

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade De Enfermagem**  
**Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem**



Dissertação

**Arte e saúde mental:**

oficinas terapêuticas como espaço de expressão das subjetividades.

**Gabriella Bastos Ferreira**

Pelotas, 2013

**Gabriella Bastos Ferreira**

**Arte e saúde mental:**

oficinas terapêuticas como espaço de expressão das subjetividades

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F383a Ferreira, Gabriella Bastos  
Arte e saúde mental: oficinas terapêuticas como espaço de expressão  
das subjetividades / Gabriella Bastos Ferreira; orientadora Luciane  
Prado Kantorski. - Pelotas, 2013.  
116 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de  
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2013.

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde mental.  
4. Terapia pela arte. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Título.

CDD: 610.73

**Gabriella Bastos Ferreira**

Arte e saúde mental: oficinas terapêuticas como espaço de expressão das  
subjetividades

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de  
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa:

Banca examinadora:

.....  
Luciane Prado Kantorski (orientadora)  
Universidade Federal de Pelotas

.....  
Andréa Valente Heidrich (titular)  
Universidade Católica de Pelotas

.....  
Ana Paula Müller de Andrade (titular)  
Universidade Federal de Pelotas

.....  
Valéria Cristina Christello Coimbra (suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

.....  
Maira Buss Thofehrn (suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

### **Dedicatória**

À minha família, que sempre me apoiou e me estimulou, possibilitando a realização de mais um sonho em minha trajetória de vida.

Palavras não são suficientes para expressar o amor e a dedicação de vocês, que foram a base para a consolidação desta vitória.

## **Agradecimentos**

À Deus, por estar sempre presente na minha vida e por me iluminar ao longo desta jornada acadêmica.

À minha querida família, Evanilda (mãe), Gilney (pai) e Matheus (irmão)... Obrigada pelo apoio, amor, carinho e dedicação, fatores os quais foram fundamentais nesta caminhada e finalização de mais uma etapa importante da minha vida. Vocês são meus maiores exemplos de vida e essa conquista também é de vocês. Amo vocês!

À minha querida avó Nair, obrigada pela força, pelo incentivo e pelo carinho. Te amo, vó!

Ao meu namorado e companheiro Gregory, por todo amor, carinho, companheirismo, compreensão, auxílio e incentivo nesta jornada. Obrigada por tudo! Te amo!

À minha querida sogra, Martha, pelo carinho, força e conselhos. Tu foste fundamental durante todo o processo.

Às minhas queridas amigas e colegas Ana Cândida e Roberta. A amizade de vocês foi a maior conquista do mestrado. Obrigada por caminharem ao meu lado e por compartilharem todos os momentos importantes deste processo comigo. Amo vocês!

Às minhas amigas Jéssica, Aline, Ana Júlia, Andrieli e Adriana H. Vocês sempre terão um lugar especial em meu coração. Obrigada pelo carinho e amizade de vocês!

À querida amiga, professora e orientadora Luciane Kantorski, por ser um grande exemplo de vida. Com sua sabedoria e sensibilidade me incentivou a ser uma pessoa melhor e a acreditar em um mundo diferente. Obrigada pela oportunidade de trabalhar ao seu lado desde 2009, aprendendo e construindo

saberes. Obrigada por todos os momentos em que trabalhamos juntas. Obrigado pela amizade, carinho, dedicação e estímulo, pois foram essenciais nessa trajetória.

Aos professores da Banca de Qualificação e de Defesa desse trabalho: Luciane Kantorski, Ana Cláudia Valladares, Andréa Valente Heidrich, Ana Paula Müller, Valéria Coimbra, Maira Thofehn, Rita Reck. Obrigada por terem contribuído e enriquecido a construção desse estudo.

Aos meus queridos amigos e colegas do Grupo de Saúde Mental, obrigada por todos os momentos de aprendizado que compartilhamos, vocês contribuíram significativamente em minha caminhada acadêmica.

À equipe e aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Fragata (CAPS II Fragata), por terem me acolhido com carinho durante o período de Estágio de Docência Supervisionada e coleta dos dados deste trabalho. Agradeço por todos os momentos de trocas que passamos juntos!

Aos professores e professoras que foram responsáveis por mais uma etapa de formação acadêmica. Muito obrigada!

À turma do mestrado, pelo companheirismo, amizade e principalmente por todos os momentos que passamos juntos. Cada um de vocês tem uma grande importância em minha vida. Muito obrigada, queridos colegas!

À CAPES, pela disponibilização da bolsa do mestrado.

Ao CNPq e Ministério da Saúde pelo financiamento da Pesquisa CAPSUL II, a qual este estudo faz parte.

Àqueles que participaram de alguma maneira e contribuíram para essa vitória. Obrigada!

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de práticas e políticas em saúde. Trata-se de outro modo de vida, de produzir práticas em saúde. Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos torna subjetividades anestesiadas, sem liberdades de criação, destituídas de singularidades. Desinstitucionalizar [...] é cartografar as linhas de fuga que desenham novos modelos de “cidadania” baseados na liberdade de desejar e inventar zonas de afetos e intensidades, puro devir. Desinstitucionalizar é uma processualidade.

(ALVERGA & DIMENSTEIN, 2005)

## Resumo

FERREIRA, Gabriella Bastos. **Arte e saúde mental: oficinas terapêuticas como espaço de expressão das subjetividades**. 2013. 116f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criadas estratégias terapêuticas visando o cuidado em liberdade e a reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico. Dessa forma, a reabilitação psicossocial passou a ser um dos principais objetivos deste novo modelo de atenção psicossocial, tornando-se indispensável utilizar instrumentos como as oficinas terapêuticas expressivas e as ações que valorizem os anseios e as necessidades de cada indivíduo e que, especialmente, respeitem as suas subjetividades. Esta dissertação é uma pesquisa qualitativa e descritiva, sendo um subprojeto da Pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil (CAPSUL II) e desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem, sob ofício nº 176/2011. Teve como objetivo geral compreender o significado das expressões subjetivas, manifestadas por meio das produções artísticas nas oficinas terapêuticas expressivas, para os usuários do CAPS. Foi desenvolvida em um CAPS do município de Pelotas – RS, por meio de observação livre e observação participante, além de registro fotográfico. Este estudo priorizou a análise da oficina de marcenaria pela riqueza de informações e pela permanência da pesquisadora por maiores períodos neste cenário. O estudo teve um pressuposto central que as oficinas terapêuticas expressivas constituem-se em importante espaço de expressão de subjetividade dos usuários do CAPS contribuindo assim para o enfrentamento das suas dificuldades cotidianas, para a sua reabilitação psicossocial e para a sua reinserção social. Na análise e discussão dos resultados, foram apresentados o cotidiano e o contexto dos usuários nas atividades terapêuticas relacionadas com a arte e, as atividades terapêuticas como uma possibilidade de expressão das subjetividades, evidenciando as expressões subjetivas dos sujeitos manifestadas durante as oficinas. Conclui-se que o modelo de atenção psicossocial deve priorizar o desenvolvimento de atividades terapêuticas nos CAPS, pois estas permitem ao indivíduo em sofrimento psíquico a expressão de sentimentos e conflitos, tanto interiorizados quanto externos, por meio da arte. Além disto, essas atividades estimulam e valorizam a criatividade, as fantasias e a expressividade, buscando o fortalecimento da autoestima, a reconstrução da identidade e a expressão de subjetividades, tornando-se facilitadoras no processo de reabilitação psicossocial e reinserção social dos sujeitos com transtornos mentais. Contudo, surge o desafio para que as atividades terapêuticas não sejam impregnadas pelo sentido da produção, pois perderão seu objetivo essencial, que é o de ser terapêuticas.

