões nos espaços da cidade e momentos no interior dos CAPS sugerem a produção de diferentes movimentos de apropriação dos recursos do território.

As relações observadas entre o conhecimento dos gerentes sobre os espaços culturais no seu território e o maior desenvolvimento de parcerias podem ser tomadas como indicativos da centralidade da gestão no desenvolvimento dessas parcerias. Esse desenvolvimento, por sua vez, implica leituras acerca das dinâmicas de cada território em questão que, tal como aponta Haesbaert (2002), é multifacetado, pode comportar precariedades, tensões, hostilidades; mas também rearranjos e potencialidades.

Tais leituras podem ser beneficiadas por uma compreensão das práticas culturais como constitutivas e, em alguma medida, transformadoras dos modos de vida (Williams 2008): se a reabilitação psicossocial pressupõe o enfrentamento de dificuldades sociais de convívio com a diferença, torna-se necessário ir ao encontro de parceiros interessados nesse convívio, com os quais seja possível produzir ações conjuntas, com potencial de ultrapassar a difusão de significados, valores e crenças da cultura hegemônica, em direção à valorização da diversidade das manifestações culturais e dos valores de solidariedade.

A observação dos encontros organizativos possibilitou inferir que a produção do cuidado através de atividades de arte e cultura no território é um trabalho que envolve, entre outras dimensões: a articulação de parcerias e os investimentos na construção de projetos em comum; tempo e disponibilidade para interlocuções; flexibilidade dos profissionais quanto ao papel que exercem; e,

ainda, relações francas e abertas a dúvidas e questionamentos todos os sujeitos envolvidos.

Até onde foi possível prosseguir na pesquisa, não encontramos indicativos de que a concentração de atividades observada esteja relacionada à compensação de precariedades sociais ou de recursos do território: mais do que questões a serem respondidas, essas hipóteses agora nos parecem indagações que podem ser mantidas, tanto no sentido de criar composições, quanto no de evitar superposições nos trabalhos na interface da arte, da saúde mental e da cultura.

Se não pode ser atribuída a essas razões, a concentração de atividades de arte e cultura, observada nos serviços que participaram desse estudo pode ser explicada, ao menos em parte, pelos desafios postos na construção do modelo de atenção; pelas dificuldades de acesso à formação inerente a esses modos de cuidar; e pela complexidade do trabalho no território. Esse trabalho requer o reconhecimento e a valorização da diversidade das manifestações culturais, de modo a ir ao seu encontro, mesmo onde, a princípio, a arte e a cultura parecem ausentes. Essa possibilidade é mais claramente ilustrada pela diversidade, já referida, das atividades em parceria que foram observadas no território.

9.7. Desafios na produção do cuidado através de atividades de arte e cultura

Ainda que as tendências apresentadas neste estudo não sejam mais do que um recurso empregado para colocar em discussão as questões da produção do cuidado, resta, ao final, o delineamento de uma perspectiva da arte e da cultura,

como formas de cuidado que comportam desdobramentos em direção ao território. Uma perspectiva que, a nosso ver, se revela afinada com as premissas da reabilitação psicossocial seja em seu sentido ético, de compromisso com o cuidado, seja naquele técnico-político, da formulação e implementação das políticas públicas, seja no sentido estético, de produção de vida. Contudo, sua viabilidade parece estar na dependência do enfrentamento de alguns desafios, no âmbito da gestão e da formação profissional. Este trabalho não estaria completo sem sinalizá-los. São eles:

- Maior acesso a bens culturais, a processos criativos e a recursos de avaliação do trabalho, por parte daqueles que produzem o cuidado, de modo a ampliar a incorporação de dimensões criativas ao seu trabalho;
- Maior visibilidade dessas ações, para as equipes e gestores dos serviços, enquanto *trabalho* - produção de uma atenção qualificada, especialmente alinhada com as perspectivas da reabilitação social por favorecer a instauração de novas formas sociais de convívio com a diferença;
- Maior integração entre as diferentes modalidades e momentos do cuidado - seja individual ou grupal, dentro do CAPS ou no território – através da interlocução no âmbito das equipes multiprofissionais
- Maior consideração de todos os atores envolvidos nessas práticas – sejam participantes das atividades, usuários dos CAPS ou não, sejam profissionais – como sujeitos inseridos em um dado universo cultural, produtores de *atos de cultura*, partícipes da transformação de padrões de convivência em direção a uma sociedade plural.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se pensarmos na arte e na cultura, assim como na inventividade e na tradição, como pólos de um mesmo movimento, as experiências que fazem parte da história da cidade, assim como aquelas do presente, que procuramos compreender através das diversas narrativas, também podem pensadas como forças constitutivas de uma cultura de cuidado pela via da arte.

