

Universidade Federal de Goiás

Faculdade de Educação

Guilherme Henz Franco

**O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A aplicação da Arteterapia no serviço de
Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia**

Goiânia

2020

Termo de Ciência e de autorização para disponibilizar as teses e dissertações eletrônicas (TEDE) na biblioteca digital da UFG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESSES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

Guilherme Henz Franco

3. Título do trabalho

O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por Susie Amancio Gonçalves De Roure, Professora do Magistério Superior, em 24/06/2020, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por GUILHERME HENZ FRANCO, Usuário Externo, em 24/06/2020, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1400543 e o código CRC 5E4D25B3.

Universidade Federal de Goiás

Faculdade de Educação

Guilherme Henz Franco

**O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A aplicação da Arteterapia no serviço de
Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
- Mestrado, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, como exigência
parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Processos
Psicossociais e Educacionais, sob orientação da Profa. Dra. Susie Amâncio Gonçalves de
Roure

Goiânia

2020

Ficha Catalográfica

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

Franco, Guilherme Henz

O Efeito Terapêutico da Prática Artística [manuscrito] : A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia / Guilherme Henz Franco. - 2020.

xv, 176 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Susie Amâncio Gonçalves de Roure.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia, 2020.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Arte. 2. Arteterapia. 3. CAPS. 4. Reabilitação Psicossocial. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Roure, Susie Amâncio Gonçalves de , orient. II. Título.

CDU 159.9

Ata de Defesa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE GUILHERME HENZ FRANCO

Ao primeiro dia do mês abril de dois mil e vinte (01/04/2020) às 09:00 reuniram-se através de plataforma virtual os componentes da Banca Examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Susie Amâncio Gonçalves de Roure, doutora em Educação pela Universidade Federal de Goiás, Prof^ª. Dr^ª. Elisa Alves da Silva, doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília, e Prof^ª. Dr^ª. Maria do Rosário Silva Resende doutora em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo para, sob a presidência da primeira, e em sessão realizada através de plataforma virtual segundo a Instrução Normativa PRPG/UFG 001, de 27 de março de 2020, procederem à defesa da dissertação intitulada: “O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia” em nível de Mestrado, área de concentração em Psicologia, de autoria de Guilherme Henz Franco, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pelo (a) presidente da Banca Examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Susie Amâncio Gonçalves de Roure, que fez a apresentação formal dos membros da Banca e deu-se início à apreciação e avaliação do texto. A Banca Examinadora, após a apreciação e avaliação do texto apresentado, decidiu considerá-lo APROVADO. Os trabalhos foram concluídos e eu, Prof^ª. Dr^ª. Priscilla Melo Ribeiro de Lima, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FE/UFG, lavrei a presente ata que assino juntamente com os membros da Banca Examinadora.

Prof^ª. Dr^ª. Susie Amâncio Gonçalves de Roure

Prof^ª. Dr^ª. Elisa Alves da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Rosário Silva Resende

Prof^ª. Dr^ª. Priscilla Melo Ribeiro de Lima/ Coordenadora do PPGP

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Melo Ribeiro De Lima, Coordenadora de Pós-Graduação**, em 01/04/2020, às 14:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Elisa Alves da Silva, Usuário Externo**, em 01/04/2020, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Susie Amancio Goncalves De Roure, Professor do Magistério Superior**, em 01/04/2020, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Maria Do Rosario Silva Resende, Professora do Magistério Superior**, em 01/04/2020, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_e_externo=0, informando o código verificador **1259405** e o código CRC **1B116D8A**.

Referência: Processo nº 23070.003766/2020-70

SEI nº 1259405

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo financiamento deste mestrado.

À Susie, pela acolhida e orientação neste período.

À Fernanda, por me convidar a conhecer o mundo, na sua tocante companhia, e pelo cuidado para comigo num nível que sinto nunca ser capaz de retribuir.

Aos trabalhadores de saúde mental que entenderam relevante dedicar-se comigo a este projeto de pesquisa.

Aos orfins destes confins, por se mostrarem dentrosteiros para mais um forasteiro, família para um *homeless*.

À Família Lenhard, pela acolhida e amizade.

À Camila, pelo apoio infalível.

A todas as pessoas que se fazem presentes em minha vida, deixando-a mais autêntica, significativa e bela.

Epígrafe

As coisas verdadeiras podem ser demonstradas.

As belas podem apenas ser experienciadas.

Guilherme Henz Franco

Resumo

Franco, G. H. (2020). O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

O presente trabalho é resultado final de pesquisa exploratória sobre a aplicação da arteterapia nos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia. Utilizou-se a metodologia fenomenológica, com as seguintes técnicas de produção de dados: revisão bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação. Compreende a conceituação, descrição e histórico da arteterapia (Capítulo 1); o histórico e fundamentação teórica do CAPS como paradigma de cuidado em Saúde Mental (Capítulo 2) e a análise dos dados obtidos em entrevistas, pela técnica de Análise de Conteúdo (Capítulo 3). O trabalho visou explorar qual é o efeito terapêutico atribuído à arteterapia. O autor conclui que existem vários efeitos atribuídos, dentre os quais destaca, no caso específico do CAPS: reinserção social, expressividade, elaboração cognitiva dos próprios desejos, conquista de autonomia, fortalecimento da autoestima, compreensão de si, compreensão de suas próprias vivências e emoções, estabilização do humor, efetivação de direitos civis, cidadania e desenvolvimento de relações sociais afetivas. O autor sugere que mais trabalhos podem ser conduzidos no sentido de mensurar quali e quantitativamente alguns destes efeitos terapêuticos. Também fica demonstrado que apesar do crescimento do serviço público em saúde mental nas últimas décadas, a concepção deste serviço na tradição da Reforma Psiquiátrica tem perdido força. O respectivo investimento evidencia isso, pois os profissionais não são repostos de forma suficiente, há falta de materiais e falta de estrutura física própria e adequada. Neste sentido, a quantidade de CAPS tem aumentado, mas a necessária disponibilidade financeira para cada um não se verifica. Portanto seria importante a retomada, por parte dos trabalhadores e dos gestores públicos, de um direcionamento efetivo da organização do serviço.

Palavras-chave: Arte; Arteterapia; CAPS; Reabilitação Psicossocial; Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

Abstract

Franco, G. H. (2020). The Effect of Artistic Practice: The Insertion of Art Therapy in the service of Mental Health (CAPS) in Goiânia (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

This work is the final result of exploratory research about the insertion of Art Therapy in CAPS – Psychosocial Attention Centres of Goiânia. The phenomenologic methodology was applied, with bibliographic revision, semi-structured interview and observation as techniques of data production. It comprehends the conceptualization, description and history of Art Therapy (Chapter 1); the history and theoretical foundation of CAPS as a paradigm of mental health care (Chapter 2) and data analysis from interviews, through content analysis technique (Chapter 3). The research aimed to explore which therapeutic effect is attributed to Art Therapy. The author concludes that exist several effects attributed to it, among which are highlighted the following, specifically for the context of CAPS: social reinsertion, expressiveness, cognitive elaboration of one's own desires, achievement of autonomy, self-esteem strengthening, self-comprehension, comprehension of one's experiences and emotions, mood stabilization, civil rights and citizenship effectuation, and development of affective social relationships. The author suggests more work can be done in order to quali and quantitatively measure some of these therapeutic effects. It has been also demonstrated that despite the growth of public mental health care service on the past decades, the conception of the service in the Psychiatric Reform has lost strength. The correspondent investment evidences it, for there is no sufficient reposition of professionals, and there are lack of material, lack of own and adequate physical structure. In this sense, the number of CAPS has risen, but the necessary investment in each one does not follow. Therefore, it is important that workers and public managers reassume an effective management of the service.

Key-words: Art; Art therapy; CAPS; Psychosocial Rehabilitation; Psychiatric Reform, Mental Health.

Sumário

Termo de Ciência e de autorização para disponibilizar as teses e dissertações eletrônicas (TEDE) na biblioteca digital da UFG.....	i
Ficha Catalográfica.....	iii
Ata de Defesa.....	iv
Agradecimentos	vi
Epígrafe	vii
Resumo	viii
Abstract.....	ix
Lista de Figuras	xii
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Abreviações	xiv
Introdução.....	16
1. Arteterapia: Conceito, Histórico e Fundamentação Teórica	23
1.1. O que é arteterapia?	23
1.2. Histórico da arteterapia	26
1.3. A arteterapia no Brasil	29
1.4. Efeitos terapêuticos da arteterapia: análise abrangente da produção bibliográfica ...	30
1.5. Fundamentação teórica da arteterapia conforme a perspectiva de C. G. Jung	34
2. Histórico e fundamentação teórica da Reforma Psiquiátrica: o surgimento do CAPS como paradigma de cuidado em saúde mental	50
2.1. Antecedentes: A história do aprisionamento como resposta ao sofrimento mental ..	50
2.2. O Século XX: novas formas de tratamento	55
2.3. O surgimento do CAPS: um dos modelos substitutivos ao hospital psiquiátrico.....	58
2.4. A Reforma Psiquiátrica em Goiânia	71
2.5. A teoria da Reforma Psiquiátrica: ideias e argumentos por trás do novo modelo de cuidado em Saúde Mental.....	74
3. Síntese das observações e análise de conteúdo das entrevistas.....	84
3.1. Efeitos terapêuticos.....	88
3.2. Técnicas e estrutura das sessões de arteterapia.....	94
3.3. Referenciais teóricos.....	97
3.4. Trabalhar no CAPS	98
3.5. Relação com a equipe multidisciplinar	102

3.6. Estruturas de trabalho no CAPS	108
3.7. Relação com a RAPS	115
Considerações Finais	120
Referências Bibliográficas.....	138
Apêndice A - Roteiro de entrevista com arteterapeutas	155
Apêndice B - Roteiro de entrevista com outros profissionais	157
Apêndice C - Roteiro de observação	159
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	160
Apêndice E - Registros Fotográficos de Observações.....	165
Anexo I – Parecer Consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	173
Anexo II – Autorização da EMSP/SMS – Goiânia	176

Lista de Figuras

Figura 1: Distribuição da produção científica por arteterapeutas brasileiros por ano de publicação	P. 33
Figura 2: Expansão anual dos CAPS no Brasil (1989-2006)	P. 66
Figura 3: Representação visual da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial	P. 68
Fotografia 1: obra de Brancusi, “O Beijo”	P. 165
Fotografia 2: Recriação da obra de Brancusi	P. 165
Fotografia 3: Jardim do CAPS Esperança no dia 03/05/2019	P. 166
Fotografia 4: Recepção do CAPS Novo Mundo com exposição de artes.....	P. 167
Fotografia 5: Lista feita à mão e rasurada contendo 7 remédios faltantes	P. 168
Fotografia 6: Obra realizada na sessão de arteterapia do dia 08/05/2019	P. 169
Fotografia 7: Texto presente em folheto de divulgação do dia da luta antimanicomial	P. 170
Fotografia 8: Desenho feito em sessão de arteterapia no dia 23/08/2019	P. 171
Fotografia 9: Arte anunciando a exposição “Delirarte”	P. 172
Fotografia 10: Mandalas feita por usuário não identificado de um CAPS goianiense. À mostra na exposição “Delirarte”. Fotografia de 16/05/2018.....	P. 172

Lista de Tabelas

Tabela 1: Orçamento Federal segundo Lei Orçamentária Anual (LOA) entre 2013 e 2020.....	P. 81
Tabela 2: Orçamento Municipal de Goiânia segundo Lei Orçamentária Anual (LOA) entre 2013 e 2020.....	P. 82

Lista de Abreviações

- APA - *American Psychological Association*
- AUSSM-GO - Associação dos Usuários de Saúde Mental do Estado de Goiás
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas
- CAPSi Centro de Atenção Psicossocial para menores de 18 anos
- CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CFP - Conselho Federal de Psicologia
- COREN - Conselho Regional de Enfermagem
- CRA - Conselho Regional de Administração
- CREF - Conselho Regional de Educação Física
- CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
- CRM - Conselho Regional de Medicina
- CRP - Conselho Regional de Psicologia
- ECT - Eletroconvulsoterapia
- ESF -Estratégia Saúde da Família
- FGSM - Fórum Goiano de Saúde Mental
- DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
- EAD - Ensino à Distância
- MLA - Movimento da Luta Antimanicomial
- MS - Ministério da Saúde
- MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- MP-GO - Ministério Público de Goiás
- NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PSF - Programa Social da Família

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (GO)

PIC's - Práticas Integrativas Complementares

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PPGP - Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PSPWC - Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.

SES-GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBAAT - União Brasileira de Associações de Arteterapia

UFG - Universidade Federal de Goiás

UNIPAZ - Universidade Internacional da Paz

USP – Universidade de São Paulo

Introdução

O objeto da presente pesquisa é compreender a aplicação da arteterapia nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Goiânia. Meu interesse inicial advém de minha curiosidade em investigar a relação entre engajar-se em atividades artísticas e os possíveis efeitos terapêuticos. Parte deste meu interesse advém de minha prática como escritor, que cultivo como hábito desde os 15 anos. Constantemente percebi melhoras em meu humor, minhas atitudes e decisões decorrentes desta prática, mas entendi que seria importante buscar evidências que comprovassem essas impressões bem como o entendimento de uma fundamentação teórica em um estudo formal.

Uma exploração inicial sobre o tema indicou que o debruçamento específico sobre a arteterapia seria uma proveitosa estratégia, uma vez que os profissionais desta área usam de meios artísticos para obter efeitos terapêuticos e, para tanto, fundamentam essa intervenção por meio de formação específica. Ainda assim, a operacionalização de tal investigação, muito ampla para o presente estudo, segue interesses secundários: auxiliar a documentar a arteterapia, uma prática inovadora e de histórico recente, analisar como um período de crise ideológica-econômico-política pode interferir no fornecimento de um serviço de natureza essencial¹, e defender a atenção em saúde na insistência de que seja definitivamente pública e de qualidade. A intenção geral é contribuir para fortalecer os serviços públicos de Atenção à Saúde Mental. Estes serviços públicos tem sido um referencial importante na consolidação de práticas mais humanas e dignas no tratamento de transtornos mentais, tal como preconizado pelo movimento internacional conhecido como Reforma Psiquiátrica.

A definição pelo embasamento na fundamentação teórica do psiquiatra suíço Carl Gustav Jung deu-se em virtude do objeto de pesquisa. Não apenas ele foi um pioneiro no uso da arte com fins terapêuticos, mas também trabalhou consistentemente com pessoas que sofriam de transtornos mentais que hoje são público característico do atendimento do CAPS (as chamadas psicoses). Ademais, sua influência é marcante na psiquiatria brasileira Nise da Silveira, precursora fundamental da arteterapia no Brasil. Silveira trabalhou entre as décadas de 1940 e 1970, tendo protagonismo na mudança de paradigma prático-teórico que culminou com a Reforma Psiquiátrica. Para exploração histórica e teórica da Reforma Psiquiátrica,

¹ Tomo de empréstimo a expressão da Lei que dispõe sobre o direito de greve. Na *Lei n. 7.783* (1989), há uma definição dos serviços tidos como essenciais, que incluem, dentre outros, os de assistência médica e hospitalar e a distribuição e comercialização de medicamentos e alimentos, e estabelece como necessidades inadiáveis da comunidade aquelas que, não atendidas, coloquem em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população.

optei por seguir o psiquiatra brasileiro Paulo Amarante, pelo reconhecimento que obteve como um militante e também pela sua produção bibliográfica, extensa no assunto e de qualidade, sendo considerado por muitos trabalhadores de saúde mental como a referência nacional neste campo de atuação.

Talvez o leitor se pergunte por que um mestrando de psicologia estuda arteterapia. Do ponto de vista da psicologia interpretativa², a psicologia é filha e herdeira de toda a arte produzida. Assim Freud buscava a Goethe, Shakespeare, Sófocles e tantos outros, assim Jung buscava amparo no mesmo Goethe, na obra literária de Nietzsche ou nas pinturas de Picasso. A psicologia interpretativa precisa da arte. Não existiria sem ela. Os mitos, os contos, o folclore - não são senão criação ou transmutação criativa e estética feita por artistas e povos. É esta produção artística o substrato semântico sobre o qual todos nós humanos construímos nossa interpretação de mundo. Sem ela seria difícil supor a ideia de psiquê, de mente, de conteúdo simbólico. E, supondo que estes existissem sem ela, mesmo assim estaríamos órfãos na árdua tarefa de compreendê-los. Dessa forma, vê-se que se tornou tradição em determinadas correntes da psicologia recorrer à arte para elaboração teórica, no entanto seu uso como instrumento tem sido quase que completamente ignorado. Ademais, é notório que a área da saúde mental tem se transformado em um campo multidisciplinar. Neste quesito, não é de se estranhar que uma área de atuação se imbrique e se complemente com outra. Sobre este ponto, o leitor pode referenciar-se em Amarante (2007), por exemplo. Por fim, eu não conheço nenhum programa brasileiro de mestrado em arteterapia, de modo que pesquisas deste nível devem ser efetuadas em áreas afins, e a psicologia é, na minha opinião, a mais adequada delas.

Na definição pelo tipo de CAPS, optou-se pelo recorte nos CAPS adulto, voltados para a atenção às pessoas diagnosticadas com transtorno mental. Identificou-se que dos CAPS adulto com ênfase em transtorno mental de Goiânia, atualmente há 4 CAPS que contam com arteterapeutas, são eles: Novo Mundo, Beija-Flor, Esperança e Vida. Em cada CAPS, era previsto que se entrevistasse ao menos um arteterapeuta e um outro profissional, este de preferência que fizesse dupla de atividades com o arteterapeuta. Em que pese entender como de fundamental importância ouvir a opinião dos usuários sobre os serviços, escolhi deixar de fora do escopo deste trabalho tal análise, especialmente devido à extensa quantidade de trabalho face ao tempo disponível. No entanto, alguma interação com os usuários e contato com sua percepção do serviço foi possível através das observações. Há de se considerar que

² A categorização é de Silveira (1981), em oposição à psiquiatria descritiva. Aqui temos o hermenêutico contra o nosológico.

houve por parte de alguns arteterapeutas quase a demanda para que eu tomasse parte completamente nas sessões de arteterapia, de modo que eu pudesse experienciar e testemunhar todo o processo como um usuário. Nesses casos, dada a proposta, foi fornecida por mim brevemente explicação verbal sobre a pesquisa, mediada pelas arteterapeutas, e o consentimento obtido de todos os presentes também foi obtido verbalmente.

Como justificativa para esta pesquisa, argumentei que este campo de pesquisa e atuação não apenas são relevantes para a psicologia, mas para a área da saúde como um todo e também referente às políticas públicas para a saúde. Legalmente, a saúde tem sido entendida como direito básico (isto é, irrenunciável) do cidadão. A intenção foi contribuir para fortalecer estes serviços públicos de Atenção à Saúde Mental, que tem sido um referencial importante na consolidação de práticas mais humanas e dignas no tratamento do sofrimento mental. Ademais, percebeu-se que a pesquisa sobre arteterapia, apesar do crescimento, é ainda incipiente.

Classificações são sempre parciais e o enquadramento da pesquisa inevitavelmente muda conforme os quadros de referência, porque estes não são nem exaustivos nem consensuais. A ideia de adotar dois quadros de referência é demonstrar alguns aspectos básicos da formulação da pesquisa conforme duas perspectivas. O uso presente destes quadros de referência visa apenas a explicitar e elucidar certos pressupostos filosóficos e metodológicos desta pesquisa. Gil (2008) é um autor com conotações mais positivistas. Creswell (2014) demonstra favorabilidade maior aos métodos qualitativos e aos métodos mistos.

Segundo Gil (2008), pesquisas podem ser exploratórias, descritivas ou explicativas. Nesse enquadre, esta pesquisa é classificada como exploratória, uma vez que busca ambientação com o objeto de estudo, implicando-se primeiramente com uma abordagem aproximativa, de visão geral. Isso decorre de minha atuação em psicologia ser em área diversa à do campo da saúde mental, sendo tema novo para mim. Também de acordo com a classificação de Gil (2008), no tocante aos métodos que proporcionam as bases lógicas da investigação, as pesquisas podem seguir os métodos dedutivo, indutivo, hipotético-dedutivo, dialético e fenomenológico. Segundo esta classificação, a presente pesquisa se aproxima mais do método fenomenológico.

São pressupostos fenomenológicos (Smith, 2018): que o conhecimento é subjetivamente condicionado, que a ênfase do perceber e entender se dá na experiência e não no objeto em si, que a consciência é formada por diferentes intencionalidades, que uma

coerente apreensão do fenômeno envolve o seu reconhecimento como da ordem da primeira pessoa (eu). Mesmo um autor como Gil (2008) não é claro na distinção entre método e técnica. Para o escopo deste trabalho, definiu-se que observação, entrevista, revisão bibliográfica e análise de conteúdo são técnicas utilizadas de acordo com o método fenomenológico. Instrumentos são os recursos específicos para produção, registro e armazenamento de dados, foram aqui utilizados: roteiros de entrevista e observação, registros fotográficos, gravações de entrevistas, notas de campo e notas de estudo (fichamentos bibliográficos).

Já de acordo com Creswell (2014), os métodos de pesquisa se distinguem em: qualitativos, quantitativos e mistos. Nessa classificação, esta pesquisa se enquadra no método qualitativo, pois prioriza a exploração de conceitos, descrições e avaliações subjetivas ao invés de dados numéricos, interpela os significados, busca a interação com os participantes em seus próprios locais de convívio e atenta à complexidade da situação pesquisada.

Para Creswell (2014) também é importante a distinção da visão de mundo filosófica que sustenta os pressupostos metodológicos. Ele nos apresenta quatro dessas visões: pós-positivista, construtivista, transformativa e pragmática. Sobre este aspecto, nesta investigação se combina elementos das três últimas. É construtivista considerando a ênfase nos significados atribuídos, no uso de questionamentos abertos, na consideração das perspectivas históricas e sociais, na consequente busca deste contexto social-histórico-cultural e no reconhecimento de que as interpretações do pesquisador são condicionadas pelas suas experiências presentes e passadas. É transformativa baseada na atenção dispensada a um grupo que tem sido tradicionalmente marginalizado (pessoas em sofrimento mental) e no reconhecimento de que assimetrias de poder criam injustiças que deveriam ser solucionadas através de ações sociais e políticas. É pragmática no sentido de não se ater apenas a uma única visão de mundo, no interesse não-exclusivo por dados qualitativos ou quantitativos e na atitude de entender o objeto, os sujeitos de pesquisa, a metodologia e sua própria subjetividade como estruturas abertas.

Dentre os objetivos destacados para esta pesquisa estão:

1. Investigar como tem se dado a aplicação da arteterapia no âmbito do serviço público dos CAPS (modalidade transtorno mental adulto) na cidade de Goiânia; isto é, como são estruturadas as sessões de arteterapia, como são compostos os grupos, quais são as técnicas mais utilizadas, em que referencial teórico se apoiam, que efeito terapêutico é

esperado, como os arteterapeutas enxergam o serviço do CAPS e ademais, conhecer (de modo exploratório, não exaustivo) o uso da arte para além do âmbito da arteterapia;

2. Compreender a Reforma Psiquiátrica brasileira em seu movimento histórico e teórico; isto é, mapear o percurso de lutas, marcos, avanços e retrocessos nas políticas públicas em saúde mental;

3. Identificar aspectos críticos do serviço de Atenção Psicossocial prestado pelos CAPS transtorno mental adulto de Goiânia, isto é, sua estrutura física, organizacional, seus recursos, disponibilidades e dificuldades.

Assim, entre os resultados esperados estavam: o levantamento e identificação de técnicas e preferências teórico-metodológicas dos arteterapeutas; levantamento de informações sobre as condições estruturais e o modo de conduzir as sessões de arteterapia, bem como outras questões estruturais dos CAPS e análise do efeito terapêutico atribuído à arteterapia.

As técnicas de produção de dados utilizadas foram, em ordem de importância: revisão bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação. A revisão bibliográfica (cf. Neuman, 2014), intenta identificar a produção científica existente sobre o tema e clarificar as bases teórico-metodológicas relevantes. A contribuição esperada para a pesquisa é que fornecesse elementos históricos, teóricos e visão crítica para a melhor organização e compreensão dos demais dados. Entrevistas semiestruturadas (cf. Stangor, 2015; Banister, 2011), provêm um campo interacional profícuo, sem abdicar nem do controle e previsibilidade nem da espontaneidade, permitindo ainda um aprofundamento da perspectiva dos que convivem com a situação que é tema da pesquisa. Era previsto que as entrevistas fornecessem dados testemunhais de quem vivencia há anos os desafios pertinentes ao objeto de estudo: tanto a efetivação da arteterapia como modalidade de atenção à saúde mental quanto sua inserção no modelo de atendimento do CAPS. Para as entrevistas adotou-se o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presente no Apêndice D. A observação (cf. Stangor, 2015; Banister, 2011) promove contato direto com práticas e possibilita conhecer ambientes e rotinas. As observações visavam complementar e contextualizar os dados sobretudo obtidos nas entrevistas. Tanto para as observações quanto para as entrevistas foram elaborados roteiros (cf. apêndice C para observações, apêndice A e B para entrevistas). Para análise de dados, a técnica utilizada para aprofundar os dados das entrevistas foi a Análise de Conteúdo no modelo de análise temática (Bardin, 2011).

Das possibilidades oferecidas pela Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2011), a análise temática configura-se como uma análise de significados (em contraposição aos significantes), através da definição de temas pertinentes, tanto ao material em si quanto ao objetivo da pesquisa. Esta análise é empregada com vistas a obter inferências e é constituída por três fases: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados, bem como sua inferência e interpretação. Na primeira, é ideal definir documentos, objetivos e escopos da pesquisa, e manter uma atitude exploratória com os conteúdos a serem analisados, ou seja, trata-se da organização preparatória da análise e o contato inicial com o material a ser analisado. Na segunda, se procede à codificação, que envolve o recorte de fragmentos do texto (no meu caso, adotei frases e sequências de frases), que então tornam-se as unidades de registro. Estas unidades de registro são então classificadas de acordo com seu tema e agrupadas no seu tema respectivo (categorização), o que já compõe a terceira fase. A partir daí são obtidas inferências e interpretações.

Acerca de demais procedimentos para consecução da pesquisa: era previsto obter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e também autorização da Escola Municipal de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde, até meados do terceiro trimestre de 2018, no entanto só foi obtida em fins de março de 2019. Com isso, a condução das entrevistas e observações, que era para ser concluída ainda em 2018, só pode ser iniciada em abril de 2019 e estendeu-se até agosto do mesmo ano. Obter o aval para as entrevistas em geral demorou mais de uma visita, o que também consumiu tempo de produção e análise de dados. Em termos dos preceitos éticos, a pesquisa seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (2012).

Esta dissertação é dividida em três capítulos. No primeiro é abordada a arteterapia, sua caracterização, seu histórico e sua fundamentação teórica, a partir de Jung. Este capítulo visa, portanto, apresentar e embasar a prática da arteterapia. No segundo, vê-se alguns antecedentes ao modelo de tratamento em saúde mental contemporâneo, a evolução da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o surgimento e consolidação do CAPS como forma de cuidado e também a fundamentação teórica deste processo histórico, a partir de Amarante. Este capítulo intenta, pois, fornecer um contexto histórico e teórico para a criação do serviço do CAPS. No terceiro, tem-se a síntese, análise e interpretação dos dados das entrevistas e observações. Dado à estruturação do conteúdo produzido, optou-se por dar ênfase à análise de conteúdo especificamente das entrevistas, tomando as observações como auxílio na interpretação e contextualização destes dados, sem os quais a própria análise seria precária.

Antes de prosseguir, ainda uma ponderação sobre a mistura ocasional de uma linguagem na primeira pessoa com um mais impessoal. Escreveu Silveira (1981, p. 173):

A ciência esforçou-se obstinadamente para não tomar em apreço o observador cuja função seria realizar operações racionais sobre os dados colhidos no exterior e exprimir, sob a forma de conceitos, os resultados obtidos, mantendo-se sempre o mais possível distante. Tudo faz crer que esse ideal não foi alcançado, salvo talvez em campos restritos. Desde que o observador é parte integrante do mesmo mundo onde estão os objetos da sua investigação, resulta difícil eliminá-lo.

Ainda que se adote ao longo do trabalho em geral linguagem mais neutra ou descritiva, não visio eximir aqui que minha subjetividade interfira no processo, ao contrário, na pesquisa qualitativa pressupõe-se que a subjetividade do pesquisador é fator relevante, senão indispensável. Na observação existe um observador e na entrevista, um entrevistador. Em uma observação, um observador percebe algo que outro não percebe. Um entrevistador pergunta ou reage de um jeito que outro não faria. E não deixará de ser o caso na revisão bibliográfica ou na análise de dados: elas são feitas por uma pessoa específica, que não poderá deixar de lado suas percepções, raciocínios, entendimentos nem suas emoções e experiências para executar estas tarefas. Mesmo uma paráfrase se constitui em determinada leitura, que é feita com a subjetividade de quem a faz. Isso condiz com o entendimento de Jung (1931a), que chega a dizer que não apenas o processo científico envolve a subjetividade do pesquisador, mas que as próprias teorias da ciência psicológica são autoconfissões com validade social. A opção mais frequente pela linguagem impessoal reflete uma cautelar adaptação ao meio acadêmico, ainda sobremaneira mais habituada a esta. Mantive desta forma ocasionalmente a linguagem pessoal como um lembrete deste caráter da pesquisa qualitativa e fenomenológica.

Para normatização, novamente por conformidade acadêmica, seguiu-se a recomendação do próprio PPGP (Universidade Federal de Goiás, 2015), que consiste na “Norma para Apresentação de Trabalhos de Qualificação e Defesa: Nível Mestrado”, no que não lhe for específico, normatização conforme adaptação da APA 6ª Edição feita pela Universidade de São Paulo (2013; 2016), que consiste em dois documentos: “Normalização de Referências: adaptação do manual de estilo da *American Psychological Association* (APA) – 6a ed.” e “Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: Parte II (APA)”, e por fim, no que não estas não foram específicas, consulta à própria *APA 6th Edition* (American Psychological Association (2010).

1. Arteterapia: Conceito, Histórico e Fundamentação Teórica

“Uma obra de arte é boa quando foi criada por necessidade.”³

1.1. O que é arteterapia?

A dificuldade de definir a arteterapia deriva em parte da dificuldade de definir arte. A título de exemplo, Weitz (1956) atestou a complexidade de buscar um conceito de arte, considerando que seus limites eram móveis e não muito definidos. Longe estamos de propor uma definição última para uma atividade humana essencialmente criativa, no entanto não podemos nos furtar a uma caracterização inteligível do que seja a arte da arteterapia. O primeiro modo de reconhecer o que é uma prática artística vêm dos exemplos que podem ser lembrados: classificamos pinturas, desenhos, literatura, teatro, cinema, escultura e música como arte. Seria talvez infrutífero propor uma lista exaustiva pois o conjunto de técnicas que são consideradas arte muda com o tempo: é só lembrar que antes do século XX o cinema não existia. Ainda assim, sabemos o que as artes propõem e veiculam: são técnicas expressivas, nas quais vivências e sentimentos humanos podem estar representados. Como há uma miríade de possibilidades de expressão e impressão, a gama de vivências e sentimentos expressos e os modos como podem ser percebidos também são infindáveis.

Contudo parece que a arte da arteterapia tem suas peculiaridades. Porque a arte em geral tem fins estéticos, mas a arteterapêutica tem fins terapêuticos. Então as práticas são as mesmas ou assemelhadas, embora as intenções sejam diferentes e isso tenha certo impacto no uso que é feito das mesmas.

Quando debatemos o que é arte, logo nos vêm à mente objeções tais como: “mas isso não me afeta”, “isso não diz nada”, “não aprecio esta obra” e embora o interlocutor sempre possa arguir sobre a relevância histórica ou social daquela produção, a tensão entre a percepção individual e a percepção coletiva não necessariamente é desfeita. De qualquer forma, quero propor aqui algumas características que me parecem essenciais à arte, visando responder à preocupação de entender esse fenômeno. Essas características proveem de uma reflexão pessoal minha sobre o que seja arte (como apreciador e também como artista) e também sobre o que as pessoas, sejam leigos, sejam críticos profissionais, geralmente consideram arte. Parece-me que a arte sempre envolve ao menos um dos seguintes elementos:

³ Tradução minha. Rilke (2020): “Ein Kunstwerk ist gut, wenn es aus Notwendigkeit entstand.”

autenticidade (originalidade, criatividade, estilo, técnica), significância (mensagem, conteúdo, relevância, interesse intelectual ou emocional, ou mesmo social ou político) e afetividade (beleza, primor na aparência, sensação de enlevo ao contato, impacto estético, instigação de emoções e impressões, ainda que de tédio ou asco). Ou seja, para classificar uma criação como uma arte relevante, temos que responder afirmativamente a ao menos uma destas perguntas: Há novidade, singularidade ou criatividade nisso? Significa algo para mim ou para alguém? Isso afeta a mim ou a alguém emocionalmente ou provoca alguma sensação? Particularmente o filósofo Lind (1992) propõe as mesmas características, mas de forma necessariamente conjugada: para ele, arte seria a criação de objetos estéticos que sejam significativos. Porém, a questão premente para o escopo do presente trabalho é a seguinte: estas características serviriam também para caracterizar a arte da arteterapia?

A arte com fins terapêuticos passa ao largo da maioria destas questões. Não se exige que ela seja bela, expressão de um talento superior ou que seja em alguma medida *melhor* do que outras. Também as questões de originalidade e estilo são relegadas a um segundo plano, pois não são condição *sine qua non* para o processo. Quanto à significância, parece-me algo crucial porque a arte terapêutica deve comunicar algo, e o que é o comunicado permanecerá como o elo de entendimento e empatia entre artistando⁴ e arteterapeuta ou artistando e seu público. Ainda que elementos abstratos prevaleçam, e nisso a interpretação não possa ser imediata ou facilmente alcançada, a obra não perde seu caráter expressivo. Neste quesito corroboram Paín e Jarreau (1996, p. 15): “o trabalho está centrado na pesquisa do sujeito para encontrar e elaborar um universo de imagens significantes de seus conflitos subjetivos”.

Os arteterapeutas trabalham com uma gama bem heterogênea de artes. Um núcleo parece se dar em torno da pintura, secundados por esculturas, modelagens, colagens e expressões teatrais ou corporais (que incluem fantoches, dança e outras variações). Mais raro, embora não possa deixar de ser mencionado, é o uso da literatura. Há quem veja espaço para jardinagem (Silveira, 1981/2015; 1986; Lane, 2019) e culinária (Lane, 2019), embora sem dúvida já estejamos mais distantes de um núcleo expressivo de fácil acesso e que seja forçoso considerar que jardinagem e culinária podem vir a ter fins próprios em termos utilitários ou estéticos (em detrimento da expressividade). Paín e Jarreau (1996, p. 9) reconhecem que a noção de arteterapia inclui em geral “qualquer tratamento psicoterapêutico que utilize como mediação a expressão artística (dança, teatro, música, etc.); embora enfatizem as representações plásticas: “pintura, desenho, gravura, modelagem, máscaras, marionetes”.

⁴ Artistando é minha proposta de expressão que visa a substituir o artista, no contexto específico da arteterapia, baseado em Paín (2009, p. 11) que usa o termo “*artistant*”.

Zacharias (2005, p. 11-13) adota postura mais abstrata e abrangente ao referir a “produções gráficas, sonoras, sinestésicas e esculturais” que redundam em imagens, sons, movimentos e objetos, em função intermediadora e de mão dupla entre o inconsciente e o consciente ou mesmo razão e emoção. Este é um jeito interessante de furtar-se a elencar ramos específicos de arte, o que, me parece, levaria a listas sempre incompletas (em demanda de atualização), tal como a formulada pelo italiano Ricciotto Canudo (1923), ele mesmo responsável por nos legar o conceito de cinema como o de “sétima arte” (junto de arquitetura, escultura, artes visuais, música, literatura e artes cênicas).

A pluralidade da arteterapia não reside somente na variedade das artes empregadas, mas também na forma como é estruturada e no escopo teórico que a sustenta. Há correntes (Kramer, 1971) que entendem que a arte fala e cura por si, já em outras (Naumburg, 1966; Paín, 2009; Rubin, 2010) é essencial o diálogo também durante, mas especialmente após a produção, para que formas e conteúdos e entendimentos acerca do processo possam ser verbalizados e assim se tornarem mais explícitos e conscientes. Essas diferenças, em alguns autores muito enfatizadas (cf. Andrade, 1993, como exemplo) parecem a mim diferenças de grau. Assim como é improvável que o arteterapeuta vá ficar calado sobre todos os aspectos da arte de seu artizando, será impossível, ainda que o queira, que o arteterapeuta vá conseguir falar sobre todos os aspectos desta arte.

Há profissionais que embasam sua prática nas teorias psicanalíticas, outras nas teorias junguianas e, em menor grau, nas teorias humanistas, gestálticas, cognitivas, fenomenológicas, transpessoais, dentre outras. Há várias publicações que tratam de alguns desses enfoques. Como exemplos trago Malchiodi (2003), Gussak & Rosal (2016), Hogan (2016), que comportam capítulos em várias destas teorias. No Brasil tenho notado predileção pela teoria junguiana, através de minhas leituras, conversas e observações.

A Associação Americana de Arteterapia forneceu a seguinte definição de arteterapia, da qual aqui faço uma tradução livre:

Uma profissão de saúde mental que usa o processo criativo de produzir arte para aprimorar e aumentar o bem-estar físico, mental e emocional de indivíduos de todas as idades. É baseada na crença de que o processo criativo envolvido na autoexpressão artística auxilia as pessoas a resolverem conflitos e problemas, desenvolver habilidade interpessoais, manejar comportamentos, reduzir estresse, aumentar autoestima e autoconsciência e alcançar compreensão interna. (Gussak & Rosal, 2016, p. 1)⁵.

⁵ “a mental health profession that uses the creative process of art making to improve and enhance the physical, mental and emotional well-being of individuals of all ages. It is based on the belief that the creative

Ou seja, de modo mais resumido possível, arteterapia é o serviço por meio do qual processos artísticos diversos são propostos a uma pessoa ou grupo de pessoas, com fins terapêuticos, sob coordenação de um arteterapeuta.

Muitas vezes a arteterapia é confundida com terapia ocupacional. É sabido que a psiquiatra brasileira Nise da Silveira não entendia o seu trabalho especificamente como arteterapia, mas sim como Terapia Ocupacional. O próprio pintor britânico Adrian Hill, que cunhou o termo “Art Therapy” (em 1942), começou seu trabalho, em 1941, dentro do serviço de terapia ocupacional do Sanatório King Edward VII (Hogan, 2016). Ambas as práticas certamente compartilham semelhanças, mas têm escopos e objetos diferenciados. A terapia ocupacional trata da reabilitação através de uma atividade (qual ela seja), enquanto que a arteterapia enfatiza o trabalho expressivo que é característica da atividade criativa-estética-simbólica. Hoje em dia, no Brasil, a Terapia Ocupacional é uma graduação, enquanto a arteterapia é um curso de especialização (pós-graduação). Muito embora a Terapia Ocupacional possa englobar atividades criativas ou expressivas, a arteterapia lida com estas muito mais especificamente. Sobre este aspecto, o próprio Hill (1951), buscando a diferenciação, defendeu que a arteterapia trabalha com mais profundidade para identificar e aliviar as causas essenciais da introspecção exagerada e do desânimo.

1.2. Histórico da arteterapia

Ainda que seja impossível especificar um período histórico onde a arte passa a ter fins terapêuticos⁶, basta lembrar que Aristóteles (trad. 2008) em uma das mais antigas reflexões sobre características e funções da arte já descreveu sua capacidade catártica, isto é, sua possibilidade de alívio emocional. No entanto, a arteterapia como uma proposta estruturada é um produto do século XX. Isso é um reflexo da evolução do conhecimento científico, da estruturação do cuidado em saúde como profissão e da emergência de um paradigma de atenção à saúde calcado no mundo simbólico do doente.

Em verdade se pode notar que já durante o século XIX as produções artísticas aparecem de forma bem consolidada como projeções da “alma” ou da “mente”, logo, instrumento de trabalho para as práticas de desenvolvimento, cuidado e reparo desta alma ou

process involved in artistic self-expression helps people to resolve conflicts and problems, develop interpersonal skills, manage behavior, reduce stress, increase self-esteem and self-awareness, and achieve insight” (Gussak & Rosal, 2016, p. 1).

⁶ Rubin (2010) menciona as pinturas rupestres, Philippini (2000) chega a citar que estas manifestações, há 35 mil anos atrás, contém laços expressivos entre o interno e o externo.

desta mente. É neste sentido que educadores como Montessori e Steiner, advogando uma pedagogia ativa, abrem caminho para a Arte-Educação (Tommasi, 2005).

A via de tratamento hermenêutico de afecções, mesmo que somáticas, havia sido inaugurada com sucesso por Sigmund Freud (1900/1996a). A arteterapia compartilha deste paradigma (o acesso às emoções via expressão e inteligência do simbólico) e não foi à toa que os primeiros corpos teóricos a contribuir com esta prática são justamente Freud (psicanálise) e Jung (psicologia analítica). Ambos os autores trazem contribuições significativas e influentes sobre a relação entre a constituição psíquica e os processos artísticos. Alguns dos arteterapeutas buscaram referenciar suas práticas em outras teorias psicológicas como, por exemplo, humanismo, *gestalt*, existencialismo, fenomenologia, psicologia cognitiva e psicologia positiva, mas a psicanálise e a psicologia analítica ainda são as teorias mais comumente referenciadas (Malchiodi, 2003; Gussak & Rosal, 2016).

A chegada desses aspectos históricos parece mais relevante do que a contribuição de uma pessoa específica para o campo, embora sem dúvida os pioneiros tenham dado forma singular para a consolidação da proposta. Neste sentido, Rubin (2010) comenta que parecia haver chegado o momento da arteterapia. Isso porque a emergência desta prática não está situada em um momento específico e um local específico, mas ocorreu de modo independente em vários lugares do mundo. Como exemplo, Osório Cesar no Brasil a partir da década de 1920 é marcadamente um antecessor sem o reconhecimento internacional (e mesmo nacional) devido. Nise da Silveira na década de 1940 começou o seu trabalho que hoje conta com certo reconhecimento dos pares. Estes são exemplos brasileiros para um fenômeno sem fronteiras. No mundo anglófono são considerados precursores especialmente Adrian Hill⁷ e Margaret Naumburg⁸. Hill enfatizou o caráter destensionador e distrativo da Arte. Através de sua própria experiência de convalescimento de uma tuberculose, percebeu que engajar-se em uma prática artística (mas também apreciar arte) poderia oferecer equilíbrio nas dificuldades físicas e mentais que são característicos dos adoecimentos e de suas recuperações (Hogan, 2001). Naumburg (1950a) é a autora mais clássica da tradição anglófona. Trabalhou com os preceitos da psicanálise e nomeou sua prática de arteterapia de orientação dinâmica. Antes de ser terapeuta, trabalhou com a italiana Maria Montessori, levando essa tradição pedagógica para os EUA. Seu trabalho como arteterapeuta começou em 1941. Dentre suas técnicas favoritas,

⁷ (☆1895- † 1977).

⁸ (☆1890- † 1983).

aplicava o "Scribble Drawing", desenvolvida pela sua irmã, a reconhecida arte-educadora Florence Cane.

A emergência destes primeiros profissionais tem condicionantes históricos. Ainda no século XIX, emergiu um interesse psiquiátrico na arte de pessoas consideradas "doentes mentais". MacGregor (1989), no entanto, pontua que o interesse de estudiosos como Auguste Tardieu⁹, Paul-Max Simon¹⁰ e Cesare Lombroso¹¹, médicos do século XIX, hoje resta como fato meramente histórico, pois suas proposições foram substituídas pelas mais recentes, consideradas mais adequadas. Neste mesmo sentido, o trabalho mais citado hoje parece ser o de Prinzhorn (1922), que coletou mais de 5 mil obras de "doentes mentais". A arteterapeuta Junge (2016)¹² considera que apesar destes autores reconhecerem o potencial revelador e expressivo da arte, ainda não havia se consolidado a proposta diagnóstica ou terapêutica da arte. Seja como for, estava lançada a ideia da obra de arte como uma produção mental ou uma projeção da "alma", logo, o campo para a tomada da arte como instrumento de trabalho para os profissionais da saúde mental estava se consolidando.

A arte como instrumento diagnóstico surgiu um pouco antes do que como instrumento terapêutico. Em 1921, Hermann Rorschach propôs seu teste projetivo através de manchas de tinta (Alexsander e Selesnick, 1966/1980). Em 1926, Florence Goodenough¹³ publicou o teste "Draw-a-Man" (no Brasil chamado Teste do Desenho da Figura Humana - DFH) como uma medida de inteligência através do desenhar (Alexsander e Selesnick, 1966/1980). O Teste de Apercepção Temática - TAT foi proposto em 1935 por Henry Murray e Christiana Morgan. O teste HTP (House-Tree-Person) foi publicado em 1948 por John Buck. Estes são alguns exemplos de testes psicológicos muito famosos que usam imagens ou o próprio desenhar como forma de conhecimento do mundo interno, aspectos da personalidade ou mesmo características cognitivas. Vick (2003), contudo, vê diferenças entre o método diagnóstico dos arteterapeutas e dos psicométricos, tais como a ênfase no papel inerentemente terapêutico do fazer arte ou do sentir arte, e uma maior abertura à adaptação e ao improviso do que à padronização.

Praticamente esquecidas na recuperação histórica dos primórdios da arteterapia, é bom (e justo) ressaltar que as psicanalistas Anna Freud (1927/1974) e Melanie Klein (1932/1975) foram as primeiras terapeutas a propor jogos, desenhos e brinquedos como elementos

⁹ (☆1818- † 1879).

¹⁰ (☆1837- † 1889).

¹¹ (☆1835- † 1909).

¹² Não confundir com o psiquiatra C. G. Jung.

¹³ (☆1886- † 1959).

intrínsecos à clínica infantil. Um dos poucos trabalhos em arteterapia que as citam é o de Rubin (2016). Hogan (2016) reconhece Klein como influência histórica, mas não Anna Freud, embora traga ainda o exemplo da psicanalista e desenhista Marion Milner. Talvez este esquecimento seja para ressaltar o caráter inovador da arteterapia e dissociá-la do campo psicológico, instituindo para si uma especificidade teórica e prática, com implicações legais e políticas. Apesar de reconhecer a diversidade da aplicação, acredito inadequado ignorar este compartilhamento de técnica terapêutica.

Aos poucos, a arteterapia vai dando passos em direção à sua consolidação e reconhecimento como prática de cuidado. Como exemplo, em 1942, a arteterapia entra para o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (Junge, 2016). Em 1947, Lowenfeld argumenta que o desenvolvimento intelectual de uma criança é integralmente correlacionado com o desenvolvimento de sua criatividade (Junge, 2016). Foi justamente a partir da segunda metade do século XX que a arteterapia se consolidou como uma atividade profissional específica. Essa consolidação foi internacional, com criação de categorias de classe e cursos de formação específicos e, em alguns países, regulamentação legal do exercício da profissão. Durante as décadas seguintes, surgem associações, jornais específicos e congressos, demarcando pontos de encontro e discussão de fortalecimento da categoria. É justamente neste ponto que surgem as primeiras publicações teóricas dos arteterapeutas, de modo recorrente e continuado. As primeiras foram: Hill (1945), Naumburg (1950a) e Kramer (1958).

1.3. A arteterapia no Brasil

No Brasil referências pioneiras são o trabalho dos psiquiatras Osório Cesar (Hospital Juqueri – SP), a partir de 1925, e Nise da Silveira, a partir de 1946 (no Centro Psiquiátrico Dom Pedro II – RJ) (Reis, 2014). Parte do trabalho de Osório César se perdeu, mas sabe-se que apresentou seus trabalhos em Congressos, publicou artigos e correspondeu-se com S. Freud (para uma breve recuperação e contextualização do seu trabalho, cf. Andriolo, 2003). Nise da Silveira deixou como legados o Museu de Imagens do Inconsciente, a Casa das Palmeiras, e suas produções teóricas mais influentes vieram ao longo das décadas subsequentes. Angela Philippini e Selma Ciornai são duas das referências influentes a partir da década de 1980. Philippini coordenou cursos de formação em arteterapia na Clínica Pomar-RJ, que fundou em 1982 e foi coordenadora do curso de especialização em arteterapia na Universidade Federal de Goiás - UFG (1994-1999). Ciornai coordena também um curso de formação em arteterapia na Sede Sapientiae-SP desde 1989.

No Brasil, em 2006 foi criada a União Brasileira de Associações de Arteterapia - UBAAT, associação profissional que visa unificar as associações regionais de arteterapia. A criação da UBAAT pareceu um passo importante para fortalecer a busca por legitimar a arteterapia em uma profissão regulamentada por lei, o que ainda não ocorreu. Os profissionais contam com certo reconhecimento através da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, desde 2013. O projeto de lei tramita na Câmara dos Deputados, de autoria do deputado federal Giovani Cherini (PDT/RS), desde 2015.