**Palavras-chave:** saúde mental; serviços de saúde mental; terapia pela arte.

## **Abstract**

FERREIRA, Gabriella Bastos. **Art in Mental Health: therapeutic workshops as a space of expression of subjectivities**. 2013. 116f. Dissertation (Master). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

With the Psychiatric Reform movement and the emergence of Centers of Psychosocial Attention (CAPS) therapeutic strategies were created aiming the care with freedom and the subjects' with suffering psychosocial rehabilitation. In this way, the psychosocial rehabilitation became a main objective of this new model of psychosocial attention, becoming indispensable the using of instruments as therapeutic expressive workshops and actions that value the yearnings and needs of each individual, and, that, specially, respect theirs subjectivities. This dissertation is a qualitative and descriptive research, being a subproject from a Research entitled Evaluation of Centers of Psychosocial Attention from south of Brazil (CAPSUL II), developed by Faculdade de Enfermagem from Universidade Federal de Pelotas and approved by Committee of Ethics in Research from Faculdade de Enfermagem, under letter nº 176/2011. It has a general objective to understand the meaning of subjective expressions, manifested through artistic productions in therapeutic expressive workshops, to the users of CAPS. It was developed in CAPS from the city of Pelotas – RS, through a free observation and participant observation, further the photograph record. This study prioritized the analysis of the workshop of woodwork because of the wealth of information and because of the staying of the researcher per long periods in this space. The study had as central presupposition that the therapeutic expressive workshops constitute in an important space of subjective expression of CAPS's users, helping them to face their daily difficulties, their psychosocial rehabilitation and their social reinsertion. In the analysis and discussion of results, it was presented the everyday and the context of these users in the therapeutic activities related to art and, therapeutic activities, as an expression possibility, highlighting the subjective expressions of subjects manifested during the workshops. It concludes that the model of psychosocial attention must to priories the development of therapeutic activities in the CAPS, once these allow the individual in psycho suffering the expression of feelings and conflicts, being these internalized or externalized, through art. Furthermore, these activities stimulate and value the creativity, fantasies and the expressivity, searching the fortification of self-esteem, the rebuild of identity and the expression of subjectivity, becoming facilitators in the process of psychosocial rehabilitation and social reinsertion of subjects with mental disorders. However, it emerges a challenge to that therapeutic activities do not be impregnated by the sense of production, because it would lose their essential objective, which is be therapeutic.

**Key-words:** mental health; mental health services; art therapy.

## Lista de Figuras

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Mapa com a localização da cidade de Pelotas – RS, 2013 .....                          | 63 |
| Figura 2 - Pirâmide Etária da população de Pelotas – RS, 2010 .....                              | 64 |
| Figura 3 - Quadro ilustrativo da equipe do CAPS II Fragata, 2013 .....                           | 66 |
| Figura 4 - CAPS II Fragata, Pelotas – RS, 2013 .....                                             | 67 |
| Figura 5 - Salão principal circular do CAPS II Fragata, 2013 .....                               | 68 |
| Figura 6 - Janela próxima à escada do CAPS II Fragata, 2013 .....                                | 68 |
| Figura 7 - Sala destinada à oficina de marcenaria, 2013 .....                                    | 69 |
| Figura 8 - Sala destinada à oficina de pintura, curso de pintura e grupo de expressão, 2013..... | 70 |
| Figura 9 - Carta escrita por João à observadora, 2013 .....                                      | 74 |
| Figura 10 - Carta escrita por Maria à observadora, 2013.....                                     | 75 |
| Figura 11 - Mensagem escrita para a arteterapeuta pelos trabalhadores e usuários, 2013 .....     | 77 |
| Figura 12 - Objeto de madeira elaborado por João durante a oficina de marcenaria, 2013 .....     | 82 |
| Figura 13 - Casa - desenho elaborado por Alice, 2013 .....                                       | 84 |
| Figura 14 - Árvore - desenho elaborado por Alice, 2013 .....                                     | 84 |
| Figura 15 - Colagem em um caixote de madeira elaborada por João, 2013 .....                      | 88 |
| Figura 16 - Boneca de palha de milho elaborada por Sara, 2013 .....                              | 89 |
| Figura 17 - Mesa decorada para a Festa Junina do CAPS II Fragata, 2013.....                      | 91 |
| Figura 18 - Brincadeira realizada durante a Festa Junina do CAPS II Fragata, 2013 .....          | 91 |
| Figura 19 - Caixote de madeira elaborado por João durante a oficina de marcenaria, 2013 .....    | 94 |
| Figura 20 - Texto escrito por Maria em seu caderno de poesias, 2013.....                         | 96 |

## **Lista de Tabelas**

|          |                                                  |    |
|----------|--------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 | Número de CAPS por tipo e ano (2006 – 2011)..... | 35 |
|----------|--------------------------------------------------|----|

### **Lista de abreviaturas e siglas**

|        |                                                 |
|--------|-------------------------------------------------|
| CAPS   | Centro de Atenção Psicossocial                  |
| CAPSad | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  |
| CAPSi  | Centro de Atenção Psicossocial Infantil         |
| CSM    | Centros de Saúde Mental                         |
| CT     | Comunidade Terapêutica                          |
| COFEN  | Conselho Federal de Enfermagem                  |
| CNS    | Conselho Nacional de Saúde                      |
| EUA    | Estados Unidos da América                       |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MTSM   | Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental     |
| NAPS   | Núcleos de Atenção Psicossocial                 |
| SRT    | Serviço Residencial Terapêutico                 |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                          |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido      |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                         |
| UFPeI  | Universidade Federal de Pelotas                 |