Tecidas a muitas mãos e em diferentes conjunturas, essas experiências promoveram aproximações entre o universo da arte e o universo clínico, como campo de produção de cultura; e na atualidade dão corpo a uma compreensão das relações entre arte, cultura e clínica fundada na potência da criatividade e da experiência cultural próprias do humano, na produção de saúde.

A Reforma Psiquiátrica tem uma dimensão cultural claramente instituinte, quer a vejamos como movimento contra-hegemônico que tem compromisso com o convívio com a diferença; quer a entendamos como formação cultural que se articula na produção de novas referências para o sofrimento mental e o seu cuidado.

As orientações atuais do modelo de atenção aproximam saúde mental, arte e cultura: cabe então trabalhar para que essas aproximações se tornem conquistas, traduzidas em políticas públicas. Dentro dessa perspectiva maior e nos estreitos limites deste trabalho, esperamos ter contribuído para esse fazer que, como diria Pareyson, *enquanto faz, inventa o por fazer e o modo de fazer...*

11. ANEXOS

Anexo 1

Pesquisa:

Avaliação dos CAPS do Município de São Paulo

Roteiro de observação das atividades grupais

1. Nome da Atividade:
2. Data/ horário:
3. Coordenação:
4. Presentes:
5. Recursos materiais:
6. Atividades propostas:
7. Atividades realizadas:
8. Condução das atividades:
9. Envolvimento dos participantes com a proposta:
10. Interações observadas entre os participantes do grupo:
11. Interações observadas com outras pessoas do ambiente:
12. Interações com o espaço físico/ com o entorno:
13. Diálogos estabelecidos, temas levantados e discussões desenvolvidas:
14. Abordagem das dificuldades e contradições surgidas no processo:
15. Fechamento da atividade:
16. Como o coordenador da atividade a define:
17. Notas reflexivas:

Anexo 2**HOSPITAL DAS CLÍNICAS****DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****Caixa Postal 8091 = São Paulo - Brasil****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROFISSIONAIS****I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL****1. NOME DO PROFISSIONAL**

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :..... SEXO : .M____ F____

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº

APTO:.....BAIRRO:.....CIDADE.....

CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****2. PESQUISADOR: ANDRÉIA DE FÁTIMA NASCIMENTO.**CARGO/FUNÇÃO: MÉDICA . INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 79874
(CREMESP)UNIDADE DO HCFMUSP: DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA -
FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 (DOIS ANOS)

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se nos serviços responsáveis pela organização da rede de atenção aos pacientes com transtornos mentais graves e de longa evolução. Todavia, existem poucos estudos descrevendo o funcionamento destes serviços e suas articulações com o restante dos serviços de saúde. Esta pesquisa tem por objetivo: (1) descrever os CAPS existentes no município de São Paulo quanto à estrutura e ao processo de cuidado; (2) caracterizar a clientela atendida pelos CAPS no município de São Paulo; (3) caracterizar as redes de serviços e recursos disponíveis na comunidade próxima aos CAPS; (4) estudar características dos pacientes e do funcionamento dos CAPS que possam estar associadas à melhor evolução dos pacientes após um ano de acompanhamento.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são **experimentais**:

Serão estudados os CAPS para atendimento de pacientes adultos vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. Em todos os serviços será realizada a observação do cuidado aos pacientes. Os profissionais serão convidados a participarem de entrevistas para conhecimento do funcionamento do serviço e de suas parcerias com outros serviços de saúde e com a comunidade.

3. desconfortos e riscos esperados:

Os procedimentos de pesquisa não oferecem riscos aos profissionais e aos pacientes e os dados obtidos serão sigilosos.

4. benefícios que poderão ser obtidos:

Espera-se que após a realização da pesquisa e apresentação dos resultados aos pacientes, profissionais e gerentes dos serviços ampliem-se os conhecimentos sobre estes serviços e ocorra o aprimoramento de seu funcionamento.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

A participação na pesquisa não terá influência sobre as funções dos profissionais.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA INCLUINDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga lhe traga prejuízos profissionais.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS SOBRE A PESQUISA

Andréia de Fátima Nascimento – Departamento de Medicina Preventiva – Av. Dr. Arnaldo, 455 – 2º. Andar – Cerqueira César – SP – Tel: (11) 3061-7083

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa
ou responsável legal

assinatura do pesquisador

12. REFERÊNCIAS

Alves DS, Guljor AP. O Cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/ Abrasco; 2005. p.221-40.

Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Andriolo A. A “*Psicologia da Arte*” no Olhar de Osório Cesar: Leituras e Escritos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2003, 23 (4); 74-81.

Antunes EH, Barbosa LHS, Pereira LMF. História e Arte no Programa de Saúde Mental. In: *Psiquiatria, Loucura e Arte: Fragmentos da História Brasileira*. São Paulo: EDUSP; 2002 (Coleção Estante dos 500 anos, 6) p. 25-32.

Archer M. *Arte contemporânea: uma história concisa*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005;10(3):549-54.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001;6(1):63-72.

Barban EG. *Projeto Oficinas – Conexões Saúde Mental – Arte – Cultura* [dissertação]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.

Barbosa AM, organizadora. *Ensino da Arte: memória e história*. São Paulo: Perspectiva; 2008.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.

Barreto KD. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças de Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco; 2000.

Benetton J. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo: Lemos Editora; 1991.

Birman J e Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.41-72.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev Bras Educ*. Jan/Fev/Mar/Abr 2002;19:21-8.

Brasil. Ministério da Cultura. Comunicação social. Acesso em 25/03/2010. Disponível em: <http://www.cultura.gov.br/site/2010/03/25/pontos-de-cultura-o-brasil-em-teia>.

Brasil. Ministério da Cultura. Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural. *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*. Relatório final. Rio de Janeiro: s.n.; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação

em Saúde Mental: 1990– 2002. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992. *Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental: 1990– 2002. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Cambraia M. A política de Saúde Mental no Estado de São Paulo [tese]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.

Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate* 1992; 37:16-9.

Castel R. Conceituação de individualismo negativo e outras conceituações de individualismo em: Castel, R. *As metamorfoses na Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

Castro, E.D. *Atividades artísticas e terapia ocupacional: construção de linguagens e inclusão social* [tese]. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo; 2001.

Castro ED. Habitando os campos da arte e da terapia ocupacional: percursos teóricos e reflexões. *Rev Bras Ter Ocup* 2002; 13(1):1-8.

Castro ED, Lima EMFA, Brunello MIB. Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC, organizadoras. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora; 2001. p.41-59

Cauquelin A. *Arte contemporânea: uma introdução*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Cevasco ME. *Dez lições sobre estudos culturais*. São Paulo: Boitempo; 2003.

Dejours C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento, trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.

Duarte OS. *Arte contemporânea brasileira: um prelúdio*. Rio de Janeiro: Instituto Cultural Plajap; 2008.

Ferraz MHCT. *Arte e Loucura: Limites do Imprevisível*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.

Gadamer H. *Verdade e Método II: complementos e índice*. Petrópolis: Vozes; 2004. p.72-80.

Galletti MC. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. Da UCG; 2004.

Giordano Junior S, Pereira LMF. Saúde Mental. In: *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. P.133-50.

Goffman E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.

Goldberg J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia; 1994.

Haesbaert R. *Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade*. Porto Alegre; 2004. Disponível em www6.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf Acesso em 11/07/2010.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p.55-9.

Lima EA. *Arte, clínica e loucura: território em mutação*. São Paulo: Summus/FAPESP; 2009.

Lima EMFA. *Clínica e criação: a utilização de atividades em instituições de Saúde Mental*. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.

Lima EMFA. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadores. *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: Sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004.

Lopes IC. Centros de Convivência e Cooperativas: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: Fernandes MIA (organizadora). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1999.

Luz, MT. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, Cepes/Uerj, Abrasco, 2005. p.9-20.

Luzio CA, L'Abbate S. A reforma Psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais da experiência de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface Comunic., Saude, Educ.* 2006;10(20):281-98.

Maluf JCG. *Afinando diferenças: o processo de construção artística do Coral Cênico Cidadãos Cantantes* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Artes. Universidade Estadual Paulista - UNESP; 2005.

Mangia EF, Nicácio F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC, organizadoras. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora; 2001. p.63-80.

Mângia EF, Oliver FC, Marcondes FD. Juqueri: transformação impossível? *Rev Bras Ter Ocup* 1990; 1(1):5-10.

Mecca RC, Castro, ED. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. *Interface Comunic, Saúde Educ.* Ago2008;12(25):377-86.