Atualmente, a arteterapia é prática consolidada em consultórios particulares e nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) brasileiros, assim como no resto do mundo. Nos CAPS é utilizada em conjunto com outras práticas terapêuticas de modo a compor um serviço de tratamento substitutivo ao internamento, no espírito do movimento internacional da Reforma Psiquiátrica. Este serviço público têm sido um referencial importante na consolidação de práticas mais humanas e dignas no tratamento de transtornos mentais. Particularmente em Goiânia, o curso de especialização em arteterapia na UFG durante a década de 1990 inicia a formação de arteterapeutas locais. Este curso foi posteriormente extinto. Atualmente, das instituições com sede em Goiânia, a Universidade Internacional da Paz – UNIPAZ e o Espaço Viva fornecem a especialização em arteterapia. Há modalidades também em Ensino à Distância – EAD.

1.4. Efeitos terapêuticos da arteterapia: análise abrangente da produção bibliográfica

A revisão bibliográfica mais abrangente foi efetuada em português, inglês e espanhol, nas plataformas Google, Sciencedirect, Indexpsi, Scielo e Pub-Med-MeSH, e também buscando as referências consideradas clássicas pelos arteterapeutas.

O primeiro ponto que se destaca é a potencialidade que a arte alcança no sentido de conectar-se com o mundo interior (Andrade, 1993; Silveira, 1981). Este acesso privilegiado a emoções, crenças e desejos mais profundos que a arte apresenta torna-a muitas vezes uma via principal nesse aspecto. Porque a arte transcende a linguagem da qual nasce, sem se restringir a ela, mas a transforma, a recria, para poder expressar mais consistentemente aquilo que jaz no âmago do seu criador. E aqui já estamos talvez no segundo aspecto mais consensual na avaliação sobre os efeitos da arte, pois ela não apenas acessa este mundo interior, mas ao fazê-lo, transforma-o e possibilita ao artísta que o transforme. E é neste caráter transformador que reside o potencial terapêutico do engajamento com a arte, pois ela consegue ser uma “organizadora de sentimentos” (Brown, 2000, p. 28).

O terceiro aspecto a ser destacado é o poder de contágio da arte. A arte emociona ou cria impacto ao transmitir uma mensagem ou uma estética. Ela toca (sensorial, afetiva ou cognitivamente) aqueles que a experimentam. Ao arteterapeuta cabe esta tarefa: captar afetos e pensamentos expressados, seja na obra ou no processo criativo, de modo que possa possibilitar um reconhecimento destes e, em devolução ao artistando, poder abrir um canal de diálogo sobre isso. Brown (2000), por exemplo, refere ao poder contagiante da música e enfatiza seu caráter compartilhável. Traz como ilustração o caso de Mark, que após algumas sessões, foi da absoluta falta de interação até engajar-se efetivamente na dança, como resposta à música. Também digna de menção no quesito contágio é o teatro. Sendo uma performance, onde o ator assume um personagem em que deve imitar ou recriar um jeito de ser, é feita especialmente para uma audiência. No engajamento interpretativo, há uma mobilização interna de aspectos emocionais, cognitivos e volitivos que reverberam também numa mobilização externa, no seu espectador. Um dos autores da modernidade que auxiliaram a embasar as artes cênicas como técnica psicoterapêutica foi o psiquiatra romeno Jacob Levy Moreno¹⁴(cf. Moreno, 1946/1193). Há de se ressaltar que em geral os CAPS, além dos arteterapeutas, também contam com musicoterapeutas e profissionais de artes cênicas.

Brown (2000) entende que a arte fornece um ambiente seguro para expressar emoções. Reverbera neste aspecto o apontamento freudiano que conecta os processos criativos do artista ao fantasiar, este em si um substituto do brincar. Para Freud (1907/1996b), fantasiar ou brincar são modos de reelaborar cognitiva e afetivamente elementos da realidade de uma forma mais agradável. Brown (2000) chega a dizer que é exatamente por causa desta segurança e desta liberdade que as emoções expressas no palco (e, poderíamos estender, em qualquer processo artístico) são no fim das contas mais autênticas que as que expressamos no dia-a-dia. Entende ainda que tarefas em grupo como os ensaios teatrais convidam a processos de negociação e adaptação, o que exercita habilidades sociais (Brown, 2000).

Num relato de caso exemplar, Brown (2000) destaca que uma pessoa só conseguiu se acalmar, após um atraso para um compromisso, quando ouviu uma poesia, mesmo com psicólogos treinados aplicando técnicas comportamentais, cognitivas e psicodinâmicas. Infelizmente este autor não faz a distinção entre engajar-se com a arte alheia e produzir a própria, tratando estes dois processos de maneira uniforme. Especificamente sobre a poesia, Brown (2000) a destaca como uma forma de lidar com as emoções, diminuir o estresse, a dor física os sofrimentos por perdas e também como forma de aumentar a disposição, podendo até

¹⁴ (☆1889 - †1974).

mesmo induzir a uma redução de remédios antidepressivos ou tranquilizantes.

Jung e Silveira advogavam o recurso à espontaneidade e à criatividade: os temas não poderiam ser induzidos. Entretanto, modernamente e mesmo nas sessões de arteterapia que presenciei, é bem comum certa indução. Provocar, estimular, oferecer entradas, ou dar *inputs*, recursos ou pontos de partida certamente não é o mesmo que eliminar a autonomia e a criatividade, e acredito que o competente arteterapeuta não o faça para condicionar ou direcionar, mas simplesmente para oferecer mais e talvez melhores estímulos (matéria-prima, técnica, recursos, possibilidades de expressão terapêutica) para que o sujeito tenha mais acervo e possibilidades de aprimorar seu trabalho de expressão e elaboração. No entanto, tem-se aí ponto metodológico-estrutural relevante.

Arteterapeutas geralmente advogam arte+conversa, seguindo o paradigma freudiano de cura pela palavra e arte como modo de acesso. Mas também há quem defenda que na própria arte, independente de elaborações verbais subsequentes, há elaboração cognitiva e afetiva (já que aquilo não existia antes, não estava dado). Esta, por exemplo, é a proposta de Kramer (1971).

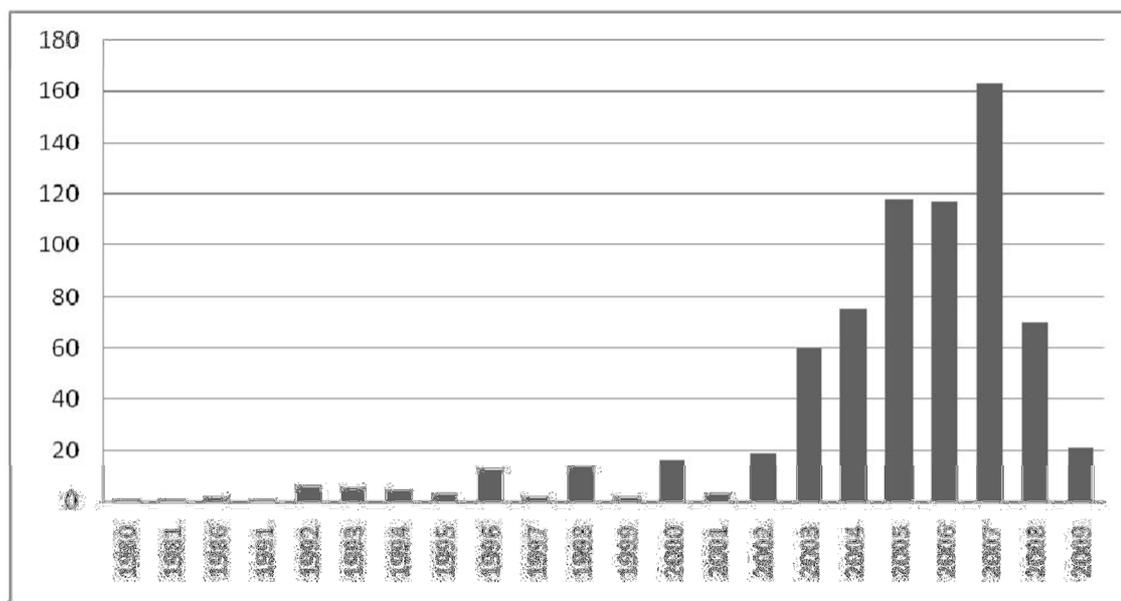
A arte também pode ter efeitos que auxiliam a lidar e superar traumas, como sugere Rubin (2010). Fica claro que no caso de eventos difíceis de serem assimilados (cognitiva e emocionalmente), a arte atua no sentido de liberar a dor, a tristeza, a raiva associados ao evento, abrindo espaço a novos movimentos. Rubin (2010) traz também exemplos de como a prática artística auxiliou sua filha a dormir em uma ocasião quando um pesadelo a perturbava, de como pode atuar no sentido de aclarar sentimentos, bem como ser de valia em processos de luto.

Engajar-se em atividades artísticas pode tanto desenvolver o autoconhecimento quanto auxiliar em tomadas de decisão. Brown (2000) reforça, dentre os efeitos, o aumento de autoestima e da criatividade; a primeira induzindo ao aumento de saúde física, relacionamentos mais satisfatórios, aumento de disposição e clareza mental, e a segunda induzindo a uma melhora na resolução de problemas. Brown (2000) chega a afirmar que não encontrou ninguém que, após engajar-se com arteterapia, não tenha se beneficiado da mesma.

É a partir da década de 2000 que a produção bibliográfica brasileira sobre o tema torna-se consistente. Na verdade é raro encontrar um artigo, tese, dissertação ou trabalho de conclusão de curso anterior ao ano 2000. A produção decorre em grande parte dos trabalhos curriculares necessários para a formação (graduação ou pós-graduação). Allessandrini (2010)

produziu o seguinte gráfico, analisando a produção entre 1980 e 2009. Ele ilustra essa situação:

Figura 1: Distribuição da produção científica por arteterapeutas brasileiros por ano de publicação



Fonte: Alessandrini (2010, p. 52).

A produção brasileira reflete a situação da pesquisa também no campo internacional. Dado à baixa quantidade, falta de acessibilidade e muitas vezes baixa qualidade dessas produções, é forçoso recorrer às produções bibliográficas da arte como prática terapêutica sem se restringir especificamente ao campo da arteterapia. Há, então, número relevante de publicações recentes com mensurações empíricas do efeito da arte em diversas dificuldades, tais como: demência (e. g. Wang & Li, 2016), ansiedade (e. g. Abbing, Baars, Sonnevile, Ponstein & Swaab, 2019), depressão (e. g. Ciasca et al., 2018), isolamento social (e. g. Agnese, Lamparelli, Bacigalupo & Luzzatto, 2012), hospitalizações (Shella, 2018), além de eventos traumáticos como abusos e lutos (e. g. Schouten, de Niet, Knipscheer, Kleber, e Hutschemaekers, 2014). Correia e Torrenté (2016), num artigo de revisão bibliográfica compilam parte destas publicações, especificamente no campo da saúde mental e enfocando o modelo de reabilitação psicossocial. Agrupando os efeitos efeitos por eles destacados estão as categorias, elencadas em ordem de frequência: empoderamento, sociabilidade, minimização de aspectos negativos da doença mental, expressividade, revisão da identidade, reconquista da esperança, ampliação de competências pessoais e concretização de planos.

A categoria empoderamento agrupou promoção da autonomia e do protagonismo, aumento da autoestima e da autoconfiança e sensação de controle da própria vida. Sociabilidade incluiu interação e a formação de vínculo entre os usuários e o respectivo compartilhamento de ideias e de experiências, diminuição da timidez, aumento da confiança na interação social e surgimento de senso de pertença social. Minimização de aspectos negativos da doença mental refere-se à diminuição do sofrimento mental, da agressividade, da ansiedade, do pensamento paranoico, da automutilação e da hospitalização (Correia e Torrenté, 2016).

Por sua vez, expressividade englobou a expressão de memórias e de sentimentos e a menor dificuldade para falar de si, tendo as obras produzidas como facilitadoras. A categoria revisão de identidade incluiu autodescoberta, processamento e ressignificação de experiências passadas e a elaboração de identidades sem definição por sua doença mental. Esperança abarcou aspectos motivacionais, como vontade de crescer ou recuperar-se, bem como o desenvolvimento de um propósito de vida através da arte (Correia e Torrenté, 2016).

Ainda outras publicações destacam os seguintes efeitos, de modo mais específico: estímulo à criatividade, ao enfrentamento e à solução de problemas (Bilbao & Cury, 2006), diminuição de sentimentos negativos e elevação da autoestima e da confiança (Aguilar, 2007), coordenação das próprias emoções (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010), aumento da consciência de si (Guedes, Guedes & Almeida, 2011), melhora da atenção e aumento da coordenação motora (Wang & Li, 2016), redução da dor e da ansiedade (Shella, 2018) e aumento na sensação de bem-estar (Ciasca et al., 2018). Nota-se também que estudos com diagnósticos, gêneros e idades distintos sugerem que estes efeitos terapêuticos não se restringem a segmentos exclusivos (Shella, 2018), muito embora limitações físicas e mentais possam limitar o uso de técnicas específicas e em consequência diminuir ou anular sua eficácia (Witkoski e Chaves, 2007). De todo o modo, estas são algumas das evidências e dos argumentos favoráveis ao uso da arte com fins terapêuticos. Todo esse mapeamento denota que a preocupação em especificar os resultados da arteterapia tem sido considerada relevante e gerou resposta empírica notável.

1.5. Fundamentação teórica da arteterapia conforme a perspectiva de C. G. Jung

“Frequentemente, só as mãos são capazes de fantasia”¹⁵

¹⁵ Jung (1957, p. 6066): “often only the hands are capable of fantasy”.

A arteterapeuta Junge (2016) refere que apesar de Freud entender e defender o uso de imagens, sobretudo as do sonho, para a compreensão psicológica de seus analisandos, foi Jung quem solicitava a seus clientes para representar visualmente estas imagens (Jung, 1931/2014; também Jung, 1958/2014). Ou seja, neste ponto, apesar de haver reconhecimento na teoria freudiana para o *insight*¹⁶ fornecido por imagens, símbolos e a arte em geral, esta não chegava a ser usada como instrumento terapêutico, em termos de produção¹⁷.

Para Jung, o símbolo é central, ativo e poderoso, e não um mero aspecto a ser decifrado (Junge, 2016). Ele abarca uma intencionalidade que é irredutível à análise causal (Jung, 1982), mas que pode ser melhor explorada através da *imaginação ativa*. Jung buscava compreensão dos símbolos e do que eles poderiam estar emanando em termos de significado nas interpretações culturais e nas referências que poderiam ser extraídas, seja do folclore, dos mitos, de histórias populares, mesmo de outras culturas. Para ele, o uso que fazemos dos símbolos é um uso derivado daquele que a humanidade usa há milênios. A esse processo de receber e emitir comunicações simbólicas através de mensagens que não são plenamente entendidas mas podem ser em parte intuídas e decifradas ele atribuiu alto grau de importância.

Neste sentido, um dos conceitos postulados por Jung para tentar explicar a comunicação através de símbolos é o *inconsciente coletivo*. Parte do que é atuante no inconsciente coletivo pode ser acessado através das figuras dos *arquétipos*. Os arquétipos são como centros simbólicos de intensidade, afetividade e significado elevados, desempenhando um papel integrador e expressivo para toda a humanidade, transculturalmente. A formulação junguiana pode soar estranha, mas os termos usados implicam que o inconsciente coletivo é uma “herança espiritual da evolução humana, nascida renovada no cérebro de cada indivíduo” (Jung, 1931b/2014, p. 3114). O que herdamos não são as ideias em si, o que é impossível, segundo Jung, mas a própria possibilidade destas ideias, o que também significa o caráter e o poder de limitá-las e também à fantasia. Deste modo, o inconsciente coletivo é entendido como um condicionante de nossos pensamentos e imagens mentais. Jung (1931b/2014) descreveu o consciente e o inconsciente como níveis (camadas), em que o inconsciente pessoal subjaz à consciência, sendo acessível a métodos interpretativos, porém o inconsciente coletivo subjaz ao inconsciente pessoal, não podendo se tornar consciente em condições

¹⁶ *Insight* pode ser traduzido como a compreensão de elementos internos (percepções, emoções, crenças, atitudes, valores, compreensões, etc.).

¹⁷ Sigmund Freud mantinha em sua sala de atendimento diversas obras de arte. Estando à disposição perceptiva de seus analisandos, estas poderiam influenciar suas associações e direcionar parte de seu conteúdo mental. Apesar de eu não ter encontrado alguém que defendesse essa tese, poderia ser argumentado que Freud fazia disso um uso intencional, aproveitando a exibição de certas obras como inspiração ou direcionamento. De todo modo, fica claro que este uso não envolvia solicitar aos analisandos que produzissem em termos artísticos.

normais. O inconsciente coletivo não deve ser pensado como uma entidade autossuficiente, mas como um arcabouço, isto é, uma estrutura condicionante. Neste sentido, o inconsciente não é “uma coisa ou outra, mas o Desconhecido tal como imediatamente nos afeta” (Jung, 1958/2014, p. 3024). As manifestações do inconsciente, seja pessoal ou coletivo, são compensações à consciência, trazendo equilíbrio simbólico.

Seguindo a linha junguiana, a arteterapeuta Tommasi (2005), para auxiliar no entendimento da expressão dos artístas, recorre a dicionários de símbolos, tal como o de Chevalier e Gheerbrant (1982): para estes autores os símbolos constituem o cerne da vida imaginativa, dando forma a desejos e modelando comportamentos. Poderíamos dizer que não há vida mental sem símbolos, eles não apenas revelam ou conduzem, mas são as próprias molas propulsoras da ação do sujeito. Apesar de determinadas discordâncias, sobre a função psicológica do símbolo, Freud e Jung estão de acordo. É importante aprofundarmo-nos nessa compreensão a partir do entendimento de que toda expressão artística é uma comunicação simbólica.

Jung tipificou a linguagem humana em dois tipos: a linguagem verbal e a imagética ou simbólica. A linguagem verbal é apreendida, adaptativa e racional. A linguagem simbólica é espontânea e natural. Fantasias, assim como os sonhos, seriam exemplos de linguagem simbólica, exatamente por sua espontaneidade. Ocorrem sem esforço e sobretudo quando estamos relaxados ou fatigados. Jung chegará a dizer que o pensamento baseado neste tipo de linguagem emerge sempre que o pensamento baseado em linguagem verbal cessa, “ao menor sinal de cansaço” (Jung, 1912/1976, p. 76).

Segundo Jung (1912/1976), o mundo imagético deve ser entendido simbolicamente. Não se deve tomá-lo em seus aspectos literais, mas apenas atentar aos seus significados ocultos. Reconhece, como Freud, que muito do que é expresso nesta linguagem tem conteúdo sexual. Cita como exemplo deste conteúdo sexual o caso de sonhos sobre assaltos, sobretudo os que contenham armas de corte ou de fogo. Também toma por verdade factual e evidente que as motivações inconscientes derivem de pulsões. No entanto, recusa-se a referir que todo o conteúdo desta linguagem seja sexual ou decorra da sexualidade (Jung, 1912/1976).

Já o pensamento consciente se liga às formas de linguagem verbal, que são racionais e lógicas. A segmentação que decorre de uma análise, por exemplo, faz parte desta racionalidade consciente. Por outro lado, o pensamento inconsciente se traduz nas imagens e símbolos que emergem espontaneamente e não procederá por categorias analíticas ou definições, mas por multirreferencialidade. Por isso, as imagens e os símbolos são as

melhores expressões para compreender os conteúdos inconscientes. Em contrapartida, o pensamento consciente é dirigido, serve a resolver problemas e adaptar-se às demandas da realidade. Ele percorre ou acompanha os fatos na mesma sequência causal que ocorrem no mundo externo e utiliza-se de conceitos verbais ou abstrações para tais fins (Jung, 1912/1976).

Nesta perspectiva, Jung postula que em seu princípio a linguagem era imitativa e servia à expressão emocional. Os primeiros sons que articulamos como espécie seriam imitações de emoções como raiva, medo, amor ou terror. Logo, eles tinham um significado concreto muito claro. No entanto, ao longo do tempo, estes sons foram perdendo esta referencialidade objetiva e tornaram-se signos de ideias gerais, que serviam à formação de relações e comparações. Isto é, tornaram-se conceitos, que não operam simplesmente por imitatividade e expressividade emocional, mas em termos abstratos por categorizações. Qualquer tipo de linguagem ganha corpo na socialização. Ela nunca perde seu caráter pessoal, seu uso idiossincrático, mas se insere e pode se confirmar no uso coletivo, no que constitui uma tradição, um somatório das conquistas compreensivas de todos os indivíduos. Para Jung (1912/1976), o pensamento dirigido, verbal, é manifestadamente um instrumento da cultura.

Por outro lado, o pensamento simbólico não apresenta as mesmas noções de linearidade e direção que o pensamento verbal (Jung, 1912/1976). Ainda assim, suas conclusões não deixam de ser racionais, sejam elas teóricas ou práticas. A ideia em si de uma linguagem simbólica não é nova: Freud postulou a função mental do simbolismo, e mesmo Jung cita James (1890/1907) para aludir ao conceito de “pensamento associativo”, que este entendia como associações de imagens, uma sugerida pela outra e de surgimento espontâneo. Buscando desenvolver as noções de James, Jung (1912/1976) refere que esta forma de pensamento, por ser espontânea e natural, não nos cansa, e transforma a realidade em fantasias. Quando o pensamento simbólico assume, o pensamento verbal arrefece e as imagens se sucedem tal como as sensações, dando a entender que o pensamento simbólico é construído antes por experiência do que por socialização, com base no sensorio. A sua conexão com o fantasiar nos leva diretamente às necessidades internas do sujeito, aos seus desejos.

Assim, enquanto a linguagem verbal serve aos propósitos da comunicação, sendo laboriosa e exaustiva, a linguagem simbólica ocorre sem esforço, com os conteúdos disponíveis “à mão” e guiada por motivações inconscientes. Isso é importante para o

entendimento do efeito terapêutico da arte, pois muito desta é constituída através do pensamento simbólico.

Outros exemplos dos modos de linguagem simbólica são os sonhos, as fantasias e os mitos. O sonho é um exemplo de pensamento "primitivo", isto é, mais elementar, mais antigo, uma linguagem a que nós como espécie convivemos há mais tempo. É a linguagem à qual está mais acostumado o cérebro. Apoia-se nisso ainda em Nietzsche (1886), não apenas Freud (1907/1996b). Também está de acordo com a interpretação de que mitos são ou contêm estruturas simbólicas e oníricas, defendida tanto por Freud (1907/1996b), Rank (1909/1914, 1907/1925) e Abraham (1910/1913), bem como por Riklin (1908/1915) no caso específico dos contos de fada. Neste sentido, compara os mitos ao brincar infantil com seus jogos de fantasiar, não para desmerecê-lo, mas para afirmá-los como um ato fundamental da psiquê coletiva, "o mais maduro produto" da jovem humanidade (Jung, 1912/1976, p. 75).

Para exemplificar, Jung (1912/1976) recupera um conto coletado pelos irmãos Grimm para reencenar o que entende que pode ser um pensamento comum de um adolescente pobre: o desejo de ser diferente aparece nele através da culpa que projeta sobre seus pais pobres, isto é, desejando que tivesse tido pais ricos. É como se a fantasia (no caso, de ambição) encontrasse a linguagem mais fácil para se expressar: ela é canalizada "numa forma clássica que a certo ponto teve validade real" (Jung, 1912/1976, p. 77). Apesar de entender que a linguagem simbólica, por acessar mais facilmente as fantasias e desejos, engloba um reconhecimento emocional, Jung defende que deve ainda ser dirigida pelo pensamento racional (linguagem verbal), de modo que se torne adaptativa, ao invés de se tornar distorcida e pseudo-autossuficiente.

A arte aparece, junto dos mitos e das histórias cultivadas pelas religiões, como o instrumento de expressão simbólica capaz de reencenar complexos, conflitos e resoluções significativas. Sobre o teatro, por exemplo, Jung (1912/1976, p. 86) afirma "ser uma instituição para trabalhar complexos privados em público". A identificação tanto de artistas quanto dos apreciadores de arte com certas obras ou personagens indica que eles passam por dificuldades semelhantes, e podem, portanto, encontrar soluções similares. Particularmente esta ideia também encontra correlato na obra de Freud (1962/1996c).

Jung (1912/1976) vê o impulso artístico em conexão com as energias vitais (seu conceito de *libido*). Reconhece que uma forma rudimentar deste impulso está presente nos animais, para fins sexuais e em época de acasalamento. No entanto, parece apontar para um entendimento de que o humano, ao fazer arte, não está apenas encontrando um substituto para

o sexo, mas articulando verdades simbólicas e estéticas tais que suplantam e coordenam quaisquer energias físicas ou sexuais de que possam ser compostas.

É a isso que aponta o livro “Símbolos da Transformação”: para Jung (1912/1976), a energia psíquica característica da atividade mental humana está destinada a vagar até encontrar expressão adequada, com o que poderá efetivamente se resolver, isto é, se transformar. Propõe entender a *libido* como um valor-energia que apesar de nunca chegar a se constituir em um pulsão específica, é capaz de se comunicar com qualquer campo de atividade humana, seja o poder, a fome, o ódio, a sexualidade ou a religião. Jung (1948/2014g) encontra em Schiller o conceito de libido. Acaba por usar indistintamente as expressões libido, energia vital e energia psíquica. "Libido é apetite, é instinto permanente de vida que se manifesta pela fome, sede, sexualidade, agressividade, necessidades e interesses os mais diversos." explica Silveira (1981, p. 34). E o *símbolo* é precisamente a estrutura psíquica capaz de transformar esta energia (Jung 1912/1976, 1948/2014g; Jacobi, 1925/2007; Silveira, 1981).

Quando Jung (1912/1976) faz estas proposições teóricas, a esquizofrenia é o caso em tela. Ele argumenta que a perda da realidade não enseja uma exacerbação da sexualidade, mas antes produz um mundo de fantasia marcadamente com características arcaicas. Isto é, indica que a pulsão não regride à sua pretensa forma original (a sexual, tal como postulado por Freud), mas vira delírio, isto é, busca expressões fantasiosas de desejos moralmente reprimidos ou objetivamente impossíveis de realizar. “A tendência para dissolução ou transformação de cada complexo individual”, nos escreve Jung (1912/1976, p. 220), “é a mola principal da poesia, pintura e toda forma de arte”. Desta forma resta claro que o uso do símbolo seria com a intenção de dissolver, ou seja, expressar, elaborar, clarificar um complexo (um dilema, um conflito, uma confusão) na resolução de um pensamento, isto é, na formulação de ideias claras e resolutas ou na busca de uma definição por clareza mental-emocional-perceptual.

Para demonstrar seu argumento contra a interpretação freudiana da origem da energia, Jung traz como evidência o caso de uma paciente que, numa crise, além de se masturbar, girava o indicador esquerdo no seu próprio lobo temporal. Ao conversar com a família descobre que este gesto da mão é nela presente desde a tenra infância (antes dos 4 anos), sendo um impulso rítmico anterior ao próprio masturbar-se. Com isso, postula que o movimento rítmico é a primeira manifestação da libido (energia vital), anterior mesmo à busca de satisfação sexual. Entende que as primeiras manifestações da libido vêm no campo

nutricional, no sugar do bebê, bem como no prazer desenvolvido ao movimentar suas pernas e braços também em movimentos rítmicos. Cita como exemplo que o próprio movimento da boca, uma vez apreendido, transcende sua função alimentar, ao qual não fica restrito. Com o desenvolvimento, o movimento rítmico passa a encontrar a canalização também para a sexualidade, para a expressão musical ou corporal (dança) e finalmente para o trabalho em si (Jung, 1912/1976).

É importante notar que apesar da influência freudiana entre 1900 e 1912, Jung sempre manteve reflexões teóricas independentes (Silveira, 1981) e, enquanto Freud (1888/1969, e. g.) baseou suas formulações mais nos casos de histeria, Jung (1907/2014t, e. g.) se deteve sobre as psicoses (esquizofrenia, catatonia, paranoia e mesmo o caso de mediunidade de seu doutoramento, na qual as manifestações dos espíritos seriam, segundo seu entendimento, dissociações da personalidade). Parte das divergências teóricas, portanto, derivam da diferença no aprofundamento de transtornos específicos. Isso fica claro, por exemplo, na argumentação que Jung (1912/1976) usa, pois traz exemplos da psicose como evidência para justificar suas formulações teóricas.

Segundo Jung (1912/1976), as regressões comportamentais que são típicas de crises psicóticas ou catatônicas (ou mesmo autísticas, seria possível acrescentar) conduzem a uma repetição não necessariamente a modos sexuais, mas aos movimentos rítmicos que os antecedem, e que servem de modelo tanto ao nutrir-se quanto ao satisfazer-se sexual. Entende o *ritmo* como um recurso clássico para imprimir certas ideias ou atividades na mente. Neste sentido, nem a busca sexual nem a busca alimentar são as instâncias primeiras de onde derivam os demais comportamentos, mas sim o próprio mover-se rítmico. Segundo ele, qualquer excitação, em qualquer fase da vida, demonstra uma tendência para a expressão rítmica, sendo esta uma peculiaridade dos processos emocionais, de forma geral.

Se o ritmo é estrutura natural e primeira na expressão motora ou sonora que fazemos, mandalas são expressões visuais ou estruturais de uma busca por unidade. A psiquiatra brasileira Nise da Silveira, precursora no uso de arte como forma de tratamento, debruçou-se sobre a obra de Jung a partir do momento em que nota na produção de seus clientes o recurso às *mandalas*. Mandala é uma palavra do Sânscrito que significa círculo; no contexto religioso são desenhadas, pintadas, modeladas ou dançadas, mas também ocorrem com frequência espontaneamente em indivíduos, sobretudo em ocasiões de desequilíbrio emocional ou confusão mental (Jung, 1955/2014f). Podem conter quatro partes, como uma cruz, uma estrela, um quadrado ou octágono; estas quatro partes na Alquimia significam os quatro

elementos básicos. Mandalas significam a expressão da totalidade do *self* e também o arquétipo da completude (Jung, 1950/2014c), ou o ponto de referência essencial do indivíduo (Jung, 1955/2014f). Adicionalmente, são confissões involuntárias de estados mentais (Jung, 1937/2014p).

Silveira (1981) faz um “itinerário de estudo” da obra junguiana, passando por alguns conceitos e apontando algumas obras para aprofundamento e esclarecimento. Retomaremos alguns destes conceitos na sua leitura, pois, além de ser uma das introdutoras do pensamento junguiano no Brasil, sua aproximação entre arteterapia e a teoria junguiana fez aqui tradição, sendo referência inescapável. Para Silveira (1981), mandalas são expressão da totalidade psíquica, tendo em seu centro o símbolo do *self*. Desenhar ou pintar mandalas, portanto, traz à tona o processo de individuação, que engloba: a integração da consciência, o “tornar-se o que se é” e também um ordenamento psíquico (Silveira, 1981).

Além disso, Silveira (1981) recomenda a troca de alguns manuais de psicologia pelo estudo de obras artísticas. Dá como exemplo o escritor Marcel Proust, também Machado de Assis e o pintor Pablo Picasso. Assim, pode-se dizer que o artista chega no entendimento psicológico antes que o próprio psicólogo. No ato criador, o artista acessa suas verdades subjetivas, a profundidade inconsciente, dá uma forma explícita e concreta aos conteúdos inconscientes. Traduz, dessa forma, para a linguagem de sua época as intuições fundamentais e torna acessíveis certas interpretações compreensivas da vida (Silveira, 1981).

Foi em seus testes de associação de palavras induzidas que Jung (1911/2014i) encontrou as evidências comprovativas do inconsciente e também dos complexos. A demora em responder, a evocação de uma reação fisiológica (aceleramento cardíaco) ou mesmo certo gesto ou expressão facial denunciam a existência de um forte componente emocional associado às palavras, sejam as indutoras, sejam as induzidas. Em geral este componente emocional sofre uma tentativa de controle por parte do indivíduo com aquilo que o psiquiatra Janet chamou de “abaixamento da consciência¹⁸”. Devido a esta experiência, Jung conceituou os complexos afetivos, ou simplesmente complexos, como “agrupamentos de conteúdos psíquicos carregados de afetividade” (Silveira, 1981, p. 9), ou “nós de energia” (Silveira, 1981, p. 39), núcleos de afetividade. Os complexos são pois a parte tangível do inconsciente. São eles que arquitetam nossos sonhos e nos fazem cometer lapsos e gafes (Jung, 1948/2014b; 1958/2014d). Por isso, para Jung, são antes os complexos a via régia do inconsciente, e não os sonhos, como para Freud (1900/1969).

¹⁸ “*Abaissement du conscience*”.

A noção de complexo adentrou o imaginário popular especialmente a partir da formulação de Adler (complexo de inferioridade/superioridade), mas para Jung (1948/2014b) o mais importante é a formulação inversa: não somos nós que temos complexos, antes eles que nos têm. Daí deriva o uso da expressão complexo autônomo, pois este componente de afetividade encontra expressão mesmo com as tentativas do ego de controlá-las. Apesar disso, não são fenômenos patológicos em si, apenas quando são frequentes e perturbadores (Jung, 1931/2014i) ou demandam energia em excesso (Silveira, 1981). Jung (1931/2014i), por exemplo, entendia o próprio impulso por criar como um complexo autônomo (e saudável). Em geral os complexos denotam um conflito e uma assimilação de aspectos inconscientes ainda por realizar. No entanto, a assimilação intelectual não basta, sendo necessário uma compreensão emocional do complexo, que envolve sua exteriorização através de descargas emocionais¹⁹. Aqui se faz importante a arte, pois a expressão artística é eminentemente emocional. Silveira (1981) aponta que por milênios foi a repetição de danças e cantos a responsável por essa purgação dos afetos.

Silveira (1981, p. 9) pontua que, para Jung, todos os sintomas "encerram significações" e nisso "descrevem as frustrações, desejos e esperanças dos doentes". Isto é, todas as manifestações de uma pessoa são expressivas, fazendo alusão tanto às formas culturais/arquetípicas quanto aos desejos, sobretudo os que não encontram adequada satisfação. Pode-se entender que essas manifestações são buscas pela "realização da personalidade total", isto é, a integração que é característica do processo de *individuação*. Estas manifestações emergem de um "centro profundo no inconsciente, centro ordenador da vida psíquica e fonte de energia" que é base vital em todo ser humano (Silveira, 1981, p. 11). O leitor encontrará no Apêndice E, fotografia 1, uma representação simbólica do processo de individuação.

É o caráter de significação presente em cada sintoma que faz com que ele seja compreensível se decifrado, o que inaugura uma psicologia interpretativa em adição a já clássica psiquiatria descritiva (Silveira, 1981). Neste novo paradigma, compartilhado com Freud, não importa apenas o sintoma como tal ou dentro de que classificação nosológica ele recai, mas sim o que ele *quer dizer*. No entanto, Jung (1915/2014h, 1916/2014, 1931/2014r) tenta distanciar-se da teoria de Freud, apontando que a preocupação desta é ainda muito centrada na causalidade (retrospectiva e redutiva), enquanto sua intervenção se abre para os elementos prospectivos e construtivos que o símbolo aponta.

¹⁹ Essa formulação faz referência tanto ao conceito de abreação de Freud e Breuer quanto ao conceito aristotélico de catarse.

A compreensão é possível precisamente porque há em cada humano um entendimento simbólico compartilhado. Refere Silveira (1981, p. 31): "A constatação de que existem tipos bem caracterizados e facilmente reconhecíveis de complexos sugere que estes repousem sobre bases igualmente típicas. Tais bases seriam os arquétipos, isto é, os alicerces da vida psíquica comuns a todos os humanos". De tal forma que o *complexo*, que é vivenciado intrapessoalmente ressoa um complexo que foi vivenciado muitas e muitas vezes por milhares de pessoas e nisso se conecta com um *arquétipo*, pois é tipificável.

Portanto o meio primordial de acessar a sabedoria milenar presente no inconsciente coletivo é através de imagens ou símbolos que remetem aos arquétipos. Estas imagens serão chamadas *imagens arquetípicas*, em virtude desta referência. Os arquétipos são estruturas significantes que condensam certas experiências básicas. Um modelo simbólico universal através do qual a energia psíquica toma forma. Nenhum deles é inteiramente explicável ou conhecível, mas alguns dos mais famosos são os arquétipos da Sombra, da Mãe, do Herói, do Velho Sábio e o da Criança. Só conhecemos os arquétipos pelas imagens que fazem referência a eles, não os mesmos em si. Sempre há formulações específicas, idiossincráticas, poderíamos dizer, em cada arquétipo. Peter Pan é um exemplo do arquétipo de Criança. A figura folclórica de Merlin, ou mesmo as figuras reais do xamã asiático e do pajé ameríndio, representam o Velho Sábio. A Virgem Maria é um exemplo do arquétipo da Mãe. Assim vemos que é na literatura, no folclore e na religião que encontramos as melhores simbolizações das figuras arquetípicas (Jung, 1931/2014r). Mas, como se disse há pouco, a imagem arquetípica não é o arquétipo, assim como Peter Pan remete mas não representa o arquétipo da Criança em toda a sua essência, apenas uma de suas facetas.

Desta forma, os arquétipos são essas estruturas psíquicas sobre as quais experiências e simbolizações são lançadas. Correspondem a núcleos de significado que são potencialmente carregados de libido, isto é, de energia, e portanto podem aliviar, ativar ou reativar nossa disposição emocional. Quando estamos em sofrimento agudo é comum ignorarmos que o que vivenciamos foi já vivenciado por outras pessoas, em situações semelhantes. Os arquétipos são justamente esta herança filogenética que representa um acúmulo simultâneo das quatro funções psicológicas básicas na teoria junguiana: sentimento, pensamento, intuição e sensação. São por fim tipologias arcaicas de eventos típicos e recorrentes, comuns a várias culturas, pois representam a experiência humana como tal (Jung, 1917/2014k): nascimento, morte, casamento, perdas, lutas, vitórias, encontros, redenções, etc.

Há, em cada imagem arquetípica, uma porção de vivência e destino humanos, um remanescente das incontáveis dores e prazeres repetidos em nossa ancestralidade (Jung, 1931/2014l). Quando a compreensão de uma imagem arquetípica ocorre, há uma sensação extraordinária de libertação: não somos apenas indivíduos pegos em um problema mas em nós ressoa a voz de toda a humanidade (Jung, 1931/2014l).

Para entender as manifestações do inconsciente, ou, para usar uma expressão cara à Silveira, “imagens do inconsciente”, Jung (1931/2014r) não apenas buscava amparo nos mitos, sejam eles religiosos ou populares, em histórias e na cultura de forma geral, mas recorria à intensa reflexão, tanto através da *imaginação ativa* quanto de sua própria produção artística (Jung, 1928/2014v; 1958/2014w). Jung esculpia, pintava e mesmo alguns dos seus textos remetem mais a uma experimentação artística do que ao ensaio científico (cf. o Livro Vermelho, “*Liber Novus*”, e os Livros Negros, por exemplo). Também o modelamento de sua casa, no seu próprio entendimento, contemplou em projeto arquitetônico, desenvolvido ao longo de vários anos, um conjunto significativo e uma representação de seus pensamentos (Silveira, 1981). Estes são indicativos do papel fundamental da produção artística como meio de autoexpressão e autocompreensão. Os Livros Negros e Vermelho são um experimento onde Jung registrava, em seus próprios termos, sua “confrontação com o inconsciente”. Sobre este aspecto Owens (2015) chega a afirmar que a mais importante observação empírica do cientista foi este encontro direto com sua própria alma, do qual estes livros puderam ser mediadores.

A *imaginação ativa* é uma técnica de produzir imagens de um modo deliberado ou, em outras palavras, de elaborar as fantasias (Jung, 1936/2014s). Ao contrário do fantasiar passivo, abre espaço para intuição ao focar a atenção e a energia psíquica nas imagens que se formam em nosso imaginário. Os sonhos e devaneios são bons exemplos de fantasiar passivo. Já a criação artística e as reflexões sobre imagens criadas ou sobre os sonhos são formas de imaginação ativa. A partir disso e com auxílio de paralelos com elementos da cultura (arte, mitos, arquétipos), a compreensão catártica dos complexos pode ocorrer. Na imaginação ativa, além da atenção consciente e da vontade propriamente dita, a intuição também está ativa. Por isso, a compreensão pode ser alcançada, ao contrário do fantasiar passivo, que, sendo uma reação de um complexo, tem uma natureza meramente compensatória. Apesar de ativa, a consciência precisa estar relaxada, isto é, sem a incorrência de criticismos, pois os mesmos barrariam a imersão no conteúdo inconsciente, ou o rejeitariam como algo sem sentido.

Jung (1958/2014w) pontuou em seu texto “A Função Transcendente”, escrito ainda em 1916, que os sonhos são o material primeiro para a análise do inconsciente. Imagens, associações e pensamentos que temos ao acordar também e ainda fantasias espontâneas, na mesma linha dos sonhos, são tidas por ele neste texto como as mais acessíveis produções do inconsciente. Ali, também faz referência sobre o experimentar artístico com as fantasias, seja através da escrita, da pintura, do desenho ou da modelagem. Entende que as *mãos* podem dar formulações e resoluções das quais frequentemente o intelecto é incapaz. O conteúdo inconsciente deve em primeiro instância ser expresso, ganhar forma, estar manifesto (Jung, 1958/2014w), apenas depois disso poderá ser compreendido e analisado.

No entanto, em suas palestras de Tavistock e portanto mais adiante em suas formulações teóricas, Jung (1935/2014q) mostra explicitamente preferência pela expressão artística (cita nominalmente pintura, desenho, escultura, bordado, dança e escrita), deixando o conteúdo dos sonhos preteridos ante aos da emergência criativa desperta. No seu entendimento, sonhos trazem uma linguagem mais arcaica e, por isso, suas análises são precárias. As imagens formadas criativamente antecipam os sonhos, e ao fazê-lo, os significados oníricos esmaecem de modo gradativo. Segundo ele, isso é comum na fase mais madura do tratamento ou como uma aceleração do amadurecimento pessoal.

Jung (1931/2014r) enfatiza que para o efeito terapêutico não se trata de uma questão de “arte” ou de seus pacientes acharem que estão fazendo arte. “A prática da arte é uma atividade psicológica e, como tal, pode ser abordada de um ângulo psicológico”²⁰ (Jung, 1931/2014l, p. 7198). A ideia não é sobre o efeito estético em si, mas do efeito *expressivo* que o implicar-se no processo artístico produz no paciente²¹. Em sua obra “A Psicogênese da Esquizofrenia”, Jung (1939/2014j) fala especificamente acerca do impulso *criativo* (artístico ou não), abrindo precedente para a ideia do que importa mais para o processo terapêutico é em si o ato de criar, elaborar, dar forma e cor, dar movimento, representar fisicamente uma ideia, um desejo, um símbolo (em contraponto à busca estética). Ou seja, o impulso criativo pode, mas não precisa estar conectado a uma ideia de arte (nos seus diversos componentes: originalidade, estética, significância, etc.). O melhor exemplo é do sonhos: apesar de criativos, não são considerados arte. Por outro lado, em “Símbolos da Transformação” encontra-se uma reflexão sobre o positivo efeito psicológico do impulso estético: a adaptação

²⁰ “the practice of art is a psychological activity and, as such, can be approached from a psychological angle.”

²¹ Comparando o estudo psicológico da arte ao da religião, Jung (1931/2014l), afirma que a psicologia não está para explicar ou subsumir uma e outra, mas para abordar naquelas as emoções e símbolos veiculados.

do mundo aos desejos, expectativas e fantasias. Nisso não haveria um impulso de entender o mundo, mas apenas de torná-lo tolerável do ponto de vista emocional (Jung, 1912/1976). Ou seja, apesar de reconhecer certo papel terapêutico no impulso estético, parece dar maior proeminência ao impulso criativo (não por originalidade, uma vez que o conteúdo inconsciente será inevitavelmente uma derivação de um arquétipo, mas por expressividade, isto é significância).

Basicamente há duas funções que emergem no trabalho artístico, para Jung. São elas a intenção expressivo-criativa e a intelectual-compreensiva. Restou claro que expressar o símbolo é necessário para poder entendê-lo. A tentativa de entender alcança maior sucesso quando o produto expressivo já se encontra formulado, diz Jung (1958/2014w). Por isso, é importante o registro, a concretização dos conteúdos inconscientes que toda obra de arte configura. Além disso a concretização através de um meio artístico já envolve um ato deliberado, ativo – um passo além da passividade do fantasiar (Jung, 1931/2014r). Quanto maior a formulação e o desenvolvimento destes conteúdos inconscientes, melhores são as chances de sua compreensão. O concreto formar da imagem força o contínuo estudo de seus aspectos; ademais, tornando-se concreta, a fantasia torna-se mais relevante e mobilizadora (Jung, 1931/2014r). Primeiro o inconsciente toma a frente, depois o ego; e, por fim, o ego integrando e revelando o inconsciente alcança a *função transcendente*. A função transcendente é assim chamada pois envolve as quatro funções psicológicas (pensamento, sentimento, sensação, intuição), unindo real e imaginário, racional e irracional (Jung, 1917/2014k; 1958/2014w).

Por isso, o trabalho artístico terapêutico não deve se deixar sobrepor por um impulso estético agudo, nem estritamente por um impulso intelectual-racional. O equilíbrio entre estética e intelectualização será a evidência de que a integração consciente-inconsciente foi alcançada satisfatoriamente. À estética faltará a curiosidade e, em extensão, a descoberta do significado; à intelectualidade faltará a expressão emocional, tornando a formulação inócua e fútil, se conseguir sobrepujar sua própria crítica, o que constitui desafio próprio. Aqui é importante lembrar que inconsciente e consciente são compensações naturais um ao outro. Por isso, o complexo, por ser inconsciente, é autônomo – e reagirá ao controle consciente. Se o ego portanto falhar nessa integração a personalidade continuará sofrendo o impasse dos opostos, dos dilemas que tem sido incapaz de resolver.

Se o fazer artístico é bem sucedido em controlar um estado emocional desagradável canalizando-o a um mais agradável, como é suposto que ocorra, o paciente, reconhecendo este

valor, torna-se criativamente *independente* do seu terapeuta (Jung, 1931/2014r). Isso significa um passo a mais em favor de uma maior *maturidade psicológica* (Jung, 1931/2014r). Não apenas isso, mas após a contínua integração dos aspectos inconscientes, o centro gravitacional da personalidade deixa de ser o ego (a consciência) e passa a ser o *self* (a personalidade integral, que engloba tanto o consciente quanto o inconsciente): não basta, diz Jung (1931/2014r), que saibamos uma verdade profunda, porque podemos viver como se não a soubéssemos. O sobrevalorizar da consciência é o preconceito que nos impede de viver a verdade profunda que podemos experimentar. O processo artístico alcança isso mais facilmente porque ele não é um mero falar, de modo a esperar as respostas do terapeuta, mas um processo imersivo, vivencial, onde o paciente lida com seus problemas através de um fazer, um agir, um concretizar. Isso abre o espaço que frequentemente a consciência nega: as respostas necessárias, as verdades profundas, não estão na consciência - e a racionalidade estrita, sem imergir no inconsciente, será incapaz de atingi-las por si só. Jung (1950/2014o, p. 7236): “Não é Goethe que cria Fausto, é Fausto que cria Goethe”²². Ao se pintar ou se expressar artisticamente, *a pessoa se forma*.

O impulso criador toma o lado do inconsciente, pois não obedece às determinações conscientes, mas domina o artista (inspiração), fazendo-o estar sujeito a uma ideia, emoção ou símbolo. Este “frenesi” criativo é conhecido pelos artistas, que recorrentemente reportam o produzir artístico como o de um caráter de necessidade, não de escolha. Novamente aqui encontramos a ideia do impulso criador como um complexo autônomo. Jung (1946/2014a, p. 7758) refere-se a isso com duas expressões: “a criatividade é mais poderosa que seu possessor”; e também: “o inconsciente é a sempre-criativa mãe da consciência”.

Para Jung (1931/2014l), a arte está sempre educando o espírito da época e conjurando para ele o que mais lhe falta. Faz sentido que assim induza seus pacientes a colocar os conteúdos que os afetem em imagens, da melhor forma que puderem (Jung, 1934/2014m). Diz que o entendimento dessa expressão imagética tem de vir do estudo comparativo de várias representações semelhantes. Quando as técnicas mais tradicionais falham, Jung admite ficar à mercê das irracionalidades do paciente, isto é, as toma como guia (Jung, 1931/2014r). Nesse caso, toma por guia a natureza e confia nos instintos daquele: assim, o trabalho do psicoterapeuta é mais *desenvolver as capacidades criativas* latentes do paciente do que

²² “It is not Goethe that creates Faust, but Faust that creates Goethe.” Para Jung (1934/2014m), há eminentemente dois tipos de produção artística, uma mais racional, organizada, planejada, intencional, coerente, sintética e outra mais intuitiva, desorganizada, espontânea, fragmentária, abstrata. Ele chega a nomear o primeiro tipo de neurótica e o segundo tipo de esquizofrênica. Particularmente o Fausto de Goethe, que tomou ao escritor décadas de trabalho, tem ambas: o começo, mais estruturado; o fim, mais impulsivo.

aplicar um tratamento especificamente (Jung, 1931/2014r). Para reforçar o caráter proeminente da criatividade, chega a dizer que todos os trabalhos humanos tem sua origem na imaginação criativa (Jung, 1931/2014r).