## Sumário

|                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 Introdução .....</b>                                                                        | <b>13</b>  |
| <b>1.1 Objetivo .....</b>                                                                        | <b>19</b>  |
| <b>1.1.1 Objetivo geral .....</b>                                                                | <b>19</b>  |
| <b>1.1.2 Objetivos específicos.....</b>                                                          | <b>19</b>  |
| <b>2 Revisão de Literatura .....</b>                                                             | <b>20</b>  |
| <b>2.1 Contexto histórico e social da loucura: da exclusão a um novo lugar social .....</b>      | <b>20</b>  |
| <b>2.2 Arte, loucura e expressão das subjetividades .....</b>                                    | <b>38</b>  |
| <b>3 Referencial Teórico .....</b>                                                               | <b>47</b>  |
| <b>4 Metodologia .....</b>                                                                       | <b>54</b>  |
| <b>4.1 Caracterização do estudo .....</b>                                                        | <b>54</b>  |
| <b>4.2 Local do estudo .....</b>                                                                 | <b>55</b>  |
| <b>4.3 Sujeitos do estudo .....</b>                                                              | <b>55</b>  |
| <b>4.4 Trabalho de campo.....</b>                                                                | <b>57</b>  |
| <b>4.5 Princípios Éticos .....</b>                                                               | <b>59</b>  |
| <b>4.6 Análise dos dados.....</b>                                                                | <b>59</b>  |
| <b>5 Análise e discussão dos resultados.....</b>                                                 | <b>61</b>  |
| <b>5.1 História e contextualização do município de Pelotas .....</b>                             | <b>62</b>  |
| <b>5.2 O CAPS Fragata .....</b>                                                                  | <b>65</b>  |
| <b>5.3 O cotidiano e o contexto dos sujeitos nas oficinas terapêuticas .....</b>                 | <b>71</b>  |
| <b>5.4 Oficinas terapêuticas e arte: uma possibilidade de expressão das subjetividades .....</b> | <b>79</b>  |
| <b>5.4.1 Oficina de marcenaria .....</b>                                                         | <b>81</b>  |
| <b>6 Considerações finais .....</b>                                                              | <b>98</b>  |
| <b>Referências .....</b>                                                                         | <b>102</b> |
| <b>Apêndices .....</b>                                                                           | <b>110</b> |
| <b>Anexos .....</b>                                                                              | <b>114</b> |

## 1 Introdução

Por muito tempo muitas pessoas com comportamentos distintos dos padronizados pela sociedade foram concebidas como “loucas”. Assim se inicia a história acerca da loucura, com o enclausuramento e sofrimento destes sujeitos que foram e, até hoje, são estigmatizados pela sociedade dita “normal”.

De acordo com Guerra (2008), a partir da Idade Média, houve certa reprovação da sociedade burguesa ao ócio, de tal forma que qualquer forma de inatividade e improdutividade, inclusive a loucura, era execrada. Foram criadas, então, “casas de correção” (hospitais), ou seja, espaços que tinham como objetivo central evitar a mendicância, a desocupação e toda conduta considerada desordem social. Estes locais se utilizavam de práticas autoritárias para impor o trabalho aos inativos.

Na época, alguns hospitais árabes, destinados exclusivamente aos loucos, empregavam práticas interventivas através da arte, com a intenção de curar a alma alienada como: a música, a dança, os espetáculos teatrais e as fábulas (FOUCAULT, 1978).

No entanto, com a Revolução Francesa, por meio de seu lema de “*Liberdade, Igualdade e Fraternidade*”, aconteceram mudanças expressivas nas instituições sociais que precisariam, nessa nova era, se desfazer do Antigo Regime. É nesse momento que o hospital passa de um lugar de hospedagem a um local de tratamento, já que nele era possível reunir as enfermidades para observá-las e estudá-las, possibilitando aos estudiosos produzir conhecimento científico sobre as doenças (AMARANTE, 2011).

Nesse contexto, o saber médico se organizou equipado de estratégias disciplinares. Alves et al. (2009) ressaltam que no final do séc. XVIII, Pinel foi

designado a dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, dando um novo significado à loucura: o de doença, a qual deveria ser tratada pelo médico. Tal ação de Pinel produziu um *status* negativo à loucura, reforçando a exclusão e a separação dos loucos do meio social.

Pinel introduziu uma difusa tradição terapêutica conhecida como “tratamento moral” e o afastamento do mundo externo por meio da hospitalização. O tratamento moral utilizava práticas corretivas e reeducadoras através do trabalho (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2009). Nesse sentido, a psiquiatria converteu o trabalho em tratamento, fazendo emergir uma analogia entre o ato de trabalhar e a saúde. Contudo, essa terapêutica não se limitava ao trabalho, já que com o intuito de atingir a cura, eram empregadas práticas de coerção (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

A arte, a partir de então, perdeu o seu papel curativo, devido ao surgimento dos hospitais psiquiátricos centrados no tratamento moral. Nesse sentido, os contos mitológicos, os espetáculos e as canções passaram a ser vistas como perversão, indecência e desarticulação do pensamento, por estimularem ilusões e delírios, produtores das confusões mentais (FOUCAULT, 1978).

Foucault (1978), em seu livro *A história da loucura na Idade Clássica*, alega que a loucura foi convertida em doença psíquica simultaneamente à chegada do capitalismo, já que o louco não tinha importância no universo da produtividade. O que não se adequava à nova ordem social passou a ser visto como doença, anormalidade, de tal modo que deveria ser afastado e corrigido.

As teorias e as práticas psiquiátricas, no período da Revolução Francesa, ganharam respaldo científico e social no mundo todo, especialmente até a II Guerra Mundial, e o modelo assistencial de internamento em hospitais psiquiátricos se transformou no principal e mais eficaz exemplo de terapêutica para os alienados. O manicômio era o espaço no qual empregavam práticas de violência e maus-tratos aos loucos, bem como perpetravam a destruição das subjetividades dos sujeitos e o isolamento social (AMARANTE, 1995a).

Ao fim da II Guerra, surgiram diversos movimentos contrários ao Hospital Psiquiátrico pelas suas características de exclusão, segregação e destruição de identidades. Esses movimentos estavam voltados para a necessidade de reformar conceitos e práticas psiquiátricas, apontando para a desconstrução do modelo manicomial e criação de uma proposta de desinstitucionalização, como um processo

que compreenderia o indivíduo em sua experiência da alienação (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2009).

Nesse sentido, os principais movimentos reformistas foram: a Psiquiatria Comunitária, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventiva e por último a Psiquiatria Democrática Italiana, conduzida pelo psiquiatra Franco Basaglia.