Mecca RC. *Experiência estética na terapia ocupacional em saúde mental: gestos na matéria sensível e alojamento no mundo humano*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.

Melman J. Centro de Atenção Psicossocial: a metamorfose como estratégia. *Rev Bras Ter Ocup* 1992; 3(1/2):54-9.

Morais F. *Arte é o que eu e você chamamos arte*. Rio de Janeiro: Record; 2002.

Nascimento AF. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de*

São Paulo. Projeto de Pesquisa. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2009;43(Supl1):8-15.

Nascimento BA. Loucura, Trabalho e Ordem – o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1991.

Nascimento BA. O mito da atividade terapêutica. *Rev Bras Ter Ocup* 1990; 1(1):17-21.

Nicacio MFS. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.

Nietzsche F. *Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. Tradução de Antonio Carlos Braga. São Paulo: Escala; 2007.

Oliver FC, Nicácio F. Da instituição asilar ao território: caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde. *Rev Bras Ter Ocup* 1999; 10(2/3):60-8.

Paganizzi L y otros. *Terapia ocupacional: Del hecho ao dicho*. Buenos Ayres: Psicoterapias Integradas Editores; 1991.

Pareyson L. *Os problemas da Estética*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Pedrosa M. Arte, necessidade vital [1947]. In: Arantes O (organizadora). *Forma e Percepção Estética*. São Paulo: Edusp; 1996.

Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 2001; 35(1): 103-8.

Pereira LMF. Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no estado de São Paulo. In: Antunes EH, Barbosa LHS, Pereira LMF (organizadoras). In: *Psiquiatria, Loucura e Arte: Fragmentos da História Brasileira*. São Paulo: EDUSP; 2002 (Coleção Estante dos 500 anos, 6) p. 31-53.

Pereira LMF, Rizzi HJ, Costa ACF. Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: Lancman S (organizadora) *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15; 2008.

Pichon-Rivière E. *O Processo Grupal*. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1986.

Pitta AMF. Cuidando de Psicóticos. In: Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia; 1994.

Pitta AMF. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec: 1996. p.19-30.

Pitta-Hoisel AM. *Sobre uma política de Saúde Mental* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1984.

Proença G. História da Arte. 16ª ed. São Paulo: Ática; 2005.

Rizzi MCSL. Reflexões sobre a Abordagem Triangular no ensino da arte. In: Barbosa AM, organizadora. *Ensino da Arte: memória e história*. São Paulo: Perspectiva; 2008.

Rolnik S. Lygia Clark e o híbrido arte/ clínica. Percurso: *Revista de Psicanálise*, 1996; 8(16): 43-48.

Rolnik S. O singular estado de arte sem arte. Boletim de Novidades. Pulsional Centro de Psicanálise, 1995, 7 (72); 70-73.

Rolnik S. Por um estado de arte: a atualidade de Lygia Clark. In: Núcleo Histórico: *Antropofagia e Histórias de Canibalismos*. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo; 1998. P. 73-82.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

Santos M. O retorno do Território. In: Santos M, Souza MAA, Silveira ML, organizadores. *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec; 1994.

São Paulo. Secretaria Municipal de Cultura. *Portal da Prefeitura da cidade de São Paulo*. Disponível em www.cultura.prefeitura.sp.gov.br. Acesso em 05/08/2010.

Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Bras Ter Ocup* 1998; 9(1):26-31.

Saraceno B. A reabilitação como cidadania. In: Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá; 1999. P.111-142.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996.

Silveira N. Casa das Palmeiras, a emoção de lidar. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras; 1986.

Sousa Lima R. O conceito de cultura em Raymond Williams e Edward P. Thompson: breve apresentação das idéias de materialismo cultural e experiência.

Revista Cantareira – Revista Eletrônica de História. 2008; 8ª edição on-line.

Disponível em www.historia.uff.br/cantareira.htm. Acesso em 15/04/2009.

Tavares CMM. *Arte no CAPS: estratégia de cuidar para a promoção da vida* [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2002.

Vianna PCM, Barros S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. *Rev Min Enf* 2004; 8(1):165-182.

Vieira MCT, Vicentim MCG, Fernandes MIA, organizadoras. *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1999.

Weitz M. O papel da teoria na estética. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, XV (1956), 27-35. Tradução de Célia Teixeira. Disponível em www.cfh.ufsc.br/~wfil/estetica.htm. Acesso em 20/01/2010.

Williams R. *Cultura*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008. p. 9-85.

Williams R. *Marxismo e Literatura*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.

Winnicott DW. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975.