A integração que apontávamos entre consciente e inconsciente conduz ao processo de individuação, isto é, ao tornar-se completo (Jung, 1939/2014e). Isso envolve a abertura e a elaboração da consciência em relação aos processos inconscientes e, portanto, o deslocamento do centro da personalidade do ego ao *self*. Em qualquer obrar, no processo criativo, o *self* quer estar manifesto (Jung, 1946/2014u) – é isso que faz com que engajar-se em uma criação seja um processo de individuação. A obra não é apenas um ato deliberado e essa criatividade não é toda consciente: traz algo do material utilizado, do próprio corpo, dos complexos, de uma memória que não é apenas individual e de um símbolo que não diz apenas de si.

No entendimento de Jung (1958/2014w), o símbolo é a melhor expressão possível para um fato não ainda claramente compreendido pela consciência. Em contraposição ao signo, cuja interpretação é sempre redutora, o símbolo não é uma representação clara (isto é, plenamente consciente) nem exaustiva. Portanto alusões e metáforas, no entender junguiano, não são símbolos. Os complexos, núcleos afetivos atuantes, são expressos em símbolos, pois são estes que, via significado e sentido, direcionam a energia vital.

O símbolo é eminentemente terapêutico, porque compreende o racional e o irracional, atuando como integrador do consciente e do inconsciente (Jung, 1918/2014x). Jung (1918/2014x) chega a referir a capacidade de criar símbolos como a mais importante função do inconsciente. Isso porque o símbolo é o mecanismo psicológico pelo qual a energia pode ser entendida, canalizada ou transformada (Jung, 1948/2014g). Em outras palavras, o símbolo é a intimação de um significado além do nosso poder presente de compreensão (Jung, 1931/2014l). Ele compele à participação do inconsciente e tem um efeito gerador ou potencializador da vida (Jung, 1921/2014n). Mas primordialmente o que constitui o símbolo como tal e o faz gerar estes efeitos não é senão a atitude simbólica (Jung, 1921/2014n). Isto é, o fato de algo ser tomado como símbolo depende mais da forma como o sujeito o percebe e compreende do que por propriedades intrínsecas ao percebido.

Os símbolos atuam, pois transformam as energias, sejam as canalizadas, sejam as disponíveis. Eles transmitem intuições e atingem dimensões inalcançáveis à racionalidade e à consciência. Assim, o símbolo é o grande mediador da energia psíquica e também o grande ativador dos complexos. Portanto, para Jung, é o uso da linguagem simbólica, apropriada pela

linguagem verbal e integrada pela consciência, o grande mobilizador do efeito terapêutico, tanto na terapia da fala como na arte.

Neste capítulo, percorremos conceitual, histórica e teoricamente a constituição da arteterapia. A expressão simbólica aparece como um mobilizador da energia psíquica, trazendo plasticidade e transformação aos comportamentos, atitudes e sentimentos. Apesar do tímido uso da arteterapia durante o século XX (em comparação a outras terapias mais populares, sobretudo a psicoterapia e a farmacologia), foram passos firmes na conquista do seu espaço como proposta terapêutica. Ademais, a arte aparece como fonte de *insight* e formulação teórica para diversas teorias psicológicas, especialmente a psicanálise e a psicologia analítica. Isto é, a arte de forma geral consolida-se como campo fértil tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa teórica, essencial - seja para a compreensão psicológica, seja para a transformação psicológica.

2. Histórico e fundamentação teórica da Reforma Psiquiátrica: o surgimento do CAPS como paradigma de cuidado em saúde mental

2.1. Antecedentes: A história do aprisionamento como resposta ao sofrimento mental

“É hábito nos hospitais psiquiátricos concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém pode sair, nem mesmo para ir aos sanitários.”²³

Durante o período do Renascimento (mais ou menos a partir do século XV), aparecem dois fenômenos distintos. Um é o acirramento do fanatismo religioso, que resulta na inquisição e na caça às bruxas. Neste sentido, certamente algumas pessoas em sofrimento mental foram tratadas como sendo possuídas por demônios e sofreram tentativas de exorcismo. Outro fenômeno foi o surgimento do humanismo, que como impacto no campo das ideias e práticas de cuidado mental germinará lentamente a atenção à pessoa em sofrimento, não sem antes atrelar esta pessoa à responsabilidade do médico (em substituição ao teólogo ou padre), que por sua vez fará, sobretudo nos séculos XVIII e XIX, tratamentos morais. Tratamentos morais envolviam, por exemplo, duchas frias para acalmar ânimos – e também ensinar lições ou girar as pessoas para que suas ideias tidas como inadequadas saíssem de si por força centrípeta, por exemplo (Foucault, 1972/1978).

Nesse caminho, o louco, o doente mental, a pessoa em sofrimento psíquico foi muitas vezes, e por vezes ainda é, tratada como outras pessoas de comportamento indesejado (desordeiros, pecadores, criminosos, pessoas com doenças contagiosas, indigentes, etc.). A exemplo, compartilhavam modos de tratamento: a *Narrenschiff*, ou Nau dos Insanos (séc. XV), assim como as peregrinações e as prisões, sobretudo até à época da Revolução Francesa (Foucault, 1972/1978). A decadência progressiva do respeito às instituições religiosas foi antes uma migração às práticas divinatórias e ao misticismo (astrologia, tarot e tantas outras) do que um abandono da espiritualidade. O que entra em declínio é mais o respeito à autoridade e à tradição do que propriamente a crença ou o apelo a forças sobrenaturais. Embora seja de se salientar que o conhecimento científico venha se desenvolvendo de tal modo que oferece também uma contraforça a estas práticas.

O emergente racionalismo busca dar conta do fenômeno da loucura através de práticas de controle, e o aprisionamento é a principal delas. Esse é o sentido em que Foucault (1972/1978) faz-nos observar a transição entre a loucura solta ou circulante (séc. XV) e a

²³ Basaglia (1968/1985, p. 99).

criação de Hospitais Gerais (séc. XVI e XVII), que apesar do nome, tinham função maior de polícia e justiça do que propriamente saúde. A transição de exílio para aprisionamento corporifica uma nova tentativa estratégica de controle. Foucault (1972/1978) pontua que o exílio ou o expurgo conviviam com estratégias de internação ou abrigo, no entanto, o que muda sobretudo a partir da criação dos Hospitais Gerais é que a primeira estratégia é abandonada em favor da segunda. O único Hospital Geral de Paris, poucos anos após sua criação (1656), chegou a deter 1% (então 6.000 pessoas) de toda a população da cidade (Foucault, 1972/1978).

Os tratamentos morais são comuns a um entendimento de que o problema da loucura era, ao menos em parte, um problema moral. Assim, o alvo era a preguiça, o ócio, o desejo desenfreado, e a obrigação e o castigo eram entendidos como remédios. A percepção do desajuste não é feita sem noções de culpabilidade (Tommasi, 2005). Foucault (1972/1978) menciona sangrias e purgações através de vômitos induzidos periodicamente. Alexsander e Selesnick (1966/1980) comentam sobre o médico Herman Boerhaave²⁴, que recomendava, além das sangrias, tratamentos de choque como banhos gelados e a cadeira giratória, em que por vezes o paciente era girado até desmaiar. William Cullen²⁵, médico escocês, também professava tratamentos dietéticos, sangria, vomitório, além de ameaças, coação e camisa de força (Alexsander e Selesnick, 1966/1980).

De acordo com Foucault (1972/1978), as condições de abrigo dos chamados loucos desde o Renascimento envolviam condições insalubres. Foucault concentra sua pesquisa na transição do século 18 para o 19. Nessa época, Desportes (como citado em Foucault, 1972/1978) chega a redigir que nos invernos parisienses multidões de ratos invadiam a Salpêtrière e roíam membros e rostos, o que muitas vezes resultou em mortes. Sobre relatos como este comenta Foucault (1972/1978, p. 128): “De fato, essa ausência de cuidados médicos, exceção feita à visita prescrita, põe o Hospital Geral quase na mesma situação de uma prisão”.

O médico francês Philippe Pinel²⁶ propôs algumas inovações relevantes. Tommasi (2005), por exemplo, considera que Pinel marca a transição para a ciência psiquiátrica moderna. Pinel foi crítico das suposições não comprovadas, outrora comuns, de que o sofrimento psíquico seria consequência da presença de substâncias ou de desequilíbrios em determinados órgãos ou tecidos, advogando métodos de inferência mais embasados

²⁴ (☆1668- † 1738).

²⁵ (☆1710- † 1790).

²⁶ (☆1745- † 1826).

(Alexsander e Selesnick, 1966/1980). Enfoca como causa comum as paixões, os ressentimentos e os conflitos emocionais embora reconhecesse causas orgânicas, fatores hereditários e educacionais (Pinel, 1809). Como tratamento, recomendava a coresidência do médico junto a seus pacientes, para melhor observar, inclusive no sentido de entender-lhes a intimidade (Alexsander e Selesnick, 1966/1980). Pinel ainda advogou um tratamento mais humanitário e não apenas abriu as janelas da Bicêtre, em 1793, e da Salpêtrière, em 1795, para que houvesse melhor ventilação e iluminação, e substituiu sangrias por conversas, mas também desacorrentou seus internos, no que provavelmente seja seu gesto mais famoso (Alexsander e Selesnick, 1966/1980). No entanto, manteve alguns tratamentos com viés corretivos, como as duchas frias (Foucault, 1972/1978). Franco Basaglia (1987, p. 233) o criticaria por impor-se a ilusão de que dava voz aos internados ao conferir-lhes a “dignidade da doença”.

À mesma época de Pinel, mas na Inglaterra, o filantropo William Tuke²⁷ promoveu mudanças humanitárias no tratamento às pessoas em sofrimento psíquico. Ele entendia que o retiro numa propriedade rural era um método mais adequado, onde os pacientes encontrariam repouso e contato com a natureza, além de atividades agrícolas e criativas, num contato mais profundo consigo próprio e com uma sociedade mais simples, familiar (Foucault, 1972/1978; Tommasi, 2005). Tuke era membro de um grupo religioso cristão denominado *Quaker*, e entendia que parte do tratamento consistia na vivência religiosa, como nos demonstra Foucault (1972/1978). Cabe bem notar que este tipo de instituição é precursora das atuais comunidades terapêuticas, que tem sido valorizadas como um modelo de tratamento sobretudo para drogadição.

Foucault (1972/1978) pontua que o papel do médico no internamento dos asilos se altera com o "*Projet de Règlement sur l'admission des insensés*" (Cabanis²⁸, 1805/1956). É de 1791 o projeto parisiense, que prevê, para internação de "insensatos", dois relatórios médicos (um de um cirurgião), ainda assinados por duas testemunhas (do círculo social – família, amigos, vizinhos, ou da caridade), bem como pelo juiz de paz da seção (Foucault, 1972/1978). No entanto, advoga que mesmo não tendo estes relatórios, as pessoas do círculo social ou da caridade terão o pleiteamento da internação provisória atendidos, ainda que a suspeição de “loucura” não for aparente ou não estiver confirmada, desde que “as provas de pobreza forem autênticas”.

²⁷ (☆1732- † 1822).

²⁸ (☆1757- † 1808).

Por mais duvidoso que nos seja a possibilidade de provas autênticas de pobreza nestas situações, está claro que o louco está emparelhado ao indigente, e que inclusive os requerimentos de comprovação necessários ao primeiro são amplamente dispensados caso haja inclinações para crer que se trata de um caso de indigência. Não é de se admirar que, internados no mesmo lugar acabem tendo o mesmo tratamento. Isto é, não apenas o “louco” pode vir a ser tratado como “indigente”, mas também o “indigente” pode vir a ser tratado como “louco”. E não raro vemos os depoimentos de quem testemunha que um torna-se o outro pela convivência forçada numa instituição que, então, apenas começara a pretender deixar de ser total e insalubre, onde ademais se espera, por parte de seus responsáveis, pouco progresso (lugar de armazenamento mais do que de tratamento). Não nos faltam exemplos posteriores (Arbex, 2013; Bueno, 2004; Goffman, 1961). Foucault (1972/1978) pontua que o rigor médico que se ensaiou à admissão é facilmente substituído pela observação sob internamento, e o internamento aqui aparece como critério de verdade, o qual gerará, posteriormente, o diagnóstico. Como poderia cantar um popular brasileiro, “primeiro a gente interna, depois a gente vê”.

Também é digna de menção a prática de considerar alguns internos como incuráveis. Isto é, após determinado período, Cabanis (1805/1956) nos conta, caso não houvesse melhora, os internos eram assim considerados e enviados a outras instituições (no caso a Bicêtre ou à Salpêtrière). No entanto e mesmo assim, o próprio relatório de Cabanis (1805/1956) admite que um sexto destes casos se curam, e o fazem, no seus termos, por uma “cura espontânea”. Ao admitir a curabilidade, o relatório se preocupa em determinar seus preceitos: o tratamento e demais recomendações. Dentre as quais destacamos a proteção ao clima desfavorável, mas também a exposição ao clima favorável, a higiene, o banimento do aprisionamento, o isolamento (por grades) dos calmos em relação aos violentos, quartos individuais, o trabalho adaptado, inscrição nominal, com um diário escrupulosamente exato da gravidade da doença²⁹ e tratamentos aplicados, e ainda inspeções periódicas tanto da polícia quanto da magistratura.

Cabanis (1805/1956) relata um caso de internamento forçado sem suspeita de loucura ou indigência, através de um relatório médico assinado mas em branco, e a mulher a ser internada estava sendo conduzida por seu próprio irmão, pela simples razão de que estavam prestes a receber uma herança, e internar a irmã era um modo de ter a herança toda para si.

A primeira ideia que Cabanis (1805/1956) lança ao tentar aprimorar a admissão nos hospitais é na verdade uma forma de barrar os ricos, pois remete ao ideal de que o serviço

²⁹ Note-se neste caso, apesar da favorabilidade da medida, que a mesma não impede excessos ou distorções, não sendo objetiva e parametrizada o suficiente de modo a aboli-las.

público deveria atender somente aqueles que, precisando, não dispõem de família com recursos que pudesse dar conta de suas dificuldades. Esta ideia é intensificada pela percepção de que os hospitais estavam abarrotados e que deveria se pensar num número máximo de admitidos. Ou seja, a ideia da “loucura” como filtro está longe da mente política e administrativa do período, cuja atenção, se volta, na verdade, antes ao pobre.

Foucault (1972/1978) vê na mudança de postura iluminista, ou melhor, na emergência das práticas psiquiátricas do período, não uma libertação da “loucura” (nem em sua liberdade de existir ou circular, nem na expurgação de seu fantasma, sempre à espreita), mas um domínio racionalista ou moral que substitui a coação física. Afinal aqui a “razão” é a autorregulação, com fins socialmente adequados, da liberdade. Se antes o plano era afastar (ou escorraçar) para não ser obrigado a conviver com, e por um momento foi prender (amarrar ou trancafiar) como garantia de que a loucura estivesse contida, o plano aos poucos passa a ser o de inculcar uma autorregulação. Um Pinel que caricaturou dizia a seus internos: “eu te liberto se você for razoável; eu te liberto se te comportares”. Mas note-se que a caricatura não é nada forçada, considerando que, para um capitão inglês acorrentado há 40 anos, Pinel teria dito: “Seja calmo e tenha confiança, eu lhe devolverei a liberdade” (Foucault (1972/1978, p. 520). O capitão de fato se comporta bem pelos 2 anos finais de sua vida, sem acesso de furor (ele matara um servente com um pancada de suas algemas na cabeça – isto é, ele teve um acesso de furor enquanto estava algemado). Foucault sugere que o que foi libertado nesse gesto de desacorrentar o capitão não foi a “razão” (os critérios de escolha lúcidos, o autocontrole, etc.), mas somente a obediência – a honra, ele nos diz. O paciente tornara-se servidor, não homem razoável, Foucault (1972/1978) ainda dirá de outro caso.

Este é o cenário internacional anterior ao século XX. É preciso salientar que, previamente à chegada da família real ao Brasil (em 1808, em fuga da perseguição napoleônica), o Rio de Janeiro, capital desde 1763, era uma cidade insalubre, com águas estagnadas, poucas ruas, crescimento desordenado e composta quase integralmente por uma população iletrada (Alves, 2009). Isto é, uma atenção atinente à saúde, seja física ou mental, por parte do poder público no Brasil só começou mesmo a partir de meados do século XIX. Note-se que fomos o primeiro país latino-americano a inaugurar um manicômio, em 1852, o Hospício Dom Pedro II, no próprio Rio de Janeiro, depois renomeado como Hospício Nacional de Alienados (Guimarães, Borba, Larocca, Maftum, 2013). O movimento higienista do fim do século XIX e início do XX é tido como uma característica marcante do período. O campo da atenção em saúde mental no Brasil, portanto, começa dentro deste paradigma. Mas

o século XX reservaria uma revolução nos modelos de tratamento, em todos os sentidos.

2.2. O Século XX: novas formas de tratamento

“Na realidade parece que somente agora o psiquiatra está redescobrimo que o primeiro passo para a cura do doente é a volta à liberdade”³⁰

Entre 1893 e 1939, o vienense Sigmund Freud publica profícuas análises clínicas e elaborações teóricas sobre o funcionamento da mente humana. Seu tratamento foi um paradigma no século XX, trazendo ênfase na proposta de cura pela fala e pelo tornar consciente aspectos inconscientes. Apesar de ter tentado outros métodos, como a hipnose, e mesmo a farmacologia (cocaína), Freud opta por sessões intensivas de fala e escuta, através do método da associação livre (falar o que vier à mente, sem autocensura) e da configuração de uma relação transferencial (onde escolhas e padrões prévios de comportamento podem ser revividos), buscando sobretudo as motivações inconscientes para fenômenos como lapsos, esquecimentos, sintomas e sonhos. Um dos seus discípulos dissidentes, o suíço Carl Gustav Jung, apesar de reconhecer e se aprofundar nos aspectos motivacionais inconscientes de comportamentos e estados mentais, abriu-se à experiência simbólica e a tudo o que nela poderia ser propositivo.

Segundo Jung (1915/2014h), Freud enfatizava um modelo causal, num paradigma positivista-mecanicista de inspiração biológica, com a busca do passado, enquanto ele próprio abria-se à perspectiva fenomenológica, enfatizando um entendimento construtivo e orientado para o futuro. Se Freud insistiu no caráter fundador (tanto no sentido da estrutura mental quanto no sentido etiológico) da sexualidade, temendo que qualquer desvio disso seria cair no obscurantismo, Jung reconheceu este caráter fundador sem, no entanto, torná-lo um elemento absoluto ou irrecusável. Jung se interessava por exemplo naquilo que experiências místico-religiosas poderiam oferecer. Jung também discordou de Freud na conceituação do inconsciente, postulando não apenas a existência de um inconsciente pessoal, mas a existência de um inconsciente coletivo. Ao comentar sobre o caso Schreber, por exemplo, Jung (1915/2014h) entende que devia-se perguntar sobre que intencionalidade existia ali para que aquele delírio fosse produzido. Como vimos anteriormente (Capítulo 1), para ele, o que é expressivo, simbólico, tem uma importância própria e uma espécie de encaminhamento que independe de seus fatores e eventos condicionantes.

³⁰ Basaglia (1968/1985, p. 114).

À parte a discussão dentro da psicologia interpretativa, outros ramos do conhecimento não cessaram de fornecer inovações. No ano de 1935, em Lisboa, Antonio Egas Moniz foi responsável pela primeira operação de lobotomia (ou leucotomia pré-frontal), executada por Almeida Lima (Feldman & Goodrich, 2001). Moniz ganharia o Nobel de Medicina em 1949 pela inovação, muito embora seja exatamente a partir dessa época que a técnica caiu em desuso. Feldman & Goodrich (2001) reportam que apesar de considerada curada (de depressão), a primeira paciente do procedimento nunca deixou o hospital psiquiátrico. É de se pensar sobre a adequação do objetivo do tratamento. Estes autores pontuam ainda que os resultados alardeados por Moniz careciam de evidência empírica e de um acompanhamento de longo prazo. Masiero (2003) infere que no Brasil esta técnica foi muito utilizada até 1956 (considerando que não há publicações após este período advogando ou relatando seus procedimentos e resultados), pontuando como um marco para sua descontinuidade o Código de Nuremberg (*Permissible Medical Experiments*, 1949), criado após a chamada Segunda Guerra Mundial para evitar experiências médicas e também o trabalho crítico de autores como Medeiros (1954) e Silveira (1955).

No ano de 1938, os italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini são creditados com a aplicação do primeiro tratamento com Eletroconvulsoterapia (ECT), popularmente conhecida como Eletrochoque, apesar do uso de descargas elétricas não ser novidade no tratamento médico (Alexander e Selesnick, 1966/1980). Na época, o tratamento era aplicado sem anestesia. Um dos efeitos notáveis deste procedimento é a perda de memória, que dura de semanas a meses.

Alexsander e Selesnick (1966/1980) assertam que esta perda é temporária, mas há de se pontuar que nenhum teste anterior e posterior era feito para verificar se realmente a memória foi reestabelecida em sua integralidade. Metastasio e Dodwell (2013) referem que esta técnica caiu em desprestígio durante as décadas de 1950 e 1960, especialmente devido ao movimento da Antipsiquiatria. Apesar do desprestígio social, ela ainda é advogada pelos psiquiatras em certos casos, sobretudo de depressão, e seu uso foi diminuído e restringido, mas não completamente descontinuado (cf. Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Alexander e Selesnick (1966/1980, p. 367), por exemplo, apesar de ressaltarem a potencialidade do benefícios nos casos de depressão (especialmente as de meia-idade e as psicóticas), potencial suicídio e agressividade extrema, são ambíguos ao dizer que ela apenas alivia os sintomas da depressão, sem atingir a “perturbação psicológica básica que há no fundo da doença” e consideram que sem psicoterapia a recaída é frequente. Nos casos de potencial suicídio ou agressividade, apesar de não discutirem se o tratamento é eficaz num

sentido duradouro, parece estar claro que a medida é de contenção. Há no presente século quem defenda seu uso como terapia de primeira opção, não só para depressão, como para episódios maníacos, esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos (Weiner, 2001; Perizzolo et al., 2003; Antunes et al., 2009). Weiner (2001) relata que o sucesso em casos de depressão, mania e esquizofrenia é acima de 75%. Todavia, o mesmo estudo reporta que curas permanentes de transtornos psiquiátricos são raros e neste sentido seus autores recomendam tratamentos subsequentes com medicamentos ou a própria ECT de modo continuado (Weiner, 2001).

É de se considerar, no século XX, a sana positivista de tratamentos anatômicos, fisiológicos ou físicos, mesmo quando os métodos simbólicos há décadas ganhavam forças e apresentavam resultados satisfatórios sendo muito menos invasivos ou agressivos. Jung (1919/2014), por exemplo, que era psiquiatra, criticou a falta de treinamento em psicologia nos ensinamentos de psiquiatria e neurologia. Aprendeu-se em parte com os erros e aprimorou-se as técnicas destes tratamentos, muitas delas hoje de valia, mas a desmesura na inovação dos tratamentos teve seus custos pessoais e sociais.

A Farmacologia ganhou a frente, no modelo de tratamento organicista, incorporando a maior parte dos adeptos que de outra forma seriam ou da lobotomia ou da eletroconvulsoterapia. Desde a década de 1930, com o uso de Metrazol (um indutor de convulsões) e Insulina (há indícios de correlação entre transtornos mentais e síndrome metabólica, cf. Teixeira e Rocha, 2007), este ramo de tratamento tem se desenvolvido, ganhando, de uma forma geral, a preferência no tratamento. Embora destaquemos a evolução da Farmacologia no século XX, várias substâncias, como o ópio e o álcool, sabidamente são usadas como reguladores ou analgésicos ao menos desde antes da Era Cristã.

Atualmente, os remédios psiquiátricos se dividem em cinco grandes grupos (cf. Spiegel, 2003; Marangell & Martinez, 2006): *Estabilizantes de Humor* (o uso do Lítio contra a mania, existente no século XVIII foi retomado a partir de 1949), *Antipsicóticos* (a Clorpromazina foi sintetizada em 1950, cf. Moreira e Guimarães, 2007), *Ansiolíticos*, do qual a classe mais importante são os Benzodiazepínicos (dos remédios desta classe, o Diazepam, “Valium” é uma referência, passou a ser comercializado, em 1963, cf. Ferreira, 1992), *Antidepressivos* (um dos mais usados hoje é a Fluoxetina, existente desde a década de 1980, cf. Myers, 2007), e *Estimulantes* (destes, Metilfenidato, “Ritalina”, comercializado desde 1955, é o mais famoso, embora seja mais comumente usado para Transtornos de Atenção ou Hiperatividade, que não são considerados transtornos tão graves como Depressão ou

Esquizofrenia). Por vezes, os antipsicóticos também são receitados para transtorno bipolar (Marangell & Martinez, 2006). A dificuldade com a recomendação de substâncias sempre esteve ligada a seus efeitos colaterais indesejados, e o refinamento tanto das substâncias quanto de sua dosagem tem sido principalmente no sentido de evitar estes efeitos indesejáveis, que variam de droga a droga, mas que incluem, de modo geral, sedação e sonolência, além da perda da capacidade cognitiva e mnêmica, e a própria dependência, química ou psicológica. Portanto o uso contemporâneo da raiz *fármaco* resguarda o sentido original da Grécia Homérica, isto é, uma substância capaz de causar o bem e o mal.

Assim, apesar do surgimento dos métodos simbólicos de tratamento desde a virada do século, ainda entre 1930 e 1950, são a eletroconvulsoterapia, a lobotomia e os primeiros fármacos neurolépticos que estão em voga como modos de tratamento (Alves et al., 2009). Não obstante as sucessivas diferenciações, tem-se que os hospitais psiquiátricos eram depósito não apenas de doentes mentais, que muitas vezes ficavam sem tratamento nenhum ou sem um tratamento adequado, mas também de outros indesejados sociais (Arbex, 2013): grávidas rejeitadas, epiléticos, prostitutas, homossexuais, rebeldes, usuários de drogas ou mesmo simplesmente pessoas que por algum motivo incomodavam outras. Como um exemplo, o escritor Austregésilo Carrano Bueno foi internado por seu pai por ter sido flagrado com cigarros de maconha e nesta situação permaneceu por cerca de 3 anos, ainda nos anos 1970 (Bueno, 2004). Ou seja, são muito comuns os casos de abuso das instituições médicas, carência de diagnóstico e tratamento adequados, especialmente até duas ou três décadas atrás.

2.3. O surgimento do CAPS: um dos modelos substitutivos ao hospital psiquiátrico

“Basaglia demonstrou que os loucos (...) eram, na verdade, sujeitos como nós, e que, como nós, necessitavam de casa, de trabalho, de amigos, de música, de arte, da cidade, do território”³¹

Apesar de certo discurso antipsiquiátrico já surgir em diversos países, sobretudo europeus, a partir de 1960, foi uma longa luta para esta voz ser ouvida e outras formas de tratamento e instituição se consolidarem. No Brasil, é nos anos 1980 que começa a força da discussão de uma saúde pública efetivamente universal (o SUS foi instituído na Constituição Federal em 1988 mas ainda levou alguns anos para sua consolidação na prática) e também o debate acerca da desativação dos hospitais psiquiátricos com características de internamento

³¹ Amarante (2014a, p. 12-13).

permanente. O primeiro CAPS é criado em 1987 (Brasil. Ministério da Saúde, 2005; 2015). Entre 1992 e 1996 os primeiros estados sancionam legislação indicando a criação de redes integradas para substituir os hospitais (Amarante, 2007). A *Lei n. 10.216* (2001) consolida uma política nacional de saúde mental, criando determinações sobre o serviço e sobre as condições de internamento. Nessa lei se expressa um modelo de recuperação através da inserção na família, no trabalho e na comunidade. A internação é prevista como último recurso, e se espera que o serviço seja prestado com assistência social, psicológica, ocupacional e lazer, dentre outras não especificadas. Com isso o número de leitos psiquiátricos no Brasil vieram dos 80 mil na década de 1970 para menos de 26 mil em 2014 (Amarante & Nunes, 2018). Nesse contexto, a arteterapia, uma prática sensível de autoconexão emocional e expressiva, junto de outras intervenções, ajuda a compor um modelo de tratamento substitutivo às práticas violentas e ao descaso histórico.

O CAPS é, antes de mais nada, uma forma de fornecer cuidado, e um cuidado humanizado. Pretende-se que este cuidado seja intensivo, mas não asilar. Não há uma regra rígida sobre o público que deveria compor seu perfil. O Ministério da Saúde (2013a, p. 13) traz a seguinte recomendação: “Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.”

A política de funcionamento é basicamente a de horário comercial e seus usuários tem livre circulação (“portas abertas”). Os atendimentos são fornecidos conforme Projeto Terapêutico Singular - PTS, que é feito pela equipe, considerando o usuário e sua família (Brasil. Ministério da Saúde, 2013b). Parte dos preceitos que o guiam são atenção, entendimento, reflexão, direção e acompanhamento. Os CAPS de Goiânia resguardam sua semelhança a residências (e. g. CAPS Vida, Esperança) ou a sítios (Novo Mundo, Beija-Flor). Na prática, eles se assemelham a centros de convivência ou a clubes, talvez mais do que a clínicas propriamente ditas. A ideia é prestar acolhimento, atividades terapêuticas e encontros afetivos. As oficinas terapêuticas são oferecidas a grupos, embora o atendimento individual ainda tenha seu lugar. Certas ações são destinadas à comunidade.

Por exemplo, o Ministério da Saúde (2004) estabelece que a assistência do CAPS ao usuário engloba minimamente as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de

suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; g - os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias.

Os CAPS de nível III devem também ter acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana. Destaco ainda que as atividades nos CAPS incluem outras atividades específicas, tais como: acolhimento (primeiro contato com o usuário, de escuta profunda e continuada), atendimento a intercorrências clínicas (usuários em crise), atendimento matricial (deslocamento agendado dos profissionais de saúde mental para unidades de atenção básica), elaboração ou revisão do projeto terapêutico, reuniões de equipe, preenchimento de prontuários e sistemas de informação.

Conforme a *Portaria n. 336* (2002), a equipe mínima de um CAPS nível 1, que é o menor dos níveis, é de 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais com nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico, dentre outros), e 4 profissionais com nível médio (técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). A mesma portaria também estabelece os padrões mínimos de quadro funcional para os demais níveis e tipos de CAPS.

Segundo Mello (2015) e Schincariol (2017), os CAPS foram modelados a partir da instituição “Casa das Palmeiras”, criada por Nise da Silveira em 1955. A Casa das Palmeiras era de fato um modelo de atendimento que visava substituir o modelo de internação. Silveira (1986) preocupava-se com a alta taxa de reinternação e procurava uma alternativa que poderia servir de transição do internamento ao pleno convívio social. Porém a Casa das Palmeiras não era e continua não sendo uma instituição pública, apesar de ter uma função pública. É sustentada por doações.

Em verdade, até o CAPS se consolidar como uma realidade muita discussão pública foi necessária. Atualmente, a literatura reconhece esta realização como um resultado da Reforma Psiquiátrica. O movimento da Reforma Psiquiátrica nasce junto com a Reforma Sanitária, que ocorreu no Brasil a partir da década de 1970. A Reforma Sanitária foi um movimento reivindicatório que culminou na criação do Sistema Único de Saúde - SUS e na saúde como um direito de todos. Um dos autores que trabalha bastante a recuperação do histórico da Reforma Psiquiátrica é o psiquiatra Paulo Amarante, reforma em que foi atuante desde o princípio. Amarante conheceu outros psiquiatras no Rio de Janeiro, durante a década

de 1970. Pontua que a partir de 1976, houve um movimento sindical e do Conselho de Medicina do RJ com vistas ao questionamento das práticas médicas. Cita a criação da Renovação Médica – REME, bem como do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES (Amarante, 2014b).

Particularmente os trabalhadores da saúde mental do Rio de Janeiro começam uma organização social e política chamada Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, a partir da greve ocorrida em 1978, na Divisão Nacional de Saúde Mental, também conhecida como “crise da DINSAM” (Amarante e Nunes, 2018). A DINSAM gerenciava 4 hospitais psiquiátricos no RJ (Amarante, 1995/2010). A partir de uma série de denúncias, como a utilização de profissionais como bolsistas negando a relação “celetista” e a adequada remuneração, de maus tratos com pacientes, incluindo mortes, uso militar dos hospitais e o financiamento público superfaturado de hospitais privados culminaram no desligamento de mais de 260 estagiários e profissionais (Amarante, 2014b). Estes, conseguindo fazer disso um fato midiático, puderam evidenciar estas pautas e dar força ao movimento. Em 1979 aparece o documentário de Helvécio Rattón, que faz denúncia das condições insalubres e o descaso dos internos no Hospital Colônia de Barbacena – MG. Segundo Goulart (2010), esta obra abre precedente para as reformas vindouras, tornando-se um marco histórico para a Reforma Psiquiátrica.

A esta altura, já havia iniciado um debate internacional crítico às práticas da psiquiatria tradicional. Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido, retoma o tema da comunidade terapêutica, traz mais atividades terapêuticas e também autogestão. Além da própria experiência de Nise da Silveira na Casa das Palmeiras, desde 1955, e, do inglês David Clark, no Fulbourn Hospital, desde 1958, que inauguraram ambos uma nova forma de tratamento – de portas abertas, citamos as produções bibliográficas de autores que se tornaram renomados ao questionar as práticas psiquiátricas.

São livros seminais: de 1960, de Ronald Laing, “*The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*”. Os seguintes, todos de 1961: de Thomas Szasz, “*The Myth of Mental Illness*”³²; de Michel Foucault, “*Folie et Déraison*”³³ e de Erving Goffman, “*Asylums*”³⁴. Também foi em 1961 que o italiano Franco Basaglia assume função em Gorizia, trabalho que, juntamente da sua experiência em Trieste, embasaria sua crítica ao modelo de

³² O mito da doença mental.

³³ Loucura e Desrazão. Em 1972, por ocasião da reedição da obra, foi rebatizada como “*Histoire de la folie à l’âge classique*” (conhecida no Brasil simplesmente como “História da Loucura”).

³⁴ Manicômios, prisões e conventos.

internamento. Basaglia com outros colaboradores publicou em 1968 “*L’Istituzione Negata*”³⁵. Anos antes, em 1964, o estadunidense Gerald Caplan publicou “*Principles of Preventive Psychiatry*”³⁶.

Em 1967, David Cooper cunha o termo antipsiquiatria, que ganhou popularidade mas ao qual os autores aqui citados não aderiram. De todas estas vertentes, uma das mais significativas é a experiência francesa. Apesar das publicações aparecerem mais tardiamente, uma experiência crítica estava sendo cultivada desde a década de 1940, com o trabalho do psiquiatra catalão François Tosquelles (refugiado na França devido à perseguição do ditador Francisco Franco). Tosquelles primava por relações produtivas reais dos seus pacientes com negócios locais (inserção laboral) e inclusive chegou a facilitar fugas dos internos (Passos, 2012). Em 1953 é fundada por Jean Oury a clínica Cour Cheverny (mais conhecida como “*La Borde*”) como um espaço de experimentação. A 200km a sudoeste de Paris, permitia livre circulação aos residentes, e buscava engajá-los na organização do espaço e da rotina, especialmente através de oficinas (Clinique de La Borde, 2020). Felix Guattari, então estudante de filosofia e líder estudantil, foi convidado a trabalhar nesta clínica a partir de 1955 (M. Silva, 2016). Guattari fez sua produção bibliográfica fértil a partir da década de 1970, algumas delas em parceria com Gilles Deleuze (a exemplo, “*L’Anti-Œdipe – Capitalisme et schizophrénie*”³⁷ em 1972). A partir da década de 1950, surge a Psicoterapia Institucional e a partir de 1960, também começa a Psiquiatria de Setor, que consistiu na transformação dos asilos em instituições segmentadas de tal modo que cada ala representasse uma região da cidade. A influência do sociólogo francês Robert Castel vem a partir de 1977, com o seu “*L’ordre psychiatrique*”³⁸.

São várias teorias e experiências que vão se construindo, de crítica às práticas vigentes, num movimento internacional mas sempre com suas particularidades. Dois princípios norteadores são a mudança de um atendimento em saúde mental individual para o coletivo, sobretudo público, e de um modelo focado na *restauração* da saúde (e portanto na doença) para um modelo de *prevenção e promoção* de saúde (cf. Amarante, 1995/2010).

É entendimento de Amarante, Freitas, Nabuco e Pande (2012) que a experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica deva mais à italiana, com referência em Basaglia. Segundo Brandão e Carvalho (2019), Basaglia ganhou renome mundial quando a Organização Mundial

³⁵ A instituição negada.

³⁶ Princípios de Psiquiatria Preventiva.

³⁷ O Anti-Édipo - Capitalismo e Esquizofrenia.

³⁸ A Ordem Psiquiátrica.

da Saúde - OMS em 1973 reconheceu seu trabalho em Trieste como referência mundial para o serviço de assistência em saúde mental. Mesmo assim, é preciso salientar que muitos dos pensadores aqui citados vieram ao Brasil discutir suas ideias durante a década de 1970 e 1980 (e. g. Basaglia, Goffman, Castell, Guattari, cf. Amarante 1995/2010). A partir desta miríade internacional de ideias e microrrevoluções, uma vinga como a principal: a oposição ao internamento como medida de tratamento. No caso brasileiro isso só se consolidará em 1987, como veremos. Na década de 1970 a tônica era a luta por uma saúde pública bem estruturada e financiada, mais tarde nomeada Reforma Sanitária. Já em 1979 há a apresentação oficial de proposta de Sistema Único de Saúde - SUS, por exemplo, e o embate pelo direito dos trabalhadores de saúde mental parece catalisar as insatisfações desse segmento da sociedade. Há a crítica do financiamento estatal às entidades lucrativas de cuidado em saúde, inclusive com denúncias de corrupção.

A partir da década de 1980, a postura crítica, a tentativa de engajamento dos técnicos e da sociedade civil, cresce. O movimento luta por espaço na mídia, convoca conferências, mesmo sem apoio financeiro e sem apoio institucional dos órgãos governamentais, invade os congressos técnicos, faz-se ser ouvido, estabelece as pautas. Surgem efetivamente os nomes “Reforma Sanitária” e “Reforma Psiquiátrica”.

A Reforma Psiquiátrica aos poucos se distingue da Reforma Sanitária, no seu pleito. O sofrimento com as condições de trabalho enseja uma crítica ao modelo vigente. Em 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Como proposta, aparece a ampliação do conceito de saúde, não apenas abordando condições gerais de vida, mas também os próprios direitos como um todo, seja os de vida digna, trabalho digno ou participação política. Busca-se no entendimento e nos diagnósticos mais atenção ao contexto social, econômico, cultural, e o paradigma deixa ser estar livre de doenças para pensar o envolvimento com a comunidade, com a família, pensar formas de trabalhar, de obter renda e de sustentar autonomia. Como exemplo desta noção mais ampla de saúde, tem-se o discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde: “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde.” (Brasil. Ministério da Saúde, 1986, p. 4)

Também em 1987 o movimento se concentra em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, a partir do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Amarante, 1995/2010; Goulart, 2006). O que era um movimento que poderíamos chamar de sindical ganha uma amplitude com a mudança de escopo. Com a

entrada de membros e associações da sociedade civil, tais como as dos familiares das pessoas com diagnóstico de doença mental, o grupo muda de nome: de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM para Movimento da Luta Antimanicomial - MLA. A luta contra os manicômios e hospitais psiquiátricos, isto é, a luta contra internações prolongadas, passa a ditar as prioridades.

Ainda em 1987 é inaugurado o primeiro CAPS brasileiro, em São Paulo-SP, chamado Prof. Luís da Rocha Cerqueira (também conhecido hoje como CAPS Itapeva). Prevê no seu projeto de implantação atividades psicoterápicas, socioterápicas, uso de arte e de terapia ocupacional (Amarante et al., 2012). De toda forma é preciso pontuar que apesar de prever instrumentalizar seus usuários para o exercício da vida civil e incentivar sua autonomia e mesmo sua participação na determinação do Projeto Terapêutico Singular (Ministério da Saúde, 2004), o CAPS como instituição não apresenta as ferramentas características da autogestão, tais como na comunidade terapêutica de Jones, nos hospitais negados de Basaglia ou nas clínicas alinhadas à Psicoterapia Institucional (e. g. La Borde), sobretudo porque difere destes no tocante a não ter um caráter residencial.

O CAPS se projeta como atenção ou cuidado, noções que substituem as de tratamento e cura. A atenção e o cuidado são com a pessoa antes de ser especificamente para a doença ou para os sintomas. O serviço busca a integralidade, o que envolve ainda entender a pessoa inserida em seu contexto. Não há redução dos sintomas para o nível orgânico. Não há tentativa de isolamento social. No CAPS, cada usuário tem um Projeto Terapêutico Singular - PTS. O PTS “é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa” (Brasil. Ministério da Saúde, 2013b, p. 33). Ele é elaborado multiprofissionalmente, com o próprio usuário, analisando a integralidade de suas necessidades, bem como seus sintomas, em um processo dinâmico, ou seja, que requer reavaliação periódica. Dentre as dimensões consideradas relevantes para esta avaliação e este cuidado estão a vida familiar, a vida política, a vida psíquica, a vida social, a vida laboral, o lazer, a intimidade, o corpo, a autoimagem, a rotina, os hábitos e a espiritualidade (Brasil. Ministério da Saúde, 2013b).

Em 1989, implementa-se em Santos a ideia de serviços substitutivos em rede, bem como o fechamento de uma clínica psiquiátrica com alta taxa de mortalidade, a Anchieta. Nesta cidade foi implementado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, que para Amarante et al. (2012) é uma proposta diferente do CAPS, muito embora a *Portaria n. 189* (1991) e a *Portaria n. 22* (1992) do Ministério da Saúde as tratem como sinônimos. Segundo

estes autores, as diferenças são várias, dentre elas: o NAPS apresenta uma estratégia de regionalização com foco na transformação cultural, e funcionamento em tempo integral (24h), durante todos os dias da semana e um modelo de referência desinstitucionalizante e substitutivo, sem clientela pré-definida. Os CAPS, por outro lado, seriam designados estritamente para psicóticos e neuróticos graves, de lógica alternativa ao hospital psiquiátrico, sem penetração no território e com um modelo teórico pautado no sanitarismo/psicoterapia institucional.

A década de 1990 se caracteriza como um período de implementação das ideias, de concretização dos mecanismos, consolidando-se em dispositivos, financiamentos e práticas. Na luta ideológica, tanto a Reforma Sanitária quanto a Psiquiátrica mostram-se vencedoras. O SUS é criado, normatizado e implementado. Leitos psiquiátricos começam a ser desativados, e vê-se que o financiamento começa a ser para a criação e manutenção dos CAPS. Amarante (2008) reporta que o Brasil vai de 4 CAPS em 1991 para 154 em 1996. No mesmo período, os leitos psiquiátricos diminuem de 80 mil para 60 mil. Os CAPS e também os Centros de Convivência surgem como alternativa tanto aos hospitais (tão intensivos a ponto de serem violentos em seus métodos, sem ainda serem efetivos) quanto aos ambulatórios (esparcos demais para serem efetivos em suas intervenções e ainda centrados no modelo biomédico).

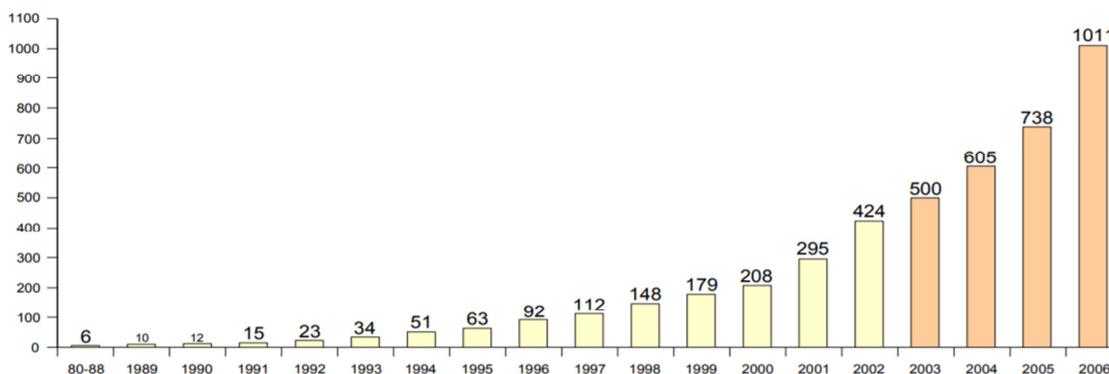
A *Lei n. 8.080* (1990) e a *Lei n. 8.142* (1990), ambas federais, são promulgadas. A primeira estabelece condições para organizar o serviço de saúde do SUS e a segunda dispõe sobre o papel da comunidade na gestão do SUS, bem como sobre a transferência de recursos financeiros entre as esferas governamentais. Especificamente sobre saúde mental, a *Portaria n. 189* (1991) propõe alterações no financiamento, e a *Portaria n. 224* (1992) regulamenta o funcionamento deste tipo de serviço.

No plano internacional, temos a confecção de dois documentos importantes. A Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, ocorrida em Caracas em 1990 gera a Declaração de Caracas. Organizada pela OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde (1990, p. 1), esta Declaração se posicionou a favor da “atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva”, o que, segundo o próprio documento, não poderia ser alcançado através da psiquiatria tradicional. A recomendação é que o hospital psiquiátrico seja substituído pelo modelo comunitário onde às pessoas sejam fornecido tratamento, com dignidade e sem retirá-las de seu meio. Aqui temos um marco internacional da mudança de modelo asilar/hospitalocêntrico para o modelo comunitário-psicossocial.

Um ano depois, em 1991, A ONU publica a Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental (Organização das Nações Unidas, 1991). Esta estabelece, entre outros princípios, o direito dessas pessoas ao tratamento menos restritivo ou invasivo, a liberdade de comunicação privada, seja com pessoas do estabelecimento seja com visitantes, bem como telefônicas. Prevê ambientes de tratamento sempre com instalações recreacionais e educacionais e ainda estímulo a seu uso; orientação vocacional e habilitação profissional; proibição de trabalhos forçados e de exploração laboral, devendo seu usuário receber, pelo eventual serviço prestado, o mesmo que seria pago ao trabalhador em condições normais; e inspeção periódica, na frequência necessária para garantir a observação destes princípios e dos outros que cita.

Na década de 2000, o momento é de consolidação para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Em 2001 temos a promulgação da Lei Paulo Delgado (*Lei n. 10.216*, 2001), uma versão modificada da que foi proposta ainda em 1989 e que tinha por modelo a lei italiana 180/1978, conhecida como Lei Basaglia (Goulart, 2008). Em 2002, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH³⁹ estabelece um processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos que estejam cadastrados no SUS (Amarante e Nunes, 2018). Este programa acelera o fechamento de hospitais e leitos psiquiátricos. Também neste ano, a *Portaria n. 336* (2002) estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, redefinindo-os em relação a porte e clientela, passando a se definirem em termos de CAPSad, para álcool e drogas, CAPSi, o para menores de 18 anos, e os CAPS I, II ou III.

Figura 2: Expansão anual dos CAPS no Brasil (1989-2006).



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2007).

³⁹ Posteriormente Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

A título de exemplo, a mensuração com gastos federais de 2002 para 2013 aponta a inversão da prioridade da política pública: se em 2002, 75,24% dos gastos era para com os hospitais, em 2013 eles eram de 20,61%. Ao contrário, a atenção psicossocial que detinha 24,76% passa a ter 79,39% do financiamento (Amarante e Nunes, 2018).