Na década de 1960, na Itália, Basaglia dá início ao movimento da reforma psiquiátrica, no manicômio de Gorizia. Inicialmente, o psiquiatra transformou seu próprio hospital em uma comunidade terapêutica (DESVIAT, 2008). Todavia, notou que trabalhando exclusivamente no hospital psiquiátrico, estava reforçando a ideia de isolamento da loucura, fazendo-se indispensável que o processo ocorresse no meio social e os sujeitos passassem a serem vistos como pessoas que sofrem e necessitam ser cuidadas na comunidade (AMARANTE, 1995b).

Logo, a proposta italiana se organizou em um *“circuito de atenção que, ao mesmo tempo em que oferece e produz cuidados, oferece e produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica”* (AMARANTE, 1995b, p. 54).

A primeira reforma psiquiátrica brasileira acontece com o surgimento das colônias agrícolas, as quais utilizavam o trabalho como principal terapêutica. Então, o Hospital Psiquiátrico Juqueri foi inaugurado e o principal protagonista deste local foi Osório César, músico, médico psiquiatra e crítico de arte. Osório percebia a arte como uma possibilidade de reabilitação psicossocial para os loucos (AMARANTE, 1994; LIMA; PELBART, 2007).

A relação entre arte, clínica e loucura ganhou novos impulsos através da psiquiatra Nise da Silveira, movida pela sua indignação com a assistência psiquiátrica proporcionada aos doentes mentais nas instituições psiquiátricas (LIMA; PELBART, 2007).

No Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro, Nise criou ateliês de pintura e modelagem para os internos. A psiquiatra permitiu que os indivíduos em sofrimento psíquico tivessem a possibilidade de expor suas emoções mais intensas, por meio da criação e produção, a qual era de importância científica para a compreensão do processo psíquico (CAVALCANTI et al., 2003).

Além disso, ela declarava que estas atividades (pintura e escultura) possibilitavam, por meio da expressão das subjetividades, melhor acesso ao mundo do sujeito que comumente era muito simbólico, místico (LIMA; PELBART, 2007).

As mostras das obras realizadas, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, a criação do Museu de Imagens do Inconsciente, a inserção e participação de artistas e críticos e o contexto cultural em que se estabeleceu esse processo, colaboraram significativamente para que as artes se afastassem da sua origem psiquiátrica para adentrar o universo da cultura, contribuindo para transformações da visão sobre o louco e a loucura e do pensamento sobre as relações entre clínica, loucura, arte e subjetividade (LIMA, 2008).

Destarte, com a influência da Reforma Democrática Italiana, sucederam mudanças na compreensão relacionada aos conceitos de loucura e às práticas assistenciais proporcionadas aos alienados nos manicômios. Dessa forma, a loucura passou a ser relacionada às subjetividades dos indivíduos com transtornos mentais, desconstruindo o modelo hospitalocêntrico centrado nas patologias e aprisionamento das singularidades dos sujeitos (AMARANTE, 1995b).

No Brasil, após anos de reivindicações em busca da reforma psiquiátrica por parte dos indivíduos em sofrimento psíquico, seus familiares e os trabalhadores da saúde mental (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM), entra em vigor o Projeto de Lei Paulo Delgado, tornando-se a Lei Federal 10.216/01 que regulamenta os direitos dos doentes mentais e a exclusão progressiva dos manicômios, sendo substituídos por serviços comunitários (BRASIL, 2005).

Segundo Pádua e Moraes (2010), com o processo de reforma, foram criadas leis e portarias que transformaram o saber científico e as práticas referentes à saúde mental brasileira. O novo modelo se converteu em uma rede de atenção psicossocial constituída por ações e serviços de saúde mental cujos objetivos fundamentais são a reabilitação psicossocial e a reinserção social.

Dentre os serviços de saúde mental criados, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) ganharam destaque por proporcionarem assistência às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, aos seus familiares, estimulando sua reinserção na sociedade e propiciando maior autonomia no exercício da sua cidadania (BRASIL, 2007a).

Os CAPS não são os únicos serviços disponíveis na rede de atenção a saúde mental, fazendo-se necessário a assistência estar organizada por meio de

uma rede de cuidados. Fazem parte desta rede alguns dos subsequentes serviços: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os centros de convivência, em meio a outros (BRASIL, 2003). A particularidade essencial desta rede é a relação dos sujeitos com a comunidade, através de laços culturais sólidos, abrangendo seu próprio território, o lugar em que eles constroem seu cotidiano.

Nos CAPS, as oficinas terapêuticas são umas das mais importantes atividades assistenciais por serem realizadas em grupos e orientadas por profissionais de diversas áreas. Do mesmo modo, as oficinas, como atividades produtivas, proporcionam aos indivíduos em sofrimento psíquico a expressão de sentimentos e dificuldades vivenciadas e a reconstrução da sua identidade pessoal (BRASIL, 2004).

Existem várias modalidades de oficinas terapêuticas: oficinas expressivas, nas quais os usuários trabalham com a expressão – plástica (pintura), corporal (dança), verbal (escritura de textos), musical (instrumentos musicais), entre outras. Já as oficinas geradoras de renda são para o mantimento ou complementação da renda – costura, culinária, artesanatos. Também há oficinas de alfabetização para os que não tiveram acesso à educação formal ou não continuaram os estudos - escrita e leitura (BRASIL, 2004). Assim, este estudo priorizará a análise das oficinas de expressão plástica e verbal.

Nota-se, portanto, que as atividades que utilizam a arte como meio de expressão ilustram a ação construtiva e a produção do novo através da invenção, da exibição de fatos, experiências, atos, informações, recriando o ser humano e o universo. Nesse sentido, as oficinas podem ser compreendidas como um importante instrumento de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos em sofrimento psíquico, porque ao incitarem a expressão e a produção, expandem as possibilidades individuais e de acessibilidade aos benefícios culturais (MENDONÇA, 2005).

A seguir, descreverei minha trajetória na área da saúde mental e interesse pela temática em questão, a qual teve influência e impulsionou-me a pesquisar nesse contexto da atenção psicossocial.

Minha experiência no campo da saúde mental iniciou na época da graduação em enfermagem, durante o quinto semestre do curso, quando pude participar de um projeto de pesquisa intitulado “Redes que reabilitam – avaliando

experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)<sup>1</sup>, no qual tive a oportunidade de fazer parte das etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa.

Ainda, durante o processo de construção da pesquisa (REDESUL) tive a oportunidade de observar o funcionamento e a estruturação das oficinas terapêuticas em diversos serviços de saúde, bem como as contribuições das atividades terapêuticas na vida dos sujeitos com transtorno mental, despertando ainda mais o meu interesse em pesquisar e analisar o tema referido.

A partir desse momento, dediquei minha vida acadêmica a pesquisar e estudar no campo da saúde mental. Além disso, recebi uma bolsa de Iniciação Científica do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e pude qualificar-me por meio da participação em eventos científicos, elaboração de trabalhos acadêmicos e artigos científicos, apropriando-me de conhecimentos nessa área.