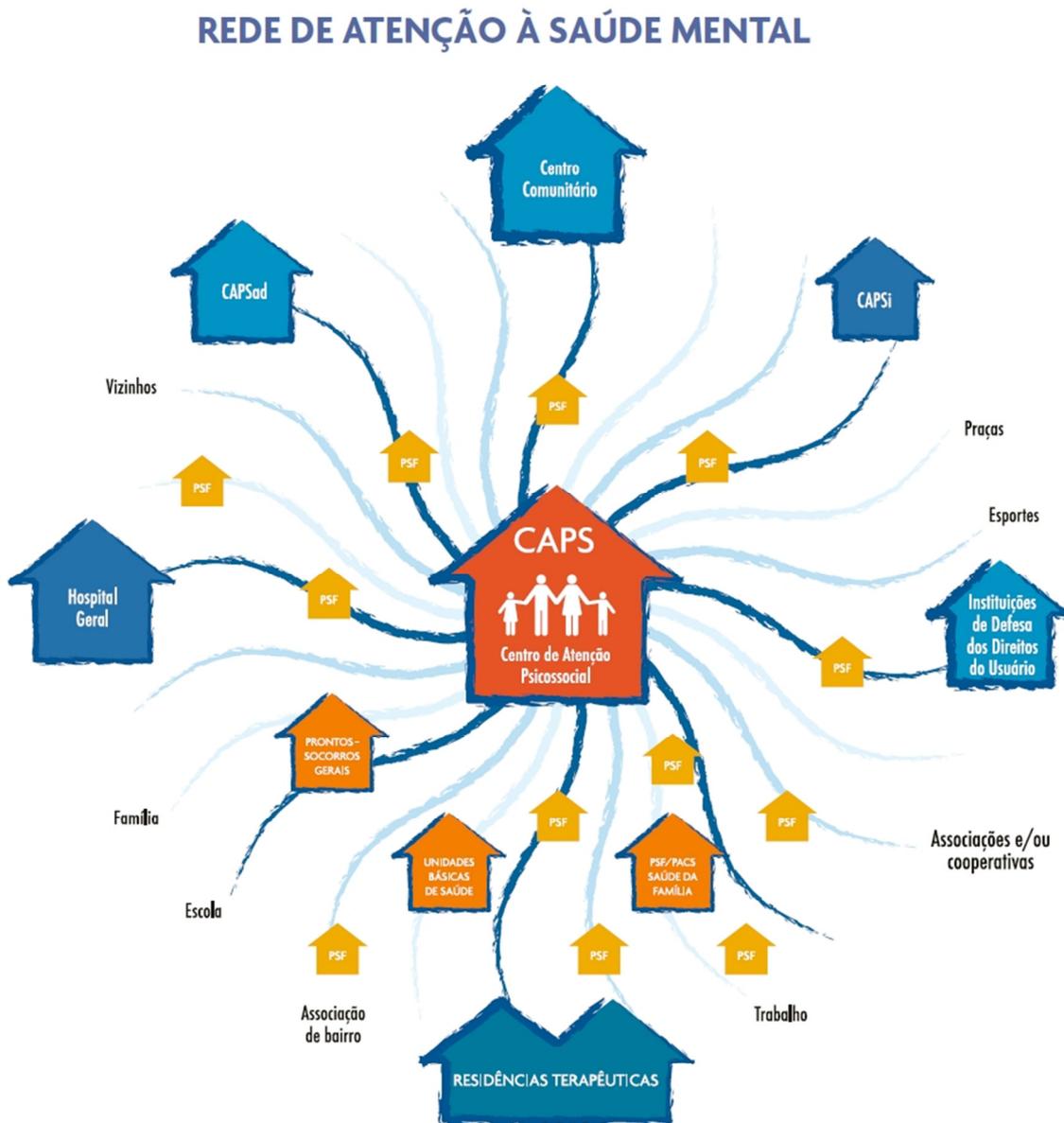
A partir da *Portaria n. 106* (2000), há implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT. SRT's são moradias ou casas que abrigam pessoas que sofreram internações de longa duração (acima de dois anos ininterruptos) e que possuem vínculo familiar desconhecido, irrecuperável ou rejeitado. As residências são geralmente restritas ao limite de oito moradores (as de tipo 3, para pessoas mais comprometidas, podem ter dez), contam com cuidadores específicos, mas estão sob gerência dos CAPS da região em que se situam. Em Goiânia são seis, duas ligadas ao CAPS Novo Mundo, duas ao Esperança, duas ao Beija-Flor.

A Lei Federal “Paulo Delgado” (*Lei n. 10.216*, 2001) faz-se como um marco para a política pública de cuidado em Saúde Mental. Adentra-se o presente século com um paradigma de cuidado intensivo mas com uma aposta na autonomia da pessoa em sofrimento mental. Normatiza a internação como último recurso, a necessidade de laudo médico para internação, presença constante de médico, e de serviços sociais, psicológicos e lazeres como itens irrevogáveis aos institutos de internação.

Instituído pela *Lei n. 10.708* (2003), o Programa de Volta para Casa regulamenta o fornecimento de auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em internações psiquiátricas por um período de mais de dois anos. O intuito é fomentar a reinserção social, garantindo o bem-estar com convívio social e cidadania. O Ministério da Saúde (2017) informou ter mais de 4 mil pessoas recebendo o auxílio. O Governo estadual de Goiás reconhece o pagamento a 11 pessoas, mas estima que o benefício seria devido a 200 pessoas (Secretaria de Estado da Saúde, 2017).

A década de 2010 mostrou arrefecimento da força do movimento e das conquistas. Em seu princípio ainda há conquistas ascendentes, tais como a *Portaria n. 3.088* (2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, prevendo ampliação do acesso da população ao serviço de atenção psicossocial (Amarante e Nunes, 2018).

Figura 3: Representação visual da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2004).

A RAPS é uma sistema governamental de atenção à saúde mental, que integra diversos programas e instituições. Envolve os pontos de Atenção Básica em Saúde, os de urgência e emergência, os CAPS, os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, os programas e instituições de atenção à Saúde da Família, dentre outros (*Portaria n. 3.088, 2011*). Amarante e Nunes (2018) pontuam que não foram definidos recursos orçamentários para as atividades de cultura, trabalho e geração de renda que compõem as RAPS e concluem decorrentemente que estas atividades tem tido menor papel estratégico do que deveriam ter. No entanto, como um empecilho à lógica do crescimento no investimento estatal, ainda no fim do primeiro mandato (2013-2014) da presidente Dilma Rousseff, há manobras de

contingenciamento financeiro devido aos crescentes problemas fiscais do país (Estadão, 2015). O ritmo sugere que a continuidade dos gastos governamentais frente à arrecadação seria insustentável e que o Estado poderia estar prestes a comprometer sua solvência (Agência Brasil, 2020), isto é, as diversas esferas encontrariam dificuldades em manter seus serviços e honrar os seus compromissos.

Este conflito que o país enfrentou entre gastos e arrecadação talvez tenha ensejado a problematização da tendência de certos investimentos por uma questão financeira. Ainda assim, tal inversão não corresponde unicamente a este fator. Com a crise política e econômica que se estabeleceu, houve uma mudança na ideologia dominante. Neste sentido, Amarante e Nunes (2018) reconhecem uma retomada conservadora nas políticas públicas de saúde mental nos últimos anos. Amarante (2014b) coloca isso como um retrocesso na luta efetiva de quatro décadas de construção popular e democrática. Guimarães e Rosa (2019) também mapeiam a mudança ideológica desta década, chamando este processo de remanicomialização. Talvez os aspectos mais exemplares desta mudança ideológica no campo da saúde mental sejam: o refortalecimento da ideia de hospital psiquiátrico (pró-internação), o aumento das comunidades terapêuticas e de seu financiamento, e por fim a revisão de uma política de redução de danos no combate ao uso de drogas para uma política centrada na erradicação e abstinência. Percebe-se que tal mudança está entremeada fortemente de contornos religiosos.

Grande parte desta mudança ideológica pode ser encontrada na Nota Técnica n. 11 (Brasil. Ministério da Saúde, 2019). Este documento, por exemplo, reforça a inclusão dos hospitais psiquiátricos como integrantes da RAPS, o que foi estabelecido pela *Portaria n. 3.588* (2017): “Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (Brasil. Ministério da Saúde, 2019, p. 4). Apresenta ainda posição favorável ao financiamento da eletroconvulsoterapia. Também foram reforçadas nas revisões de políticas públicas tanto de 2017 quanto de 2019 o papel e o financiamento das comunidades terapêuticas, que já constavam no texto na *Portaria n. 3.088* (2011), como atenção residencial de caráter transitório. No tocante a este aspecto, significativa foi a *Portaria n. 131* (2012) em respeito a esta mudança ideológica, pois foi ela que instituiu incentivo financeiro para as Comunidades Terapêuticas. Em que pese a consideração do Ministério da Saúde (2016), de que até aquele momento não havia nenhum incentivo ou dispositivo efetivamente implantado por esta Portaria, o direcionamento é inequívoco. O próprio Ministério da Saúde, no mesmo relatório, se posiciona:

“reafirmamos que as Comunidades Terapêuticas não são e nem devem se

transformar em serviços de saúde, não devendo, portanto, serem incluídas no Sistema Único de Saúde e sugerimos que as mesmas possam ser incluídas na rede de assistência social, como dispositivos de proteção social.” (Brasil. Ministério da Saúde, 2016, p. 117).

As comunidades terapêuticas, apesar de serem serviços privados, tem recebido cada vez mais financiamento estatal nos últimos oito anos, mesmo os municípios contando com CAPS específicos para álcool e drogas. O modelo de tratamento na comunidade terapêutica atualmente é pautado na “cura pela fé e pelo trabalho”, isto é, o pretense humanismo serve a propósitos ideológicos, morais e financeiros. A ênfase na disciplina é contrária aos preceitos da autogestão e da autonomia preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Apesar de ultimamente se adotar certo discurso de que a internação é voluntária, pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2017) mostra que os familiares tem papel preponderante no encaminhamento. Também digna de nota no mesmo relatório a menção de que CAPS, tanto de “transtorno mental” quanto álcool e drogas também estariam encaminhando usuários para as comunidades terapêuticas. Estimativas apresentadas por Guimarães e Rosa (2019) sugerem que o repasse governamental para as comunidades é da ordem de R\$1.100,00 reais por usuário/mês, enquanto que o CAPS (AD) recebe em média R\$43,00 por usuário/mês. Este dado mostra a desproporcionalidade do investimento público.

A normativa mais recente para os CAPS é a *Portaria n. 3.588* (2017), que incluiu hospitais psiquiátricos como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabeleceu a criação do CAPS álcool e drogas IV. Esta portaria também incentiva, portanto, as internações. Apesar deste embate de modelos de tratamento nesta última década, outras previsões legais a favor de tratamentos alternativos são instituídas. As Práticas Integrativas Complementares – PIC’s, por exemplo, fazem um contraponto a uma medicina chamada tradicional. Atualmente, há uma lista com mais de 30 práticas reconhecidas, das quais arteterapia é uma delas. Entre as mais conhecidas, temos acupuntura, homeopatia, fitoterapia, ayurveda, meditação, musicoterapia, osteopatia, quiropraxia, reiki e yoga (*Portaria n. 849*, 2017). Elas visam compor a Atenção Básica à Saúde e esse reconhecimento é uma consolidação dentro do SUS - Sistema Único de Saúde. Apesar deste reconhecimento legal ser bastante recente, a arteterapia está presente nos CAPS goianienses desde o ano 2000.

Também houve continuidade na criação de CAPS: O Ministério da Saúde reporta a existência de cerca de 2.581 unidades (Brasil. Ministério da Saúde, 2018). Ressalte-se que este indicador quantitativo em si pouco representa, pois ele deve ser analisado em consonância à demanda populacional e quão efetivamente têm-na suprido.

2.4. A Reforma Psiquiátrica em Goiânia

Em Goiânia, as mudanças relativas à Reforma Psiquiátrica começaram na segunda metade da década de 1990. Em 1994, houve a criação do Fórum Goiano de Saúde Mental – FGSM. Em 1995, o Hospital Psiquiátrico Professor Aduino Botelho⁴⁰, de característica asilar, inaugurado em 1954, foi desativado. No mesmo ano, há a fundação da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental – AUSSM-GO; a implantação do ambulatório de Psiquiatria no Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, a implantação da Casa de Saúde Água-Viva e a promulgação do Decreto Municipal 2.954/1995, que institui o Núcleo de Saúde Mental na própria Secretaria de Saúde municipal (nome alterado para Divisão de Saúde Mental, em 1998, cf. Rodrigues, 2010). Em 1997, o antigo Hospital Psiquiátrico Prof. Aduino Botelho foi demolido (Arantes & Toassa, 2017; Nascimento, 2018).

Em 1999, foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS Novo Mundo. Em 2000, há a reestruturação da Divisão de Saúde Mental, dentro da Secretaria Municipal de Saúde. Até 2004 seriam criados novos CAPS (E. A. Silva, 2013): Novo Mundo (transformado de NAPS em CAPS), Mendanha (rebatizado Esperança), Beija-Flor, Girassol. O Hospital-dia que havia se transforma no CAPS Vida. A Casa de Atenção Água-Viva em CAPS infantil. O Centro de Atenção à Saúde dos Alcoolistas e Toxicômanos - CASA, fundado em 1999, também se transforma num CAPSad. Residências Terapêuticas são criadas junto aos CAPS Esperança e Novo Mundo.

Em 2008 se cria o primeiro projeto de geração de renda através de trabalhos manuais, o Gerarte I. Dois anos depois viria o Gerarte II. Em 2012 inaugura-se o primeiro e único Centro de Convivências goianiense, o Cuca Fresca. No ano de 2016 o Cuca Fresca foi fechado por uma decisão arbitrária da Prefeitura, que viu irregularidades no contrato que tinha com a prestadora de serviço São Vicente de Paula. Descuidadamente encerrou o contrato sem dar continuidade aos serviços. O Centro de Convivência foi reaberto após atuação do Ministério Público - GO, que inclusive aplicou multa relativa a este fechamento. Pouco antes de ser fechado havia ganho o Prêmio Inclusão Social pela Arte, Cultura e Trabalho, promovido pelo CFP e pela Fundação Fiocruz: o Bloco de Percussão Desencuca ficou em 1º lugar na categoria Música em nível nacional (Gazeta do Estado, 2016).

⁴⁰ Para um apanhado audiovisual de como era o tratamento em 1986, cf. o documentário “Passageiros de Segunda Classe” (Leal, Jorge e Pina, 2001). Lá é possível ver os internos ociosos, nus ou seminus, sem lugar adequado para sentar ou deitar, o único tratamento filmado é a ECT. O filme também traz falas interessantes, um dos internos refere a de busca pelo trabalho e ECT como punição: “quem não gosta de mim aplica eletrochoque, eu não sei porque aplicam”.

Segundo H. C. Silva (2010), o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI surge em 2003 com o “propósito de fazer o censo das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás”. Conforme o mesmo autor, a partir de 2006 o programa passa a direcionar e monitorar no SUS o tratamento das pessoas com diagnóstico psiquiátrico que foram condenadas judicialmente por um crime. O PAILI é uma parceria da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) com outros órgãos governamentais, dentre os quais se destaca o Ministério Público de Goiás. Em 2017, contabilizava-se 243 pessoas em atendimento, em 77 municípios (PAILI, 2017).

O CAPS Noroeste foi inaugurado em 2013 e o Negrão de Lima em 2014, completando os atuais 9 Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia. No total, são 21 unidades de atendimento em Saúde Mental, considerando as 6 Residências Terapêuticas, os 2 Gerartes, o Centro de Comercialização de Economia Solidária, Centro de Convivência Cuca Fresca, o Ambulatório Municipal de Psiquiatria, e o Pronto-Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc

Em 2019, há uma tentativa de mobilização política-administrativa por parte de três vereadores de Goiânia. Cristina Lopes (PSDB) destacou a falta de medicamentos e a necessidade de reformas ou manutenção em 5 CAPS da cidade (Câmara Municipal de Goiânia, 2019a). A vereadora Priscilla Tejota (PSD) concentrou-se em visita ao CAPS Esperança. Dentre os problemas destacados, estão: “falta de medicamentos, falta de alimentos básicos para os pacientes em tratamento, falta de cuidadores, falta de higiene e de manutenção” (Câmara Municipal de Goiânia, 2019b). Registra ainda o fato de servidores estarem fazendo compras com recursos próprios, trabalhando voluntariamente (durante as férias) ou mesmo sendo contratados pelos próprios usuários. O vereador Paulo Magalhães (PSD) também verificou neste CAPS falta de manutenção e o armazenamento inadequado de alimentos (Câmara Municipal de Goiânia, 2019c).

Esforços vitais foram feitos pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura no sentido de verificar as condições de alguns hospitais psiquiátricos (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Visitaram instituições de todo o Brasil, tendo sido a Casa de Eurípedes (Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo) a única instituição goianiense inspecionada. A Casa de Eurípedes, resumidamente, apresentou problemas de acessibilidade, indisponibilidade de papel higiênico e toalhas, cantina interna que possibilita discriminação e exploração econômica, não garantiu a individualidade das vestimentas, usuários são por regra trancados nas alas e tem saída liberada apenas em horário pré-fixado, não havia Projeto Terapêutico Institucional ou Singular adequado a cada caso, prontuários em falta de anotações

diárias, irregularidade nas reuniões de equipe, ausência de atividades terapêuticas ou recreativas, cotidiano repetitivo, existência de celas de isolamento, uso de medicamentos como forma de controle, falta de capacitações aos funcionários, restrição parcial de visitas, usuárias mulheres com medo de violência sexual, usuárias mulheres atuando na limpeza da instituição, crianças e adolescentes sem distinção de tratamento em relação aos adultos, internamentos de longa permanência⁴¹, baixa articulação com a RAPS, indistinção entre leitos psiquiátricos e reabilitativos (transtorno mental ou uso de drogas), ausência de canais de ouvidoria e insuficiência de equipe (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

A outra instituição goianiense cadastrada e financiada pelo SUS é o Instituto Espírita Batuira de Saúde Mental. Note-se o cunho claramente religioso-espiritual de ambas. Desta questão as instituições se defendem alegando que não há coerção para a prática religiosa. No entanto, é preciso questionar: como a disponibilização de rituais religiosos não seria em si uma indução ante o mero fato de estar internado (em muitos casos involuntariamente⁴² ou compulsoriamente⁴³), com poucas possibilidades de locomoção, socialização e recreação? Ainda por cima, sendo oferecida por uma instituição que tem um renome e um financiamento público pela prestação de serviço de saúde?

O Instituto Batuira não foi inspecionado, dado que a estratégia do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, responsável pelas inspeções, era caracterizar as clínicas psiquiátricas por amostragem. É de se observar, no entanto, que todo o perfil das clínicas inspecionadas não diverge muito, apenas alterando-se o tipo de irregularidade ou sua intensidade, não o fato de apresentarem inúmeras delas. De todas, talvez a mais grave das irregularidades é a que segue: “No que tange ao tempo de internação, há registro de pessoas em internação de longa permanência em 33 estabelecimentos inspecionados (82,5%)” (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p. 57-58).

Durante 2018, a Casa de Eurípedes efetuou 3.122 internamentos via SUS, pelo que recebeu valor de R\$3.281.032,60, ou seja, valor recebido por internamento R\$1.050,94. O Instituto Batuira efetuou 2.301 internamentos via SUS, tendo recebido R\$3.393.139,90, o que corresponde a um valor de R\$1.474,64 por internamento. Já o Pronto-Socorro Wassily Chuc, tendo efetuado 720 internamentos, recebeu R\$139.593,00, o que caracteriza uma média de R\$193,88 (Secretaria Municipal de Saúde, 2018). É de se estranhar o parco recurso recebido

⁴¹ A publicação considerou longa permanência como o período superior a um ano, de forma ininterrupta.

Quando este era o caso, passou a referir-se ao usuário como morador.

⁴² Por pedido da família e autorização de psiquiatra.

⁴³ Por medida de segurança perpretada por juiz e autorização de psiquiatra.

pelo Pronto-Socorro, ante a sua crucial missão de acolher o usuário em surto e considerando ainda o depoimento da trabalhadora que refere a alta demanda por este serviço, inclusive de moradores do interior do estado (apresentado no Capítulo 3).

2.5. A teoria da Reforma Psiquiátrica: ideias e argumentos por trás do novo modelo de cuidado em Saúde Mental

“A liberdade é terapêutica”⁴⁴

“Ideologias são liberdade enquanto são feitas, opressão quando estão feitas”⁴⁵

Segundo Amarante (2003; 2007; 2008), a Reforma Psiquiátrica tem quatro frentes: a epistemológica, a técnica-assistencial, a jurídico-política e a cultural. Ele na verdade as chama de dimensões: a epistemológica cobriria a pesquisa científica e a revisão teórica; a técnica-assistencial inclui a consolidação de técnicas, estratégias, dispositivos, tais como os CAPS e os Centro de Convivência; a jurídico-política aborda a revisão da Legislação civil, penal e sanitária, bem como a transformação de conceitos tais como cidadania, direitos civis e humanos; e, destas dimensões, aquela que talvez mais seja um fim em si, a dimensão cultural (ou sociocultural), que trata da transformação social do imaginário da loucura: fazer a sociedade e seus membros repensarem seus princípios, preconceitos e opiniões sobre a loucura.

Conforme anteriormente pontuado, Amarante, Freitas, Nabuco e Pande (2012) entendem que a influência de Basaglia é preponderante na Reforma Brasileira. Das ideias do psiquiatra italiano, talvez uma das mais centrais seja a compreensão da prática tradicional da Psiquiatria como uma ferramenta de repressão e controle. Por isso, não basta soltar e não mais prender aqueles que possam ser entendidos como loucos ou estejam em sofrimento mental. Será necessária a adoção de várias medidas, administrativas, políticas, sociais, culturais mas sobretudo democráticas e participativas. Porque só assim será efetivo combater a repressão e o controle. Na outra ponta, Basaglia acena com uma autonomia conquistada.

Amarante (1994) também pontua que a desinstitucionalização, para Basaglia, não é mera desospitalização, porque rompe com os paradigmas da psiquiatria clássica. Há uma luta permanente contra a institucionalização. Envolve a destruição do "aparato manicomial", isto

⁴⁴ “La Libertà è terapeutica”. Graffiti nas paredes do Ospedale Psichiatrico San Giovanni de Trieste. Cf. Foot (2015 p. 193).

⁴⁵ Tradução minha: “Le ideologie sono libertà mentre si fanno, oppressione quando sono fatte.” Basaglia (1982, p. 3).

é, a estrutura e a lógica do internar, do tomar custódia, do manter tutela, mais do que uma questão do prédio em si. Porque mais do que um manicômio, um hospital, há uma lógica manicomial, uma lógica hospitalocêntrica, um sistema de pensamento que requer a exclusão e o aprisionamento.

Por isso, há toda uma luta a ser feita, por respeito, reconhecimento, dignidade. Uma luta contra a estigmatização, a segregação, noções questionáveis de periculosidade, de irrecuperabilidade (Amarante, 1994). Então a relação de tutela é substituída pela de contrato. Ou seja, a relação com o “doente mental” pressupõe de saída nele um sujeito autônomo, que pode querer ou não querer e que deve ser respeitado nesta vontade.

A consciência de todos emerge dessa luta, inclusive a da pessoa em sofrimento. Por isso, é importante sensibilizá-la para este estado de coisas e para o poder de agência que ela tem. Por outro lado, para o trabalhador em saúde mental, a novidade do pensamento e da proposta inevitavelmente deriva de um campo de experimentação. Sem a possibilidade de questionar ou reinventar o estabelecido, não haveria como fazer um movimento e uma luta. Ele próprio cairia na institucionalização.

Não é, portanto, apenas repensar a relação da loucura com a cura, mas de enfrentar o imaginário social sobre a loucura, "o campo ideológico tradicional que a identificou como doença mental" (Birman, 1982, p. 240). Em linhas bem diretas: não basta questionar o psiquiatra que recomenda a internação como forma de tratamento, é preciso tratar com a sociedade que procura o psiquiatra, que busca, cogita ou aceita a internação. Dialogar com a família que quer terceirizar o cuidado, que quer ou aceita excluir o contato. Questionar a lei que é cega, a justiça que é surda, a sociedade civil que dá de ombros, que finge que o problema inexistente, que as condições de adoecimento e tratamento são imodificáveis. Questionar, em seus pressupostos, o próprio conceito de doença mental.

Para Amarante (1994), a instituição homogeneiza e objetiva as pessoas que nela se inserem. Neste sentido mesmo, objetivar é precisamente retirar a subjetividade de, dessubjetivar. Basaglia (1968/1985) tratou a objetivação como aniquilamento da individualidade. Negar o delírio, impedir a alucinação, conformar. Ali dentro a pessoa será, na medida do possível, destituída de sua subjetividade: escolhas, modos de expressão, preferências, afetos. Dell'acqua fala deste processo como perda da originalidade de suas histórias e da espessura dos seus sofrimentos (como citado em Amarante, 1994).

Esta crítica que Amarante (1994) no Brasil encabeça é de que o conjunto de sintomas que a psiquiatria tradicional tenta catalogar lhe é incompreensível. Pois o próprio descrever e

catalogar é (1) a negação da experiência da pessoa (sua história, sua interpretação, seus pontos de apoio, suas formas de lidar) e (2) a abstração do seu contexto social (a negação – prática ou ideológica – de suas relações sociais, do impacto e importância das mesmas). Poderíamos dizer que a catalogação é positivista, pois exclui o dinamismo da vida e das relações sociais e exclui a percepção da pessoa sobre o seu próprio sofrimento: e desta forma no seu reducionismo com vistas à compreensão impossibilita a própria possibilidade de compreensão.

Tal questionamento da doença mental implica em colocá-la “entre parênteses”, para usar a expressão de Basaglia (1968/2013), que é um triplo movimento. Em primeiro lugar é não acreditar ingenuamente no que essa doença seja ou no que é dito que ela seja, mesmo e sobretudo pelo saber médico ou técnico. Em segundo lugar é olhá-la mais profundamente, para seus condicionantes sociais, econômicos, ideológicos; apreendê-la como um epifenômeno de algo maior, como um mecanismo atuante em relação a determinadas forças, estimulada por elas e direcionada a elas. E é também e talvez antes de mais nada olhar a pessoa em primeiro lugar. É tratar a pessoa, e não a doença nem seu conjunto de sintomas. Mas também significa não negar seu sofrimento. Neste sentido, Basaglia se posiciona tanto contra Szasz (1961) tanto contra Cooper (1967): se por um lado, a doença mental não se trata de um mito, tampouco se trata de aderir inconsequentemente ao rótulo “Antipsiquiatria” (cf. Foot, 2015). Basaglia advoga a criação de uma Psiquiatria Democrática, isto é, uma prática psiquiátrica que, transformada e renovada, possa dar conta das pessoas que apresentam sofrimento, considerando sua subjetividade e autonomia e prevendo que elas tenham participação ativa e determinante (cf. Lovel & Scheper-Hughes, 1987).

Amarante (1994) explica que, para Basaglia, negação não é recusa. A negação da instituição não significa seu abandono, mas a busca de sua transformação. Basaglia (1981) coloca que a negação é resultado de uma desestruturação que ocorre ao fazermos um questionamento sobre o campo ao qual se age. O manicômio aparece apenas como a epítome da violência institucional, que já está dada desde antes, mesmo em outras instituições, na igreja, na família, na escola. Então nesse caso específico é cuidar para com a violência técnica, mas sem deixar de apontar sua origem e seu sentido num contexto maior, na sociedade como um todo. Barros (1994, p. 60) por sua vez destaca três pilares de crítica em Basaglia: "a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência". Isto é, um elo moral entre cuidar ou tratar medicamente e manter a ordem e o controle, o fator sócio-econômico como um causador do

sofrimento mental e como um determinante do tipo de tratamento que receberá e por fim o reconhecimento de um interesse e uma utilidade no saber dito científico.

Essas são algumas das colocações mais prementes quanto ao *diagnóstico* do problema. No campo propositivo, o retorno à sociedade aparece como fundamental e constituinte. A utilização da arte e da cultura no movimento da Reforma Psiquiátrica, para além de recurso exclusivamente terapêutico (central ou auxiliar da clínica), passou a assumir duas dimensões, uma de produção de subjetividade e de vida, e outra política, de autopoicionamento civil e cidadão (cf. Amarante e Nunes, 2018). A arte torna-se ela mesma a linguagem pela qual manifestar-se (seja como pessoa, louco, doente mental, cidadão ou agente transformador), a linguagem pela qual se pensa a própria subjetividade, se transforma, se coloca ante suas próprias relações sociais. Em Goiânia, o Coletivo Desencuca, criado em 2014, se mobiliza por exemplo através do Bloco Desencuca, isto é através da movimentação por locais públicos com música e dança. Em sua página do *Facebook*, o Coletivo assim se conceitua: “É um espaço de convivência de respeito/entendimento a diversidade do humano, motivador sociocultural e promoção da saúde mental. Nossa linguagem é do ser criativo - arte, cultura, educação popular, saúde integral, redução de danos...” (Coletivo Desencuca, 2018). Isto é, a arte no contexto do tratamento em saúde mental é também utilizada como um meio de comunicação social, de transmissão de valores e necessidades, que implica estetização, significação e sensibilização.

Portanto, atualmente no campo da saúde mental, a arte aparece como forma de resistência, mas muito mais do que isso, um certo "modus operandi", um jeito propício de se manifestar, uma expressão natural de ser. No exemplo citado por Amarante e Nunes (2018), as camisetas criadas citam versos (poesias ou músicas), lemas, visam provocar reflexão (rever uma questão como quem pode mudar de opinião). Assim, “mesmo de longe”, as pessoas já vão dizendo a que vieram. Exposições e eventos culturais viram estratégia de inserção social e mobilização cultural. Neste sentido, comentam Amarante, Freitas, Nabuco e Pande (2012, p. 36):

Muitos acreditam no potencial terapêutico da arte. No entanto, com o advento das concepções sobre a utilização da cultura como recurso para melhorar a condição de vida das pessoas, a arte dos usuários vem sendo utilizada como um recurso de desenvolvimento político e econômico, ao colocar em questão conceitos da psiquiatria tradicional como incapacidade, irracionalidade, improdutividade, bem como para amenizar conflitos sociais, quando os artistas são valorizados por seus vizinhos e pela família.

Ou seja, além de uma reabilitação psicossocial, poderíamos falar de uma reabilitação político-econômica-sócio-cultural, afinal para ser um cidadão no pleno exercício de sua cidadania, é preciso ser capaz de defender seus próprios direitos e para se tornar um membro ativo da sociedade é necessário tomar parte em suas atividades. Vasconcelos (2000) fala de uma batalha pela autonomia e pelo autoempoderamento, isto é da autovalorização do poder contratual (de reivindicar e de negociar, poderíamos acrescentar) junto às instituições e nos contatos interpessoais.

Neste sentido, Amarante (2014a, p. 13) acrescenta: “Uma vez fechado o manicômio era preciso ocupar o território, construir residências, projetos de trabalho, projetos culturais, projetos de lazer, novas formas de subjetivação, de sociabilidade, nos quais as pessoas pudessem ser efetivamente protagonistas”. O auxílio fornecido deve ser no próprio campo de *batalha* da vivência, no território, no meio físico, social e cultural onde o sujeito se encontra. Contrapõe-se, portanto, à ideia de tratamento como um retiro ou um repouso das dificuldades ambientais. Por outro lado, não insiste apenas na responsabilidade da pessoa em sofrimento, mas busca dar subsídios concretos para que ela venha a efetivar suas possibilidades de protagonismo.

Eis aqui um ponto onde alguns comentadores distinguem a Psiquiatria Democrática basagliana da Psicoterapia Institucional francesa (iniciada por Tosquelles e levada adiante por Jean Oury, fundador da La Borde). No entendimento de alguns comentadores, a Psicoterapia Institucional não passaria de uma reforma asilar, não atingindo em suas ações a sociedade como um todo. Por exemplo, Birman (1992) pontua que a Psicoterapia Institucional falha em estabelecer as adequadas relações entre o dentro e o fora do hospital, bem como a crítica por ser incapaz de dar à loucura um lugar na sociedade. Para Lovell e Scheper-Hughes (1987), a análise de poder ali feita não alcança os meios de opressão exteriores ao asilo.

No mesmo sentido vai o entendimento de outros autores em relação à Psiquiatria de Setor francesa. Apesar da divisão em territórios, do tratamento multiprofissional e o foco tanto na prevenção quanto no período pós-tratamento, Rotelli (1994) pontua que este movimento não fazia transformações culturais em relação à Psiquiatria. Fleming (1976) opina que era custosa demais. Apesar disso, Zambenedetti e Silva (2008), pontuam que a Reforma Psiquiátrica brasileira não é a implementação de um único modelo teórico e assistencial. Passos (2009), particularmente, aponta a relevância da influência francesa.

Debates e comparações entre modelos à parte, o modelo italiano realmente enfatiza o recurso à autonomia, à organização da vida comunitária, defendendo que se feita a partir da

base, isto é democraticamente, como autogestão, constitui em si mesma um ato terapêutico (Basaglia, 1968/1985). Por outro lado, laços de autoridade e paternalismo também constituem institucionalização. Para Basaglia (1968/1985), a ocasional agressividade da pessoa internada transforma-se numa revolta que luta pelo direito a uma vida humana quando começa o processo de desinstitucionalização. A agressividade, muito mais do que sintoma a ser tratado ou contido, é, portanto, um foco de atenção no tratamento proposto por ele, pois é entendida como capaz de romper com os laços de autoridade que causam a institucionalização. Nisso vê importância em resgatar nos internos um sentimento de oposição ao poder. A ideia é que, juntos, psiquiatra, profissional de saúde e interno possam solapar a autoridade e desfazer a hierarquia de valores tradicional.

Dito isto, é produtivo explicitar que o internamento não funciona por múltiplas razões. Primeiro é preciso mostrar como ele opera para poder entendê-lo. O internamento não é uma proteção para a sociedade e para o interno. O internamento é um isolamento físico que redundando em isolamento social. O isolamento social por sua vez ocasiona privação da cultura, que gera embotamento intelectual e afetivo. Desta feita, o interno termina por apresentar falta de interesse e motivação para executar tarefas, inclusive as mais básicas como as de autocuidado. A mensagem que o internamento passa é “você não é importante”, e a mensagem é entendida muito bem. Não reclame, não incomode, não faça barulho, não atrapalhe a minha vista, não seja você, não seja ninguém. Ao longo do tempo, a pessoa que a recebe internaliza a mensagem e apaga todas as vontades que tinha dentro de si. O sofrimento agrava, cronifica. Ele não é para ser autônomo, ele deve ser tutelado. Sedado farmacologicamente, apagado com eletrochoques, com tratamentos invasivos e violentos. Não receber visitas, não ir ao banheiro, não escolher sua comida, sua roupa, seu lazer. Afora isso, o internamento desvalida o pensar e falar (ao não dar ouvidos) – e mesmo que o interlocutor seja obrigado a ouvir, prossegue a isolar, afastar, excluir; nega (a razão do que é dito) - condena, diagnostica.

A apatia característica das pessoas internadas é para Barton (1959) sintoma da neurose institucional. Para este autor, uma pessoa que sofre de esquizofrenia ou outro transtorno mental também pode desenvolver a neurose institucional ao ser internada e recomendou que os hospitais psiquiátricos ficassem fechados enquanto não houvesse sua correta administração (Barton, 1972). Em sua própria conceituação, outros sintomas são falta de iniciativa, de interesse, alto grau de submissividade, ausência de expressão de sentimentos face a situações difíceis ou injustas, ausência de planos, perda de hábitos pessoais, mutismo e inércia. Veja-se

como exemplo adicional a caracterização de Goffman (1961/1974, p. 247): “a hospitalização psiquiátrica previne todas as manobras do paciente, e tende a tirar dele as expressões comuns através das quais as pessoas se recusam a aceitar as organizações”. A pessoa internada acaba por perder seu poder de resposta comportamental e mesmo seu poder de expressão simbólica, uma vez que tanto um quanto outro tornam-se inefetivos dentro de uma instituição total.

Nas palavras do próprio Basaglia (1968/1985, p. 115): "courage de apatia, desinteresse e insensibilidade não seriam mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila". Assim como já havia apontado Foucault, com a crítica do "primeiro a gente interna, depois a gente vê", o comportamento da pessoa internada já não pode ser tomada como sinal de sua loucura, pois, contém, ao mesmo tempo, a possibilidade de agravamento por iatrogenia, isto é, decorrente de erro médico. O comportamento do interno que for usado de corroboração ao diagnóstico ou à justificativa do internamento é ao mesmo tempo uma profecia autorrealizável (“é porque estou dizendo que seja”) e uma tautologia (“é porque antes foi”). Mas é autoevidente que o médico e o juiz pró-internação nunca admitirão isto.

Neste próprio sentido, Rosenhan (1973, p. 257) conduziu pesquisa experimental e crítica onde demonstrou a falibilidade do diagnóstico psiquiátrico: “Está claro que não podemos distinguir o são do insano em hospitais psiquiátricos”⁴⁶. Foram internados 8 pseudopacientes (pessoas que simularam sintomas psiquiátricos) em 12 hospitais diferentes. Uma vez internados, todos imediatamente pararam de fingir os sintomas. Ainda assim, não foram cuidadosamente observados e a alta demorou em média 19 dias, sendo a mais demorada de 52 dias. Cerca de 30% dos outros internados percebeu que os pseudopacientes eram pessoas simulando sintomas, mas as equipes de saúde não. Segundo Rosenhan (1973), o hospital psiquiátrico impõe um ambiente onde os significados dos comportamentos podem ser muito facilmente mal interpretados. Vê os efeitos da internação (a ausência de poder de ação, a rotulação) como despersonalizantes e mortificantes, e, por conseguinte, antiterapêuticos. Isso porque a internação retira a credibilidade, a liberdade, a iniciativa e a privacidade da pessoa, a tratando objetivamente com invisibilidade e senso de desimportância (a equipe passou mensuradamente bastante tempo sem olhar no olho, sem responder aos internos ou sem iniciar conversar com eles, em suma, sem interagir, mesmo quando eles lhe demandavam atenção). A média contabilizada pela equipe de pesquisa não chegou a 7 minutos diários de interação dos pseudopacientes com médicos ou psicólogos.

⁴⁶ “It is clear that we cannot distinguish the sane from the insane in psychiatric hospitals.”

Chegando ao fim deste percurso, fiquei em dúvida se talvez o histórico um pouco mais longo, retomando formas de tratamento anteriores ao século XX tenha enfiado o leitor. No entanto, me parece que a longa tradição de expulsão e contenção que foi aplicada à pessoa em sofrimento mental, claramente como medida social, de evitação ou de controle e não realmente curativa requer nosso olhar mais demorado, não apenas por curiosidade histórica, mas principalmente porque este paradigma não foi ainda completamente superado. É somente a partir da segunda metade do século XX que começam tradições, como as clínicas com autogestão e os CAPS, onde um cuidado integral à pessoa é aplicado e um conjunto de tratamentos verdadeiramente científicos é organizado a este fim. Existem fundamentos teóricos, tradições e experiências que diferem, existem também para casos específicos tratamentos isolados, mas não existe realmente uma alternativa a este cuidado integral. O hospital psiquiátrico e a comunidade terapêutica religiosa não são uma alternativa. Não se quisermos oferecer algo mais do que uma medida de contenção e um tratamento moral, evitado de interesses secundários, privações, punições e torturas.

Por fim, é preciso afastar o possível argumento de que a crise econômica poderia ter tido um papel preponderante no sucateamento do serviço público em Saúde Mental. Isso porque os orçamentos federais anuais desta década sempre foram crescentes, mesmo quando o desempenho da economia nacional, medido pelo PIB, apresentou decréscimo. Como exemplo, cito os orçamentos, em trilhões de reais, entre 2013 e 2020:

Tabela 1: Orçamento Federal segundo Lei Orçamentária Anual (LOA) entre 2013 e 2020.

Ano	Orçamento Inicial segundo Lei Orçamentária Anual (LOA)
2013	R\$ 2.174.643.945.322,04
2014	R\$ 2.392.129.226.119,23
2015	R\$ 2.878.827.555.613,92
2016	R\$ 2.952.696.248.075,54
2017	R\$ 3.414.379.614.681,84
2018	R\$ 3.505.648.331.810,28
2019	R\$ 3.261.378.698.948,11
2020	R\$ 3.577.098.429.594,00

Fonte dos dados: Portal de Transparência (2020a).

Ou seja, o único ano onde houve involução foi 2019, e mesmo assim não foi significativa a ponto de descaracterizar o período de crescimento. Ademais, ainda que o serviço em saúde seja municipalizado e dependa da arrecação local, ou seja, o financiamento federal não seja a única fonte financeira, não parece haver dados que refutem a hipótese de que a questão ideológica opera mais que a estritamente financeira. Veja-se o orçamento do município de Goiânia para os mesmos anos:

Tabela 2: Orçamento Municipal de Goiânia segundo Lei Orçamentária Anual (LOA) entre 2013 e 2020.

Ano	Orçamento	Média
2013	R\$ 3.504.889.000,00	R\$ 3.504.889.000,00 (2013-2013)
2014	R\$ 4.710.655.000,00	R\$ 4.107.772.000,00 (2013-2014)
2015	R\$ 6.112.240.000,00	R\$ 4.775.928.000,00 (2013-2015)
2016	R\$ 5.252.436.000,00	R\$ 4.895.055.000,00 (2013-2016)
2017	R\$ 5.193.388.000,00	R\$ 4.954.721.600,00 (2013-2017)
2018	R\$ 5.034.358.000,00	R\$ 4.967.994.333,33 (2013-2018)
2019	R\$ 5.289.472.000,00	R\$ 5.013.919.714,29 (2013-2019)
2020	R\$ 6.056.055.000,00	R\$ 5.144.186.625,00 (2013-2020)

Fonte dos dados: Portal de Transparência (2020b).

Apesar da tendência ano-a-ano não ser absolutamente clara, as médias obtidas à direita mostram que apesar de alguns retrocessos, considerando períodos maiores, o crescimento no orçamento é inequívoco. Isto é, os retrocessos, sendo pequenos de um ano a outro, não prejudicam significativamente o patamar avançado. Nada justifica que o serviço tenha perdido em qualidade. Em consonância, o Conselho Federal de Psicologia (2019, p. 471) refere:

o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde destinado à saúde mental e aos valores correspondentes aos procedimentos de internação em hospitais psiquiátricos, nos anos de 2017 e 2018, permite afirmar um novo marco histórico na curva de financiamento, dessa vez, porém, representado pela ascendência do financiamento de hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede extra-hospitalar.

Denotando que independente da quantidade de dinheiro destinada à forma de tratamento sem ou com internamento, a proporção do investimento no internamento, revertendo a tendência anterior, passa a ser novamente a prioridade nos últimos anos.

Neste capítulo, percorremos histórica e teoricamente os movimentos ideológicos que culminaram com a Reforma Psiquiátrica e a formulação do CAPS como modelo de tratamento e cuidado. Através deste percurso nota-se a que tipos de tratamento o CAPS surge como alternativa. Como recurso à disposição no CAPS, a arteterapia compõe uma multiplicidade de serviços que enfoca a pessoa, a autonomia, a reinserção social, o tratamento voluntário e em liberdade. Neste contexto, contribui com uma prática atenta à sensibilidade, à expressividade, à criatividade e à elaboração simbólica.

3. Síntese das observações e análise de conteúdo das entrevistas

“Se quisermos entender qualquer coisa psicologicamente, precisamos ter em mente que todo conhecimento é subjetivamente condicionado.”⁴⁷

“...porque nem papel-cartaz a gente tá recebendo!”⁴⁸

A quantidade das entrevistas efetuadas variaram conforme as disponibilidades dos CAPS e dos profissionais e também das limitações de tempo da pesquisa. Foram 5 entrevistas com arteterapeutas, das 6 profissionais contatadas. Dos outros profissionais do CAPS, 2 entrevistas foram feitas. Dos profissionais que trabalhavam em dupla com arteterapeuta, houve 1 recusa e 1 indisponibilidade (afastamento por saúde). Dois dos arteterapeutas contatados não trabalhavam em duplas em seus grupos de arteterapia (e portanto nesta condição não se tinha os profissionais-alvo para entrevista). Das entrevistas com outros profissionais, um era gestor e não trabalhava em dupla com arteterapeuta, mas se disponibilizou à entrevista e outra era uma assistente social, que compunha dupla com arteterapeuta. Um segundo gestor também foi convidado, mas recusou alegando falta de tempo para a entrevista. Foram conduzidas também 6 conversas informais com profissionais que não eram arteterapeutas, que apesar de não terem seguido o roteiro da entrevista foram interações espontâneas onde pude me ambientar mais na vivência e percepção do seu trabalho. Todas as pessoas entrevistadas têm experiência considerável em saúde mental, trabalhando nos CAPS no mínimo desde 2005. Das profissionais arteterapeutas, todas fizeram graduação em artes ou educação artística.

As arteterapeutas sempre foram a minha primeira entrada na minha apresentação aos CAPS e com a proximidade e especificidade do tema, se mostraram mais interessadas e colaborativas (o que torna a produção de dados mais aprofundada). Três arteterapeutas de CAPS distintos se interessaram em mostrar algumas de suas oficinas. Nestes três CAPS participei de oficinas mais de uma vez. Também achei muito valioso participar das sessões, sobretudo pela riqueza da experiência e a diversidade no escopo de trabalho. Tive a impressão que o modo como nos apresentamos e a empatia que se estabelece faz bastante diferença na hora de obter a concordância para a entrevista. O fato de voltar aos CAPS mais de uma vez

⁴⁷ Tradução minha. Jung (1915/2014h, p. 1046): "If we want to understand anything psychological, we must bear in mind that all knowledge is subjectively conditioned."

⁴⁸ Depoimento de arteterapeuta do CAPS.

ajudou nesse processo, tanto para o observador quanto para o observado se sentirem mais à vontade e confiantes.

Algumas das sessões de arteterapia que participei achei bastante mobilizadoras emocionalmente, particularmente naquelas com dança/expressão corporal. Gostei muito também das que exploraram pintura/desenho e achei que foram produtivas do ponto de vista de conectar-se com as próprias emoções e a própria história, possibilitando buscar um pouco mais de *insight* e resolução destas emoções, bem como aceitação das vivências. Também me senti bastante conectado às emoções dos demais usuários. Não sei precisar se isso é um efeito da estrutura das sessões em si, suspeito que se deva mais ao fato de eu estar dirigido naquele ambiente pela curiosidade científica (objeto de pesquisa) e empática (fruto de minha profissão).

Não pressuponho que minha experiência nas oficinas replique a experiência da pessoa em sofrimento mental. No entanto, tampouco considero que ela seja desprezível para tentar compreender por analogia como as sessões funcionam para o usuário. Apesar destas experiências terem tido uma impressão positiva, cabe em especial salientar que não as fiz de modo continuado (tal como é a proposta dentro do CAPS, onde os usuários voltam para a mesma oficina até esta não fazer mais tanto sentido do ponto de vista do projeto terapêutico singular), pois apenas em um CAPS eu participei da oficina mais de uma vez. Isto é, acredito que a continuidade do trabalho pode ensejar ainda mais efeitos positivos. O desenvolvimento da confiança, intimidade e relações sociais com terapeutas e usuários são efeitos positivos que só podem realmente ser verificados com a periodicidade do comparecimento, mas a julgar pela minha breve experiência é suposto e razoável que ocorram e de forma muito produtiva e encorajadora.

Das estruturas físicas observadas, não tive acesso aos CAPS como um todo, porque durante o funcionamento certas salas encontravam-se ocupadas. Mas pautando-se no observável e no relatado pelos profissionais que me receberam, há vários pontos possíveis de melhora. No CAPS Vida, no Novo Mundo e no CAPS Beija-Flor, há salas sem a devida ventilação. No CAPS Esperança e no Beija-Flor falta adequação das salas às atividades de arteterapia. O CAPS Esperança também se beneficiaria da desvinculação dos banheiros em relação às salas. Somente o CAPS Vida tem uma sala usada para arteterapia que realmente oferece privacidade, a do Novo Mundo é completamente composta com janelas de vidro, que, pelo calor habitual da cidade, ficam abertas. O CAPS Beija-Flor fica ao lado de uma escola, e em dois dias de visita pôde-se ouvir uma música bem alta vinda de lá, mesmo dentro das salas

do CAPS, que não têm isolamento acústico. O CAPS Vida e o Esperança apresentam restrições grandes de acessibilidade, pois dependem de escadas.

Os CAPS são movimentados, mesmo em período de férias. Usuários circulam nos espaços próximos à recepção e buscam a interação. As sessões com arteterapia que presenciei sempre tiveram mais de 10 usuários. É comum os usuários e familiares procurarem os profissionais para comentarem questões diversas, como pedido de remédios, reavaliações psiquiátricas, avisos sobre atrasos e faltas às sessões, ou mesmo para interações sem uma intenção específica. No CAPS Novo Mundo, houve um momento em que uma das técnicas foi à porta brevemente atender uma demanda, durante a sessão de arteterapia. É difícil precisar por observação o número de usuários que comparecem em cada CAPS (porque nem sempre a distinção usuário-familiar é possível, também porque os horários de chegada e saída variam), mas nos turnos que visitei era fácil observar mais de 20 usuários, o que sugere que 40 usuários por dia talvez seja uma base. Dos CAPS visitados, o Novo Mundo pareceu ter um fluxo maior (como era de se esperar, por ser um CAPS tipo III).

Na minha perspectiva, a interação entre usuários e profissionais foi avaliada positivamente. Há cuidado e afeto por parte dos profissionais. Foi possível perceber que os usuários sentem-se acolhidos e muitos expressam-se espontaneamente, cumprimentando, buscando informações, referindo suas vivências, dificuldades e sucessos. Sempre há algum técnico disponível e a organização das oficinas em dupla facilita o atendimento de uma demanda individual mais premente, além da elaboração conjunta do casos (análises mais profundas, encaminhamentos sempre discutidos). Não foi incomum notar por parte dos usuários preocupações com os horários de comparecer ou deixar o CAPS, sobretudo considerando suas necessidades de deslocamento. Em algumas sessões houve pedidos para sair mais cedo.

Todas as sessões de arteterapia que presenciei eram claramente definidas em três momentos, o da abertura, que comportava apresentações, informes gerais e relaxamento; o desenvolvimento, onde se aprofundava na técnica artística em foco conforme as instruções; e o fechamento, onde se procurava de alguma forma ouvir cada usuário, em que este podia dizer o que sentiu ou pensou durante a sessão. Mesmo quando os técnicos davam orientações focadas para a demanda de um usuário, pensava-se na comunicação de uma forma que abrangesse o grupo como um todo.

Durante as sessões, os profissionais demonstraram preocupação com o bem-estar dos usuários e em entender aquilo que eles estavam vivenciado, prestando atenção a tudo que era

verbalizado. É comum haver ao fim das sessões a oportunidade de cada um verbalizar o que está sentindo e o que produziu. Em uma das sessões, durante o fechamento se trouxe reflexões e orientações bem pragmáticas sobre autocuidado, tais como tomar o remédio regularmente, visitar o CAPS com regularidade, manter-se em contato contínuo com o profissional de referência ou os demais, buscar contribuir com atividades domésticas, buscar qualificação ou oportunidade profissional, e ainda que houvesse em casos pontuais certa sugestão de como reenquadrar lembranças e vivências focando atitudes mais afirmativas, sempre houve um acolhimento e reconhecimento das experiências negativas.

Nas sessões de arteterapia presenciadas utilizou-se desenho com giz de cera, tinta, colagem, contação de histórias, expressão musical (CAPS Novo Mundo); dança circular (CAPS Beija-Flor); expressão corporal e desenho com giz de cera (CAPS Vida). No CAPS Beija-Flor houve ainda menção às oficinas com técnicas de bordado, tapeçaria e mandalas. Uma das arteterapeutas do CAPS Beija-Flor referiu preferência em não nomear sua prática como arteterapêutica, dada as condições em que era proposta, mas reconheceu espontaneamente que há princípios da arteterapia em uso, tais como o recurso à criatividade dos usuários e à sua expressão livre, bem como o momento inicial de sensibilização. Ela também referiu que seu cargo é analista de cultura e desporto, e que o concurso que fez foi para a área da cultura, não para a da saúde. Entendi que há uma adaptação da proposta de arteterapia a “o-que-é-possível” no CAPS, tendo impacto sobretudo a estrutura da sala (que não é exclusiva desta oficina) e a adaptação do momento de sensibilização. Aparentemente, os profissionais também não conseguem lançar as oficinas conduzidas como um trabalho de arteterapia no sistema que é utilizado para registrar os trabalhos feitos, simplesmente porque esta categoria não existe. Houve reclamação disso como falta de reconhecimento profissional e também desfavorecimento em termos de não ter o correspondente recurso financeiro encaminhado. Não consegui dar atenção a este aspecto e nenhuma profissional me mostrou espontaneamente o sistema ou suas dificuldades. Acredito se tratar da RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde. Silva, Camargo e Bezerra (2018) realizaram pesquisa exploratória com 58 profissionais de saúde mental do estado de Goiás e concluíram pela necessidade de um programa de educação permanente para qualificar o registro de atividades.

Antes de explorarmos as categorias e suas unidades de registro da Análise de Conteúdo, algumas pontuações sobre notação:

O sinal (...) denota que um trecho da fala do entrevistado, irrelevante para o bom entendimento da mensagem aqui selecionada, foi omitida. O sinal [...] denota que uma

expressão breve do entrevistador, irrelevante para o entendimento da mensagem e não sugestiva, foi omitida (gealmente expressões como “uhum”, “sim”, “entendi”, por vezes algum pedido simples de confirmação de informação).

Ambas as supressões foram utilizadas para não prolongar desnecessariamente as unidades de registro, deixando-as mais limpas e objetivas. Mesmo nas supressões um pouco mais longas, a opção por dividir o conteúdo em mais de uma unidade de registro foi descartada, visando evitar fragmentá-las demasiadamente, o que prejudicaria seu entendimento pela ausência de contexto ou por um recorte na sequência da fala, isto é, na concatenação das ideias.

Colocações explicativas e contextualizadoras acrescentadas durante a transcrição ou análise são apresentadas entre colchetes, exemplo: [Estratégia] Saúde da Família. O termo estratégia, aqui acrescentado, visa trazer referência explícita que de outro modo poderia não ficar clara a todos os leitores. Nomes próprios foram substituídos, exemplos: [usuária], [o gestor].

Expressões do entrevistador durante a própria entrevista foram colocadas entre parênteses. Em geral estas expressões não podem ser ignoradas e sugeriram conteúdo relevante para as subseqüentes expressões do entrevistado, isto é, o entrevistado não abordaria o assunto nestes termos ou não exploraria estas ideias espontaneamente. Exemplos: “(Entrevistador: Afetiva também, né?) Afetiva...”. “Material básico: tinta. (Entrevistador: Que tipo de materiais?) Papel, tinta...”.

Como categorias, foram elencadas colocações sobre os seguintes temas: efeitos terapêuticos, técnicas e estrutura das sessões de arteterapia, referencial teórico, trabalhar no CAPS, relação com a equipe multidisciplinar, estruturas de trabalho no CAPS e relação com a RAPS.

3.1. Efeitos terapêuticos

A arteterapeuta 1 destaca a consciência corporal e a consciência emocional: “A arteterapia, ela é rápida. Porque a pessoa, ela consegue ver o que acontece. Quando você consegue ver o que acontece com você, é mais fácil de você poder mudar. Como a gente trabalha com imagem, se ela não tá bem, ela vê que não tá bem, ela consegue se entender melhor, eu vejo assim. A condição de tentar mudar é real, porque ela percebe... Porque na arteterapia, aqui [no CAPS] é mais complicado de fazer isso, mas você tem o processo, então você pega o primeiro desenho dela, seis meses ela evoluiu isso daqui, porque vou pegar um

desenho muito desestruturado, e depois de seis meses tá estruturado, o que tá no chão, tá não chão, a pessoa não tá voando, não tá no ar. Então ela reconhece a melhora dela. Quando adocece é difícil perceber sua melhora. Porque você tem muitos ganhos com a doença. Você fica numa posição de ser mais cuidado. Então ela consegue ver. Não fui eu que trouxe isso. Foi você que fez, tá aqui, ó. A melhora é nítida. (Entrevistador: Pareceu que começa com esta autoconsciência.) Da doença. (Entrevistador: Das emoções.) Das emoções. É muito difícil, por exemplo, se é amor e ódio, qual a diferença? Você vê que para uma pessoa amor e ódio é a mesma coisa. Ou aquela pessoa que não sente raiva, vamos supor, mas ela traz o marrom. ‘Ah, eu não tenho raiva.’ ‘E essa cor? Essa aqui não é a cor da raiva?’ ‘É mesmo...’ É difícil perceber as emoções, e quem tem transtorno mental é mais difícil ainda. Vai ficando muito diluído. Ontem moça parou de tomar remédio, é do grupo das mulheres. Chegou em crise. Eu consegui encostar nela, na mão. ‘Parece que tem uma pessoa mexendo na minha mão.’ (Entrevistador: Nossa...) Percepção corporal fica muito difícil. ‘Olha como sou eu tou mexendo na sua mão’, ‘ah, você...’. Por o pé no chão [bate na mesa três vezes]. A pessoa perde o chão, mesmo. A gente trabalhar de tirar o sapato, ... (Entrevistador: A sensação). Sentar na beirada da cadeira. Ninguém lembra que respira. Quem tá deprimido, ‘nossa, eu não tou respirando’. É tão sutil a respiração que parece que não tá respirando. Pessoa vai se sentindo viva. (Entrevistador: Acho que a arte consegue fazer bem esta transição entre mundo interno e o palpável, o visível.) Tá visível. E traumas estão ali também. E o respeito pela pessoa, né?”

Destaca ainda: “Melhora da autoestima, autonomia, reconhecer a doença, saber quando está piorando ou melhorando. Se piora, as vezes precisa mexer na medicação. Quando você melhora você pode diminuir a medicação de novo, senão vai só aumento. Então esse reconhecer que pode diminuir a medicação é importante.” E, desta forma: “Ah... Volta para casa, assumem, né, assumem os filhos, o marido, a casa de novo. É porque já não estão aqui. Você viu a que chegou grávida, quarta-feira? Então, ela era da arteterapia também. Agora já tá grávida de novo, cuidando das crianças... (Entrevistador: Das responsabilidades.) Quer dizer, retoma a vida.”

A arteterapeuta 2 refere a arte como uma segunda possibilidade de linguagem: “Ajuda muito. As vezes a pessoa não quer verbalizar... (Entrevistador: Ou não consegue...) Com arte ela vai exprimir o que está sentindo.” Desta forma: “Às vezes nem sai, mas fica aqui, estabilizado. Em outros casos enviamos ao grupo de referência. Trabalho nos grupos é para que a pessoa descubra os sintomas de sua própria doença, para que ao senti-lo venha ao CAPS

e não vá a clínica, para o internamento.” Então a vantagem é, segunda a arteterapeuta 3: “Primeiro é a não-internação. O segundo momento é se reconhecer como pessoa e sua doença. Isso é muito positivo. Reconhecer suas debilidades, suas dificuldades, ajuda a não desenvolver problemas anteriores. Autoestima melhora, relacionamentos também. E com sociedade também, vai viver melhor em sociedade.” A parte da autoestima foi induzida por uma pergunta anterior minha, mas tive que citar alguns exemplos hipotéticos (que efeitos poderia gerar) porque ela não havia conseguido responder à pergunta mais aberta. Por fim conclui: “Cuidar da vida é autonomia.”

A arteterapeuta 2 relata assim o efeito terapêutico: “de um modo geral tem aquele bem-estar, de poder expor, de poder falar sobre o que está sentindo, mas já teve caso da pessoa poder expressar um surto e aí se conseguiu um suporte de imediato, o contato com a família, e dar a atenção necessária, medicamentosa também, foi a partir desse momento que a pessoa teve oportunidade de expressar”. Aqui aparece a criação da expectativa saudável em torno das sessões de arteterapia e a constituição de um vínculo terapêutico que gera abertura social, emocional e diminuição da agressividade: “ele conseguiu se colocar, se expressar, ele fez um desenho de uma árvore, toda em preto, e depois verbalizou se comparando com aquela árvore sozinha na floresta, sozinho no mundo, fechado, e a partir daí, nos outros dias, ele foi se expressando, soltando mais, ah, um detalhe, foi possível ele desenhar, ele falou que ele não conseguia, mas ele conseguiu e depois nos próximos encontros ele conseguiu se expor um pouco mais e passou a gostar, e eu entrei em licença médica, não, entrei em férias e ele ficou ansioso pelo retorno da atividade, sabia de cor que dia eu ia retornar e ligou pra madrastra, 'olha, deve voltar amanhã'. Então vi que ele percebeu, não se esqueceu, estava ansioso para retornar e a madrastra relatou depois que tava melhor a comunicação em casa, não tava tão fechado como estava. Assim, de vez em quando a gente vê alguns casos que é muito gratificante.”

Esta arteterapeuta retoma sua resposta: “(Entrevistador: você diria que o efeito mais visível é esse bem-estar, que a pessoa tem uma tranquilidade emocional, talvez?) É, considero que sim. E também a oportunidade de se comunicar, né, porque através da arte ele encontra um caminho para começar uma comunicação. Às vezes, quando começa, nem ele tem consciência daquilo, e no momento que expressa começa a olhar e verbalizar que toma consciência dos seus sentimentos.”

Em sua fala aparecem elementos de autopercepção, autocompreensão, elaboração emocional e ampliação da comunicação. Também trouxe outro caso em que notei que uma

usuária se colocou numa situação de antever o futuro e se planejar, percebendo quais recursos ela precisa e quais ela tem, numa atividade cognitiva mesmo de ver suas possibilidades ante ao que ela deseja. Neste sentido, pode-se dizer que a atenção que a arteterapia traz é dupla: tanto o olhar ao desejo, interno, quanto à realidade externa. Ainda é de se considerar que a afetividade que a prática evoca pode fazer com que seja mais fácil para o usuário atentar à realidade, processar seus elementos e memorizá-los, como no caso do usuário que passou a referenciar-se motivadamente em relação aos dias das sessões de arteterapia, inclusive retendo a informação da data de retorno da arteterapeuta e controlando a chegada deste dia.

A arteterapeuta 4 não falou especificamente sobre arteterapia, mas da estruturação da pessoa através do serviço de atenção à saúde mental como um todo: “chegavam aqui e a gente falava ‘não, como que tá assim’, né? E hoje a gente vê eles com autonomia. Eram pacientes muito robotizados, sabe? Que tinha que estar sempre acompanhando. Hoje são pacientes que vem sozinhos, pacientes que já saem vão fazer um curso fora, sabe? Que tem, que chega pra você e fala ‘Nossa, depois que eu entrei aqui no CAPS minha vida mudou’, então isso enche a gente de alegria.” Ainda: “a gente tem pacientes que chegaram aqui, muito ruins, com diagnóstico de bipolaridade, na crise de euforia, ou de depressão, e tudo. E conseguiu estabilidade. Não tomam mais medicação, foram para a universidade, se formaram e estão trabalhando.” Embora reconheça que este nível de sucesso terapêutico não seja o mais comum: “depois que estou aqui, foram uns três ou quatro.”

Não apenas produzir, mas poder expor seus trabalhos dá motivo de orgulho, reconhecimento e sentimento de pertencimento: “por exemplo, nesse grupo de mandala, no de artesanato, que aí por exemplo, quando elas tiram o trabalho que aí vem aqui pro salão e a gente sai colocando, elas ficam, aquilo mexe com a autoestima, elas se sentem produtivas, elas gostam de ver o que elas estão produzindo, então isso é bacana.”

Aqui a arte aparece como uma forma de comunicação de aspectos sensíveis, mesmo que seu público não o entenda de imediato:, segundo a arteterapeuta 5 “tem muita gente que vê a arte só dessa forma, como entretenimento. Tem muita gente que não entende a arte como linguagem. (...) Se você não entende a arte muito menos você vai entender que aquilo possa ser uma forma de comunicação de uma pessoa que tem dificuldades pra falar de algumas coisas. Então, isso eu acho bacana da arteterapia”. Mas para certos usuários há momentos ou condições de produção: “quando ela não tá legal, não adianta você achar que ela vai conseguir produzir alguma coisa, ela não...” No entanto isso não impede de o grupo atuar como um

continente: “ela tem a percepção de que no grupo se ela ficar ali no grupo ela tá segura até certo ponto.”

Esta arteterapeuta também fala sobre o dilema entre dominar várias técnicas ou aprofundar-se apenas numa. Ela refere que sua escolha foi por buscar outras técnicas, mas pontua que não necessariamente uma estratégia é melhor que a outra. De todo o modo um bom efeito depende da dedicação: “o resultado depende do profissional, de como ele aprimora, melhora e busca mais conhecimento.” Entendi interessante trazer essa afirmação para lembrar que os efeitos específicos que se conseguem após uma intervenção dizem respeito não apenas à ocorrência desta, mas de todas as condições sob quais ela se dá, tais como recursos materiais e técnicos, preparação e vínculo prévio. Isto é, o resultado não vem automaticamente mas depende de fatores que por vezes são menos óbvios ou enfatizados.

Quanto aos casos que refere como ilustrativos, neles a arte aparece como possibilidade de abertura: “ela teve uma, uma afinidade muito grande, porque ela gosta muito de desenhar, né? E aí, ela... No início ela, não gostava de falar dela, das coisas (...) uma dificuldade de relacionamento, uma dificuldade de se colocar no mundo. (...) uma jovem de 24 anos.” Passado um surto, superou suas dificuldades: “Aí, de repente nos últimos tempos, ela já tá dirigindo pra todo lado. Ela ajuda a mãe na lanchonete. Se precisar sair, ela sai! Ela também continua produzindo, que é da formação dela.” E também: “Ela ficou muito mais atenta, mais aberta às pessoas em volta. Porque, antes ela ficava muito dentro da casinha, fechada no mundinho dela. E que o grupo contribuiu nesse sentido, dela, dela permitir que as pessoas, né, fazer talvez que ela perceba o outro...”

Outro caso citado pela arteterapeuta 5 foi de ideação suicida: “Ela chegou com o dia e a hora e a forma de como ela ia suicidar. Uma moça de 30 anos (...) Aí, ela mostrou um caderno que ela desenhava, gostava muito de desenhar, tudo ela desenhava. E aí, que que eu comecei, eu propus a ela, que ela fosse fazendo os desenhos. E tudo que viesse na cabeça dela, inclusive o plano dela, que ela colocasse nesse caderno. E ela fosse me mostrando. (...) Essa moça foi visivelmente mudando. A postura dela, a forma de como ela se relacionava com as pessoas. Quando ela chegou, ela era muito derrotista assim, muito pra baixo. Que ela tinha essa data para dar fim na vida dela, que ela já tinha feito tudo que ela tinha que fazer. Era esse o discurso, sempre aparecia muito isso. (...) Aí, começou a trazer propostas de vida. Aí, ela começou a entrar pra uma militância. E tinha uma questão, ela, ela defendia muito, a questão da consciência negra. (...) Aí você via uma pessoa cheia vida, cheia de planos, cheia de projetos.” Sobre este caso, apesar de reconhecer a importância do trabalho da equipe, sem

isolar o mérito para a arteterapia, destaca o vínculo criado a partir dos desenhos compartilhados: “Aí, ela é um caso que eu acho que foi bem sucedido, pela nossa intervenção assim. Eu falo nossa porque, assim, foi o conjunto. Mas essa questão do desenho pra ela. E ela nem era artista, ela tinha essa habilidade e gostava de fazer isso! E em muito momento, ela conversou comigo pelo desenho.”

Ainda um terceiro caso é trazido como exemplo: “o que ele fala do grupo é, que o grupo ajuda ele a se encontrar assim, sabe? Como ele também tem habilidade, ele gosta de desenho, ele fala que o grupo transmite um equilíbrio interno. (...) O momento que ele tá ali desenhando, ele entra, vai lá nas profundezas dele lá. Isso, até ele já verbalizou sobre, alguns demônios que conversam com ele, umas coisas. E ele vai, e a arte permite que ele tenha contato com esse conteúdo, mas ele consegue voltar em paz, consegue voltar tranquilo.” Vê-se que a arte e o grupo possibilitam um experimentar seguro dos elementos perigosos que emergem à subjetividade. As interações também possibilitaram perceber a falha na medicação, que foi reorientada: “as alucinações ficaram intensas, porque ele não tomava as medicações regularmente. (...) Conversou com a médica, ela mexeu na medicação, e deu super certo.”

Percebe-se que alguns efeitos foram referidos mais genericamente, através da atuação do CAPS como multiprofissional ou enfocando sua intenção substitutiva à lógica asilar, eis aqui mais um exemplo: “Ficavam anos na clínica. Tinha morador de 20, 30 anos. Foi vendo que não precisa ficar morando. Se a gente atende as famílias, família consegue ficar com a pessoa. Ou a família desorganiza a pessoa, ou a pessoa desorganiza a família. É mão dupla. Precisa ajudar a família a se organizar. É o caminho.” É depoimento da arteterapeuta 1.

Em síntese, a consciência corporal e a consciência emocional são destacadas pelas entrevistadas, e as sessões aparecem como uma possibilidade autoconhecimento, inclusive no sentido de prevenir uma crise ou de alertar que ela está chegando, o que possibilita preparação e mitigação, tanto por parte do usuário, quanto por parte da equipe. Isto é dizer, de outra forma, que a arteterapia proporciona maior estabilidade emocional. Outro dos pontos levantados é a questão da autoestima e do protagonismo. A pessoa é produtora, é artistanda. Ela pode verificar o produto final após as sessões, ela pode mostrar a familiares, amigos e comunidade. Isso traz senso de pertença e de relevância. Mesmo com as dificuldades vivenciadas, o usuário nota um percurso, traça uma história, e pode ver continuidade em seus diferentes momentos, emoções e vivências. Assim se trabalha a integração da personalidade (Jung, 1931/2014r; 1939/2014e; Silveira, 1981).

A autonomia ensejada possibilita uma autorresponsabilização, e a reinserção na vida cotidiana, tida como normal: o trabalho, o autocuidado, as tarefas domésticas, o cuidado com parentes e a manutenção de outros vínculos sociais. Isso é alcançado através da atenção a si, ao trabalho de elaboração emocional, que por sua vez aprimora a comunicação e mantém uma abertura maior à socialização.

A atenção a si, a elaboração de processos internos e o embasamento sensório produzem um engajamento maior com a realidade. Neste sentido, pode-se pensar no conceito de função transcendente de Jung (1917/2014k; 1958/2014w), que reorganiza as funções psicológicas básicas (intuição, sensação, sentimento e pensamento). Esta reestruturação interna retoma a espontaneidade e a expressividade, trazendo elementos do mundo interno, inconscientes, à luz.

3.2. Técnicas e estrutura das sessões de arteterapia

Sobre materiais, a arteterapeuta 1 se posiciona: “posso dizer que a gente usa menos é argila, por que não vem. Quando vem, chega dura. Os outros a gente usa. Colagem, corpo, pintura, desenho. (...) Não tenho preferência, não. Percebo que alguns pacientes tem mais facilidade com um ou outro. 'Qual que você quer hoje? Quer tinta?' Acho que tinta dá mais condição de expressar, flui melhor.” No mesmo sentido, complementa-se a arteterapeuta 1: “É o que a pessoa precisa. Por exemplo, você vai começar um trabalho, não começa com argila. Tem que ser seguro. Começa com giz de cera, colagem. Se estão dispersos, a gente faz uma atividade que possa dar uma acalmada, uma estruturada naquele momento. Ou se uma pessoa precisa de alguma coisa, e o grupo junto. Aqui no CAPS eles faltam muito. Tal pessoa tá precisando disso, daí a pessoa não vem. Ou muda. Temos que ter sempre carta na manga. Se não deu certo o que a gente pensou, ou a pessoa não veio, daí não justifica você fazer aquele trabalho aquele dia.”

A arteterapeuta 2 corrobora a versatilidade, mas destaca a falta de material como determinantes: “A gente trabalha com muita limitação. Não tem disponível uma variedade de materiais. Eu utilizo mais lápis de cor, tinta guache, colagem com jornal e revista. Nos primeiros anos tinha disponível argila. Faz um bom tempo que não recebemos. Até mesmo lápis de cor tem vezes que falta, a gente tem que estar trazendo. Ah, e giz de cera também.”

Sobre estrutura da sessão, comenta a arteterapeuta 1: “A maneira que eu trabalho, faço momento de sensibilização, para relaxar. Para a pessoa poder chegar, sentar. Momento da atividade plástica, né, de arte (tem a música também) e o fechamento, com a fala, a escrita.

(Entrevistador: todos falam.) Todos falam. Eu trabalho com... sempre uma introdução, o fechamento pode ser escrito ou falado. Isso é da arteterapia. Gosto de terminar com uma palavra, a pessoa sai estruturada. A palavra não precisa ser boa. Pode ser ruim, "hoje estou entrando em surto", ela consegue se perceber como está se sentindo. Se não estou bem, não estou bem. O que a gente pode fazer para melhorar? Hoje não pode fazer nada? Ok. Mas é importante ela reconhecer que não está bem, para lidar com a doença, quando ela vai entrar em surto. Eles conseguem saber. A gente vai ajudando."

A arteterapeuta 4 também faz menção ao momento de sensibilização: "inicialmente com proposta de um relaxamento, sempre que chega um novato, eu peço que os outros se apresentem, para que falem do trabalho, até mesmo para estar reforçando, o que eles estão entendendo, o que é o objetivo, que que estão fazendo aqui". Sobre tempo de permanência no grupo, a maioria das arteterapeutas não forneceu uma resposta, dizendo que varia muito conforme o caso. Apenas uma referiu: "Geralmente é um ano. De seis meses a um ano."

Sobre número de integrantes: "A oficina é 12 pessoas" comenta a arteterapeuta 1 ao término de uma sessão integrada, que teve 20 pessoas. As oficinas integradas recebem usuários que normalmente iriam a outra oficina, mas que por algum motivo não pode ocorrer naquele dia. "Arteterapia tem 30 pessoas. Mas vem de 15 a 20, revezam um pouco", relata outra. "faço no máximo com 10 usuários", diz uma terceira.

Pelo que pude entender as formações dos grupos no CAPS variam muito, conforme a demanda dos usuários, se a proposta do grupo está muito tempo a mesma e como a existência desse grupo dialoga com a de outros grupos oferecidos. Alguns grupos são específicos em gênero, idade ou outra condição unificadora, exemplo: mulheres que sofreram abuso. Os grupos que se fazem valer da arteterapia em geral não apresentam restrições. Exceção colocada pela arteterapeuta 2: "eu sempre peço para encaminhar pacientes com esquizofrenia, preferencialmente. Porque eu vejo que [...] os neuróticos tem outras possibilidades e tem mais recursos para falar, para se expor. Então eu atendo os esquizofrênicos e de vez em quando me encaminham alguns com retardo mental."

A maioria dos grupos incorpora também os diálogos em sua estrutura. Dependendo do transtorno, da fase em que se encontra e também da personalidade, os usuários são mais ou menos falantes. Então por vezes o arteterapeuta estimula a fala dos usuários, mas também respeita quando a mesma é reduzida ou sucinta. Uma exceção na proposta, no sentido de evitar a fala, se verifica na proposta de grupo da dança circular: "o que seria ideal para as danças circulares é você não conversar. A dança e a música realmente internalizar e o seu

corpo se expressar mesmo, sabe? E a gente tem até costume de dizer que quando você pensa você perde o passo. Então é deixar realmente a dança internalizar e você dançar. É diferente de dança-terapia.”, coloca a arteterapeuta 4.

Sobre o que é essencial na sua prática, a arteterapeuta 2 assim se posicionou: “tem que ter noção de manuseio com materiais plásticos e conhecer, ter uma base em psicologia e uma sensibilidade, para estar ouvindo e captando uma mensagem.”

Os grupos que observei eram mistos em sua constituição, tanto homens como mulheres, sobretudo jovens (de 20 a 40 anos), embora não fosse incomum a presença de pessoas de mais de 45 ou 50 anos (suposição pelo aspecto físico, não verificada). As vezes há grupos específicos. A arteterapeuta 1 falou que naquele caso dividir por idade aconteceu naturalmente, ao longo do tempo, porque os usuários cultivam assuntos de interesse distintos e a dinâmica da relação é diferente. Ela organizou também um grupo de mulheres que sofreram abuso. Mas um determinante é o Projeto Terapêutico Singular.

Viu-se tanto nas entrevistas quanto nas observações que, quando a palavra falta, o símbolo, a imagem, o gesto e o movimento podem fornecer o subsídio expressivo essencial para a pessoa se haver com sua vivências e seus conflitos. Então realmente a expressão artística constitui-se em uma segunda linguagem, tanto externa (si-terapeuta, si-grupo, si-família, si-sociedade) quanto interna (si-consigo).

Neste sentido, parece que as sessões de arteterapia nos CAPS observados são estruturadas para “trazer um chão” ao usuário, firmando-o em sua consciência corporal e sensorial. A atenção ao concreto é a todo momento importante: como estou sentado? Estou respirando adequadamente? Me sinto nesta sala? Estou ouvindo o que dizem no meu entorno? Isso acontece explicitamente no momento de relaxamento (início da sessão) e também no fechamento (fim da sessão). Como exemplo, uma das arteterapeutas no fechamento solicitou a cada usuário que repetisse as palavras que os usuários anteriores disseram. Essa foi uma atividade de grupo, então mesmo quando um de nós não conseguia lembrá-las ou enganava-se sobre a sua ordem, outro as lembrava e então seguíamos juntos na mesma intenção e esforço. Já as atividades de dança e expressão corporal também pedem uma atenção a como posiciono meu corpo no ambiente, como me movimento através dele e como outras pessoas o fazem. Na sessão de expressão corporal foram enfatizadas tanto a expressão individual em meio ao grande grupo (embora tenha notado que é comum repararmos o que outros estão fazendo e sermos influenciados por isso) quanto a expressão pareada (a certos períodos de tempo, a arteterapeuta nos convoca a escolher um parceiro com o qual interagir conforme suas

instruções). Enquanto que, na dança circular, há ênfase grande em uma consonância ou harmonização coletiva, tanto rítmica quanto simbólica: andar e performar as gesticulações no mesmo passo, no mesmo sentido, todos ao mesmo tempo. A pesquisa empírica corrobora, portanto, os dados da revisão bibliográfica, onde a diversidade de técnicas artísticas é comum.

3.3. Referenciais teóricos

Pode-se verificar que os referenciais teóricos das arteterapeutas são confluentes. Jung fornece a base. Como os cursos eram poucos e as professoras repetiam-se, isso pode ter tido papel preponderante (Philippini foi coordenadora do curso da UFG): “hoje é Jung”. E também: “Angela Philippini, Ligia Diniz, Maria Cristina Urrutigaray.”

A arteterapeuta 3 apenas referiu sua leitura mais recente: “O último que li foi da Nise. (...) Depois você adquire uma característica bem própria, a partir da experiência. No dia a dia, você vai estar trabalhando com pessoas, que depende muito do seu manejo no trabalho, para que seja resolutivo, para que a pessoa encontre seu caminho.”

Já a arteterapeuta 4 respondeu: “Na arteterapia eu trabalho muito com Jung, gosto muito do Jung, inclusive o meu TCC da especialização eu trabalhei com mandalas baseado na teoria de Jung” Acrescenta: “Bernhard Wosien e... Maria Gabriele Wosien, que é a filha dele. Foi com ele que surgiu as danças circulares na década de setenta. (...) as danças circulares, tanto pra ela quanto pro pai, é uma meditação em movimento, é uma mandala em movimento. (...) Eu gosto muito da Angela Philippini, ai gente, como é o nome dela? Deolinda...” [Deolinda Maria da Costa Florim Fabiatti, coordenadora do curso de formação em arteterapia do Alchimy Art - SP].

Por fim, a arteterapeuta 5 refere que seu referencial vem: “Da minha formação, do curso, que era muito Jung. (...) Fayga Ostrower. (...) A Nise da Silveira, né? E o trabalho que ela realizou também, no hospital psiquiátrico não deixa de ser uma referência. Eu gosto muito do trabalho da Angela Philippini.”

Apesar de algumas entrevistadas fazerem referência direta à Jung como fonte teórica e algumas fazerem referência indireta (Phillippini, que se apoia na abordagem junguiana) nas entrevistas não apareceram propriamente os elementos que Jung menciona como operantes na terapia através da arte (e. g. não se falou de modo teórico nem se abordou conceitos relevantes como inconsciente, arquétipo, imaginação ativa, símbolo, função transcendente, individuação, etc.). No entanto, pontes entre o explicitamente abordado e as formulações teóricas são possíveis de se fazer. O ponto central é a referência de trazer ao usuário uma base expressiva

(simbólica), onde ele possa notar como o uso de cores, movimentos e formas expressa seu estado emocional. Isto é, não apenas põe em operação o corpo como parte motora (e realizadora de ideias e conteúdos inconscientes), mas traz estas mesmas ideias e conteúdos novamente à percepção sensória e intelectual, ao manter a atenção na obra feita e ao pedir interlocução sobre a mesma.

3.4. Trabalhar no CAPS

Importância primeira do trabalho do CAPS é recuperar e evitar os internamentos. Comenta a arteterapeuta 1: “positivo é você tirar as pessoas de dentro dos hospitais, de tirar os moradores. Dar uma perspectiva para estas pessoas. Isso é um ponto de vista meu, daqui a 30 anos, vai ser muito diferente do que é hoje. Porque não interna, não tira a pessoa da casa, a família participa. A recuperação dessas pessoas... Na oficina, um ano e meio já volta a trabalhar. Tendo a consciência de que precisa tomar medicação, tem uma vida boa, normal.”

Esta arteterapeuta ressalta que o resultado depende do investimento: “Daí depende do governo. Investe mais, flui melhor. Investe menos, tem mais dificuldade. Mas acho que foi um avanço muito grande. Só de as pessoas não estarem internadas. Internada eu digo aqui ou em Clínica, tanto faz.”

Sobre o que é fundamental para um profissional de CAPS a assistente social enfatiza o trabalho coletivo: “Tem que ter perfil para trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Não negamos conhecimento, mas tem gente que trabalha muito o individual.” Uma arteterapeuta destaca o “profissionalismo com humanidade. Ética. Utilizar os métodos bem objetivos. Mas vendo o lado humano da pessoa, pois cada um é cada um.”

Ao iniciar o trabalho no CAPS, houve quem se sentisse bem, como a arteterapeuta 1: “trabalhar naquilo que você gosta é muito bom. Fui muito bem recebida aqui.” E a arteterapeuta 3: “Passar num concurso e entrar numa coisa que você quer... É gratificante.” Mas mais comum foi a insegurança da novidade de lidar com transtorno mental. Houve quem buscasse cursos na área ou buscasse amparo no trabalho de outros profissionais mais experientes, como a arteterapeuta 2: “Quando eu entrei eu não conhecia nada de saúde mental, então foi um aprendizado. Um pouco de dificuldade no começo, a gente não conhecia os transtornos, equipe criou grupo, porque ninguém tinha experiência, a maioria não tinha experiência em saúde mental. Aí foi aquele aprendizado, né, em grupo. Aí logo depois a gente conseguiu esse curso de especialização em saúde mental, daí sim as coisas mudaram bastante. Muito bom, muita teoria.”

Nesta fala, a arteterapeuta 1 resume um pouco seu trabalho no CAPS e os resultados que vê: “Quando entrei no CAPS, havia muitas pessoas do Adatao, muito crônicos, você viu ali, a (nomeia usuária). Ela é a primeira paciente. Era moradora do Adatao. Agora anda bem arrumada, maquiada. E teve fugida. Andou sem tomar remédio. Está meio ruinzinha, vamos dizer. Mas ela vai na academia, passear no fim de semana, no bosque. Ela mora ali, nos fundos. Era moradora do Adatao! Então tem muitas possibilidades. Ela trabalhava no Gerarte, só que ganha pouco! (risos). Mas ela ficou muitos anos trabalhando no Gerarte. (...) Hoje estão chegando os jovens de primeiro surto. Ou recebendo os que eram do CAPS Água Viva, quando chega a maioria, vem para cá porque é desta região. Então a gente tá dando continuidade. Muitos não precisam frequentar as oficinas. É mais manutenção da medicação, tem que ter, né? A gente vê a resolutividade.” Depois: “E hoje a gente recebe também do PAILI. Se ele cometeu um crime, né, ou matou alguém em surto, então ele tem a proteção do PAILI. Reincidência do PAILI: 0. Tem 10 anos do PAILI, um ou outro furto, uma coisa assim, mas de matar mesmo é zero a reincidência.”

Nesta fala sucinta aparecem diversas questões. Uma delas é de como o cuidado é singular, mesmo dentro de uma estrutura multiprofissional. A atenção, mesmo a pontual, também é estruturante e terapêutica. Por fim, também revela a importância das relações fora do CAPS e seu impacto emocional: “Senão a gente só conversa, as vezes só uma conversa já ajuda a organizar. Filho adolescente: ‘tou surtando’. A gente senta, conversa. Aí, é o projeto terapêutico singular. Não necessariamente ela volta para a arteterapia. Aí a gente faz o projeto terapêutico de novo.”

Sobre aspectos críticos, a arteterapeuta 1 destaca: “Falta de verba, falta de investimento. Se você perguntar para os usuários, é só coisa boa.” De fato, na própria sessão de arteterapia anterior à entrevista, um dos usuários, no momento de verbalização, falou espontaneamente, ele disse: “esse é o grupo que mais gosto.” E a arteterapeuta 3 insiste na qualidade de vida que o modelo de atenção traz para as pessoas: “Na prática é bem resolutivo. 12, 13 anos que não internam mais. Pessoas que moravam em clínica! Isso é gratificante. (...) com novo modelo, assistencial, criou possibilidades de autonomia, autoconhecimento, a não-institucionalização. E hoje tem uma vida aí fora. Conseguem viver em sociedade. E de portas abertas, isso é fundamental. Porta aberta, onde ele tem toda liberdade de ir e vir, sem nenhuma contenção.”

A arteterapeuta 3 também reporta: “Nós atendemos, não pode falar que atende, mas atende. Alguém de Senador Canedo traz endereço de Goiânia. Nosso serviço tem qualidade.

Equipe de Goiânia sobressai, uma visão de CAPS, de serviço, estamos à frente na visão de serviço psicossocial.” Aqui aparece a comparação com outros municípios, trazendo o serviço como referência no Estado. Curiosa também a menção “ao burlar da rede” que o usuário da região metropolitana faz. Mas é também de pensar, afinal, se o serviço é público e em Goiânia ele tem outra estrutura, como privar o usuário disso?

Para a arteterapeuta 2, o trabalho do CAPS marca uma transição na política pública de saúde mental: “No geral, o trabalho no CAPS é poder acompanhar a melhora na qualidade de vida dos pacientes, isto é visível, né? No começo a gente percebia estas mudanças com mais intensidade, porque a gente recebeu uma clientela muito adoecida, muito medicada, não é? Com um acompanhamento pela família de forma às vezes errada e aí com nosso trabalho no CAPS a gente foi percebendo as mudanças, a melhora, diminuiu a medicação, passou a ter um pouquinho mais de contato fora, né, interação um pouquinho mais social, a família passou a compreender melhor o adoecimento, participar, a cuidar melhor, então a gente vê claramente. Então isso é muito gratificante, agora parece que não tem tanto comprometimento quanto tinha antigamente, mas é gratificante você poder fazer um trabalho e perceber que a pessoa tá se sentindo melhor, tá sendo reconhecida, tá sendo respeitada. Isso é realmente bom. Hoje a gente chega na parada e observa enquanto eles estão aguardando a atividade e você não sabe quem é quem, quem é paciente, quem é funcionário, quem é familiar, né, parece que o dito louco mudou um pouco a aparência. Então a gente vê isso, que tem tido essas mudanças, eu vejo isso como muito positivo. As internações passaram a ser mais breves, antigamente eram mesmo internações de abandono, dois, três meses, familiar que sumia, não buscava mais seus pacientes.”

Esta arteterapeuta também pontua que a estrutura do serviço implica ainda o serviço como uma variedade mais afeita às demandas dos usuários: “bom perceber a possibilidade de oferecer mais de um opção para o usuário, porque os usuários tem necessidades diferentes e individuais.” Ela descreve o serviço em saúde mental antes do CAPS: “pelo que a gente acompanhava, acompanhou também, quando eles chegavam, o trabalho era específico de acalmar as crises, as pessoas eram internadas, saíam da crise e não davam continuidade ao tratamento.” O trabalho era conter a pessoa no seu período mais agudo, conter fisicamente, restringir a circulação, um “sossega-leão” químico ou um resetar eletroconvulsivo, que desnorteia a pessoa e faz ela perder seus referencias emocionais e cognitivos, ficando apática. Mas segundo esta arteterapeuta não havia um tratamento efetivo, era uma medida de controle para crises apenas: “...Só emergência. Não era um tratamento, apagar fogo, só crise. E

também a gente percebia o porquê, a dificuldade de aderir ao tratamento, [a dificuldade] de uso correto da medicação, da compreensão que tinham que ter um uso correto, contínuo.”

Parte da diferença envolve trabalhar a mentalidade das famílias sobre as concepções de cuidado e tratamento: “Então a gente encontrou família muito adoecida. Família que às vezes preferia internar com mais frequência para ter um alívio, medica em excesso para ter um alívio, então tudo isso a gente teve que trabalhar, dentre as nossas atividades voltadas para os usuários nós temos também voltadas para o familiar, que é esse suporte, essa orientação, oportunidade de troca entre os familiares, para perceber que recurso o outro utilizou em determinada situação, parece que dá um alívio, e também essa conscientização do uso correto da medicação, que parece que foi uma coisa muito boa, que a partir daí a gente pode perceber que teve uma melhora, melhora na qualidade de vida, só do paciente usar menos remédio, participar um pouquinho mais da família, né, já é um ganho, então a gente pôde observar isso também.”

Para trabalhar no CAPS, o que é necessário? Segundo a arteterapeuta 4, “Independentemente de ser um arteterapeuta, é você conhecer um pouco a história da saúde mental. Entender a pessoa... porque se você entender um pouco a história desse sofrimento, você vai conseguir acessar esse paciente seu, sabe? E se você não tiver esse olhar, seu trabalho fica perdido aqui. Então é importante você conhecer e você, principalmente, estar sempre atualizado. (...) E ter disponibilidade. Disponibilidade pra ouvir, pra enxergar, pra estar junto, pra acolher. (Entrevistador: Afetiva também, né?) Afetiva...”

Sobre queda na qualidade da gestão pelo desinvestimento da figura do gestor técnico, ela prossegue: “O legal é que nessa época [2005] a saúde mental tinha uma estrutura muito boa, né? A gente tinha três gestores nas unidades, a gestão municipal dava muito apoio, apoio financeiro e apoio organizacional pra saúde mental, hoje a gente perdeu muito isso. Então a gente tinha um coordenador técnico que ficava ao nosso lado todos os dias.”

No entanto, apesar das dificuldades, esta arteterapeuta não enxerga seu trabalho como obrigação ou sacrifício: “Sabe? eu não vim trabalhar. Aquele trabalho, o ardor do trabalho. Entende? Eu venho por prazer mesmo. O carinho que elas têm, esse grupo dos tapetes então, a maioria delas é um carinho. Às vezes perguntam da vida da gente, às vezes a gente fala. ‘Você é avó’, sou avó, ‘quero ver seu netinho’. Aí pego meu celular e mostro a foto do meu netinho. Daí na semana seguinte, elas perguntam. Esses dias foi o aniversário do meu netinho, aí eu contei pra elas que ele estava fazendo um aninho. Na semana seguinte todas queriam ver as fotos do aniversário e querem saber. Então é assim, é um carinho que a gente ganha

demais, é um retorno muito grande. Não só pela a questão pessoal. Delas quererem saber alguma coisa da minha vida. Às vezes do nada ‘nossa que saudade que estou de você’. Aí eu falo ‘nossa, você estava sumida, senti saudades’. Então, é muito carinho.” E também: “Eu sinto como se eu tivesse vindo pra cá me alimentando mesmo.”

A arteterapeuta 5 salienta a entrega pessoal, o senso de propósito e a resiliência: “o trabalho no CAPS é quase um sacerdócio assim, um trabalho de entrega, não pode faltar nisso. Ou você tem isso ou você não tem, que essa entrega, você vestir a camisa, né? E você ter assim... você ter um pouco de clareza do porquê você estar aqui. Se você tiver isso, você consegue ter humanidade na sua prática diária. E você consegue, meio que resgatar, buscar os recursos pra você ir adiante, se não, acho que não fica.” Isso porque “é um trabalho emocionalmente denso, então assim, com o passar dos anos, você tem que tentar diluir, você tem que tentar se cuidar pra você não embarcar, senão daqui a pouco você tá doente também. Você tem que ter muita clareza do porquê você estar aqui, né? (...) Porque é um ambiente, é muito assim, é aquela coisa do caos mesmo, é muito baixo astral em muitos aspectos. As vezes a gente tem que tirar da gente, assim... bom humor, né? Ânimo, motivação que as vezes até pra você falta em muitos momentos da sua vida e você tem que tá repassando isso, retribuindo isso nos outros todo santo dia. E depois de um certo tempo você pensa: ‘nossa, mas não tem nem pra mim’, que dirá passar...”

Nesta sessão, vê-se os significados atribuídos ao trabalho no CAPS, o lidar com a reinserção social, a oferta de um cuidado mais integral e um tratamento mais engajante do que o modelo de internamento. O usuário e suas dificuldades são cuidados para além das crises e de modo contínuo, e o cuidado também se estende às suas famílias. Isso demonstra sensibilidade por parte dos trabalhadores e retoma preceitos básicos da Reforma Psiquiátrica.

3.5. Relação com a equipe multidisciplinar

Percebe-se uma certa retração por parte de algumas profissionais na hora de falar das relações com a equipe. Algumas pessoas entrevistadas preferiram falar genericamente, sem entrar em detalhes. Muitas ressaltaram a existência de conflitos e diferenças metodológicas, mas interpretam isso como parte normal de uma atividade multiprofissional:

“A gente se relaciona bem, de vez em quando se estranha. (ri). (...) É igual a todos os lugares. Há pessoas que tem mais afinidade, discute com um, com outro. Resolve. Sexta é reunião de resolver, ajuda muito. Do meu ponto de vista, a equipe flui bem junto. Estamos sempre resolvendo. (Entrevistador: No diálogo.) Tem épocas. Mas funciona muito bem como

equipe. Esse é o CAPS escola. Do meu ponto de vista a gente caminha bem juntos.” Diz a arteterapeuta 1.

O posicionamento da arteterapeuta 3 vai no mesmo sentido, as divergências podem ocorrer mas busca-se soluções: “Tem hora que precisa sobrepor suas ideias, porque isso é do ser humano. (Entrevistador: É um grupo.) Faz parte. Onde há pessoas, há problemas. E problemas são solucionados no diálogo.”

Já o gestor do CAPS refere embate técnico entre psiquiatra e o restante da equipe: “ele olha assim e já fala: 'não, isso não é perfil de CAPS, pode ir embora'. Tem horas que as meninas aqui ficam bravas: 'Como que não é perfil, né? Se automutila!’” Coloca-se então como um mediador: “Falei: ‘calma gente’, então é uma relação muito boa com ele. ‘Ó, passa pra mim que eu converso com ele. Passa pra mim que eu sei levar ele’. Que se bater de frente com ele, é pior. Deixa que eu falo. Elas ficam nervosas, passa para mim que eu resolvo. Ele é bem objetivo, já olha: ‘pode ir embora, não é perfil de CAPS’. [elas respondem:] ‘tentou suicídio e não é perfil de CAPS?’” Esta fala também denota que não há consenso na equipe sobre os casos a serem recebidos no CAPS.

Importante ainda enfatizar a perda gradativa de profissionais. Por um motivo ou por outro, os profissionais vão saindo, mas eles não são substituídos, deixando o serviço mais precário. Cabe lembrar que esta não é a lógica condizente da administração pública, onde, havendo a vaga, sua reposição é obrigatória: “Quando sai é difícil entrar alguém. A gente tem vários profissionais que saíram e não foram repostos.” Retoma a arteterapeuta 1. A arteterapeuta 3 corrobora: “A equipe vai perdendo os profissionais com frequência, não que não tenha chegado novos, tivemos muita saída.” E também: “...não teve reposição. Então somos 26 para dois turnos. Por isso que às vezes fica difícil fazer as atividades, inicialmente a gente fazia de dupla, as vezes eu faço sozinha, porque não sobra, não tem ninguém para compartilhar.”

Em um terceiro CAPS, a equipe está quase completa em relação às categorias profissionais, no entanto, incompleta em quantidade, é o depoimento da arteterapeuta 5: “Só tá faltando da equipe que foi pensada, (...) só um musicoterapeuta. Tirando isso, tem todos os outros profissionais. Só que assim, reduzidos! Tem um número maior de psicólogas.” Sobre a falta de médicos, pontua: “já tivemos fases que não tivemos médicos, nenhum! De ficar exatamente sem médico. E aí, a gente se virava, dava um jeito assim. O CAPS nunca parou! Não tem médico, o que que a gente faz? A gente busca a rede.” Apesar de reconhecer a importância do remédio, tenta trazer a atenção para outros focos de atuação: “Porque na

verdade assim, a medicação segura (...) a presença dos sintomas, assim. Altera, a gente não pode deixar de falar que altera. Mas ao mesmo tempo, por exemplo: o acolhimento, ele é uma intervenção, assim, primordial para criar o vínculo.” Faz uma consideração sobre o comportamento dos trabalhadores diante da falta de horários livres do psiquiatra: “muita gente alega que é frustrante acolher e não conduzir. (...) Você fica... aquilo gera uma frustração. Eu entendo isso! Gera mesmo, ao ponto de brigar de ‘foice’, quase que brigar de ‘foice’... você quer uma vaga com o médico, porque o paciente chegou. O paciente está em crise, então ele precisa de uma vaga.” Isto é, pode haver disputa para que algum referente consiga o horário.

Esta arteterapeuta vê diferentes posturas na equipe, uma de maior dependência em relação ao médico, outra de mais autonomia, e retoma sua fala anterior trazendo essa diferenciação: “Assim, quando eu comecei minha fala pra você, ‘A falta de médico é crítica.’... É crítica porque, ela incomoda essa parte da equipe, que acredita que o serviço se baseia só nisso, aí desestrutura. Quando uma parte, está pensando que é só isso, né, afeta os que não pensam assim. Ainda a gente esbarra na cultura de que saúde é só a figura do médico.”

Ela na verdade parece estar repensando grandes questões que se atravessam no seu dia-a-dia. É o trabalho do médico que é importante? É o medicamento? É o trabalho da equipe? Na sequência, retoma o trabalho do psiquiatra como algo pontual, e o trabalho dos outros profissionais como basilar: “Mas assim, é crítico quando falta medicação, né? É crítico quando falta essa estrutura de trabalho para os outros profissionais. Eles é que dão esta base, para que o médico consiga fazer o trabalho dele. O momento que ele [o usuário] está ali com o médico é bem restrito, né? Ah, fez a consulta. [...] Avalio a medicação, avalio o sintoma e acabou. Todo o resto são os outros profissionais que fazem. Então, nós temos um papel importante também! Esse contato com a família, a busca-ativa, esse atendimento familiar, o matriciamento, esse acolhimento,... Enfim, tem todo esse trabalho psicossocial.” Refaz sua opinião pessoal, conclusivamente. Não é crítico quando falta o psiquiatra no CAPS: “é crítico quando uma equipe não tem afinidade, não tem coesão. (...) quando não se tem a rede. (...) Isso é uma situação crítica: não ter para onde encaminhar. Você recebe [a demanda] e não tem como encaminhar. Não tem como desafogar o serviço.”