Meu interesse de estudo para esta dissertação surgiu no intuito de compreender as oficinas terapêuticas como um importante espaço de atenção psicossocial que permitem aos sujeitos em sofrimento psíquico a expressão de subjetividades, transformando seu cotidiano e suas vidas e auxiliando no processo de reabilitação psicossocial e de reinserção social. Nesse contexto, é possível refletir no sentido de construir estratégias políticas de aprimoramento da atenção psicossocial que contemplem as reais necessidades desses indivíduos.

Considerando o exposto, a presente pesquisa tem como **pressuposto que as oficinas terapêuticas expressivas constituem-se em importante espaço de expressão de subjetividade dos usuários do CAPS, contribuindo assim para o**

---

<sup>1</sup> Este projeto de pesquisa tem como objeto avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. A pesquisa foi realizada através de uma investigação desdobrada em um estudo qualitativo e outro quantitativo. A etapa quantitativa das redes de atenção em saúde mental dividiu-se em dois sub-estudos complementares: um estudo descritivo da estrutura e processo das redes de atenção em saúde mental, assumindo-se como marcador de rede de serviços a existência de serviço residencial terapêutico e um estudo transversal de resultados. Deste modo, foram identificados 5 municípios do Rio Grande do Sul, a saber: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre e Viamão. Assim, a partir dos resultados da análise quantitativa foram escolhidos dois municípios, Alegrete e Caxias do Sul, que melhor se destacaram no que diz respeito à política de saúde mental no contexto da atenção psicossocial para serem abordados qualitativamente. Portanto, o projeto é dividido em dois subprojetos, a saber: Estudo de Avaliação Quantitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial através de uma abordagem epidemiológica. Estudo de Avaliação Qualitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial através da avaliação de quarta geração de Egon Guba e Yvona Lincoln (1985, 1988, 1989) adaptada por Wetzel (2005) e da metodologia de análise de redes do cotidiano de Paulo Henrique Martins (2009).

**enfrentamento das suas dificuldades cotidianas, para a reabilitação psicossocial e para a reinserção social.**

Dessa forma, justifica-se a relevância deste estudo, uma vez que existem poucas produções científicas relacionadas às expressões subjetivas demonstradas pelos indivíduos em sofrimento psíquico nas oficinas terapêuticas expressivas. Ao mesmo tempo, é necessário realizar reflexões acerca de como essas atividades vêm desenvolvendo o seu papel na reinserção social e reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental, no processo de desinstitucionalização da loucura e na produção de novas subjetividades.

Formulou-se, então, a seguinte questão norteadora do estudo: **Quais as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas?**

#### **1.1.1 Objetivo geral**

Compreender o significado das expressões subjetivas, manifestadas por meio das produções artísticas nas oficinas terapêuticas expressivas, para os usuários do CAPS.

#### **1.1.2 Objetivos específicos**

Conhecer as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas.

Identificar as expressões subjetivas manifestadas, por meio das produções artísticas, pelos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas.

Identificar os significados atribuídos pelos usuários do CAPS às oficinas terapêuticas expressivas.

## **2 Revisão de Literatura**

A revisão de literatura do estudo será subdividida em duas temáticas: a primeira estará relacionada à história da loucura, abordando aspectos referentes à alienação desde a antiguidade até a Reforma Psiquiátrica. A segunda abordará a arte e a loucura desde a Idade Média até o surgimento das oficinas terapêuticas. Além disso, nessa temática serão abordadas questões relacionadas à expressão subjetiva dos usuários dos CAPS através da arte, como subsídio no processo da reabilitação psicossocial desses sujeitos.

### **2.1 Contexto histórico e social da loucura: da exclusão a um novo lugar social**

A loucura sempre foi refletida e debatida de acordo com cada período histórico, nos quais se buscavam alternativas que se apropriassem da cultura e das crenças de cada local.

Na Idade Média, foi criado o “hospital” que, em latim, significa hospedagem, hotelaria. Inicialmente, estes locais surgiram como instituições de caridade com o objetivo de proporcionar abrigo e oferecer assistência aos pobres, desabrigados e doentes. Assim, o primeiro hospital foi criado por São Basílio, no século IV, na Capadócia. E a partir de então, surgiram diversas instituições com o mesmo intuito: a caridade (AMARANTE, 2011).

Aos poucos, o hospital foi assumindo um caráter medicinal, isto é, foi transformado em instituição médica, espaço de exame, tratamento e reprodução do saber médico. Até o período em que ocorreu esta mudança, os loucos que eram tachados e simultaneamente elogiados, passaram a ser reconhecidos como erro e verdade, concomitantemente. E ainda não se compreendia qual era o melhor destino para a loucura: ruas, prisões ou hospitais? (AMARANTE, 2011).

Mesmo que neste período já existissem maneiras de isolamento do “louco”, a loucura ainda não era compreendida como doença, não exigindo conhecimentos específicos. Dessa forma, o processo de exclusão tinha como objetivo principal isolar estes indivíduos em locais cada vez mais peculiares, afastando-os do convívio social. No entanto, estes espaços foram criados para separar da sociedade aqueles que não se adequavam a ela (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Nesta mesma época, a loucura era percebida como demonstração das forças da natureza e domínio por espíritos do mau, os quais necessitavam ser erradicados, e, portanto, os loucos deveriam permanecer sob o controle da Igreja (ALVES et al., 2009). O modelo mítico-religioso entendia que os comportamentos dos loucos eram conduzidos por forças superiores do “Bem” ou do “Mal”. Assim, o destino para a loucura passou a ser o castigo, já que acometia a pessoas censuradas pela ordem moral predominante nas sociedades medievais (CHERUBINI, 2006).

Mais tarde, a alienação deixa de pertencer à ordem religiosa e assume o papel de desrazão, isto é, o louco passa a ser aquele que infringe ou desconhece a moral racional. Iniciou-se, então, o processo de associação do louco com a periculosidade, pois este passou a ser visto como um indivíduo irracional que representava ameaça para a sociedade. Além disso, a loucura recebeu um caráter moral e originou um conjunto de desmoralizações, tais como a indolência e a irresponsabilidade (ALVES et al., 2009).

Foucault (1978) destaca relatos históricos sobre a loucura, fazendo séria crítica acerca dos conhecimentos sobre o alienismo e sua submissão à razão por meio do enclausuramento:

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era frequente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escoraçados (FOUCAULT, 1978, p. 13).

O século XVII dá início às críticas do modelo religioso, passando os médicos a procurar embasamento científico para explicar a alienação. Todavia, as respostas ainda eram incompreensíveis, principalmente por não apontarem características semelhantes a nenhuma outra enfermidade. Afastaram somente as explicações

sobrenaturais e a loucura passou a ser entendida como uma desordem em determinada estrutura do organismo, em especial o cérebro (CHERUBINI, 2006).