A escassez de horários com o psiquiatra também gerou um diálogo interessante entre o psiquiatra e esta profissional: “Eu falei da consulta, da necessidade da consulta. E o médico virou pra mim e disse ‘ué, e o trabalho psicossocial?’ Eu falei, ‘olha, o trabalho psicossocial é feito!’ Agora, tem a necessidade de conter os sintomas, tem paciente que se não conter os

sintomas ele não consegue aderir. Ele [o usuário] não consegue ter essa percepção. Infelizmente alguns casos são assim, outros às vezes a gente até consegue! Mas assim, tá vendo? Por exemplo: o trabalho psicossocial, por exemplo: esse serviço funciona, porque é esse conjunto de intervenções. Não quer dizer que seja só atuação do médico. Que seja só atuação de qualquer outro profissional. É uma engrenagem que, assim, só funcionam juntas! É natural, é desgastante e frustrante que uma dessas peças estejam faltando. Todo o funcionamento, ele vai ficar precário!”

Sobre comunicação e importância das reuniões, a arteterapeuta 3 ressalta: “devido a ter repasses todos os dias, de manhã e a tarde, tem reunião de equipe, então a gente interage bem, né, os acontecimentos são repassados e isso ajuda no trabalho. (Entrevistador: Essa comunicação diária deixa tudo alinhado.) Deixa.”

O trabalho multiprofissional aparece também como uma vantagem para o usuário, segundo a arteterapeuta 3: “Usuário se beneficia da integração de várias áreas, é uma qualidade maior do serviço.” A arteterapeuta 4 traz a relevância da discussão coletiva e multidisciplinar dos casos: “E quando a gente faz esse acolhimento, também é em dupla, a gente não faz acolhimento sozinho. Aí nesse acolhimento, a gente nunca escolhe, quem fez o acolhimento, se aquela pessoa tem ou não o perfil pra fazer o tratamento aqui. A gente sempre leva para a equipe. Então, a gente discute o caso né? Aí, decide, se for ficar aqui, já escolhe um referente⁴⁹ para aquela pessoa e tudo. Então assim, a equipe multidisciplinar é muito importante, nesse sentido.”

A arteterapeuta 4 também pondera desentendimentos passados: “O CAPS (...) vem de uma história de muitas rixas internas, (...) e aí talvez, acho que até por conta disso, como a equipe não se comunicava, não tinha uma relação saudável internamente. Isso fazia com que eles não saíssem da unidade para ir representar a unidade em outros eventos.” Apesar do histórico de conflitos, ressalta: “a equipe, é uma equipe que tem seus segmentos, né? Mas é uma equipe com muito comprometimento, tá? Fechada? É, até hoje, é muito fechada, sabe? Mas é uma equipe que faz muito pelo trabalho, faz muito e faz bem.” Prossegue: “Me parece que quando começou o CAPS aqui só tinha três técnicos. E esses três técnicos, durante muito tempo tiveram que levar essa unidade sozinhos. Então acho que até por conta dessas coisas,

⁴⁹ Conforme o Ministério da Saúde (2004, p. 16): “O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS.” Para uma discussão aprofundada do papel e das implicações do terapeuta de referência, cf. Silva & Costa (2010).

pesou muito para algumas pessoas. E essas pessoas meio que acabaram adoecendo. E criou essas rixas assim. No princípio, sabe? Mas, assim, em termo de relações interpessoais, mesmo depois que cheguei, já tinha acabado um pouco essas rixas, mas ainda tinha um pouco. Mas tenho percebido que tem se diluído essas relações. E é uma equipe muito comprometida com o trabalho, sabe? Não é muito comprometida com o que tá acontecendo lá fora, mas é uma equipe comprometida com o trabalho interno.”

E salienta o comprometimento da equipe com o usuário: “Agora, os profissionais, o que eu posso dizer dos profissionais, é que eles são muito comprometidos. Porque mesmo diante de todo esse caos, a gente vir trabalhar e fazer o que a gente faz aqui. Sabe? E, é um serviço que não é reconhecido. Sabe? Quando assim, tem um problema que sai nas mídias, seja de álcool e drogas, seja de transtornos. Eles nunca falam bem dos CAPS. As comunidades não conhecem os CAPS. Sabe, a quantidade de pessoas que não conhecem os CAPS! E são pessoas que trabalham na área da saúde.” Prossegue: “as pessoas que ficaram aqui são profissionais, (...) é uma equipe forte, que é uma equipe excelente. E a gente já superou tantas coisas, mas tantas, tantas situações que assim, nesses quase 15 anos a gente viveu tanta coisa que... e aí é esse grupo que permaneceu, né, então tá forte continua assim com todos os percalços, então é uma equipe que assim vestiu a camisa, sabe, briga pelas coisas que tenta, assim, é aprimorar o que tá fazendo,”

Para esta arteterapeuta, a relação com a equipe passou por fases distintas: “A reunião era pra se discutir casos, e aí coisas pessoais no trabalho eram colocadas assim na frente de todo mundo e o clima ficava pesado e os profissionais saíam daqui chorando e aquela coisa toda, então, assim. Isso tinha um peso no dia-a-dia, porque assim, é, a gente ficava estressada. (...) então isso pesava, e a gente ficava assim muito mais, eu acho que era muito mais rançoso, mais pesado pra executar o trabalho, e hoje não, hoje eu vejo assim, tá mais leve, tá mais gostoso, as pessoas brincam mais, as pessoas se divertem mais. (...) tipo tem uma situação difícil, assim, de repente se a equipe tá mais coesa, se ela, se ela conversa, se tem essa troca saudável, de repente assim, também o encaminhamento flui.” Mas mesmo passando por momentos difíceis atribui muita importância para a troca profissional que ela possibilita: “essa coisa de trabalhar em grupo, eu acho assim, é muito rica porque assim tem uma troca fundamental, assim, você se vê no outro, você compartilhar, fazer parte também do universo um do outro, então assim, eu acho que a percepção de algumas coisas ela se torna mais ampla” e também: “cada um traz um olhar diferenciado mesmo, pra mesma questão, é, e assim, pelo fato de ser multi, são intervenções também, né, diferenciadas.” Ou ainda, segundo

a arteterapeuta 5: “equipe multidisciplinar te ajuda você a te situar também. Como você não fica sozinho, você tem parâmetros, você tem como avaliar se o que você tá fazendo ressoa ou se não. Você não fica tão perdido. (...) Ela dá um respaldo, ela tem uma força no sentido de buscar soluções, de trocar informações de se ajudar.” Isto é, a equipe pode fornecer feedback entre o caso e a intervenção, e fornecer um respaldo teórico-metodológico.

Outro aspecto importante é a avaliação que a arteterapeuta 5 faz sobre as gerações, certa desmotivação e descaracterização da luta antimanicomial: “Aí, a nova leva de trabalhadores mais jovens não pegaram esse *boom*⁵⁰ desse período. Então, não se envolveram. Não tem essa consciência de luta pela saúde mental, o que é força da saúde mental. Ela só é forte quando tem essa união. Então assim..., mas assim, ainda tem uma galera que ainda... Eu mesmo assim, eu admito que eu cansei. Com o passar dos anos, você vai cansando um pouco. Hoje eu vejo que a luta antimanicomial, (...) As pessoas assim, acabam associando, ‘a uma semana cultural’. Sabe assim? Aí de repente levam apresentações artísticas para poder contemplar o evento. Eu assim, como trabalhadora da rede, como arteterapeuta. Isso para mim, fica tão fora de propósito, de sentido da luta, que eu desanimei de participar...”

Por que certas arteterapeutas não trabalham em duplas? Foram encontradas duas arteterapeutas que não fazem duplas em seu trabalho de arteterapia. Uma terceira referiu que às vezes fica sem dupla devido à falta de reposição dos funcionários que deixam o CAPS. Das outras duas, uma delas preferiu não fazer a entrevista, referindo demandas de trabalho e de saúde, então não conseguimos aprofundar este aspecto. Já a que forneceu entrevista relatou algumas dificuldades no convívio com os outros profissionais, especialmente na sua entrada. Após isso, parece ter se acostumado a conduzir seu trabalho de arteterapia sozinha, relatando também que os outros profissionais não manifestam interesse em dividir a condução destes grupos. Ainda assim outros grupos terapêuticos de que participa no CAPS, ela os compartilha com dupla.

A maleabilidade que o CAPS permite em termos de estruturação do trabalho é muito positiva. Atritos de equipe podem ser diminuídos ou até evitados na escolha da dupla. E se determinado profissional não se identifica com alguma técnica pode se redirecionar dentro do próprio serviço. Isto traz poder de ação e decisão, uma possibilidade de manejo a cada trabalhador. Claro que é questionável, dentro deste modelo, a possível esquiva à condução compartilhada de um grupo. Mas sobre isso, concretamente, seria preciso olhar os casos mais a fundo. Em princípio, a discussão teórica entre trabalhadores deveria gerar aprofundamento,

⁵⁰ Termo em inglês que denota expansão.

base teórica mais sólida, configuração do serviço mais acurada. Se, no entanto, tem gerado conflitos não resolvidos, cabe olhar mais cuidadoso para a dinâmica das relações internas. Ademais, dessa maleabilidade se beneficia o usuário, porque é sempre consoante às suas necessidades que o serviço é estruturado.

3.6. Estruturas de trabalho no CAPS

Aqui as ênfases divergem um pouco. O maior consenso é sobre a falta de material. Segundo a arteterapeuta 1: “As dificuldades são falta de material, isso é o principal. Material básico: tinta. (Entrevistador: Que tipo de materiais?) Papel, tinta... (Entrevistador: Tudo.) Giz de cera, remédio. (...) Então a gente faz troca-troca. Precisa comprar papel. Esse dinheiro seria para passear, para diversão deles.” O troca-troca, que deveria ser uma forma de angariar dinheiro para atividades lúdicas acaba servindo para repor o material básico dos grupos.

Outro exemplo, conforme arteterapeuta 2: “Tem oficina que eu fiz durante anos com recurso do meu bolso. (...) Sempre aconteceu.” Cita outras áreas: musicoterapia, educação física e mesmo “as meninas da limpeza trazem de casa sabão em pó, limpol, detergente.” A falta de recursos já é encarada na prática com certa normalidade, apesar de no discurso aparecer uma indignação tímida. É uma reclamação resignada. “(Entrevistador: é tão básico que parece que seria fácil contornar, porque assim, tem uma previsão do que se usa.) Exatamente, já tem uma previsão, do momento que inaugurou era sabido que ia ter este tipo de despesa, né? Vinham recursos, tinha uma época que a gente fazia um documento que se chamava PAC, uma informação, um instrumento que informava a produtividade, os atendimentos, e em cima daqueles atendimentos, o Ministério da Saúde repassava a verba para a Prefeitura. Mas chegava na Prefeitura e ia pro fundão, não era específico pro CAPS, então você gerava aquele recurso, o Ministério da Saúde liberava, mas ele não vinha específico pro CAPS. Então é os desvios, é umas coisas que a gente não entende. Não é falta de pedir, de fazer memorando.” Este foi um tema recorrente nas entrevistas, que reaparecerá entremeadado de outras questões.

Sobre a gestão pública, comenta a arteterapeuta 1: “Difícil, instabilidade. Uma hora tem recurso, outra hora não tem. [...] (...) E a gente tá nesse momento. Não pode dobrar... Quando troca o gestor é complicado. A gente tem conselho local de saúde. Por decreto é para acabar com todos. Tem o conselho de lei. Municipal, estadual, federal. Tem a conferência de saúde. Trabalho de formiguinha. Política de saúde mental. Agora estamos na rede básica. Isso

eles vão mudando. Antes tinha secretaria.” A arteterapeuta 2 manifesta sua expectativa em relação ao futuro, que envolve uma gestão pública consciente e comprometida: “o que eu espero é que serviço tenha visão, que os políticos tenham visão deste serviço como meta do futuro.”

A gestão tem sido marcado por retrocessos. Segundo a arteterapeuta 3: “CAPS foi inaugurado numa época que parece que tava mais vivo esse clamor pela Reforma Psiquiátrica e a gente tem percebido um retrocesso, a gente já teve mais apoio, mais incentivo, mais recursos, isso tem mudado. Nós tínhamos uma clientela mais comprometida, hoje creio que temos uma menos comprometida, tá muito forte com os neuróticos, bipolar, pânico, trata muito pânico. A nossa equipe já foi uma equipe maior, agora é uma equipe bem menor, quase que um terço do que nós já fomos. Nossa estrutura física tem deixado a desejar.”

Quanto ao espaço físico, a arteterapeuta 3 comenta: “Na outra unidade, que foi inaugurada em outro setor, essa é a segunda unidade, no primeiro endereço, eu dispunha de uma sala mais ampla e isolada, porque era numa casa que tinha um acesso por fora que tinha um salão que ficava em cima, então não tinha fluxo, não tinha circulação naquele espaço, subir escada era específico para a atividade naquela sala. Então se tinha mais privacidade, mais tranquilidade. Você poderia propor um relaxamento e ninguém interferir. Agora aqui eu faço atividade nessa sala, você tá aqui fazendo uma proposta aqui e ali tá passando, pára, fica olhando, pára, conversa, então assim, a falta de espaço aqui é uma coisa que a gente vê como uma coisa negativa, tanto eu quanto alguns colegas, a falta de um espaço mais adequado uma coisa mais negativa.”

Há a compreensão de que as estruturas residenciais alugadas, não sendo designadas para o atendimento em saúde mental, deixam a desejar. Ainda segundo a arteterapeuta 3: “agora residência tem outro formato. Então ela não oferece as condições que a gente precisa, aqui tem 5, 6 banheiros, tem hora que, se a sala estiver fechada, ninguém acessa o banheiro, então tem esses pontos negativos, e as residências [terapêuticas - SRT] também tem suas normas, não é qualquer tipo de casa.”

Pontua ainda sobre a dificuldade de localização, o acesso para usuários: “ainda não conseguimos uma casa mais adequada e aí vai passando, nossa, a clientela caiu muito, a demanda, se você chegar ali e olhar o arquivo, tem um número muito grande de usuários, mas no dia-a-dia, para frequentar no dia-a-dia, caiu, porque o paciente tem preguiça de vir, tem dificuldade de vir, a pessoa que precisa de acompanhante, a mãe já tá com problema de saúde, então assim, a localização ficou muito ruim, uma escolha péssima.”

A falta de segurança também foi um aspecto elencado pela arteterapeuta 3: “À tardezinha, final de expediente, não tem vizinhança, não tem movimento, há preocupação. (...) Já se ouviu tiro aqui na esquina, chamou-se a polícia, foi aquele auê. Então já aconteceu, bomba aqui nas imediações, colega foi roubada. (...) Aí depois a guarda [municipal] foi retirada das unidades de saúde. A gente reivindicou bastante, argumentou que temos necessidade. Aí conseguimos, foi um só, aí tinha que conseguir alguém que concordasse em fazer um horário administrativo. Eles fazem 8h. Ele chega cedinho, quando dá 15h ele vai embora. Não faz horário de almoço. Então no horário que eu acho que a gente precisa mais, que é no final da tarde, a gente não tem este apoio.”

A arteterapeuta 5 também faz uma colocação sobre o sentimento de insegurança. Os grupos com os usuários encerram às 17h, mas os funcionários não compreenderam e não concordaram com a nova política relativa ao ponto: “Agora com essa história de ter modificado o horário da unidade, de ter implantado ponto eletrônico. Como assim, a gente vai até as 19h? Aqui é muito perigoso! Todos os CAPS ficam em umas regiões.... (Entrevistador: Afastadas.) Tem muito assalto aqui na porta!”

Sobre aspectos críticos, a arteterapeuta 3 ressalta: “Tá preparado? Equipe reduzida. Falta medicamento. E nós temos uma clientela que às vezes ele não encontra o medicamento na farmácia, ele não tem o recurso para comprar, isso é adoecedor, isso é muito ruim da gente (Entrevistador: é, a pessoa fica sem, né?) É, você tá fazendo um trabalho, tá acompanhando, ele fica sem, eu já tive uma bipolar, que era minha referenciada, que estava estabilizada há mais de ano, faltou carbolítio, e ela ficou sem, cinco dias sem o carbolítio e ela entrou em crise e foi para internação. Eu fiquei arrasada, porque achei que era pouco para ter resultado numa crise. Então a gente viu, o paciente não tem recurso para comprar o próprio medicamento, e faltar na rede o medicamento básico, a gente não trabalha com medicamento de última geração, e falta... E o paciente não pode fazer nada. Tem um referenciado meu que eu comprei por vários meses, porque eu sabia que ele não tinha recurso, né? E ele mora sozinho, aí eu me preocupava, se ele entrasse em crise, como é que ia ficar?”

Devido à alta demanda, o psiquiatra deixa de fazer uma reavaliação dos casos:. Depõe a arteterapeuta 4: “a gente está com problemas de médico, né? Então assim, o médico não tá conseguindo atender todos eles. Então, às vezes, o que o médico faz, é repetir a receita, né? E às vezes não deu tempo, da semana passada, eles vem correndo, que está acabando a medicação e tal.” A arteterapeuta 4 também comenta como a falta de remédios contribui para as crises do usuário: “Nós temos pacientes aqui, que entra em crise, porque não tem dinheiro

para comprar a medicação. E a medicação está faltando na rede. Então, diante de tudo isso, a gente aqui é herói.” Diante deste quadro: “Já fizemos vaquinha para comprar remédio para usuários.”

A estrutura física da casa alugada necessitou reformas que foram capitaneadas pelos próprios profissionais. Ainda conforme a arteterapeuta 4: “O teto da nossa sala, lá das técnicas, estava para cair na nossa cabeça. Sabe? Então a gente trabalhava em uma situação muito insalubre. Tem uma fossa bem aqui debaixo do pé de manga, bem próximo daquela varandinha. (...) E a fossa não tinha suspiro aqui. Então a gente trabalhava em um local que a gente não suportava o mau cheiro. E aí, foi se desmantelando um pouco o serviço também, por conta da mudança da gestão municipal. A previsão, na época em que vim pra cá [2010], era de criar, na época tinha 7 CAPS, e era de criar mais 7 CAPS, era para ter 14.”

Questiono a funcionária se não houve repasse do governo para estas reformas efetuadas: “Criou-se o conselho, porque só conseguiria essa verba se fosse gerida pelo conselho local de saúde. Aí a gente criou o conselho. Aí na gestão seguinte, eu já fui presidente do conselho, aí a gente não teve a verba. Ficou de vir, ficou de vir. Veio do Ministério da Saúde, mas foi desviada. Então, a gente não recebeu a verba. Aí, a gente estava com a demanda enorme, porque a primeira verba que a gente recebeu, não podia fazer reforma física. sabe? [...] E a nossa unidade estava assim, péssima... péssima. Péssima, péssima, péssima, sabe? A gente não tinha iluminação, a gente não tinha banheiro pra usar direito. Os sanitários todos entupidos, a fossa... [na época sem o suspiro.] Se a Vigilância Sanitária viesse aqui, e se vier, até hoje não vem, porque nosso próprio chefe aqui manda neles, né? A unidade seria interditada.”

Prossegue: “[nomeia o gestor] é uma pessoa muito dinâmica, muito político no bom sentido, não político partidário. E ele põe a mão na massa mesmo. Muitas e muitas vezes, [o gestor] saiu daqui depois das dez horas da noite, porque tinha um cano que vazou. Ou no fim de semana, quando o mato estava nesta altura, que a gente já teve visita de cobras. E ele pagou com dinheiro dele e fez essas coisas, sabe? Então, a gente fez vários ofícios, para casa de material de construção, ferragistas, supermercado, papelaria, tudo. E a gente conseguiu muita coisa. Foi quando a gente fez uma reforma, trocamos o piso da sala dos técnicos, porque tinha buracos no piso. Não tinha mesa, porque as mesas quebraram, não tinha cadeiras pra gente sentar, o teto estava caindo na nossa cabeça. Tanto é que teve um dia, que foi final de semana, que o teto caiu, e os arquivos dos prontuários, ficavam em nossa sala. A gente não perdeu muita coisa, porque era de aço e não tinha infiltrado muita água. Mas a gente perdeu

alguns arquivos, que a gente teve que resgatar e depois tudo, reformar, por conta de chuva. E tinha muitas goteiras... Quando chovia... Não tinham essas passarelas [que ligam as várias construções distribuídas no terreno], era chão [terra]. Muita coisa a gente fez, fiações novas, pois dá seis horas da tarde aqui, tudo escurece, então tivemos que fazer a fiação, colocar iluminação no pátio. A gente também tem um problema grave aqui, porque aqui não é uma sede própria, é sede locada, alugada. Quantas e quantas vezes a secretária não passou o repasse desse aluguel para o proprietário, sabe? Olha, eu já perdi as contas de quantas vezes a gente foi ameaçado de despejo.”

Questiono quantas vezes sofreram esta ameaça, ao que a arteterapeuta 4 responde: “umas seis a oito vezes, nós já tivemos. Inclusive teve uma vez que o proprietário chegou aqui, e mandou todos nós tirarmos os carro daqui de dentro e por lá fora, porque ele ia trancar o portão...e ele trancou o portão. E o [gestor] chegou aqui e arreventou o cadeado [risos].” Dá mais detalhes da recorrência do problema: “Muitas vezes o [gestor] foi e conversou com o proprietário, intermediou. Intermediou inclusive a renovação do contrato. Então, temos este problema também. Já tivemos ameaça dele falar que ia pegar todos os prontuários e jogar no meio da rua. Então tudo isso a gente já passou aqui. E provavelmente, se não melhorar, no final do ano nós vamos passar por isso novamente. Porque chega fim de ano, e assim, às vezes fica seis meses sem repassar o aluguel para o proprietário. Ele espera um mês, dois meses, três... quando dá seis meses ele vem e faz ameaças.”

A falta de recursos básicos de manutenção e o descaso não parecem ter fim, no próprio relato da arteterapeuta 4: “O atendimento no CAPS é dois lanches pros usuários e os almoços, para quem vai passar o dia todo. Então, café da manhã, almoço e lanche à tarde. Nós passamos mais de seis meses sem o lanche. Tivemos já que fazer vaquinha. (Entrevistador: Quando foi isso?) Não tem muito tempo, não. Tem uns dois anos.” A funcionária relata mais detalhes: “Teve um tempo também que não teve almoço. Tivemos que dispensar os usuários porque não tinha almoço para eles. Então, tudo isso. Material de artes, perdi a conta de quando foi que a gente recebeu.”

Conta que a organização dos grupos é inevitavelmente condicionada pela indisponibilidade de recursos: “A gente sem material. Vamos tentar fazer um grupo de bordados? Então assim, a gente comprou com nosso dinheiro, eu e a [profissional], para fazer as primeira peças. E até hoje a gente tira do nosso bolso. Então, a gente vai lá em ‘Campinas’ e compra no atacado, sai mais barato. Pano de prato, linha, agulha, e essas coisas assim! (...). Fica mais em conta do que se eu montar um grupo, por exemplo, de pintura: tem que comprar

a tela, o pincel, a tinta, a tinta acaba toda hora e tem que comprar e a tinta é cara. Tem que comprar o solvente para diluir a tinta, lavar os pincéis. E assim por diante. Então o material artístico sai mais caro.” Reitera: “Hoje nossa tinta guache, é melhor nem abrir. Ela tá assim, perdida.”

Não só os profissionais tem que comprar os materiais da sessão de seu próprio salário, mas este atrasa. Prossegue a arteterapeuta 4: “(Entrevistador: Salário já atrasou alguma vez?) Já. (Entrevistador: Quantas vezes?) [Entrevistada ri] Olha, este ano...” Complementa: “De 2016 até o ano passado, a gente recebeu todo o mês o nosso salário atrasado”. Comenta os impactos dos atrasos recorrentes: “tivemos que pagar juros do cheque especial, juros do cartão de crédito.” E acrescenta que há atrasos na progressão horizontal: “este ano ele conseguiu colocar em dia, nosso pagamento, então a gente está recebendo no último dia do mês. Mas em compensação, nossa data-base já vai para o terceiro ano que a gente não recebe.”

A Prefeitura é realmente negligente e nem esconde seu desinteresse em prestar contas: “eu entrei com o processo administrativo, eles não me deram retorno e arquivaram o processo. Aí, eu pedi revisão, pra rever o processo. Eles falaram que o processo está arquivado e eles não vão desarquivar!”

A arteterapeuta 4 também comenta sobre o arrefecimento do ímpeto da Reforma Psiquiátrica: “Hoje eu vejo que Goiânia não tem mais um movimento de saúde mental.” Tenta encontrar explicações: “a gente perdeu muita coisa, a gente teve que tirar do bolso pra comprar muita coisa, e isso tem acontecido até hoje! E isso tem desmotivado muito os servidores da saúde mental, sabe? De defender a saúde mental. A gente não está conseguindo defender nem o serviço da gente, aqui interno, sabe? Nem a nossa segurança, sabe? As nossas condições de trabalho.” Há também movimentos de diminuição do quadro funcional: “[eles dizem] ‘vamos ter que dispensar funcionários, vai ter que mandar funcionários para outra unidade, para outro serviço’. Por que a equipe está passando a equipe mínima...” Acrescenta: “as ameaças contidas sempre voltam.” Ela também comenta também do fechamento de certos serviços: “Teve unidade que teve que sair da unidade em que estavam, que eles foram despejados. O [Centro de Convivência] Cuca Fresca foi um. [...] O Cuca Fresca ficou mais de um ano sem funcionar!”

Para a arteterapeuta 4, a falta de recursos também se dá para qualificação profissional: “tem uns cinco ou seis anos que a gente não sabe o que é uma capacitação mais. E antes, além destas capacitações, a gente tinha seminários, tinha palestras. Que alguma instituição promovia, e a gente participava. Outra coisa que a gente tinha o incentivo, o direito de

participar de evento dentro da sua área uma vez por ano. Que a Secretaria de Saúde pagava suas passagens, sua despesas para um congresso por exemplo em Taubaté - SP. Hoje a gente não tem isso mais. Hoje em dia a gente não tem nem mais a dispensa para participar aqui.” A arteterapeuta 2 corrobora esta questão: “antigamente a gente tinha muito encontro de trabalhadores, atividades que reuniam todos os trabalhadores do CAPS.”

Como aspectos críticos, a arteterapeuta 4 destaca: “Primeira coisa é que a gente não tem uma unidade com sede própria.” Comenta do acúmulo das funções e do serviço ininterrupto: “o [gestor] tem que se dividir entre gestor, coordenador técnico, coordenador geral e coordenador administrativo. Sem contar que ele faz tudo isso nas residências terapêuticas. Todo fim de semana o [gestor] está lá na residência terapêutica. Acudindo o socorro.” Refere a falta da supervisão técnica para minimizar os riscos contra a própria saúde: “essa suspensão de uma supervisão também foi muito ruim. A gente precisa. A gente precisa de um olhar do cuidador. Do cuidado com o cuidador...para a gente não adoecer.”

A arteterapeuta 5 pontua várias questões. Por exemplo, o acúmulo de funções prejudica a gestão do CAPS: “assim é difícil, um único gestor cuidar do CAPS, cuidar das residências.” O material para as sessões não vem mais: “tem essa questão de material, né, por exemplo, eu já tenho assim, já tenho uns aninhos que eu venho trazendo por conta própria o material, inclusive pro grupo de mandala todo material que utilizo lá sou eu que trago pra trabalhar.” As salas disponíveis não garantem privacidade: “privacidade às vezes, de repente você tá fazendo, um usuário vai e abre a porta, às vezes um colega.” Mas de tudo talvez o que mais incomode seja a falta de possibilidade de registrar seu trabalho nos seus termos: “A prefeitura, acho que não tem nem noção! Tanto que não tem noção que tem essas dificuldades do CBO’s da produtividade. (...) Não tem uma estrutura para os profissionais trabalharem direito.” Esta situação de falta de reconhecimento gera um sentimento de invisibilidade: “ninguém vê, ninguém sabe, se a gente tá produzindo (...) não tem como lançar sua produtividade, não tem como divulgar melhor seu trabalho dentro da rede. Aí, você vai ficar invisível durante muito tempo. Isso, isso pesou. Isso é uma dificuldade que tenho nessa minha prática. É a maior dificuldade que tenho.” Traz ainda a falta de recursos como impactante para o usuário: “Nossa população é muito carente. Um lanche faz diferença, um passe livre faz diferença. (...) Muitos dependem do passe livre para vir.”

Para a arteterapeuta 1, o serviço do CAPS deveria ser ampliado para um serviço mais voltado à comunidade: “Onde tem CAPS, deveria ter centro de convivência. A gente faz o trabalho de convivência e de atendimento. Minas [Gerais], atendimento é só atendimento.

Centro de convivência é da comunidade. Então o certo seria isso. Para a comunidade, para todo mundo, montar aqui dentro um Centro de convivência.” A arteterapeuta 2 pontua a indisponibilidade de poder levar o usuário a pontos específicos da região: “A gente tinha passeios com os usuários. Consegui ônibus pros usuários fazer o passeio.”

Ou seja, das várias dificuldades elencadas, aparecem questões de falta de material, falta de medicamentos, por vezes falta de disponibilidade de alimentação para o usuário ou de recurso para seu deslocamento (passe livre). Outros problemas referidos foram: falta de sede própria, estrutura física inadequada, distanciamento entre a percepção de quem define as políticas municipais e a percepção do trabalhador, falta de segurança nas unidades, de capacitação e troca de experiências com outros profissionais. Além da falta de profissionais para a equipe, o que apareceu mais no tema anterior, da relação com a equipe multidisciplinar e a falta de integração (ou mesmo escassez de disponibilidade) da rede RAPS, o que aparecerá no próximo tema.

Acredito que de todas as colocações as que mais chamam atenção sejam estas, que fazem referência a falhas estruturais do serviço, à falta de condições básicas para um serviço em que uma qualidade maior seria possível. Tentei possibilitar que a fala do trabalhador aparecesse, uma vez que é ele que lida com o problema cotidianamente. De minha parte há um estranhamento com a estratégia de enfrentamento: usar recursos pessoais de forma recorrente para que esta estrutura falte o menos possível ao usuário. É difícil questionar a decisão de quem está envolvido, no entanto, não creio apropriado deixar de apontar para o custo emocional desta decisão, bem como o prejuízo da consolidação de um serviço que, dado sua essencialidade, deveria ser infalível: constante, bem suprido e bem orientado.

3.7. Relação com a RAPS

Encaminhamentos à RAPS - Rede de Apoio Psicossocial são realizados. A arteterapeuta 4 explica: “Quando vim pra cá, a maioria dos usuários já estavam aqui. Esses não tem previsão de alta. [...] Já tem muitos que vieram, e já foram embora. Tiveram alta do CAPS, da unidade, mas não do tratamento. [...] Porque aí a gente encaminha para outros serviços. Os que já estão mais estáveis, às vezes eles podem ir para o ambulatório, que é a consulta com psiquiatra de dois em dois meses, de três em três meses. Aí lá eles avaliam de acordo, de caso a caso. Tem usuários que a gente encaminha para o atendimento na própria comunidade, no postinho de saúde, que é estratégia de saúde para família. Aí lá, é o médico

do postinho mesmo, que assim, não é o psiquiatra, né? Mas eles continuam sendo acompanhados lá. E durante um tempo aqui no CAPS, a gente teve o matriciamento.”

Na sequência, a profissional relata que o matriciamento ainda existe, mas modificou-se sobretudo devido à perda de quatro psiquiatras da equipe. Com isso, o único psiquiatra restante não tem o devido tempo para acompanhar o matriciamento, que ficou a cargo exclusivo de duas colegas apenas, no período matinal. Na opinião da arteterapeuta, o que se oferece agora é um mero apoio: “(...) não tem aquele trabalho sistematizado, como era feito antes. Porque antes tinha a agenda, né? Tinha o carro disponível e tinha os profissionais, que naqueles dias, eles não ficavam aqui no CAPS. Eles iam para a Estratégia de Saúde da Família. Aí lá, tinha o médico também. Nessa época a gente tinha 5 médicos aqui. Então, era 1 psiquiatra, junto com mais 2 profissionais aqui do CAPS, que iam para a estratégia da família. Chegando lá, estava tudo agendado, sicrano e beltrano, e assim, por diante.” A falta da visita do psiquiatra do CAPS no matriciamento acarreta na necessidade de vinda do usuário, que de outra forma seria atendido no posto de saúde, ao próprio CAPS. Isso impossibilita o encaminhamento e o uso apropriado da rede: “são pacientes que não precisariam estar aqui (...) é desafogar um pouco o nosso serviço, né? E qualidade de vida também, têm muitos deles, não conseguem vir!”

Retomo a questão sobre a disponibilidade da rede: “(Entrevistador: Eu estava falando com a assistente social que o ambulatório tem uma fila de espera de 700 pessoas.) É. (Entrevistador: Então assim, o serviço mais recomendado seria o atendimento no ambulatório. Mas alguns não têm... Eles continuam vindo?) Continuam vindo. Tem alguns pacientes que não tem a cobertura do matriciamento, nunca teve.” Neste caso, a arteterapeuta referiu que o matriciamento nunca fora implantado para toda a área de cobertura do CAPS. Encaminhar para atendimento ambulatorial não resolve, dado que seria apenas entrar para fila de espera: “O ambulatório tem mais ou menos uns dois anos assim, que a gente, quase nem tá encaminhando mais, porque não tem vaga”. Como o matriciamento não é mais uma alternativa, o usuário é realmente obrigado a vir ao CAPS para receber atendimentos, reavaliações e retirar sua medicação.

O depoimento prossegue: “Demanda para a psicoterapia é mais de mil pessoas numa lista, só desta região. Para fazer psicoterapia na rede. Então o serviço foi muito desmantelado, né? Aí, chegou-se muitos pacientes para nós. Quando eu entrei aqui, a média era de 10 referentes para cada técnico. Agora a média tá mais de 20. Então chegou um momento que eu falei 'não, agora eu tenho que me concentrar um pouquinho mais aqui no meu serviço”. Vê-se

que a profissional sentiu necessidade de deixar o trabalho externo que entendia importante para se concentrar nos atendimentos e nos seus referenciados, por conta do aumento da demanda: “Não deixo assim de participar, de divulgar, principalmente. Mas antes eu ia até além do meu horário aqui, sabe? Hoje eu já não faço isso mais.”

A arteterapeuta 2 fala sobre a necessidade e a possibilidade de encaminhamentos para internação: “mas a gente vê que no todo não criou o CAPS, continuou a demanda muito grande, a procura em Goiânia pela internação, e quando um dos nossos precisa, a clínica tá cheia e não tem vaga. Então quem precisa de internação às vezes passa dificuldade, fica esperando, aguardando vaga, embora a gente percebe que caiu bastante o número de internações dos nossos pacientes. Eu tenho, acho que 32 referenciados, só um que internou nesse último ano. Então a gente tem uma turminha já bem estabilizada, né, passa bastante tempo sem a necessidade de internação. Mas quando precisa, enfrenta dificuldade para conseguir vaga. (Entrevistador: E o que faz daí?) Fica em casa, em crise, aguardando o dia em que o Wassily Chuc liga e avisa que surgiu vaga, é difícil. (Entrevistador: só tem o Wassily?) O Wassily Chuc é a porta de entrada, para internar, tem que passar pelo pronto-socorro, né, pelo Wassily, e de lá encaminha pra clínica conveniada. Goiânia não tem mais nenhum hospital psiquiátrico público. Todos os hospitais psiquiátricos são conveniados. E com número mais reduzido de vagas, que antigamente tinha todo o número de vagas por conta, né, e com a Reforma foi diminuindo o número de leitos, então às vezes não consegue, (Entrevistador: e se pode encaminhar para algum CAPS que tenha leito?) Não, a proposta do CAPS 24h é que ele atende só a região dele, exemplo o Novo Mundo já é um CAPS 24h, então se ele entra em crise, ele pode ficar em observação no próprio CAPS, mas no nosso não pode ficar, a gente não daria conta das demandas, então cada um cuida da sua região.”

A arteterapeuta 5 formou um grupo específico para proporcionar a transição entre a “alta” do CAPS e o encaminhamento a outros serviços: “apenas estavam presos na ideia de que só o CAPS poderia dar tratamento a eles. Quando encerramos esta etapa, com esses oito, eles foram para outros pontos de apoio, não foram proibidos de vir ao CAPS, eles circulam, tem um que vem. Construindo outros vínculos, exemplo, o centro de convivência”, e vê como a escassez de consultas com psiquiatra pode atuar como estímulo a busca de outros pontos de apoio na rede: “A falta de médico também contribuiu para eles saírem. Eles tem muito essa questão, tá muito enraizado. Porque hoje temos um médico para atender... Quase 300... Quase 400 pacientes, ele tá atendendo sozinho! Então é muita coisa. Quando é assim, eles entendem

que não dá para ficar, aí só repete receita, só volta daqui a 90 dias, então é o mesmo atendimento que teria no ambulatório.”

Apesar do trabalho de encaminhamento envolver certa sensibilização e convencimento do usuário e isso ser feito, há dúvidas sobre a possibilidade de acolhimento da rede: “Como eu encaminho um usuário que tá estável para dar a vaga para outro que acabou de chegar? Se o ambulatório fecha? O ambulatório tem lá o número x de psiquiatras. (...) Aí eles fecharam! Nós não podemos mais encaminhar para eles. Só a Atenção Básica que faz isso através do sistema. Mas aí, eles encaminham pacientes para nós! O Wassily Chuc encaminha paciente para nós! Aí, a Atenção Básica, a Estratégia da Família encaminha paciente para nós!” (arteterapeuta 5).

Os programas de geração de renda através da arte e do artesanato aparecem de forma favorável. Destaca a arteterapeuta 1: “Ah, e o Gerarte! você precisa conhecer. Porque é um trabalho assistido. Porque tem muitas pessoas que não tem condições de entrar no mercado de trabalho. É uma associação de geração de renda.” E também: “Gerarte leva as coisas para vender. E é de arte, também. Artesanato, mas arte.”

A arteterapeuta 2 ressalta a falta de inserção na rede e a continuidade do tratamento em CAPS durante anos: “Quando o paciente já consegue se articular um pouco mais na sua região, na região da [Estratégia] Saúde da Família, que pode acolher e dar continuidade à medicação, ele é encaminhado. Tem alguns que às vezes não tem condição, não tem PSF na região dele, daí continua. A gente tem a preocupação de não institucionalizar o CAPS, né? Já que a proposta da reforma é não-institucionalização, mas às vezes a gente acaba fazendo isso aqui no CAPS, né? Mas sempre com cuidado, sempre na tentativa de fazer outras propostas, às vezes só não é feito mesmo por falta de recurso, falta recurso na rede, então acaba voltando. Mas é comum eles ficarem aqui muito tempo.” Fica visível o temor de que a falta de possibilidade de outros encaminhamentos para o usuário implique uma nova forma de institucionalização. Identifica ainda que o trabalho de manter a rede funcionando é prejudicado pela rotatividade da Atenção Básica: “A gente percebe nos centros de saúde da família, nos postinhos, tem uma rotatividade muito grande [...] (...) Então o médico entra, fica pouco tempo e sai. A gente que faz esse trabalho de rede, passa a informação, qual a proposta do CAPS, dali a poucos meses, aquele profissional já saiu, outro já chega sem conhecimento. Então dificulta nosso trabalho.”

Já quanto à tarefa de implementar o CAPS, pontua Yasui (2006, p. 61):

implantar um serviço com a ‘marca’ CAPS não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores, quanto dos gestores aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Um crucial equívoco que ocorre é o fato do CAPS ser considerado e implantando como mais um serviço de saúde mental. Ou seja, uma unidade isolada em que se executam ações de profissionais ambulatorialmente.

Trouxe este posicionamento teórico porque ele representa bem as dificuldades locais. As dificuldades com a rede são empecilhos grandes à reinserção social do usuário. Por vezes isso aparece como indisponibilidade da rede por excesso de demanda, às vezes por falta de sensibilidade ou falta de entendimento por parte dos outros profissionais da rede. Mas também pode advir de uma pequena adesão por parte do trabalhador/gestor do CAPS, pelos mesmos motivos: excesso de demanda ou falta de investimento na articulação.

Considerações Finais

“O teto estava caindo em nossa cabeça.”⁵¹

“E, no entanto, devo evitar que meus poderes críticos destruam minha criatividade.”⁵²

Deste trabalho é possível extrair várias considerações. Seguindo o ordenamento dos capítulos, abordarei: primeiramente uma breve consideração a respeito da separação da arteterapia da psicologia, em seguida os aspectos atinentes ao efeito terapêutico da arte, bem como seu uso e inserção no modelo de atenção à saúde mental vigente; posteriormente, algumas considerações teóricas sobre a implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira; e, finalmente, as considerações sobre o levantamento de aspectos críticos quanto à situação dos CAPS de Goiânia.

Talvez agora se possa fornecer uma interpretação a mais acerca da separação da arteterapia em relação à psicologia. A psicologia, como as demais ciências sociais no começo do século XX, viu-se sob o alvo da crítica objetivista. Muito embora a psicologia interpretativa tenha colocado sob análise os conteúdos simbólicos de comportamentos e sintomas, a arte em si não era tratada abertamente como recurso terapêutico, sendo enfatizada como recurso de elaboração teórica. Na clínica, Freud preferiu como método clínico os sonhos e a associação livre, caminho do qual Jung só divergiu explicitamente a partir de 1931, quando começa a advogar o uso terapêutico de técnicas artísticas. Não obstante, tanto Freud quanto Jung enchiam-se de reservas ao abordar o tema arte, com receio de ter suas preferências estéticas ou suas pretensões científicas problematizadas. Se, no entanto, a intuição psicológica costumeiramente considerou o potencial curativo da arte, por que a psicoterapia consolidou-se como a terapia através da fala e não a terapia através da arte?

O século XX foi, em termos clínicos e teóricos, um século freudiano, não apenas por sua influência seminal mas também pela sua persistência duradoura. Mas mesmo Jung deu premência à palavra, à linguagem verbal, ao pensamento racional que deveria abarcar os aspectos inconscientes, e tampouco foi efusivo sobre o recurso terapêutico à arte, parecendo mantê-la apenas como uma ferramenta adicional, não a principal. Em ambos os autores, a linguagem verbal é mais estruturante da consciência do que a linguagem simbólica, embora esta seja inevitavelmente o esteio de onde nossa subjetividade emerge. Porém o campo de atuação chamava e o uso terapêutico da arte foi posto em prática mesmo por pessoas sem a

⁵¹ Depoimento de arteterapeuta do CAPS.

⁵² Tradução minha. Jung (1931a/2014, p. 1486) : “And yet I must prevent my critical powers from destroying my creativeness”.

formação específica na área da saúde mental (e. g. Hill). A partir daí, seus praticantes buscaram um movimento de classe próprio, mesmo sem deixar de referenciar as teorias psicológicas. O campo aberto de experiências e formações prévias, assim como de orientação teórico-metodológica contribuiu para o ecletismo da prática. Até onde pude notar, profissionais que optam pela arteterapia comumente vem de áreas da saúde como psicologia (talvez a principal), e a enfermagem, ou das artes em suas diversas vertentes, embora eu tenha conhecido, no Congresso Brasileiro de que participei, também uma arteterapeuta graduada em Direito. Me parece que a pós-graduação em arteterapia justifica-se exatamente por isso: a necessidade de firmar tanto a sensibilidade clínica e a compreensão teórica dos processos mentais, quanto do domínio de técnicas artísticas. Isto é, prover intimidade com a arte (sobretudo ao profissional com recurso artístico mais limitado) ao mesmo tempo também aprofundar o conhecimento psicológico (sobretudo ao profissional com menor aprofundamento clínico e teórico).

Ao abordarmos o efeito terapêutico da arteterapia temos tudo para comprovar empiricamente suas benesses. Além da humanização, a politização, a inserção social e econômica que é possível fazer a partir do trabalho com arte, essencial me parece progredir na pesquisa empírica da arteterapia. Schouten, de Niet, Knipscheer, Kleber, e Hutschemaekers (2014) chamam a atenção para a falta de uma tradição estabelecida em pesquisa no campo da arteterapia. Andrade (1993, p. 89) também enfatiza: “a arteterapia e a terapia expressiva precisam definir o que entendem por terapêutico”. Essa definição poderia embasar progressivamente os fundamentos e as evidências, algumas delas neste trabalho apresentadas. Também neste sentido, Correia e Torrenté (2016) pontuam a necessidade de se consolidar a base teórica sobre os efeitos terapêuticos da produção artística, especialmente considerando dados qualitativos e o modelo conceitual de reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais. Em minha perspectiva, esta investigação deve ser uma proposta de trabalho em duas frentes, tanto de dados qualitativos quanto quantitativos. Claro que temos lutado para contrabalancear a hegemonia dos modelos positivistas e biomédicos e assim devemos prosseguir, mas me parece que estamos ignorando parte importante da batalha ao darmos as costas para esta comprovação mensurável, que não apenas é completamente factível, mas está plenamente disponível, sendo facilmente documentável, desde que nos dispusermos a fazê-la. Um pouco de linguagem quantitativa nesta perspectiva tem a contribuir.

Acredito que a partir desta pesquisa, seja possível uma distinção dos seguintes efeitos, que, por manejo de significados e conteúdos simbólicos, ensejam efeitos psicológicos: autoestima, autoconfiança, autopercepção (corporal), autoconsciência (entendimento simbólico de conteúdos emocionais ou inconscientes), autoexpressão, criatividade (abertura à resolução de problemas), produção de subjetividade (revisão de identidade, revisão de história pessoal, exame de vida), elaboração emocional (melhora do humor, diminuição de dor, ansiedade e agressividade), elaboração ou estímulo à concretização de planos, além de aumento da capacidade comunicativa e cognitiva (concentração e memória). Ademais, pelo uso da motricidade, estimula a coordenação motora, e pela inserção no contexto social (em seus diversos níveis: o grupo terapêutico, o CAPS, a comunidade) alcança maior socialização e senso de pertença social, empoderamento, promoção de autonomia e protagonismo, ademais, reforçam sobretudo autoestima e autoconfiança, por lhe dar lugar de reconhecimento e amplitude.

Muito embora não tenha sido nossa intenção inicial testar hipóteses, alguns pressupostos iniciais poderiam ser confrontados com os dados compilados para que sejam aprimorados, seja no seu sentido seja no seu detalhamento. Um destes pressupostos é que a arte tivesse um efeito terapêutico. Outro é de que não fosse “mágica”, isto é, que ela em verdade operasse em determinados modos que seriam, sim, passíveis de descrição e compreensão mediante a observação e a especulação teórica. Um terceiro pressuposto implicava que a arte não teria um poder ilimitado: nem serviria a todos efeitos terapêuticos nomináveis, nem a todos os casos ou em qualquer situação. E um quarto pressuposto é de que sua aplicação tivesse algum desvio, variação ou adaptação de uma teoria ou programa de formação que é tomado como paradigma (e. g. a teoria de Jung ou as referências teórico-metodológicas adotadas no conteúdo programático ideal segundo a entidade da classe dos arteterapeutas, etc.).

Por fim, aqui pudemos especificar que sim, pesquisadores e profissionais, com os recursos científicos de que correntemente se utilizam, apontam afirmativamente para a questão da arte como uma prática terapêutica. Ao longo da compilação de dados ficou claro em que sentido se diz que a arte é terapêutica (que conjunto de sintomas ou condições ela é capaz de tratar ou aliviar); isto é dizer que também fica claro qual espécie de sintomas e condições devem ser considerados indiferentes ou intratáveis por ela, ao menos até prova em contrário. Em suma, nominar os efeitos já nos deixa muito mais próximos de poder identificar e entender os processos internos que os geram. Particularmente acredito que muitas teorias

são eficazes em explicar estes efeitos e estes processos, e a de Jung, como aqui tratado, é uma delas.

Em termos junguianos, várias são as associações passíveis de referenciar porque a arte é terapêutica, de modo resumido se colocam algumas dessas aqui. Primeiramente, a expressão artística pode fazer uso produtivo, aplicado, de elementos rítmicos (mesmo na pintura, por exemplo, através das pinceladas). Movimentos rítmicos, para Jung, são a expressão primeira e mais natural da psiquê. Além disso, criar artisticamente envolve certa concretização ou objetivação do inconsciente. Este passo é importante pois exterioriza conteúdos simbólicos, de modo a tornar mais fácil a sua percepção. Adicionalmente, após a produção, a obra fica à disposição do recurso à imaginação ativa, podendo ter seu entendimento ampliado conforme forem aprofundadas suas simbolizações. A verbalização, nessa fase, ajuda a integrar os aspectos inconscientes. Este contato inevitável com o inconsciente que o fazer artístico acarreta convida à integração entre aspectos conscientes e inconscientes, que é um dos aspectos tanto da individuação quanto do equilíbrio da personalidade entre seus núcleos direcionado e autônomo. As manifestações espontâneas da psiquê, inclusive as artísticas, por suas próprias características envolvem costumeiramente símbolos e arquétipos. Estes, além de serem uma expressão figurativa da energia vital, detêm o poder de transformá-la, mobilizando-a pela tendência natural autocurativa da personalidade. Por fim, o fazer artístico pode contar com certo auxílio e orientação do terapeuta (apesar das correntes que explicitamente advogam a não-intervenção, como a de Silveira), de todo modo, a produção é inequivocamente do artizando. Ao ver suas próprias energias e intenções materializadas por sua vontade e dedicação, o artizando consegue perceber que é capaz de realização, adquirindo confiança e senso de independência, isto é, maturidade psicológica, que induz à maior autonomia prática no dia-a-dia.

Além disso, sabemos que a arte faz parte da cultura de qualquer grupo social, mas é visível que o uso específico que o CAPS faz da arte e da arteterapia é muito bem construído e executado porque ele traz os usuários e suas vivências para a socialização e este uso combina muito com o espírito do CAPS, de incentivar a autonomia, de ressocializar, de “dar um lugar” para a “loucura”, de poder acolher o sofrimento mental e constituir-se em um exemplo para a sociedade de como fazer isso. A arte, nesse contexto, humaniza, encanta e conecta: é produtiva e expressiva. Mesmo quem se sinta mais diminuído em suas aptidões tem lugar e incentivo para produzir o que quiser. E nisso se encontra uma valorização da capacidade expressiva do sujeito em vários níveis.

A arteterapia também se adequa ao tratamento dos transtornos mentais característicos do CAPS, porque estes por vezes envolvem dificuldades de expressão, comunicação e sobretudo de elaboração verbal. O uso da arte portanto constrói a relação terapêutica de modo relativamente independente destas dificuldades ou como um modo de ser um instrumento atenuante a elas.

Ainda assim, é de se considerar que quando Nise da Silveira abre a exposição e chama um renomado crítico de arte ela estava fazendo muito mais do que o *epoché*⁵³ estético que jaz nos princípios da arteterapia. Afinal tratava-se de afirmar aquelas obras não como obras de arteterapia, mas como obras artísticas em seu senso integral. E ao fazê-lo, sem deixar de apontar que seus autores eram clientes de terapia, propõe um lugar social aos outrora loucos, agora artistas. Esse movimento é eminentemente político pois assegura um lugar de pertença e reconhecimento a um grupo de pessoas que fora marginalizado e destituído de seus direitos humanos mais elementares. O que é impressionante na orquestração disso é que no seu caso não foi um movimento local ou por formalidade. Quando expõe a arte, Nise o faz para brasileiros e estrangeiros realmente a admirarem, e então institui um olhar balizado e reconhecido, pautado em instâncias influentes, não apenas num dos críticos de arte brasileiro mais renomados de sua época (Mário Pedrosa) mas no próprio olhar de um dos grandes nomes da Psiquiatria do século XX (Carl Jung). É de se questionar se hoje nos CAPS fazemos algo da mesma dimensão. Nise mirou num congresso internacional de psiquiatria. Não era uma exposição de bairro, onde os consumidores e apreciadores eram os próprios produtores: os artistas, artístandos e seus terapeutas ou familiares. Talvez falte um uso mais estratégico de instituições e mídias, também a busca de alianças mais estratégicas. O Museu Antropológico da UFG tem sido um bom acolhedor das manifestações pela luta antimanicomial. Será sempre quase o único? Particularmente creio importante os CAPS organizarem visitas periódicas às escolas ou das escolas aos CAPS, como estratégia de instruir e desmistificar a “loucura” e seu tratamento (na verdade temas bem contemporâneos e onipresentes: ansiedade, depressão, suicídio, bipolaridade, e, claro, também a alucinação e o delírio). É importante que a existência e a proposta do CAPS seja mais conhecida, entendida e que alcance a população que poderia se beneficiar disso.

Já no tocante à Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma primeira consideração deriva da identificação de seu modelo. Como o próprio nome diz, a ideia de um modelo psicossocial é baseado na interdisciplinariedade. Biopsicossocial, por sua vez, também virou uma expressão

⁵³ A suspensão do juízo.

comum para outros contextos em nossos dias, mas nunca (ou raramente) é usada para designar o modelo de tratamento vigente em Saúde Mental. E apesar do primeiro nome ter se consolidado, o segundo seria mais correto, considerando que nos CAPS (ao menos nos visitados) e mesmo na rede como um todo, o tratamento farmacológico ainda tem quase absoluta centralidade, e também considerando que em geral a psiquiatria ainda tem uma visão que considera com alta relevância os aspectos químico-fisiológicos do adoecer, mesmo aqueles de natureza mental.

Exemplo disso é a fala de alguns profissionais e legisladores que comumente citam a falta de medicamentos ou psiquiatras como uma das dificuldades mais premente no dia-a-dia do CAPS. Talvez essa soe como uma correção banal. Mas não se acredita que é o modelo farmacológico que sustenta as pessoas fora de crise? Muitos dos meus entrevistados referem que sim. Com o serviço psiquiátrico faltando na rede, e assim a dificuldade de manutenção de receitas médicas, há uma agilização do gestor ou do trabalhador em torno da questão: ocorrem contratações de médicos por fora, para poder garantir a manutenção das receitas (sequer estamos falando da reavaliação, é cópia mesmo) e a compra do remédio através do próprio recurso pessoal para fornecê-lo ao usuário.

Freitas e Amarante (2017, p. 78) tentam problematizar a crença na indispensabilidade do remédio, trazendo pesquisas de casos clínicos em que os tratamentos verdadeiramente psicossociais (isto é, sem farmacologia) apresentam resultados superiores aos farmacológicos: “Acreditava-se que tinha sido graças aos ‘antipsicóticos’ que a desospitalização passou a ser possível.” Mas apesar do tempo verbal escolhido por estes autores, esta crença não ficou restrita ao passado: está bem presente em alguns trabalhadores do CAPS; por isso entendi relevante identificar este embate entre modelos e lançar a pergunta: afinal, está se defendendo um modelo psicossocial ou biopsicossocial? Ademais, há tendência de naturalizar a atribuição do médico, sobretudo o psiquiatra, como a de *medicar*⁵⁴, exclusivamente. No entanto, assim como a Nise da Silveira preferiu a arteterapia (terapia ocupacional) como método, qualquer psiquiatra poderia adotar outros métodos de tratamento para além da farmacologia. Também o psiquiatra Jung furtava-se de prescrever medicamentos, preferindo o acesso ao mundo simbólico como forma de tratamento.

⁵⁴ Nota-se que o próprio termo já virou sinônimo de prescrever remédios, sem quaisquer outras acepções possíveis. E para que fique evidente o grau de associação, note-se que esta não é a única palavra que tomou acepção única: medicamento também significa exclusivamente os fármacos. *Medicar*, portanto, no seu uso pela linguagem comum, nunca é pensado como cuidar, tratar, curar, sanar, sarar, prevenir ou tantas outras coisas que poderiam ser.

Outro ponto digno de nota é que a produção bibliográfica sobre internamento reconhece com clareza a indignidade do ato, mas tem dificuldade de passar da correta apercepção moral para a correta apercepção jurídica. Grandiosíssima parte desta produção não aborda que este tipo de tratamento é crime já previsto no código penal brasileiro. Como as situações descritas são graves e o desconhecimento legal não é plausível, resta que este fato queda incompreensível. São apenas duas as únicas exceções que encontrei. A primeira menciona apenas o crime de tortura, tal como se pode ver em H. C. Silva (2010), o promotor de justiça do MP-GO responsável pela redação dos documentos sobre o PAILI. No entanto, este autor apesar de reconhecer o crime da tortura, não reconhece o do cárcere privado. O problema aqui é que não ser rigoroso com atos intoleráveis nos coloca em risco de ser conivente com eles. Mas concentrarei meus comentários na segunda exceção, que é o relatório da inspeção nacional sobre os hospitais psiquiátricos no Brasil (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Apesar de ter presenciado atos gravíssimos, como a internação involuntária de um adolescente, o qual foi submetido a tratamento de eletroconvulsoterapia sem consentimento, ainda que tenha dado tom grave ao ocorrido, este relatório não o reporta como crime. Portanto apesar de reconhecer conceitualmente que práticas de internamento podem incorrer em crime de tortura ou de cárcere privado, não faz deste reconhecimento ligação direta com as irregularidades testemunhadas. Ao contrário, sempre que fala dos casos observados, reveste-se de dúvida e hipotetização. Diz, por exemplo: “as instituições psiquiátricas - que tenham características asilares - são espaços em que a tortura, penas cruéis e outras formas de tratamentos desumanos ou degradantes **podem** ocorrer” (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p. 39; negrito meu). Ou a seguinte:

Internações que ocorrem em desacordo com as diretrizes de saúde e de normas nacionais e internacionais sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais - entre elas, as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para além de sua inconstitucionalidade, **levantam indícios** de crime de sequestro e cárcere privado” (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p. 161; negrito meu)

Elas não apenas “levantam indícios”; não é o caso de que a tortura apenas “possa” ocorrer, ela ocorre! Se um agente público observa irregularidade, a documenta, isso não deve ficar apenas como hipótese em um relatório, deveria gerar uma denúncia aos órgãos competentes, que precisam processá-la de modo resolutivo (se isso chegou a ser feito, seria produtivo ser bem explícito a este respeito: quais órgãos foram notificados, em que data, que tipo de resposta forneceram). Temos que passar a perceber tais irregularidades literalmente

como o que sejam: crimes, infrações normativas. Ainda reporta o Conselho Federal de Psicologia (2019, p. 441, negrito meu):

Por fim, segundo o Estatuto do Idoso, constitui crime ‘expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo’ (art. 98), o que, **em tese**, surge nos relatos oriundos da Inspeção Nacional

Em tese? Em um relatório de mais de 500 páginas, a palavra crime é citada apenas 21 vezes. Destas, nenhuma vez é para levantar uma denúncia concreta. Cinco vezes é para apresentar conceitualmente o que seja tortura ou cárcere privado, o que de fato é trabalho relevante, mas também apenas como passo inicial. Oito vezes é para discutir os casos em que a pessoa com diagnóstico de doença mental é que cometeu o crime. Os demais são de sentido difuso. Quando um órgão de peritos em esfera federal, constituído para combater e prevenir o crime da tortura, tem esse tipo de abordagem, já se sabe que o olhar será brando e que a violência continuará sendo banalizada. Está certo, quem tem que definir se o ato cometido ou a omissão praticada constitui um crime ou não é um juiz, e até isso ser feito de forma definitiva há apenas suspeitas e indícios. No entanto, eu me pergunto, se os peritos (alguns, no caso, inclusive em Direito) não forem incisivos, quem ouvirá esta crucial mensagem?

Neste sentido, a *Lei 10.216* (2001), ao prever a possibilidade de internamento involuntário, fraqueja ante a princípios irrenunciáveis da Reforma Psiquiátrica: a liberdade, o respeito à pessoa humana, a dignidade e a autonomia. Se o tratamento é, por pressuposto, também autogerido (e frise-se que diversas publicações do Ministério Público⁵⁵ aconselham o engajamento do usuário com seu Projeto Terapêutico Singular), se implica sempre seu consentimento, como explicar que o internamento involuntário seja prática comum e autorizada? Ademais, se fosse para aceitar a possibilidade de internamentos involuntários, deveria ser obrigatória em todos os casos a verificação, por entidade independente, das condições sob as quais este internamento é feito. O procedimento é embasado teórica e metodologicamente? Há laudo psiquiátrico que seja favorável ao internamento? O psiquiatra faz a sua avaliação de forma minuciosa? Ou apenas toma o testemunho da família e dos amigos como verdade? Há direito ao contraditório? Qual é a comprovação de que foram esgotadas as alternativas menos invasivas? Ao ter se estabelecido em lei a modalidade de internação involuntária, abre-se espaço para os abusos. Em que pese a *Lei 10.216* (2001)

⁵⁵ E. g. Brasil. Ministério Público (2013a; 2013b).

regulamentar que nos casos de internamento involuntário o Ministério Público seja notificado, nada garante que este realmente faça uma averiguação do caso. Além disso, se o Ministério Público e outros órgãos reguladores não fizerem uma verificação ativa, nunca virão a saber dos internamentos involuntários sobre os quais não foi efetuada a notificação. A notificação, neste caso, não é em si garantia de lisura e adequação, e pode vir a ser mera formalidade.

Particularmente acredito que as mudanças trazidas à luz pela Reforma Psiquiátrica não foram confrontadas substancialmente com o crime de cárcere privado, tipificado no artigo 148 (*Decreto-Lei n. 2.848, 1940*):

Art. 148 - Privar alguém de sua liberdade, mediante seqüestro ou cárcere privado: (...)

Pena - reclusão, de um a três anos.

§ 1º - A pena é de reclusão, de dois a cinco anos:

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro do agente ou maior de 60 (sessenta) anos; (...)

II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital;

III - se a privação da liberdade dura mais de quinze dias.

IV – se o crime é praticado contra menor de 18 (dezoito) anos (...)

§ 2º - Se resulta à vítima, em razão de maus-tratos ou da natureza da detenção, grave sofrimento físico ou moral

Percebe-se que este crime traz como agravantes justamente os casos que são comuns à internação psiquiátrica: internação por familiar, em casa de saúde, prolongada por mais de 15 dias, que resulte em sofrimento. A redação deste crime no Código Penal é muito clara ao tratar do ato em si de privar a liberdade (privou ou não de liberdade) e não admite intenções benignas ou altruístas como justificativas válidas para o ato. Também não admite a consideração acerca da pessoa internada estar ou não de plena posse de suas faculdades mentais. Se tal ideia ainda soa estranha, certamente é porque nunca foi aplicada à risca. E me parece que um dos motivos pelos quais não o tenha sido é que o internamento psiquiátrico se revestia de um grau de legitimidade, afinal, ele era o método de tratamento senão plenamente recomendado ao menos certamente tutelado pela ciência psiquiátrica. Isto é, revestia-se de um manto (por ingenuidade ou por hipocrisia) insuspeito de higiene, moralidade e cientificidade. Ainda que se aceite que internar alguém não era crime, ao menos a partir de 2001 (se não a partir de 1991, a considerar a discussão internacional), quando se consolida politicamente outra normativa de tratamento, a legitimidade que se poderia atribuir ao internamento psiquiátrico torna-se explicitamente questionável, senão inaceitável ela mesma. Esta confrontação da internação involuntária com o cárcere privado seria muitíssimo importante

para consolidar a visão do que seja recomendável, aceitável ou condenável em termos de internamento psiquiátrico.

Em sentido análogo, espanta-me que os preceitos de Cabanis (cf. p. 52-53) completaram 200 anos ainda no século passado e, mesmo não sendo arrojados ou precisos em suas proposições, ainda estão longe de terem sido completamente implementados. Um deles era a previsão de que internamentos requereriam dois relatórios médicos, além do consentimento de um juiz de paz. A necessidade de um segundo relatório médico poderia dar ensejo à contraposição de aspectos ou posicionamentos do primeiro. O apelo a uma terceira instância, fora da área médica, nesse caso encontra paralelo na notificação ao MP no caso de internações involuntárias. Mas há diferenças substanciais: não apenas tal consentimento é solicitado em todos os casos de internação (o que englobaria inclusive os voluntários), mas ele é prévio à internação e, portanto, requisito, e não meramente um protocolo informativo a ser adotado a posteriori. Outra das formulações de Cabanis são as inspeções periódicas, seja da polícia, seja da magistratura. Vê-se que esta é uma medida que não tem sido efetuada com rigor no caso brasileiro. Medidas como essa são importantes, porque, como observou Cabanis, a família é por vezes parte interessada no internamento por motivo outro que não a saúde da própria pessoa. De lá para cá, isso não se modificou, considerando que o interesse familiar em ter a tutela da pessoa com diagnóstico psiquiátrico modifica-se uma vez que ela vem a saber de seus benefícios econômicos (os repasses governamentais diversos, tais como o Benefício de Progressão Continuada, a aposentadoria por invalidez ou outros), conforme o relato de mais de um dos trabalhadores do CAPS.

Em que pese a falta de uma maior assertividade do relatório de inspeções dos hospitais psiquiátricos (Conselho Federal de Psicologia, 2019), seu trabalho é brilhante. Como exemplo, citei algumas das condições observadas em uma das clínicas psiquiátricas goianienses cadastradas e financiadas pelo SUS, Casa de Eurípedes (cf. p. 72-73). É preciso retomar estes aspectos pois, assim sendo, esta instituição faz parte da RAPS e recebe, via de regra, encaminhamentos diretos do Pronto-Socorro Wassily Chuc, ou seja, encaminhamentos indiretos dos CAPS da cidade. Logo, ficam claras duas questões básicas: (1) a rede não se opõe ao internamento como medida de tratamento, seja através de seu financiamento seja através de encaminhamentos de usuários e (2) a rede é conivente com diversas condições problemáticas além dos internamentos, seguem algumas delas: restrição de locomoção e de visitas, prontuários incompletos, cotidiano repetitivo e ausência de atividades terapêuticas,

suspeita de violência sexual, trabalho de manutenção da instituição de forma não remunerada, crianças e adolescentes tratados como adultos, entre outras.

A ausência de acompanhamento destas clínicas por parte de CAPS ou da Atenção Básica também é grave pois portarias e manuais citados ao longo deste trabalho reiteram (1) a responsabilidade destas unidades em fornecer o PTS, (2) o papel estratégico do CAPS como articulador. Este aspecto também é ressaltado pelo Conselho Federal de Psicologia (2019). Das duas uma: ou a clínica psiquiátrica deve buscar o CAPS para que o PTS seja feito, ou o CAPS deve buscar a clínica, com o mesmo fim. É necessário garantir que todos os usuários tenham seu PTS, uma vez que é previsto que cada caso tenha o seu. Isso requer, me parece, no mínimo um contato semanal entre ambas. Fica evidente que nem uma instituição nem a outra buscam o contato, porque se ao menos uma delas fizesse, a não ser que a outra fosse deliberadamente negligente, esta demanda estaria suprida. Na falta do CAPS, esse papel deve ser exercido pela Atenção Básica do território, conforme a *Portaria n. 2.436 (2017)*. Ainda que na *Portaria n. 131 (2012)* a normatização se dirija ao acolhimento aos usuários de drogas, não haveria razão plausível para que os princípios ali elencados deixassem de ser aplicados também às pessoas em tratamento de transtorno mental. Estes incluem visita quinzenal e registro de todos os contatos em prontuário.

De todos os órgãos que existem e possuem competência para verificar se os tratamentos psiquiátricos têm sido humanos e conformes à lei, há inúmeros: os Ministérios Públicos, tanto o Federal quanto os Estaduais; a Secretaria Municipal de Saúde, ou a Estadual; os Conselhos de Saúde, em suas diversas instâncias: local, municipal, estadual, federal; o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA; os Conselhos de classe que atuam na área, cito aqui os regionais, mas nada impediria que os federais também fossem atuantes: tais como CRM, CRP, COREN, CRESS, CREFITO, CREF, CRA, entre outros; Tribunais de Contas, em seus diversos níveis, municipal, estadual, federal; as Vigilâncias Sanitárias, em qualquer nível; o poder judiciário, os bombeiros, a polícia, autoridades legislativas ou executivas (vereadores, prefeito), e, claro, a própria sociedade civil. Candidatos, portanto, não faltam, falta o compromisso, o hábito, e provavelmente a instrução.

Questiono: de todos estes órgãos, quais fizeram visitas de fiscalização? Quantas visitas anuais lhe fazem? Quantos relatórios de fiscalização produziram? Quantas orientações deram? Quantos encaminhamentos aos órgãos competentes de suas orientações e fiscalizações foram feitas? E quantas fiscalizações foram feitas junto aos CAPS e demais unidades da RAPS? E as

comunidades terapêuticas? E quanto àquelas instituições que não recebem financiamento, foram também verificadas? Sequer unidades credenciadas no SUS são monitoradas, quanto menos as demais. As demandas e os órgãos de fiscalização existem, o que não existe é a fiscalização propriamente dita; ou, se existe, não se faz visível. Como muitos dos citados são órgãos públicos, essas informações deveriam ser periodicamente reportadas. Serem públicas, transparentes e auditáveis.

Ainda que a inclusão de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos na RAPS tenha sido efetuada normativamente a nível federal, os profissionais de saúde não precisam (e não devem) encaminhar usuários para serviços que não atendam os requisitos mínimos de um tratamento digno e consoante às normativas vigentes.

Dito isto, e sem querer desprezar todas as mudanças que houve desde a época onde o tratamento asilar tinha prevalência, que de fato foram enormes, considerando a (então baixa, ou inexistente) qualidade do tratamento, e envolveram a revisão de preconceitos, estigmas, dores pessoais e medos coletivos, no entanto, me pergunto: será que conseguimos mesmo fazer uma reforma? Temos conseguido desconstruir os conceitos de loucura e de transtorno mental? Ou a cada dia inventamos novas síndromes, novas classificações e novos remédios? Desistimos da internação como ferramenta de lidar ou apenas tornamo-as mais locais e pontuais? Olhando desde fora, que é a minha posição de pesquisador, acredito que até agora apenas modificamos a superfície do problema.

Por fim, saliento o artigo quarto da *Lei n. 10.216* (2001), que prevê textualmente: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” Este artigo está em falta de amparo substancial: como saberemos se os outros recursos são insuficientes? Pode-se proceder por suposição? Ou é necessário que estes recursos tenham que ser realmente efetivados antes? E quais seriam estes recursos e quantas vezes ou por quanto tempo eles deveriam ser tentados? E qual é a implicação penal para quem deixa de fazer este artigo ser observado? A lei, ao não especificar nenhum destes termos, torna-se inócua em sua proposição.

Derradeiramente chegamos às considerações sobre os aspectos críticos da política pública em Saúde Mental de Goiânia. Como bem disse um trabalhador para mim, a política pública municipal poderia ser resumida no preceito “asfalto sim, saúde mental, não”. Este gestor de CAPS sente-se indo para a guerra munido apenas de um estilingue.

Nenhum CAPS dispõe de recursos materiais para a arteterapia, além de outros materiais. Remédios também são uma falta constante. Mesmo profissionais não são repostos,

o que causa dificuldade para fornecer o serviço ou mantê-lo em sua qualidade habitual. Faltam psiquiatras na rede como um todo. O CAPS Esperança particularmente também se ressentiu da falta de outros profissionais. O CAPS Beija-Flor apresentou aumento do número de usuários por profissional ao longo do tempo, o que, por evidência, diminuiu a atenção dispensada a cada um. Todos os CAPS apresentam alguns aspectos de sua estrutura física que poderiam ser melhorados. Localização, insegurança e falta de sede cuja propriedade seja da Prefeitura também foram pontos recorrentes.

A ouvir-se os diversos depoimentos, pode-se concluir que em Goiânia o serviço estava em seu auge na década de 2000, com implantação forte, recurso financeiro, cuidado na gestão e no treinamento. Depois, ano após ano, parece que a importância percebida do CAPS foi arrefecendo e o movimento não consegue sustentar sequer o investimento de outrora. Porque ainda que se pense que a crise econômica teve certo impacto no direcionamento dos recursos, nada justifica que em 2020 se tenha menos recurso disponível comparativamente a, digamos, 2003 ou 2006.

E. A. Silva (2013) já referiu-se à condição das unidades CAPS goianienses estarem sujeitas às “instabilidades contratuais”: o fato de suas sedes não serem de propriedade da Prefeitura. Dessa forma, a continuidade dos serviços nos locais onde são fornecidos não tem como serem garantidos, pois dependem do aval de pessoas externas à Prefeitura. Ademais, essa condição impede apropriação mais definitiva por parte da comunidade e também prejudica os devidos investimentos na estrutura física, afinal, não apenas o investimento tem que ser aceito pelo proprietário, mas também a própria prefeitura pode ter que eventualmente abrir mão da estrutura feita, caso aquele decida romper o contrato. Isso continua aparecendo na fala dos trabalhadores de modo amplamente significativo.

Acredito que a situação financeira dos CAPS fala por si. Eu não encontrei a informação de quanto cada CAPS recebe anualmente nem no Portal de Transparência, nem nos Relatórios Municipais de Gestão da Saúde (dados não transparentes, não auditáveis). Isso seria extremamente relevante uma vez que uma estimativa apresentada por Guimarães e Rosa (2019) sugere que o custo de um usuário internado corresponde a uma magnitude de vinte vezes o custo dele ter seu tratamento no CAPS. Dados claros sobre este aspecto seriam inequívocos para afastarmos de vez o argumento econômico. De resto, não resta dúvida quanto a qual tratamento é mais humano.

Também conforme o relato dos trabalhadores do CAPS, a falta de psiquiatras na rede e sobretudo no CAPS é uma das situações que atrapalha o bom andamento do serviço. É de se

imaginar que um psiquiatra possa dar conta de 400 usuários, em suas reavaliações periódicas? Um CAPS que antes tinha cinco psiquiatras consegue atender sua demanda se agora tem apenas um? Apesar de dois depoimentos reforçarem que o CAPS sempre continuou, mesmo sem nenhum ou com poucos médicos, a disponibilidade dos médicos é sempre uma preocupação de fundo. Os trabalhadores reportam que a busca de auxílio na rede resulta infrutífera. Quando o usuário vai ao Pronto-Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, ganha apenas uma injeção, um “sossega-leão” para o próprio dia. E se o encaminhamento é feito à ESF, os técnicos de lá reencaminham-no de volta ao CAPS. Nisso, o usuário fica sem reavaliação psiquiátrica, sem a receita e a medicação correspondente. Isso mostra que além da precariedade estrutural, de falta de profissionais e materiais, a rede não está funcionando como deveria.

Além disso, acredito que a crítica feita ao CAPS como um modelo complementar ao hospital psiquiátrico, e não realmente substitutivo, é pertinente. Como se questionou na abertura destas considerações, é preciso primeiro ter clareza sobre o modelo de tratamento – prevê internamento ou não? Prevê a centralidade ou a indispensabilidade do tratamento químico? É de se questionar se o CAPS tem no presente a estrutura física, de profissionais e financeira para dar conta da atenção mais intensiva que é necessária nas situações mais agudas (e lembrando que o CAPS III deve ter acolhimento 24h). Por regra, o Pronto-Socorro Wassily Chuc recebe estes encaminhamentos, sendo a referência para crises (Secretaria Municipal de Saúde, 2020; veja também A Redação, 2012; Jornal Opção, 2019; O Popular, 2015; e também o relato dos profissionais). Claro, em primeira instância, o que é substitutivo é a rede como um todo, não uma unidade de saúde em si.

Ainda assim, autores como Zambenedetti e Silva (2008) pontuam que a compartimentalização dos serviços fere alguns dos princípios que norteiam toda a lógica de tratamento contemporânea. Se o SUS é para ser de todos, se o direito à saúde deve ser universal e igualitário, como se explica que na prática uma unidade e outra entrem em um jogo de empurra-empurra em relação ao usuário? Ao rechaçar demandas, corre-se o risco de deixar a pessoa sem atendimento. Ouvi mais de uma vez nos CAPS visitados que ali não é lugar para o “neurótico leve”, nem para a pessoa que já passou por uma crise (psicótica ou depressiva grave), mas agora encontra-se estruturada. No entanto, os próprios profissionais sabem que o atendimento ambulatorial que deveria dar conta destes casos não supre a demanda e que os postos ESF reencaminham o usuário ao CAPS. Conforme colocam Zambenedetti e Silva (2008, p. 145), se trata de “migração de uma parcela de usuários com

sofrimento psíquico leve para serviços não vinculados ao SUS”, ou, a bem da verdade, no caso de pessoas que não tenham a condição financeira, a migração para serviço nenhum. Portanto a relativa melhora do usuário acaba por oferecer um impasse, o qual nem unidade nem rede mostram-se capazes de resolver. E aqui de novo esbarramos na falência do conceito “revolucionário” de saúde, que pretendeu-se como algo mais do que a ausência de doenças. Afinal, em saúde mental, só recebe mesmo tratamento quem tem diagnóstico (grave) e sintoma (irrecusável). E a universalidade do atendimento? E a promoção de saúde? Afinal, a cartilha do SUS trata em sua diretriz primeira: “**toda pessoa** tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da **promoção, prevenção, proteção, tratamento** e recuperação da saúde” (Conselho Nacional de Saúde, 2018, negrito meu). Frise-se: em sua primeira diretriz.

Não obstante, é uma indignidade querer propor um serviço de cuidado e deixar de fornecer estrutura permanente adequada, sede própria, salubre, onde o teto não caia, onde haja cadeiras inteiras. Indignidade deixar de prover, num segundo nível, os recursos duráveis necessários para todas as atividades, seja do arteterapeuta, seja educador físico, seja do musicoterapeuta, ou de qualquer outro: colchonetes, aparelho de som, instrumentos musicais, rede de internet para alimentação dos sistemas informatizados. Por fim, é incoerente propor arteterapia e não fornecer seu material básico de reposição: papel, tinta, pinceis, material de colagem, entre outros. Assim como é incoerente propor farmacologia e deixar faltar os fármacos ou sequer ter os psiquiatras para receitá-los. Em um serviço que é essencial, em consideração a direitos individuais e coletivos que são irrevogáveis, posto que fundamentais.

É uma indignidade para o Estado, para a administração pública, deixar seus trabalhadores, que são seus representantes, prestar o serviço que é de sua responsabilidade sem oferecer-lhes as condições mínimas para isso. Atrasando o próprio salário com que eles tapam os furos do serviço, com que suprem-no naquilo que lhe falta. Esta não é uma situação de hoje ou alguns meses. É uma situação estrutural. Quando vemos os trabalhadores perdendo a motivação para reivindicar, não tendo o poder político-administrativo de fazer o serviço ter as condições mínimas, sabemos que o sistema todo adoeceu. A doença do descaso venceu.

O Estado é o teto que desaba sobre nossas cabeças. Seria preciso que aqui se dissesse o óbvio? Seria isso o esperado? Martelar o prego já acéfalo? O autoevidente não carece de pesquisador. De todo modo, que não se fique sem dizer: é errado, incongruente, incoerente, contraditório, falácia lógica, hipocrisia, negação dos próprios princípios que se ofereça um serviço de cuidado descuidadamente. É negligência, irresponsabilidade.

O Estado, por sua vez (é dizer, seus agentes), se comporta como se tivesse poder de arbítrio absoluto. Autoriza-se a encerrar contratos sem se preocupar com os serviços que estes contratos visam manter, talvez porque sequer parecem-lhe ainda sua responsabilidade. Ao terceirizar a responsabilidade, o Estado se esquece e se exime dela. Esquece também que a grande parte do que executa e deixa de executar está prescrito na lei, e mesmo quando não está, é dedutível de um princípio moral mais largo. Assim, como explicar que foi possível encerrar o convênio com a Sociedade São Vicente de Paula para cuidado dos Serviços Residenciais Terapêuticos, por suspeita de irregularidade, mas sem de fato antever, se preparar e arcar com as consequências deste encerramento? O Estado também está em caráter de tutela permanente, estado de menoridade, pois necessita que o MP bata em seu ombro para dizer "você está errado". Na saúde mental, o Estado fornece o serviço do qual precisa para curar-se. Afinal, é o Estado que está alienado, que não tem consciência, que não enxerga a realidade, que está desadaptado em suas funções sociais, que tem oscilações típicas e agudas de humor (ora à direita, ora à esquerda), que tem fantasias em grau de alucinação e delírio. Quando falo Estado, falo evidentemente dos gestores da Administração Pública.

Acredito ser necessário repensar as estratégias de enfrentamento. É responsabilidade do Estado arcar com seus deveres? É, absolutamente. Mas também é papel dos órgãos fiscalizadores, dos trabalhadores e de todos nós cidadãos exigir-lhe e fazer acontecer. Afinal, o Estado é um aparato normatizado por leis e não uma entidade ingovernável. Quando a Constituição Federal diz que todo poder emana do povo, e essa é uma colocação do artigo primeiro, que vem antes de todas as demais, ela não está nos autorizando a isso, ela está reconhecendo que nosso poder sobre isso, sobre tudo e sobre ela própria, é anterior. É a própria Constituição Federal que é uma representação do poder do povo. E no instante que deixar de sê-la deverá ser revista. Então é precisamente isso: são nossas ações civis e políticas, como povo, que dão legitimidade à própria lei. Ninguém está culpando cidadãos e funcionários de fazerem doações para manter o serviço público. Mas a lógica que persiste é equivocada. (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

Os profissionais goianienses de saúde mental assumiram seus cargos em 1999 ou depois disso, e portanto eles não participaram da luta inicial (nacional) de transformação do modelo defendida pela Reforma Psiquiátrica (que já vinha no mínimo desde a década de 1980). Há aqueles que participaram da implementação municipal e da estruturação inicial do serviço (antes de 2005). Percebe-se que a luta depois de 2005 refletiu em muito pouco de ampliação ou aprofundamento. O movimento parece ter se acomodado ou perdido a força. Os

trabalhadores demonstram o temor de invisibilidade, reafirmando que a loucura “não dá quórum”. Mas não dá? Talvez não em termos diretamente políticos, porque eu vejo sempre uma curiosidade das pessoas em relação às diferentes facetas da psicologia e da saúde mental, são temas populares. Paulo Amarante e Nise da Silveira buscavam mais ativamente a mídia como instrumento de visualização e poder. É impressionante revisitar a história do MTSM e entender por que deu certo. Eles se mobilizaram mesmo! Não ficaram no "isso é o que dá para fazer". Nos CAPS observados neste estudo, a grande reclamação dos profissionais é a falta de materiais de trabalho, remédios e psiquiatras. O trabalho, até que dá para tocar. Se o teto estraga, a gente conserta. O que é louvável, mas não é o certo. As instâncias políticas brasileiras, ao contrário do que prega a Reforma Psiquiátrica, vivem de constante tutela. Quando o Estado falta em fornecer o básico, os trabalhadores protegem o Estado, assumindo seu papel e responsabilidade: compram seus materiais, escrevem as receitas médicas em nome dos psiquiatras. É um acobertamento. Assim, nunca cidadão, usuário, trabalhador e Estado podem realmente entender a própria falta e a própria responsabilidade. A gente vê o buraco apenas no segundo olhar, porque ele está relativamente tapado. Mas isso tem um custo no longo prazo, seja para a eficiência das instituições, seja para a saúde dos envolvidos, especialmente os trabalhadores.

O ser humano se desenvolve em relação humana, o que envolve tanto empatia quanto responsabilidade. Sabemos que os pais que superprotegem os filhos criam sujeitos tendentes à desadaptação. Apoiar, pedir e cobrar são muito diferente de fazer por. A responsabilidade de um pai é, a título de exemplo, zelar para que seu filho arque com suas responsabilidades escolares, não é fazer a tarefa por ele. Mas na Administração Pública, carecemos de total discernimento das responsabilidades. Enquanto o Estado é negligente, são os trabalhadores que se põe a suprir suas faltas.

Ao longo deste trabalho, percorremos grandes questões que atravessam a constituição da arte como instrumento terapêutico, o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o embate vigente de modelos e por fim como estas questões aparecem localmente na cidade de Goiânia.

A arteterapia talvez seja a mais perfeita tentativa moderna de reencontrar o bom, o verdadeiro e o belo: é uma prática embasada cientificamente, portanto, veraz, intenta o autoconhecimento e o efeito terapêutico, isto é, o útil e o bom, através da arte, sua constituição criativa e seu efeito estético, o que é dizer, através do belo. Coloca-se como um tratamento humano, centrado nas capacidades criativas e expressivas da pessoa e nisso se

coaduna como complemento a outras formas de cuidado e mesmo como método profilático, dentro do CAPS ou fora dele. Idealmente, o CAPS é dispositivo estratégico de intervenção em saúde mental. O Ministério da Saúde (2004) dá ênfase no papel preponderante do CAPS como articulador da Rede com vistas à implementação da Reforma Psiquiátrica. No entanto, a ênfase no Pronto-Socorro de Goiânia como “porta de entrada” da RAPS, o subsequente encaminhamento às clínicas psiquiátricas e a coexistência de comunidades terapêuticas ameaça a consolidação do CAPS como este dispositivo estratégico de enfrentamento. Talvez seja necessário reavaliar, tanto na esfera municipal quanto na federal, sob quais *ações* este papel seria suficientemente efetivo, bem como expandir sua atuação. O insuficiente fornecimento de recursos financeiros, humanos e estruturais é o segundo dos mais graves obstáculos para a consecução deste papel estratégico (o primeiro é a mobilização ineficiente - lembrar que a lei é segunda à vontade). A dificuldade de obtenção de financiamento é correlata ao embate ideológico que se instaurou com o retorno da preferência pelos métodos de internamento. Também esta dificuldade está presente tanto ao nível federal quanto ao nível municipal. Por fim, como remédio a tal embate ideológico, receitamos os bons alicerces ontológicos de sempre: dados da realidade (a ciência se faz necessária), dados da razão (lógica, coerência, senso de propósito), e...

Ação!

Afinal, como bem disse o poeta, não há liberdade que não seja conquistada.

Referências Bibliográficas

- A Redação (2012). *Onde o portador de transtorno mental é tratado em Goiânia?*. Recuperado de: <https://www.aredacao.com.br/noticias/10726/onde-o-portador-de-transtorno-mental-e-tratado-em-goiania>
- Abbing, A., Baars, E. W., Sonnevile, L. D., Ponstein, A. S., & Swaab, H. (2019). The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial. Em *Frontiers in Psychology*, 10. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01203
- Abraham, K. (1913). *Dreams and myths: a study in race psychology*. (W. A. White, Trad.). New York, NY: The Journal of Nervous and Mental Disease Publishing Company. (Obra original publicada em 1910).
- Agência Brasil (2020). *Déficit primário pode ser zerado até 2022, diz secretário*. Recuperado de: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-01/deficit-primario-pode-ser-zerado-ate-2022-diz-secretario>
- Agnese, A., Lamparelli, T., Bacigalupo, A., & Luzzatto, P. (2012). *Supportive care with art therapy, for patients in isolation during stem cell transplant*. Palliative and Supportive Care
- Aguilar, B. A. (2017). The efficacy of art therapy in pediatric oncology patients: an integrative literature review. Em *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 173-178.
- Alexander, F. G. & Selesnick, S. T. (1980). *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente* (A. Arruda, Trad.). São Paulo, SP: Ibrasa. (Obra original publicada em 1966).
- Allessandrini, C. D. (2010). A pesquisa científica em arteterapia no Brasil: estado da arte. Em *A formação em arteterapia no Brasil: contextualização e desafios. Textos do III Fórum Paulista de Arteterapia*. São Paulo, SP: Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo.
- Alves C. F. O., Ribas, V. R., Alves, E. V. R., Viana, M. T., Ribas, R. M. G., Júnior, L. P. M., ..., Castro, R. M. (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica. Em *Neurobiologia*, 72(1), 85-96.
- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. Em *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1(1), 61-77. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em P. Amarante (coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (Pp. 45-66). Rio de Janeiro, RJ: Editora Nau.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). Reforma Psiquiátrica. Em Brasil. Ministério da Saúde. *Memória da loucura : apostila de monitoria* (P. 45-46). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Amarante, P. (2010). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz. (Obra original publicada em 1995).
- Amarante, P. (2014a). Prefácio. Em R. M. S. Sade, *Portas abertas : do manicômio ao território : entrevistas triestinas*. São Paulo, SP: Editora Unesp.
- Amarante, P. (2014b, Dezembro 8). *Amarante: 'É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação'*/Entrevistador: Bruno Dominguez. Em: Portal Fiocruz. Recuperado de: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao>
- Amarante, P., Freitas, F., Nabuco, E. S. & Pande, M. R. (2012). Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. Em P. Amarante & F. N. Campos (orgs.). *Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates* (Pp. 23-38). São Paulo, SP: Zagodoni Editora.
- Amarante, P., Gomes, A. C. M., Torre, E. H. G., Costa, J. A., Cruz, L. B., Caliman, L. V., ... & Oliveira, W. S. (2012). Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. Em A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo & H. B. C. Rodrigues (orgs.). *Cliopsyché: fazeres e dizeres psi na história do Brasil* (Pp. 44-59). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Amarante, P. & Nunes, M. De O. (2018) A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association – 6th edition*. Washington, DC: APA.
- Andrade, L. Q. (1993). *Terapias expressivas – uma pesquisa de referenciais teórico-práticos*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Andriolo. (2003). A “psicologia da arte” no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. Em *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 74-81.
- Antunes, P. B., Rosa, M. A., Belmonte-de-Abreu, P. S., Lobato, M. I. R. & Fleck, M. P. (2009). Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. Em *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(1), 26-33.
- Arantes, D. J., & Toassa, G. (2017). Movimento da Reforma Psiquiátrica em Goiânia, GO: Trajetória Histórica e Implantação dos Primeiros Serviços Substitutivos. Em *Revista Psicologia e Saúde*, 9(2), 47-60. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i2.498>
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. Rio de Janeiro, RJ: Intrínseca.
- Arbex, D. (2015, Agosto 6). *Loucura e liberdade: saúde mental em Barbacena/Entrevistadora: Manuela Castro* [arquivo de vídeo]. Em: TV Brasil. Recuperado de: <http://tvbrasil.etc.com.br/caminhosdareportagem/episodio/loucura-e-liberdade-saude-mental-em-barbacena>
- Aristóteles (2008). *Poética* (A. M. Valente, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Banister, P. (2011). *Qualitative methods in psychology: a research guide*. Maidenhead, IF: Open University Press.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo, SP: EdUSP/Lemos.
- Barton, R. (1959). *Institutional neurosis*. Baltimore, MD: Williams and Wilkens Co.
- Barton, R. (1972). Institutional neurosis. Em *British Medical Journal*, 19 (5798), 505. Recuperado de: <https://www.bmj.com/content/1/5798/505.3>
- Basaglia, F. (1981). *Scritti: 1953-1968: dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia* (Vol. 1). Torini: Giulio Einaudi.
- Basaglia, F. (1982). *Scritti: 1968-1980: dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'Assistenza psichiatrica* (Vol. 2). Torino: Giulio Einaudi.
- Basaglia, F. (1985). As instituições da violência. Em F. Basaglia (coord.) *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico I* (H. Jahn, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal. (Obra original publicada em 1968).
- Basaglia, F. (1987). *Psychiatry inside out* (A. M. Lovell & T. Shtob, Trad.). New York, NY: Columbia University Press.
- Basaglia, F. (2013). *L'instituzione negata*. Milan, MI: Baldini and Castoldi. (Obra original publicada em 1968).
- Bilbao, G. G. L.; Cury, V. E. (2006). O artista e sua arte: um estudo fenomenológico. Em *Paidéia*, 16(33), 91-100.
- Birman, J. (1982). Psiquiatria e sociedade. Em *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31(4), 237-46.
- Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada. Em B. Bezerra & P. Amarante (Orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 71-90). Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Brandão, B. & Carvalho, J. (2019). Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência. Em *Revista Ingesta*, 1(1), 268-282.
- Brasil. Ministério da Saúde (1986). *Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, DF: OPAS. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_caracas.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde (2007). *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013a). *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://www.mindbank.info/item/4763>
- Brasil. Ministério da Saúde (2013b). *Saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2018). *Relatório de Gestão 2018*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde (2019). *Nota Técnica n. 11/2019*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Brown, D. (2000). *Fundamentos de arteterapia* (K. S. F. de Mendonça, Trad.). São Paulo, SP: Vitória Régia.
- Bueno, A. C. (2004). *O canto dos malditos*. Rio de Janeiro, RJ: Rocco.
- Cabanis, P. J. G. (1956). *OEuvres philosophiques*. Paris. (Obra original publicada em 1805).
- Câmara Municipal de Goiânia (2019a). *Cristina Lopes aponta problemas de estrutura e falta de medicamentos em Caps de Goiânia*. Recuperado de: <https://goiania.go.leg.br/sala-de-imprensa/noticias/cristina-lobes-aponta-problemas-de-estrutura-e-falta-de-medicamentos-em-caps-de-goiania>
- Câmara Municipal de Goiânia (2019b). *Priscilla Tejota denuncia situação de abandono em Centro de Atenção Psicossocial*. Recuperado de: <https://www.goiania.go.leg.br/sala-de-imprensa/noticias/priscilla-tejota-denuncia-situacao-de-abandono-em-centro-de-atencao-psicossocial>

[imprensa/noticias/priscilla-tejota-denuncia-situacao-de-abandono-em-centro-de-atencao-psicossocial](#)

- Câmara Municipal de Goiânia (2019c). *Vídeo - Vereador fiscaliza CAPS do Jardim Petrópolis*. <https://www.goiania.go.leg.br/sala-de-imprensa/noticias/video-vereador-fiscaliza-caps-do-jardim-petropolis>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Canudo, R. (1923). Reflections on the seventh art. Em R. Abel (Org.) (1993). *French film theory and criticism: A History/Anthology, 1907–1939* (pp. 291-303). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1982). *Dictionnaire des symboles: mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres*. Paris: Robert Laffont/Jupiter.
- Ciasca, E. C., Ferreira, R. C., Santana, C.L.A., Forlenza, O.V., Santos, G. D., Brum, P. S., Nunes, P. V. (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. Em *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 40(3). Pp. 256-263.
- Clinique de La Borde (2020). *La Clinique et la psychothérapie institutionnelle*. Recuperado de: <http://www.cliniquedelaborde.com/la-clinique.html>
- Coletivo Desencuca (2018). *Somos assim*. Recuperado de: <https://web.facebook.com/notes/coletivo-desencuca/somos-assim/237358483458319/>
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Resolução CNS n. 553, de 9 de agosto de 2017*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1814793/do1-2018-01-15-resolucao-n-553-de-9-de-agosto-de-2017-1814789
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal. Recuperado de: http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_26.02.2015/ind.asp
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. London, JS: Tavistock.
- Coqueiro, N. F., Vieira, F. R. R. & Freitas, M. M. C. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Em *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 859-862.
- Correia, P. R., & Torrenté, M. O. N. (2016). Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. Em *Cadernos Saúde Coletiva*, 24 (4), 487-495.

- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Decreto-Lei n. 2.848* (1940, 7 de dezembro). Código Penal. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). *L'anti-Œdipe. capitalisme et schizophrénie*. Tunis: Cérés Productions.
- Estadão. (2015). As 'pedaladas fiscais' do governo Dilma. Recuperado de: <https://infograficos.estadao.com.br/economia/pedaladas-fiscais/index>
- Feldman, R. P. & Goodrich, J. T. (2001). Psychosurgery: a historical overview. *Neurosurgery*, Vol. 48 (3), 647-659.
- Ferraz, M. H. C. de T. (1998). *Arte e loucura: limites do imprevisível*. São Paulo, SP: Lemos.
- Ferreira, D. C. (1992) *Benzodiazepinas: contribuição para o estudo de preparações farmacêuticas*. (Tese de doutorado, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Porto). Recuperado de: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10216/3/348_TD_01_P.pdf
- Fleming, M. (1976). *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento.
- Firmino, H. (1982). *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro, RJ: CODECRI.
- Firmino, H. (2016, Julho 1). *Nos porões da loucura/Entrevistadora: Raquel Capanema* [arquivo de vídeo]. Em: Opinião Minas. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=-ttc57eiuM>
- Foot, J. (2015). *The man who closed the asylums: Franco Basaglia and the revolution in mental health care*. London, JS: Verso.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica* (J. T. C. Netto, Trad.). São Paulo, SP: Perspectiva. (Obra original publicada em 1972).
- Freitas, F. & Amarante, P. (2017). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Freud, A. (1974). The methods of child analysis. The writings of Anna Freud (pp. 19–35). New York, NY: International Universities Press. (Obra original publicada em 1927).
- Freud, S. (1996a). A interpretação dos sonhos. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 4-5) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1900).
- Freud, S. (1996b). Escritores criativos e devaneio. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 9, pp. 135-143) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1907).

- Freud, S. (1996c). Personagens psicopáticos no palco. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 292-297) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1962).
- Gazeta do Estado (2016). *Centro de convivência e cultura Cuca Fresca recebe prêmio de inclusão social na área da saúde mental*. Recuperado de: <https://gazetadoestado.com.br/artigo/centro-de-convivencia-e-cultura-cuca-fresca-recebe-premio-de-inclusao-social-na-area-da-saude-mental>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, SP: Atlas.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York, NY: Doubleday.
- Goffman, E. (1974). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, SP: Perspectiva. (Obra original publicada em 1961).
- Goulart, M. S. B. (2006). A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. Em *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1), 1-19.
- Goulart, M. S. B. (2008) Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. Em *Mnemosine*, 4(1), 2-15.
- Goulart, M. S. B. (2010). Em nome da razão: quando a arte faz história. Em *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 20(1), 36-41.
- Guedes, M. H. M., Guedes, H. M., & Almeida, M. E. F. (2011). Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. Em *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 731-742.
- Guimarães A. N., Borba L. O., Larocca L.M. & Maftum M. A. (2013). Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 A 2000): história narradas por profissionais da Enfermagem. Em *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 361-369.
- Guimarães, T. A. A. & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. Em *O social em questão*, 44, 111-138.
- Gussak, D. E. & Rosal, M. L. (Orgs.) (2016). *The wiley handbook of art therapy*. Oxford, L1: Wiley-Blackwell.
- Hill, A. (1945). *Art versus illness: a story of art therapy*. London, JS: George Allen & Unwin.
- Hill, A. (1951). *Painting out illness*. London, JS: William and Norgate Ltd.
- Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada (2017). Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília, DF: IPEA. Recuperado de: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf

- Hogan, S. (2016). *Art therapy theories: a critical introduction*. New York, NY: Routledge.
- James, W. (1907). *Principles of psychology*. New York, NY: Henry Holt. (Obra original publicada em 1890).
- Jacobi, J. (2007). *Complex/archetype/symbol in the psychology of C G Jung*. New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1925).
- Jornal Opção (2019). *Vereadora visita Ambulatório Municipal de Psiquiatria e o Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily*. Recuperado de: <https://www.jornalopcao.com.br/ultimas-noticias/vereadora-visita-ambulatorio-municipal-de-psiquiatria-e-o-pronto-socorro-psiquiatrico-wassily-207370/>
- Jung, C. G. (1919). On the problem of psychogenesis in mental disease. Em C. G., Jung, & H. E. Read (2014). *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 3, pp. 1075-1089). London, JS: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1931a). Freud and Jung: contrasts (R. F. C. Hull, Trad.). Em C. G., Jung & H. E. Read (2014). *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 4, pp. 1483-1492). London, JS: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1931b). The structure of the psyche (R. F. C. Hull, Trad.). Em C. G., Jung, & H. E. Read (2014). *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 8, pp. 3095-3114). London, JS: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1957). Commentary on “The Secret of the Golden Flower” (R. F. C. Hull, Trad.). Em C. G., Jung, & H. E. Read (2014). *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 8, pp. 6050-6105). London, JS: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1958). Schizophrenia (R. F. C. Hull, Trad.). Em C. G., Jung, & H. E. Read (2014). *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 3, pp. 1120-1135). London, JS: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1969). On the nature of the psyche (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 8, 2nd ed., pp. 159-234). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1954).
- Jung, C. G. (1976). Symbols of transformation (R. F. C. Hull, Trad.). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1912).
- Jung, C. G. (2014a). Analytical psychology and education (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 17, 2nd ed., pp. 7706-7775). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1946).
- Jung, C. G. (2014b). A review of the complex theory. Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 8, 2nd ed., pp. 3048-3062). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1948).