Alves et al. (2009) ressaltam que, ainda no século XVII, predominava a ideia de que o povo era o bem maior devido ao lucro que podia produzir. Sendo assim, aqueles que não tinham condições de contribuir para o crescimento e desenvolvimento da produção, do comércio e do consumo, começaram a ser “aprisionados”. Idosos, crianças desamparadas, deficientes físicos, mendigos, pessoas portadoras de enfermidades venéreas e loucos compunham verdadeiros depósitos humanos.

Amarante (2011) destaca que os hospitais adquiriram, por conseguinte, papéis sociais e políticos, sobretudo após a Revolução Francesa, e foram perdendo suas funções iniciais de filantropia, desempenhando o papel de tratar enfermidades. Assim, o médico tornou-se o protagonista destas instituições, pois detinha o conhecimento sobre as doenças.

Em meados do século XVII, a loucura era atrelada ao universo dos internamentos e às práticas que lhe assinalavam esse método enquanto processo apropriado para a época.

E entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não nos esqueçamos — que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural (FOUCAULT, 1978, p. 55).

Apenas no final do século XVIII, em 1793, Philippe Pinel, como dirigente do Hospital de Bicêtre na França, uma das unidades do Hospital Geral de Paris, apresentou uma nova proposta para a loucura. Pinel ficou conhecido como o pai da psiquiatria, uma vez que participou veemente dos acontecimentos da Revolução Francesa e teve um papel importante na história da psiquiatria e do alienismo (AMARANTE, 2011).

Assim, o hospital do século XVIII precisaria criar condições para que o “mal” fosse deflagrado em seu interior, tornando-se um espaço de manifestação da doença. Dessa forma, estabelecem-se métodos baseados no sustentáculo excludente, constituindo a analogia médico-hospitalar, na qual a instituição assume uma nova missão social: assistência e tutela (AMARANTE, 1995b).

A doença mental recebeu o *status* de erro da Razão. O louco não podia desfrutar da completa Razão e, conseqüentemente, não tinha possibilidade de liberdade de escolha. Liberdade de escolha era unívoco de cidadania, e se o louco não a possuía, não poderia ser considerado como cidadão (AMARANTE, 1995a).

Pinel propôs que os alienados deveriam ser libertados das correntes absolutistas, entretanto ser submetidos a um regime de afastamento da sociedade. Para Pinel, as causas da alienação mental estavam presentes no meio social, por isso a terapêutica mais eficaz seria isolar o louco do convívio social. Além disto, Philippe Pinel fundou os primeiros hospitais psiquiátricos e estabeleceu o primeiro modelo de tratamento baseado no tratamento moral (AMARANTE, 2011).

Pinel e seus seguidores, sobretudo Esquirol, empregavam métodos corretivos tais como: sangrias, vômitos, duchas frias, entre outras práticas, com o intuito de castigar o louco para corrigir a alienação. Por exemplo, a ducha fria, que antes servia para atuar no sistema nervoso, passou a ser vista como punição. O próprio louco, internalizando o estereótipo de doente mental, passou a acreditar que somente o médico detinha o conhecimento e a capacidade de cura; ele passou a ser exclusivamente a função que representava - o insano - perdendo sua identidade individual (CHERUBINI, 2006).

Neste momento, a loucura passou a ser reconhecida como “alienação mental”, e esse saber foi delegado ao especialista, o médico. Assim, os loucos são excluídos dos demais e o hospital psiquiátrico passa a ser considerado como o melhor tratamento moral (ALVES et al., 2009). Portanto, a tarefa central do asilo era o isolamento dos loucos do meio social, ao qual se conferia o motivo da alienação, por meio do tratamento moral, terapêutica utilizada para restabelecer a Razão e, igualmente, a Liberdade (AMARANTE, 1995a).

O termo “tratamento moral” significava reeducação dos pensamentos, afastamento dos delírios e alucinações e trazer a consciência para realidade. O tratamento moral, criado por Pinel, tinha como estratégia fundamental o “trabalho terapêutico”, ou seja, o trabalho assumiu o papel de reeducar as mentes desagregadas, já que nesta época a sociedade estava adentrando no modo de produção capitalista (AMARANTE, 2011).

Deste modo, a psiquiatria converteu o trabalho em terapia, associando a ação de trabalhar com a saúde. No entanto, nota-se que o tratamento moral, além de utilizar o trabalho como terapêutica, aplicava métodos de repressão para manter

a disciplina dos indivíduos, visando obter a cura (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). Neste contexto, a Revolução Francesa teve repercussão mundial e o asilamento em hospital psiquiátrico tornou-se o principal espaço de tratamento para os “loucos”, espaço de prisão, violência, isolamento, e de destruição das subjetividades dos sujeitos (AMARANTE, 1995a).

O manicômio, conforme Amarante (2009), é a demonstração de um arquétipo baseado na tutela (tem autoridade para “cuidar” de outros), na vigilância, no tratamento moral e disciplinar, na determinação de ordens, nos castigos, no trabalho como melhor terapêutica. Já os loucos, enquanto alheios à realidade, eram considerados incapazes de definir o seu próprio tratamento, por isso a instituição tinha o poder de decidir no seu lugar.

Souza, Kantorski e Pinho (2009) ressaltam ainda que o hospital psiquiátrico foi responsável pela normatização dos corpos, regularizando a efetivação de um processo que levava gradativamente à expropriação do “eu” (pessoa), ao isolamento da sociedade e espaços sociais, à negação do livre-arbítrio, legitimando a loucura enquanto doença. Os autores enfatizam, ainda, que a liberdade do indivíduo perpassa a necessidade formal da garantia dos direitos. A liberdade deixa os sujeitos acessíveis para escolher caminhos a seguir. Não é um processo baseado na relação institucional, tampouco na dependência obrigatória. A liberdade deve ser negociada e reconstruída em conjunto entre os alienados, a comunidade e as instituições.

No Brasil, em 1852, o primeiro manicômio, Hospício de Pedro II, foi inaugurado no Rio de Janeiro, e utilizava o mesmo tipo de terapêutica dos demais Hospitais Psiquiátricos franceses: exclusão, maus-tratos e ausência de um tratamento terapêutico (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2009).

No artigo 32 do estatuto do Hospício de Pedro II, no Decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852, pode-se observar os meios de repressão utilizados contra os alienados:

Art. 32. Os unicos meios de repressão permittidos para obrigar os alienados á obediencia são:

1º A privação de visitas, passeios e quaesquer outros recreios:

2º A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescriptos pelo respectivo Facultativo:

3º A reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dois dias, cada vez que for aplicada:

4º O colete de força, com reclusão ou sem ella:

5º Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clínico, e nas subsequentes na da pessoa e pelo tempo que elle designar (RIO DE JANEIRO, 1852).

O hospício recebeu, portanto, uma concepção científica e social, sendo considerado uma das instituições mais consagradas, sobretudo até a II Guerra Mundial, quando surgiram movimentos, dirigidos para a reforma da psiquiatria, que criticavam o Hospital Psiquiátrico pelo seu caráter incoerente, excludente e violento. Fundamentalmente, a busca pela transformação apontava para o fim do modelo hospitalocêntrico e para a desinstitucionalização (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2009).

A proposta de Pinel, ao organizar um lugar exclusivo para a loucura e para desenvolvimento do saber médico/psiquiátrico, foi enaltecida e recriminada. As críticas dirigiam-se fundamentalmente ao modelo fechado e autoritário do hospício e apontavam para a concretização de uma primeira experiência de reforma à tradição pineliana: a das colônias para insanos. Esse modelo tem a finalidade organizar um “regime de portas abertas” (p. 28), reformulando as características dos asilos propostas por Pinel (AMARANTE, 1995b).

As reformas posteriores à reforma pineliana surgiram após a II Guerra Mundial, e buscaram questionar as práticas e as teorias conferidas à instituição e ao saber psiquiátricos. Sabe-se que poucos países participaram ativamente destes movimentos, porém os que fizeram parte ampliaram e reformularam a assistência psiquiátrica, propondo diferentes modos de tratamento assistencial para a doença mental (AMARANTE, 1995b; FASSHEBER; VIDAL, 2007).

Em 1959, o termo **Comunidade Terapêutica** (CT) é consagrado por Maxwell Jones, assinalando um processo de transformações restritas às instituições psiquiátricas e caracterizadas pela organização de medidas administrativas e práticas, tendo em vista aspectos democráticos, participativos e coletivos, objetivando uma reforma da dinâmica hospitalar (AMARANTE, 1995b).

Os princípios centrais da Comunidade Terapêutica eram: a liberdade de comunicação/diálogo em todos os níveis e direções; a intenção de extinguir as relações de autoridade; a realização de atividades grupais como festas, excursões,

grupos de discussão, dentre outras; presença da comunidade e da família nas deliberações administrativas do hospital (DESVIAT, 2008).

Para Amarante (1995b, p.31), *“uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo em si mesmos princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição”*.

Neste contexto, redescobre-se a obra de Hermann Simon, fundador da Terapêutica Ocupacional, que em um hospital registrou a melhoria expressiva dos pacientes que passaram da posição de doentes, loucos e insensatos e assumiram outros papéis, através de trabalho e ocupações. Sendo assim, Simon pode ser considerado o pioneiro das Comunidades Terapêuticas, tornando-se a referência principal diante da qual se construiu o movimento de **Psicoterapia Institucional**, na França, no Hospital Saint-Alban (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Psicoterapia Institucional propunha a transformação da estrutura institucional, visto que seria a melhor alternativa para retomar as características terapêuticas da Psiquiatria e superar os problemas apontados no pós-guerra (CIRILO, 2006). Birman e Costa (1994) observam ainda que se o asilo é criador da enfermidade e passível de conservá-la, compete realizar a “terapêutica” da estrutura hospitalar, visando à mutação do hospício, fabricante de doença, em produtor de Saúde Mental para os seus pacientes.

De acordo com Desviat (2008), esse modelo foi a experiência mais severa com o intuito de salvar o hospício. A proposta teve como principal representante Tosquelles, cujo objetivo fundamental era restabelecer o caráter terapêutico do manicômio, apontando para uma retomada da proposta inicial dessas instituições: um espaço de tratamento e cura.

Na França, nasce a **Psiquiatria de Setor**, apontando para a necessidade de um trabalho externo ao manicômio. Foram criados, então, os Centros de Saúde Mental (CSM), distribuídos de acordo com a população de cada região francesa, com a finalidade de dar prosseguimento ao tratamento posterior à alta hospitalar, evitando a reinternação e até mesmo internação de novos casos (AMARANTE, 2011).

Amarante (2011) refere que a ideia central da Psiquiatria de Setor, cujo protagonista principal foi Lucien Bonnafé, era que após a alta hospitalar, os pacientes fossem encaminhados para os Centros de Saúde Mental e tivessem a possibilidade de ter contato com familiares, conhecessem lugares e o mais

interessante era que o acompanhamento terapêutico desses pudesse ser realizado pela própria equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) que fazia o acompanhamento também no hospital psiquiátrico.

A **Psiquiatria Preventiva**, segundo Amarante (1995b) e Birman e Costa (1994), foi desenvolvida nos Estados Unidos (EUA), por Gerald Caplan, autor fundamental da corrente, e ficou conhecida como Saúde Mental Comunitária. Esse período provocou um grande impacto, desencadeando um decreto do Presidente Kennedy, em 1963, com vistas a transformações no campo da saúde mental.

O objetivo desse movimento foi reduzir as doenças mentais nas populações, promovendo a saúde mental das mesmas. Caplan entendia que as desordens mentais poderiam ser prevenidas se fossem detectadas precocemente. Criou-se, então, uma caçada a todas as pessoas “suspeitas” de apresentar doenças mentais (AMARANTE, 2011).

A doença mental passa a ter uma *História Natural*<sup>2</sup> e se estabelecia sua assistência de acordo com o seu momento evolutivo (BIRMAN; COSTA, 1994):

- 1) *Prevenção Primária*: intervenção nos aspectos prováveis de desenvolvimento da doença mental;
- 2) *Prevenção Secundária*: verificação de diagnóstico e tratamento preliminar da doença;
- 3) *Prevenção Terciária*: busca pela readequação do paciente ao meio social, posteriormente a sua melhora.

Neste sentido, promover a saúde mental se configura como uma importante estratégia na qual estão inseridos os programas de “Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57).

Guardando as particularidades conceituais e metodológicas próprias dos diferentes modelos de assistência, as experiências guiadas pelo preventivismo arrumaram o contexto para a organização de diferentes propostas assistenciais e modelos de desinstitucionalização<sup>3</sup> (AMARANTE, 1995b).

---

<sup>2</sup> História Natural das Doenças: criada por Leavell e Clark e implica a unidimensionalidade no processo saúde/doença e o processo de desenvolvimento das doenças no tempo e no espaço (BIRMAN; COSTA, 1994).

<sup>3</sup> Essa expressão surgiu nos EUA, no contexto da experiência da Psiquiatria preventiva para demarcar o conjunto de medidas de “desospitalização” (AMARANTE, 1995<sup>a</sup>).