- Jung, C. G. (2014c). A study in the process of individuation (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 9, 2nd ed., pp. 3798-3862). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1950).
- Jung, C. G. (2014d). Flying saucers: a modern myth of things seen in the skies (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 10, 2nd ed., pp. 4611-4740). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1958).
- Jung, C. G. (2014e). Foreword to Suzuki's introduction to zen buddhism (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 11, 2nd ed., pp. 5422-5441). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1939).
- Jung, C. G. (2014f). Mandalas (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 9, 2nd ed., pp. 3893-3898). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1955).
- Jung, C. G. (2014g). On psychic energy (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 8, 2nd ed., pp. 2959-3022). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1948).
- Jung, C. G. (2014h). On psychological understanding (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 3, 2nd ed., pp. 1043-1060). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1915).
- Jung, C. G. (2014i). On the doctrine of complexes (L. Stein & D. Riviere, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 2, 2nd ed., pp. 834-840). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1911).
- Jung, C. G. (2014j). On the psychogenesis of schizophrenia. Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 3, 2nd ed., pp. 1097-1113). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1939).
- Jung, C. G. (2014k). On the psychology of unconscious (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 7, 2nd ed., pp. 2647-2766). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1917).
- Jung, C. G. (2014l). On the relation of analytical psychology to poetry (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 15, pp. 7198-7216). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1931).
- Jung, C. G. (2014m). Picasso (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 15, pp. 7268-7275). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1934).
- Jung, C. G. (2014n). Psychological Types (H. G. Baynes & R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 6, pp. 2061-2646). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1921).

- Jung, C. G. (2014o). Psychology and literature (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 15, pp. 7217-7241). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1950).
- Jung, C. G. (2014p). Psychology and religion. (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 11, 2nd ed., pp. 4887-4990). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1937).
- Jung, C. G. (2014q). Tavistock lectures. (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 18, 2nd ed., pp. 7854-8033). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1935).
- Jung, C. G. (2014r). The Aims of psychotherapy. (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 16, 2nd ed., pp. 7319-7335). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1931).
- Jung, C. G. (2014s). The concept of the collective unconscious. (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 9, 2nd ed., pp. 3550-3561). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Obra original publicada em 1936).
- Jung, C. G. (2014t). The psychology of dementia praecox (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 3, pp. 865-1016). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1907).
- Jung, C. G. (2014u). The psychology of the transference (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 17, pp. 7446-7642). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1946).
- Jung, C. G. (2014v). The relations between the ego and the unconscious (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 7, pp. 2767-2888). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1928).
- Jung, C. G. (2014x). The role of the unconscious (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 10, pp. 4307-4322). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1918).
- Jung, C. G. (2014w). The transcendent function (R. F. C. Hull, Trad.). Em H. Read et al. (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 8, pp. 3023-3047). New York, NY: Routledge. (Obra original publicada em 1958).
- Junge, M. B. (2016). History of art therapy. Em D. E. Gussak & M. L. Rosal (Orgs.), *The Wiley Handbook of Art Therapy* (pp. 7-16). Oxford, LI: Wiley-Blackwell.
- Klein, M. (1975). The psycho-analysis of children. New York, NY: Delacorte. (Obra original publicada em 1932).
- Kramer, E. (1958). *Art therapy in a children's community*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kramer, E. (1971). *Art as therapy with children*. New York, NY: Schocken Books.

- Lane, M. R. (2019, Julho 31). *Welcome! Why should I take this course?* [arquivo de vídeo] Recuperado de: <https://www.coursera.org/learn/healing-with-the-arts/lecture/sNXoA/welcome-why-should-i-take-this-course>.
- Leal, L. P., Jorge, L. E., & Pina, W. (2001). *Passageiros da Segunda Classe* [arquivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=ZFBpvFwP9hM>
- Lei n. 180.* (1978, 13 de Maio). Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Recuperado de: http://www.abrasme.org.br/resources/download/1359320456_ARQUIVO_Lei_180_de_13_de_Maio_de_1978.pdf
- Lei n. 7.783* (1989, 28 de junho). Dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 8.080.* (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 8.142.* (1990, 28 de dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 10.216.* (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 10.708.* (2003, 31 de julho). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lind, R. (1992). The aesthetic essence of art. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, Vol 50(2), 117-129. doi:10.2307/430951
- Lovel, A. M. & Scheper-Hughes, N. (1987). The Utopia of Reality: Franco Basaglia and the Practice of a Democratic Psychiatry. Em F. Basaglia. *Psychiatry inside out*. (Pp. 1-50). New York, NY: Columbia University Press.
- Lowenfeld, V. (1964). *Creative and mental growth*. New York, NY: MacMillan. (Obra original publicada em 1947).
- MacGregor, J. M. (1989). *The discovery of the art of the insane*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Malchiodi, C. A. (Org.) (2003). *Handbook of art therapy*. New York, NY: The Guilford Press.

- Marangell, L. B., & Martinez, J. M. (2006). *Concise guide to psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Masiero, A. L. (2003). A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. Em *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 10(2), 549-572.
- Medeiros, M. (1954). État mental des leucotomisés. Em *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 3(3), 227-254.
- Mello, L. C. (2015). *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro, RJ: Hólos Consultores Associados.
- Metastasio, A., & Dodwell, D. (2013). A translation of “l'elettroshock” by Cerletti & Bini with an introduction. *European Journal of Psychiatry*. Vol. 27(4), 231-239.
- Moreira, F. A., & Guimarães, F. S. (2007). Mecanismos de ação dos antipsicóticos. Em *Medicina*, 40(1), 63-71.
- Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama* (Á. Cabral, Trad.). São Paulo, SP: Cultrix. (Obra original publicada em 1946).
- Myers, R. L. (2007). *The 100 most important chemical compounds: a reference guide*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Nascimento, L. R. (2018). *Reforma Psiquiátrica Brasileira*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia). Recuperado de: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8467>
- Naumburg, M. (1950a). *Introduction to art therapy: studies of the “free” art expression of behavior problem children and adolescents as a means of diagnosis and therapy*. New York, NY: Teachers College Press.
- Naumburg, M. (1950b). *Schizophrenic art: its meaning in psychotherapy*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Naumburg, M. (1966). *Dynamically oriented art therapy*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Harlow, JL: Pearson Education Limited.
- Nietzsche, F (1886). *Menschliches, Allzumenschliches: ein Buch für freie Geister*. Leipzig, SN: E. W. Fritsch.
- O Popular (2015). *Saúde mental: Como funciona o sistema de atendimento do município*. Recuperado de: https://www.opopular.com.br/polopoly_fs/1.878875.1434677175!/menu/standard/file/saude_mental.pdf
- Organização das Nações Unidas (1991). *Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental*. Geneva, GE: UN. Recuperado de:

http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/principios_protecao_pessoas_transtorno_mental_onu

Organização Pan-Americana da Saúde (1990). *Declaração de Caracas*. Caracas: OPAS. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf

Owens, L. S. (2015). *Jung in love: the mysterium in liber novus*. Los Angeles, CA & Salt Lake City, UT: Gnosis Archive Books.

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. (2017, Outubro 5). Recuperado de: <http://www.saude.go.gov.br/?biblioteca=paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator>

Paín, S. (2009). *Fundamentos da arteterapia* (G. Unti, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Paín, S. & Jarreau, G. (1996). *Teoria e técnica da arte-terapia: a compreensão do sujeito* (R. S. Di Leone, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Passos, I. F. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Passos, I. F. (2012). Duas versões para a psicoterapia institucional. Em *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 21-32.

Permissible medical experiments (1949). Em *Trials of war criminals before the Nuremberg military tribunals under control council law*, N. 10 (2) 181-182. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. Recuperado de: https://www.loc.gov/rr/frd/Military_Law/pdf/NT_war-criminals_Vol-II.pdf

Portal da Transparência (2020a). *Orçamento anual*. Recuperado de: <http://www.portaltransparencia.gov.br/orcamento>

Portal da Transparência (2020b). *Planejamento orçamentário*. Recuperado de: https://www12.goiania.go.gov.br/sing_transparencia/ppa-plano-plurianual/?filtro_simplificado=undefined

Portaria n. 106 (2000, 11 de fevereiro). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria n. 131 (2012, 26 de janeiro). Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria n. 189 (1991, 19 de novembro). Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria n. 224 (1992, 29 de janeiro). Estabelece diretrizes e normas para os estabelecimentos

- assistenciais em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 336* (2002, 19 de fevereiro) Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 849* (2017, 27 de março). Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 2.436* (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Portaria n. 3.088* (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n. 3.588* (2017, 21 de dezembro). Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Perizzolo, J., Berlim, M. T., Szobot, C. M., Lima, A. F. B. S., Schestatsky, S., & Fleck, M. P. A. (2003). Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. Em *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 327-334.
- Philippini, A. (2000). *Cartografias da coragem: rotas em arte terapia*. Rio de Janeiro, RJ: Pomar.
- Portal da Transparência (2020). *Orçamento anual*. Recuperado de: <http://www.portaltransparencia.gov.br/orcamento?ano=2013>
- Prinzhorn, H. (1922). *Bildneri der Geisteskranken*. Berlin, BB: Verlag Julius Springer.
- Rank, O. (1914). *The myth of the birth of the hero*. (F. Robbins e S. E. Jelliffe, Trad.). New York, NY: Journal of Nervous and Mental Disease Publishing. (Obra original publicada em 1909).
- Rank, O (1925). *Der Künstler: Ansätze zu einer Sexualpsychologie*. Leipzig, SN, Vienna, NÖ e Zurich, CH: Imago-Bücher. (Obra original publicada em 1907).
- Reis, A. C. (2014). Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 142-157. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932014000100011>.

- Riklin, F. (1915). *Wishfulfilment and symbolism in fairy tales*. (W. A. White, Trad.). New York, NY: Journal of Nervous and Mental Disease Publishing. (Obra original publicada em 1908).
- Rilke, R. M. (2020). *Briefe*. Recuperado de: <http://www.rilke.de/briefe/170203.htm>
- Rodrigues, R. C. (2010). *Loucura e Preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas*. (Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília). Recuperado de: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8235/1/2010_RubiaCristinaRodrigues.pdf
- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. Em *Science*. American Association for the Advancement of Science, 179(4070), 250-258. doi:10.1126/science.179.4070.250.
- Rotelli, F. (1994). Desinstitucionalização, uma outra via. Em F. Rotelli, O de Leonardis & D. Mauri (Orgs.). *Desinstitucionalização* (Pp. 17-60). São Paulo, SP: Hucitec.
- Rubin, J. A. (2010). *Introduction to art therapy: sources & resources*. New York, NY: Routledge.
- Rubin, J. A. (Org.) (2016). *Approaches to art therapy: theory and technique*. New York, NY: Routledge.
- Schincariol, G. (2017, Novembro 24). *Além dos muros do hospitais psiquiátricos - ocupação Nise da Silveira/Entrevistadora: Duanne Ribeiro* [arquivo de vídeo]. Em: Itaú Cultural. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=pKAV-TfJZUI>
- Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. M. (2014). The Effectiveness of Art Therapy in the Treatment of Traumatized Adults. Em *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 220-228. doi:10.1177/1524838014555032
- Secretaria de Estado da Saúde (2017). *Plano estadual de saúde 2016-2019*. Recuperado de: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/p.s.-2016-2019.pdf>
- Secretaria Municipal de Saúde (2018). *Relatório de Gestão Ano 2018*. Recuperado de: https://www12.goiania.go.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/relatório_anual_de_gestão_2018_encaminhado_gab_compressed.pdf
- Secretaria Municipal de Saúde (2020). *Urgência*. Recuperado de: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/saudemental/urgencia.shtml>
- Shella, T. A. (2018). Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. Em *The Arts in Psychotherapy*, 57, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.003>
- Silva, H. C. (2010). Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: A experiência goiana do Paili. Em *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(1), 112-115.
- Silva, N. S., Camargo, N. C. S. & Bezerra, A. L. Q. (2018). Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. Em *Revista*

Brasileira de Enfermagem, 71(5), 2320-2328. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0821>

Silva, E. A. & Costa, I. I. (2010). O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Em *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 635-647. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>

Silva, E. A. (2013). *(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o cuidado de si como condição para cuidar do outro*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília). Recuperado de: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15053>

Silva, M. (2016, Outubro 15). *Mônica Silva -vivência na La Borde - espaço cultural Felix Guattari/Entrevistador: Gabriel Pavani*. Em: Dr. Gabriel Pavani. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=XaysuZvW_e0

Silveira, N. (1955). Contribuição aos estudos dos efeitos da leucotomia sobre a atividade criadora. *Revista de Medicina, Cirurgia e Farmácia*, 255.

Silveira, N. (1981). *Jung: vida e obra*.— Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.

Silveira, N. (1986). *Casa das Palmeiras - a emoção de lidar - uma experiência em psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Alhambra.

Silveira, N. (2015). *Imagens do inconsciente*. Petrópolis, RJ: Vozes. (Obra original publicada em 1981).

Smith, D. W. (2018). *Phenomenology*. Recuperado de: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2018/entries/phenomenology/>

Spiegel, R. (2003). *Psychopharmacology: an introduction*. New York, NY: Wiley.

Stangor, C. (2015). *Research methods for the behavioral sciences*. Australia: Cengage Learning.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York, NY: Hoeber/Harper.

Teixeira, P. J. R. & Rocha, F. L. (2007). Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. Em *Rev. Psiq. Clín.*, 34 (1), 28-38.

Universidade de São Paulo (2013). *Normalização de Referências: adaptação do manual de estilo da American Psychological Association (APA) – 6ª ed.* São Paulo, SP: USP. Recuperado de: https://files.cercomp.ufg.br/webby/up/728/o/Complementar_-_normas_referencias.pdf

Universidade de São Paulo (2016). *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte II (APA)*. São Paulo, SP: USP.

- Universidade Federal de Goiás (2015). Normas para apresentação de trabalhos de qualificação e defesa: nível mestrado. Recuperado de: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/728/o/2015_-_Normas_Redacao_-_PPGP-FE-UFG_-_1.pdf
- Tommasi, S. M. B. (2005). *Arte-terapia e loucura: uma viagem simbólica com pacientes psiquiátricos*. São Paulo, SP: Vetor.
- Vasconcelos, E. M. (2000). Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. Em E. M. Vasconcelos (org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo, SP: Cortez.
- Vick, R. M. (2003). A brief history of art therapy. Em C. A. Malchiodi (Org.), *Handbook of art therapy* (pp. 5-15). New York, NY: Guilford Press.
- Vidigal, T. & Rattón, H. (1979). *Em nome da razão* [Vídeo]. Brasil: Grupo novo de cinema.
- Wang, Q. Y., & Li, D. M. (2016). Advances in art therapy for patients with dementia. Em *Chinese Nursing Research*, 3, 105-108.
- Weiner, R. D. [ed.] (2001). *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging; a task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, D.C: American Psychiatric Assoc.
- Weitz, M. (1956). The role of theory in aesthetics. Em *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 15, 27-35.
- Witkoski, S. A. & Chaves, M. L. F. (2007). Evaluation of artwork produced by Alzheimer's disease outpatients in a pilot art therapy program. Em *Dementia & Neuropsychologia*, 1(2), 217-221.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/4426/2/240.pdf>
- Zacharias, J. J. (2005). Prefácio. Em S. M. B. Tommasi. *Arte-terapia e loucura: uma viagem simbólica com pacientes psiquiátricos*. São Paulo, SP: Vetor.
- Zambenedetti, G. & Silva, R. A. N. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. Em *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150.

Apêndice A - Roteiro de entrevista com arteterapeutas

1. Formação e orientação teórico-metodológica

1. Fez a formação específica de Arteterapeuta? Quando e onde? Possui pós-graduação?
2. Qual é sua orientação teórico-metodológica?
3. Quais os livros, artigos ou textos que você citaria como embasamento para sua prática?
4. Quais são os tipos de arte mais utilizados? Quais são suas técnicas arteterapêuticas favoritas?
5. O que é essencial para ser um Arteterapeuta? O que não pode faltar em sua prática?

2. Experiência profissional

6. Há quanto tempo trabalha com Arteterapia? Quais os lugares em que trabalhou e o tempo em cada uma? Quais foram pontos fortes e fracos das experiências anteriores?
7. Há quanto tempo neste CAPS? Como se sentiu ao entrar?
8. A equipe muda com frequência? Como são os relacionamentos entre profissionais, em geral? O relacionamento entre profissionais impacta no trabalho realizado? Como?

3. A experiência e o trabalho no CAPS

9. Quais as dificuldades e possibilidades positivas que tem enfrentado no CAPS?
10. Como é o trabalho com a equipe multidisciplinar?
11. Como são estruturadas as sessões? Quantos usuários participam, quem são, como são escolhidos? Qual a periodicidade? Qual a duração? Qual o tempo médio de permanência para os usuários?

4. Casos exemplares

12. Quais casos atuais você pode citar onde nota um efeito terapêutico da Arteterapia?
13. Quais são esses efeitos terapêuticos?
14. Quais casos anteriores você pode citar em que pode observar um efeito terapêutico da Arteterapia?

5. História da Saúde Mental em Goiânia

15. O que você pode me dizer sobre a história e a evolução deste CAPS?
16. Desde quando este CAPS existe?
17. Você sabe me dizer qual é o quadro de funcionários atual deste CAPS?
18. Você saberia referenciar como este serviço era prestado antes da sua entrada nesta instituição?
19. Você saberia me dizer como a Atenção à Saúde Mental no município era antes da criação deste CAPS?
20. Como você situaria o serviço deste município em comparação a outros municípios?
21. Quais são os aspectos críticos que o CAPS enfrenta?

Apêndice B - Roteiro de entrevista com outros profissionais

1. Formação e orientação teórico-metodológica

1. Qual é sua área de formação? Possui pós-graduação?
2. Qual é sua orientação teórico-metodológica?
3. Quais os livros, artigos ou textos que você citaria como embasamento para sua prática?
4. O que é essencial para ser um profissional do CAPS? O que não pode faltar em sua prática?

2. Experiência profissional

5. Quais os lugares em que trabalhou e o tempo em cada uma? Quais foram pontos fortes e fracos das experiências anteriores?
6. Há quanto tempo tem contato com o trabalho da Arteterapia?
7. Há quanto tempo trabalha neste CAPS? Como se sentiu ao entrar?
8. A equipe muda com frequência? Como são os relacionamentos entre profissionais, em geral? O relacionamento entre profissionais impacta no trabalho realizado? Como?

3. A experiência e o trabalho no CAPS

9. Quais as dificuldades e possibilidades positivas que tem enfrentado no CAPS?
10. Como é o trabalho com a equipe multidisciplinar?
11. Como é sua rotina de trabalho? Quantos usuários são atendidos semanalmente? Quais são os ambientes disponíveis para seu trabalho? Quais são os recursos disponíveis para seu trabalho?

4. Casos exemplares

12. Quais casos, atuais ou anteriores, que você pode citar onde notou um efeito terapêutico da Arteterapia?
13. Quais são esses efeitos terapêuticos?

5. História da Saúde Mental em Goiânia

14. O que você pode me dizer sobre a história e a evolução deste CAPS?

15. Desde quando este CAPS existe?
16. Você sabe me dizer qual é o quadro de funcionários atual deste CAPS?
17. Quantos usuários comparecem atualmente ao CAPS, por dia ou por mês?
18. Você saberia referenciar como este serviço era prestado antes da sua entrada nesta instituição?
19. Você saberia me dizer como a Atenção à Saúde Mental no município era antes da criação deste CAPS?
20. Como você situaria o serviço deste município em comparação a outros municípios?

Quais são os aspectos críticos que o CAPS enfrenta?

Apêndice C - Roteiro de observação

1. Como é a estrutura física do CAPS?
2. Como é estrutura física dos locais onde são realizadas as sessões de Arteterapia?
3. Quais são os recursos disponíveis no CAPS?
4. Quais são os recursos disponíveis ao Arteterapeuta?
5. Quantos usuários comparecem ao CAPS?
6. Como os usuários se comportam ao estarem no CAPS?
7. Como é a interação entre profissionais e usuários?
8. Como são conduzidas as sessões pelo Arteterapeuta?
9. Que técnicas ele usou?
10. Como configurou a ambientação para a sessão?
11. Como foi a interação do Arteterapeuta com os usuários dentro da sessão?

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia**”. Meu nome é **Guilherme Henz Franco**, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é a Psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao pesquisador responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável neste momento, ou posteriormente via e-mail (ghenzfranco@gmail.com) ou sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico: (62) 998010867. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

1. Informações Importantes sobre a Pesquisa:

1.1 **Título:** O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia. **Justificativa:** É nossa intenção contribuir para e fortalecer os serviços públicos de Atenção à Saúde Mental, por isso escolhemos como foco da pesquisa os CAPS da cidade de Goiânia. Estes serviços públicos tem sido um referencial importante na consolidação de práticas mais humanas e dignas no tratamento de transtornos mentais, tal como preconizado pelo movimento internacional conhecido como Reforma Psiquiátrica. **Objetivos:** 1. Entender como as práticas artísticas têm sido usadas por profissionais no âmbito do serviço público da Atenção Psicossocial na cidade de Goiânia; 2. Entender a percepção da Equipe Multidisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca da prática de Arteterapia e de seu benefício; 3. Comparar as perspectivas teórico-metodológicas dos arteterapeutas com os entendimentos e referências existentes em bibliografia.

1.2 Procedimentos utilizados da pesquisa ou descrição detalhada dos métodos.

Os métodos de coleta de dados são (1) observação não-participante, que se trata de um acompanhamento vivencial do processo a ser observado (dia-a-dia do CAPS, sessões de

Arteterapia). O pesquisador se propõe a seguir orientações e restrições, e sua presença e eventual participação deverá sempre ser autorizada. (2) Entrevistas, que contém um roteiro prévio de perguntas mas também preveem perguntas subsequentes para exploração dos temas que emergem.

No caso das **entrevistas** será importante fazer o **registro sonoro**, para o acompanhamento ideal do depoimento dos profissionais de Arteterapia.

() Autorizo a gravação das entrevistas e permito a divulgação da minha voz nos resultados publicados da pesquisa;

() Autorizo a gravação das entrevistas mas não permito a divulgação da minha voz nos resultados publicados da pesquisa;

() Não autorizo a gravação das entrevistas.

No caso das **observações** também seria de muito valia os **registros fotográficos e sonoros**. Sobre este aspecto:

() Autorizo estes registros e permito a sua divulgação nos resultados publicados da pesquisa;

() Autorizo estes registros mas não permito a sua divulgação nos resultados publicados da pesquisa;

() Não autorizo estes registros.

Obs: caso o(a) participante prefira que uma opinião específica sua não seja publicada, poderá assim informá-lo ao pesquisador, que atenderá sua preferência.

1.3 Especificação de **possível desconforto emocional e benefícios acadêmicos e sociais**:

Durante as entrevistas e observações não esperamos que ocorram desconfortos ou constrangimentos. No caso de ocorrerem, solicitamos que se avise imediatamente o pesquisador, que buscará a melhor encaminhamento para a situação.

Prevê-se que esta pesquisa contribuirá para o conhecimento acerca da prática de Arteterapia e de sua aplicação nos CAPS, podendo vir a trazer insights e melhorias sobre esses processos bem como auxiliar no entendimento dos problemas enfrentados. Isso seria importante para efetivar e consolidar um serviço de qualidade aos usuários do CAPS.

1.4 Informação sobre as formas de ressarcimento das **despesas** decorrentes da cooperação com a pesquisa realizada: Não se prevê nenhuma despesa adicional para o participante. No caso de ocorrerem, participante e pesquisador poderão acordar sobre a melhor forma de resolução.

1.5 Sobre a garantia de sigilo que assegure a privacidade e o anonimato dos participantes, caso desejado. Para a pesquisa é inevitável que os profissionais do CAPS estejam

identificados. Este dado já é de conhecimento público. Seria interessante a possibilidade de identificação das opiniões emitidas pelo participante. A identificação dos usuários do CAPS não é necessária de modo que garantimos o anonimato destes.

Sobre este aspecto:

- () Permito que minhas opiniões e depoimentos sejam identificados através do uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa;
- () Não permito que minhas opiniões e depoimentos sejam identificados através do uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa.

Obs: caso o(a) participante preferir a omissão de sua identidade em uma opinião específica, poderá assim informá-lo ao pesquisador, que atenderá sua preferência.

- 1.6 O(A) participante tem a garantia de liberdade de se recusar a participar ou **retirar o seu consentimento**, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
- 1.7 O(A) participante tem a garantia de liberdade de se **recusar a responder questões** que lhe causem desconforto emocional e/ou constrangimento nas entrevistas e observações conduzidas.
- 1.8 Os resultados da pesquisa serão tornados **públicos**, sejam eles favoráveis ou não.
- 1.9 Os resultados serão apresentados formalmente à UFG, que é uma universidade pública. A UFG torna públicos e disponíveis os resultados da pesquisa como dissertação de mestrado em sua **página na internet** e também em sua **biblioteca**. Além disso, o pesquisador poderá divulgar os resultados da pesquisa em **outras apresentações tais como discussões acadêmicas, congressos ou debates públicos, artigos e livros**.
- 1.10 O(A) participante tem o direito de pleitear **indenização** (reparação a danos imediatos ou futuros), garantida em lei, decorrentes da sua participação na pesquisa.
- 1.11 A pesquisa envolve o **armazenamento em banco de dados pessoal e institucional**. Toda e qualquer pesquisa subsequente deverá ser autorizada pelo/a participante e também será submetida novamente para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP institucional) e, quando for o caso, ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
 - a) justificativa quanto à necessidade, relevância e oportunidade para usos futuros do material que fora coletado: os serviços prestados pelos CAPS são por natureza públicos e o conhecimento que pode advir destes serviços também deve ser, por extensão e, guardadas as ressalvas, público. Por isso, o armazenamento destes dados é importante,

embora não se preveja neste momento um uso futuro específico para estes dados. De toda forma trazemos atenção ao fato de que este uso futuro poderá ocorrer.

- b) os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.
- c) os resultados serão divulgados sob as formas já mencionadas, isto é, em discussões acadêmicas, congressos ou debates públicos, artigos e livros, bem como institucionalmente na UFG.

() Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras e, portanto, autorizo a guarda do material em banco de dados;

() Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras, mas não autorizo a guarda do material em banco de dados.

2 Consentimento da Participação na Pesquisa:

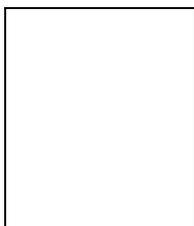
Eu,, inscrito(a) sob o RG/ CPF....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário e não-remunerada. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) responsável Guilherme Henz Franco sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

Modelo apenas para coleta da assinatura de participante sem letramento, com 2 testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica:



Nome:

Nome:

Apêndice E - Registros Fotográficos de Observações

Fotografia 1: obra de Brancusi, "O Beijo". Fotografia 2: Recriação da obra de Brancusi.



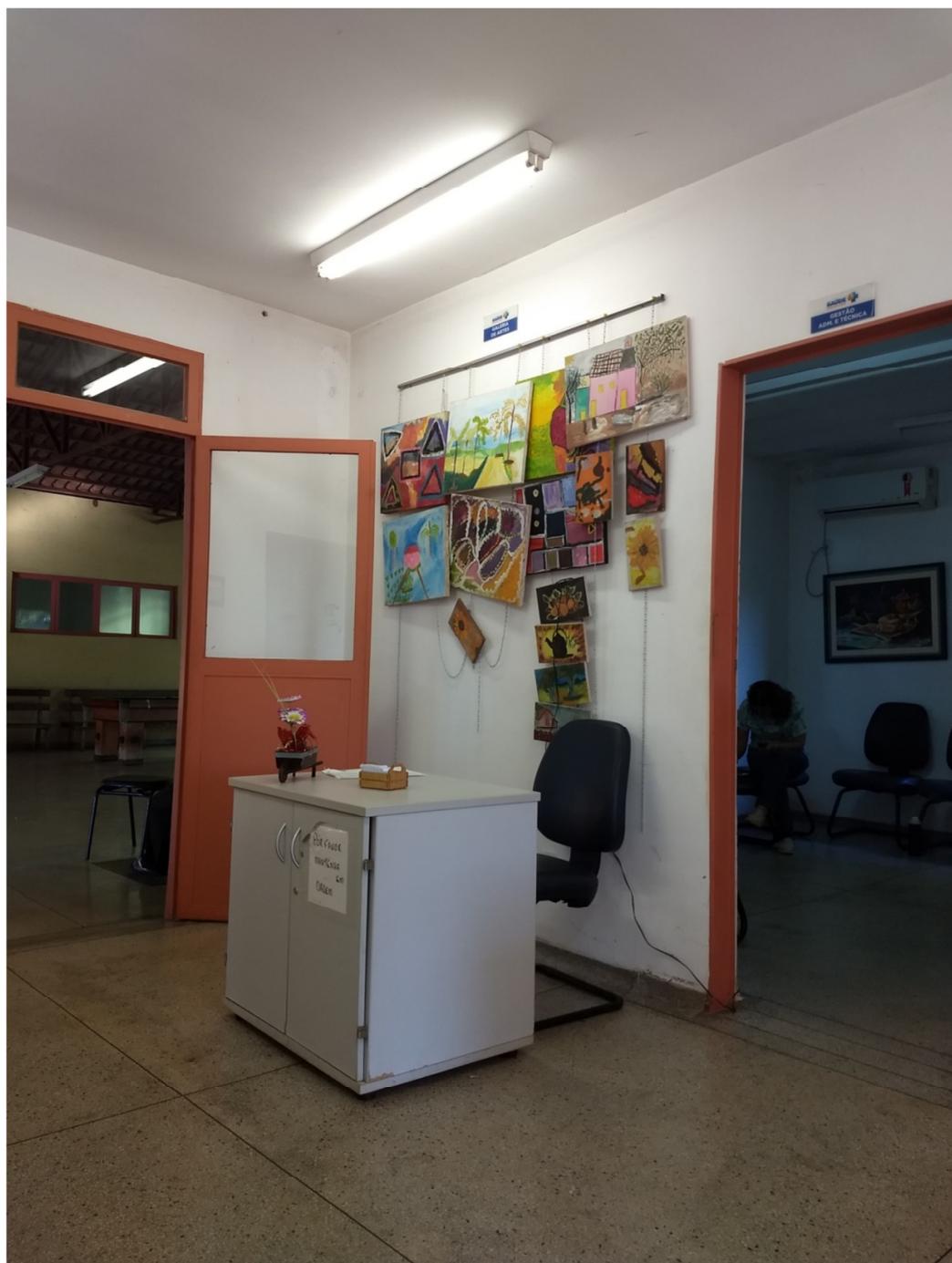
Desenho feito em 11/10/2018, num exercício proposto por arteterapeuta no Congresso Brasileiro de Arteterapia. Ao ser proposto o exercício, de todas as mais de 20 artes expostas, a que logo me chamou a atenção foi "O beijo" de Brancusi (à esquerda). Ao recriá-la (à direita), tive em mente fazer com que fosse uma pessoa só a relacionar-se consigo própria (duas partes que se integram), então mantive a ideia do abraço, e criei um sol para simbolizar o beijo. Este sol irradiou o calor na cor quente (amarelo) mas em tonalidade branda, simbolizando calma interior, aceitação. Escolhi cores de terra para fazer a pessoa. O marrom remete aqui ao que é basilar, fundamental (chão) e também ao natural (madeira), sustentacular (caule), remetendo principalmente à segurança e à estabilidade mas também à responsabilidade e à sobriedade. Optei por preservar a distinção das metades e cindi o sol iluminador para deixar explícita a integração, isto é, não a pessoa já inteira, mas o processo de tornar-se. Este desenho se encaixou muito bem na leitura junguiana da individuação: "ser bissexual que significa a integração mútua do consciente e do inconsciente" (Jung, 1946/2014u, p. 7597). Achei curioso que, à época, mesmo ainda sem ter lido Jung profundamente e me apropriado do seu conceito de individuação (o que só ocorreria um ano mais tarde), o representei tão espontaneamente, *como se o já soubesse*. Isso aponta para o que Jung traz repetidamente: o recurso simbólico imerge numa linguagem universal, que está em nós instintualmente. Evidentemente o *self* é representado pelo sol interno, em sua circularidade, assim como na união entre o claro e o escuro (luz e sombra) das duas metades.

Fotografia 3: Jardim do CAPS Esperança no dia 03/05/2019.



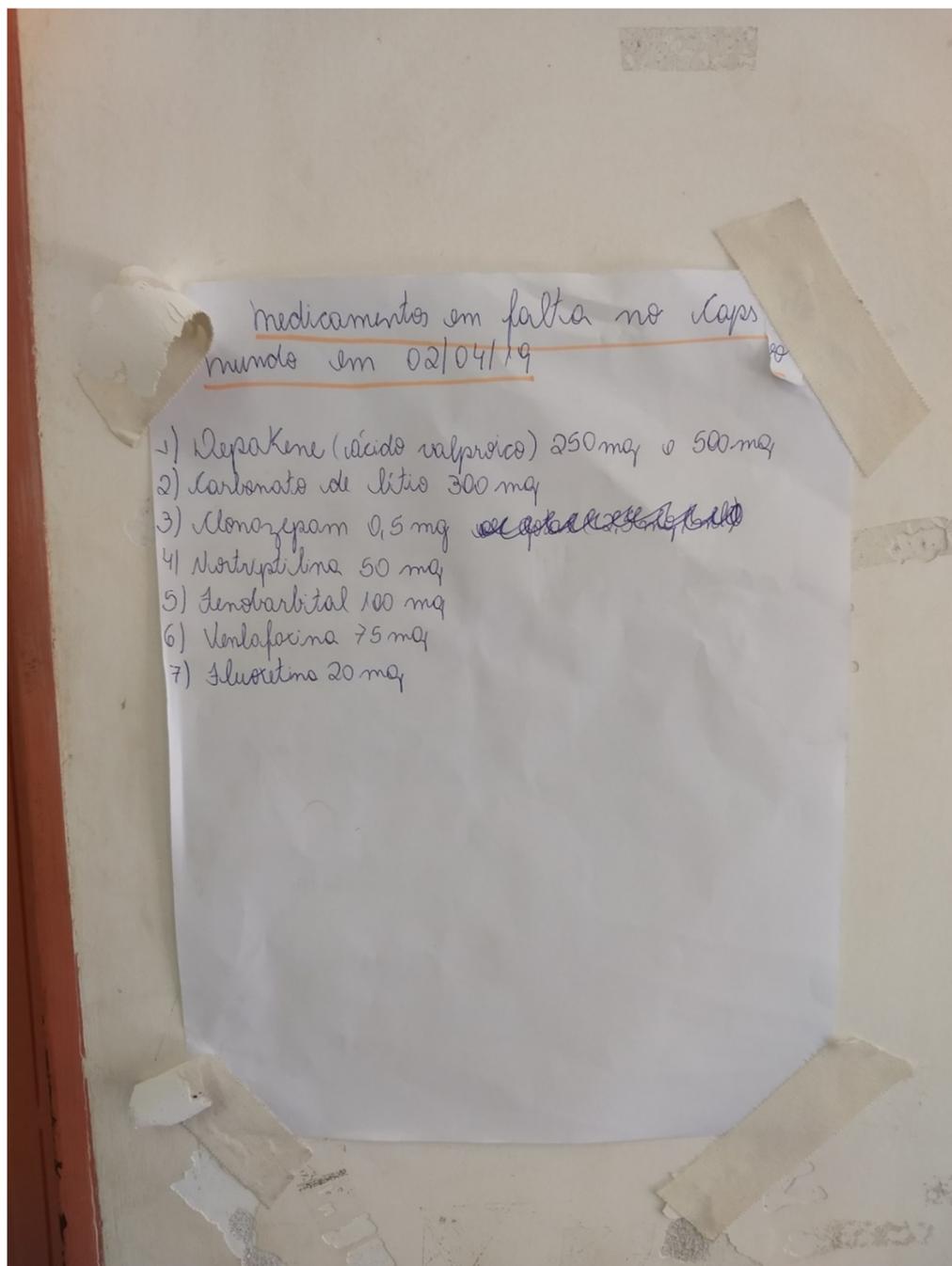
O mato avança de tal forma sobre o jardim, demonstrando a falta de manutenção. A piscina estava sem água. Fotografia 4: Recepção do CAPS Novo Mundo com exposição de artes, registro em 08/05/2019.

Fotografia 4: Recepção do CAPS Novo Mundo com exposição de artes.



Registro feito em 08/05/2019.

Fotografia 5: Lista feita à mão e rasurada contendo 7 remédios faltantes.



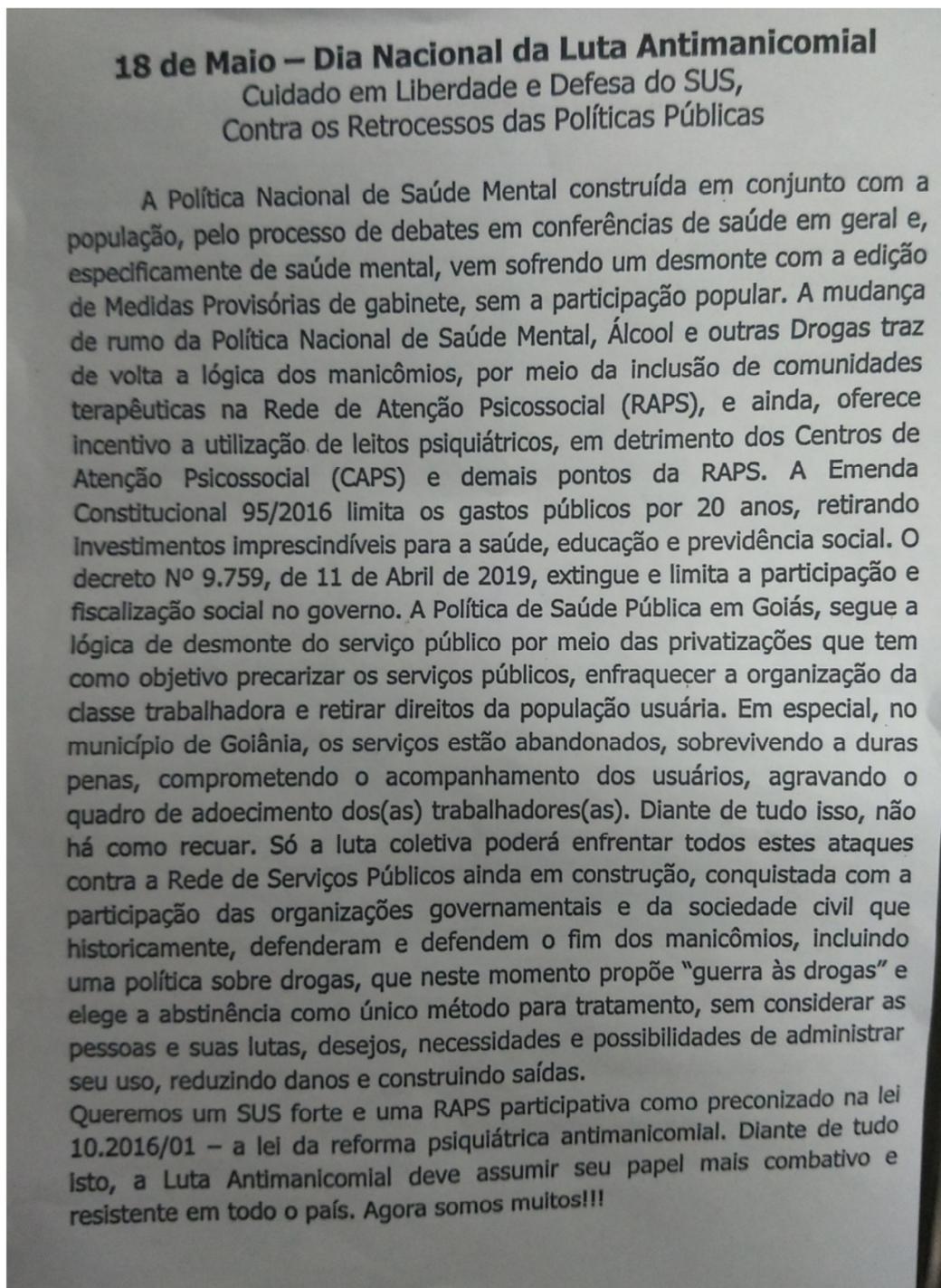
Improvizada em uma parede já deteriorada (por colocação contínua de avisos como este), junto à recepção do CAPS Novo Mundo, tido como CAPS Modelo, em registro de 08/05/2019. Na mensagem lê-se que a falta de medicamentos datava de 02/04/2019. A permanência do aviso na parede durante este tempo sugere que em mais de um mês a questão não se resolveu.

Fotografia 6: Obra realizada na sessão de arteterapia do dia 08/05/2019.



Na instrução foi solicitado que se pensasse em uma música. Eu lembrei da Canção de Ninar, do Brahms. Trouxe à memória uma época não sem conturbações mas em que tinha sossego e apoio familiar. A lembrança foi muito agradável, me trazendo afetivamente próximo mais uma vez da minha família e reafirmando meus gostos pessoais como estilo de vida.

Fotografia 7: Texto presente em folheto de divulgação do dia da luta antimanicomial.



Registro feito em 15/05/2019.

Fotografia 8: Desenho feito em sessão de arteterapia no dia 23/08/2019.



Na figura, um homem pintado de preto em uma zona verde avista uma montanha marrom, para além de um rio. No título lê-se “eu rumo ao meu monte de problemas”. Isto é, o personagem sabe o que o espera não é nada fácil, e o tamanho da pá que segura comparado ao tamanho do monte que enxerga sugere isso. A fala e o desenho me ocorreram depois de ouvir um diálogo entre usuário e terapeuta. Ficou comigo a impressão de que todos temos dificuldades, e reconhecê-las é primordial. O fato de enfrentá-las demonstra que estamos assumindo a nossa responsabilidade. O homem aparece ao lado de uma frase, como se a dissesse: “toda caminhada é feita de pequenos passos”. Isto é, ainda que o que agora façamos seja insuficiente para resolver nosso “monte de problemas” são etapas necessárias para lidar corretamente com eles, e é reconfortante estar em rumo, ainda que a pequenos passos, pois sabe-se estar no caminho certo.

Fotografia 9: Arte anunciando a exposição “Delirarte”.



Organizada pelo Coletivo Desencuca para a Semana da Luta Antimanicomial de 2018 no Museu Antropológico da UFG. Fotografia de 16/05/2018.

Fotografia 10: Mandala feita por usuário não identificado de um CAPS goianiense. À mostra na exposição “Delirarte”. Fotografia de 16/05/2018.



Anexo I – Parecer Consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

	UFG - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: O Efeito Terapêutico da Prática Artística: A Aplicação da Arteterapia no serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia		
Pesquisador: Guilherme Herz Franco		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 05444018.7.0000.5083		
Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 3.195.110		
Apresentação do Projeto:		
Estudo qualitativo sobre a aplicação das práticas artísticas em quatro Centros de Atenção Psicossociais de Goiânia. A pesquisa é dividida em duas etapas sendo a primeira documental e a segunda, entrevistas semi-estruturadas com profissionais de arteterapia que trabalham nos CAPS. A amostra é de 16 participantes.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Entender como as práticas artísticas têm sido usadas por profissionais no âmbito do serviço público da Atenção Psicossocial na cidade de Goiânia;		
Objetivo Secundário:		
1. Identificar e descrever os efeitos terapêuticos observados ou atribuídos à Arteterapia.		
2. Entender a percepção da Equipe Multidisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca da prática de Arteterapia e de seu benefício;		
3. Comparar as perspectivas teórico-metodológicas dos arteterapeutas com os entendimentos e referências existentes em bibliografia (Arteterapia e Psicologia).		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
O pesquisador considera a possibilidade mínima de riscos mas garante ao participante o direito de		
Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2		
Bairro: Campus Samambaia, UFG CEP: 74.690-970		
UF: GO Município: GOVANIA		
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: oep.prgi.ufg@gmail.com		

Página 11 de 33



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.155.110

interrupção da participação a qualquer momento.

Quanto aos benefícios, assegura que o estudo poderá proporcionar uma maior reflexão sobre as práticas dos profissionais de arteterapia e o diálogo construtivo na busca de soluções para dificuldades enfrentadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo traz temática relevante para área de saúde mental. O Pesquisador apresenta justificativa de readequação da proposta de estudo, retirando a etapa de observação direta com os usuários dos CAPS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo de pesquisa contendo folha de rosto assinada, projeto detalhado, anuência da secretaria de saúde, compromisso dos pesquisadores, TCLE para os profissionais arteterapeutas dos CAPS, cronograma atualizado, roteiro de entrevista com profissionais e justificativa de alteração da coleta de dados, retirando a observação direta com participantes e reduzindo o tamanho da amostra.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela aprovação do protocolo de pesquisa

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1166255.pdf	06/03/2019 18:38:15		Aceito
Outros	PesquisaRoteiro.pdf	06/03/2019 18:37:32	Guilherme Hienz Franco	Aceito

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2
Bairro: Campus Samambaia, UFG CEP: 74.600-970
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: oep.prpi.ufg@gmail.com

Página 02 de 02



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.195.110

Outros	PresenAtendPend.docx	06/03/2019 18:35:08	Guilherme Henz Franco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	francoproj.docx	06/03/2019 17:46:38	Guilherme Henz Franco	Aceito
Outros	ternodecomp.pdf	20/12/2018 15:09:37	Guilherme Henz Franco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	20/12/2018 15:08:33	Guilherme Henz Franco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaranaooleta.pdf	20/12/2018 15:08:13	Guilherme Henz Franco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinal.docx	20/12/2018 14:39:02	Guilherme Henz Franco	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoPlataformaBrasil.pdf	21/11/2018 15:19:05	Guilherme Henz Franco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 13 de Março de 2019

Sua assinatura e rubricas foram omitidas conforme
orientação da Biblioteca Central da UFG.

Assinado por:

João Batista de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação - Agência UFG de Inovação, Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2.
Bairro: Campus Samambaia, UFG CEP: 74.690-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: oep.pri.ufg@gmail.com

Anexo II – Autorização da EMSP/SMS – Goiânia



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública

ENCAMINHAMENTO DE COLETA DE DADOS

Da: Escola Municipal de Saúde Pública			
A(o): Distrito Sanitário Leste, DS Oeste, DS Sul e DS Sudeste/CAPS Novo Mundo CAPS Esperança CAPS Vida CAPS Beija-Flor			
Protocolo: EMSP/SMS		21/2018	
Título da pesquisa	O efeito terapêutico da prática artística: a aplicação da arteterapia no serviço de atenção psicossocial (CAPS) em Goiânia.		
Objetivo geral	Entender como as práticas artísticas têm sido usadas por profissionais no âmbito do serviço público da Atenção Psicossocial na cidade de Goiânia.		
Pesquisador(a) responsável	Guilherme Henz Franco		
Orientador(a)	Susie Amâncio Gonçalves de Roure		
Período de coleta			
Instituição	UFG	Curso	Psicologia
Natureza	Mestrado		

Senhor(a) Gestor(a),

Tendo em vista a autorização dos gestores e aprovação do projeto de pesquisa acima mencionado pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável, encaminhamos o(a) pesquisador(a) responsável para proceder a coleta de dados junto a esta Unidade de Saúde de Goiânia.

Informamos que é necessário o contato e agendamento prévio com o Distrito Sanitário e/ou unidades de saúde, sendo que a permanência do pesquisador na Unidade será permitida somente durante o período de coleta de dados.

Certos de contarmos com a vossa colaboração agradecemos antecipadamente.

Goiânia, 25 de março de 2019.

Este documento foi assinado pela funcionária
Camila Lucas Souza.
Sua assinatura foi omitida conforme
orientação da Biblioteca Central da UFG.

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Decreto 656/2019