Em 1960, surge a **Antipsiquiatria**, na Inglaterra, com um grupo de psiquiatras dentre os quais se destacam Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. Eles observaram que os loucos eram violentados e oprimidos, tanto nos hospitais psiquiátricos quanto na sociedade em que viviam, estabelecendo assim a primeira crítica intensa ao conhecimento médico-psiquiátrico (AMARANTE, 1995b, 2011).

Amarante (2011) enfatiza que para a Antipsiquiatria não havia a patologia, não existia a “doença mental”. Sendo assim, a loucura era considerada quanto às relações constituídas entre o louco e a sociedade, e o principal objetivo da terapêutica era permitir que esse sujeito vivenciasse suas experiências. Já o terapeuta tinha o papel de auxiliar a pessoa a vivenciar e a ir além deste processo, resguardando-a.

Tais produções fizeram com que o tratamento dispensado à loucura fosse repensado, de modo que se iniciou em todo o mundo a chamada Reforma Psiquiátrica. Esta pode ser definida como um processo histórico de formulação crítica e prática, e fundamenta-se numa nova concepção de homem como ser biopsicossocial, que veio se firmar após a Segunda Grande Guerra (Amarante, 1995b).

Esses movimentos fizeram com que os tratamentos dispensados à loucura fossem repensados e reformados em diferentes partes do mundo, com a finalidade de questionar o modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e na exclusão dos sujeitos, e estabelecer propostas para a mudança de paradigma da Psiquiatria Clássica (AMARANTE, 1995b; CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

É na Itália, na década de 60, que surge o movimento que origina a maior quebra entre o saber e a prática psiquiátricos: a **Psiquiatria Democrática**. Esta sugere uma inovação no campo da loucura, um modo diferente de olhar a doença mental. Olhar este que defende a complexidade das desordens mentais como característica própria da espécie humana e que perpassa a esfera da psiquiatria, visto que está relacionada ao sujeito, à família, à sociedade (ALVES et al., 2009).

Em 1961, o psiquiatra Franco Basaglia inicia o movimento de desinstitucionalização na Itália. Basaglia, ao assumir a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, sofre um grave choque ao descobrir a situação lastimável em que se encontrava o hospício italiano (AMARANTE, 1996; DESVIAT, 2008).

Conforme Amarante (1996), impactado com as condições do manicômio, Basaglia procurou conhecer melhor outros movimentos reformistas, baseados em comunidades terapêuticas e psicoterapia institucional (Inglaterra, França e EUA), com o intuito de aplicá-las em Gorizia.

Basaglia compreendia que o doente mental era colocado na posição de excluído, e essa condição lhe conferia outras implicações que não poderiam ser entendidas como consequências de sua condição de “louco”. Dessa forma, se a psiquiatria desempenha o papel de repressão e isolamento, é esta que deveria ser questionada e não o doente (AMARANTE, 1996).

Deste modo, Basaglia transformou o hospital psiquiátrico em uma comunidade terapêutica “[...] e depois, consciente das limitações, propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio” (DESVIAT, 2008, p.42).

Franco Basaglia, por meio de estudos e contato com as obras de Foucault e Goffman, observou que a batalha deveria ser a partir da “negação da psiquiatria enquanto ideologia”, ou seja, o hospício deveria ser compreendido como conjunto de conhecimentos e experiências científicas, sociais, legislatórias e judiciais que balizavam a essência de um espaço de exclusão e segregação do doente mental (AMARANTE, 2011).

Desviat (2008) destaca ainda que neste período, com a Lei 180/1978, por meio do Processo Contra o Manicômio, a sociedade italiana censurou os hospitais psiquiátricos, determinando a extinção progressiva destes e principiando o processo de desinstitucionalização, com a criação de serviços diferenciados de atenção à saúde mental nas comunidades.

Os primeiros serviços substitutivos ao manicômio foram os Centros de Saúde Mental, influenciados pelas experiências francesa e americana. Contudo, estes locais não eram vinculados ao hospício, ao contrário, os centros assumiram o papel de proporcionar um cuidado integral aos indivíduos com transtornos psíquicos, em cada território, devolvendo o louco à sociedade (AMARANTE, 2011).

Em 1980, após o óbito de Basaglia, Franco Rotelli, movido pelas suas ideias, observou que a proposta italiana rompeu com o antigo paradigma relacionado ao entendimento sobre desinstitucionalização, tomado como desospitalização. Deste modo, Rotelli sugeriu um caminho inovador tendo em vista que o destino para a loucura deveria sofrer transformações que superrassem o rearranjo do modelo

assistencial, mas que ao mesmo tempo abarcassem os métodos e compreensões das sociedades (AMARANTE, 2011).

Amarante (1995a, p. 493) ressalta que desinstitucionalizar é “[...] tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa [...] construir possibilidades”.

Assim, a desinstitucionalização pode ser compreendida como um processo de desprendimento ao que é estabelecido pela sociedade como “normal”. Este processo, por meio de uma visão crítica inclinada para reflexões sobre os modelos assistenciais em saúde mental, busca práticas e saberes inovadores e novas alternativas com vistas à reabilitação biopsicossocial das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A experiência italiana do processo de desinstitucionalização, ao lado da crítica ao modelo hospitalocêntrico/manicomial, foram inspiradores para o Brasil iniciar o momento de reflexão sobre a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas (BRASIL, 2005).

Surgido das críticas sobre a cidadania dos loucos, o movimento da reforma psiquiátrica, no Brasil, organizou-se em um vasto e diversificado processo de práticas e saberes. A importância de se compreender a cidadania como elemento fundamental deste processo está em que esta nova concepção é diferenciada e envolve atores muito distintos entre si, como: a instituição, a política, o meio social e cultural, e as relações com o jurídico (TENORIO, 2002).

Em 1890, quando os republicanos chegaram ao poder, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, ficando sob o domínio do poder público, passando a se chamar Hospício Nacional de Alienados, sendo regido por João Carlos Teixeira Brandão, primeiro diretor (AMARANTE, 1994).

Logo após foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados e foram criadas as duas primeiras colônias brasileiras: Colônia de São Bento e Colônia de Conde de Mesquita, no Rio de Janeiro, designadas ao tratamento de alienados miseráveis do sexo masculino. Além destas, foram criadas também mais duas colônias, a Colônia de Juqueri, em São Paulo, e a Colônia de Vargem Alegre, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1994).

Em 1911, foram criadas mais duas colônias agrícolas: a Colônia Juliano Moreira, masculina, e o Centro Psiquiátrico Nacional, feminino, no Engenho de Dentro. Pela primeira vez no país se cria uma proposta de assistência terapêutica

por meio do trabalho agrícola como mão-de-obra, buscando recuperar a relação entre os alienados e a sociedade (GUERRA, 2008).

Amarante (1994) descreve esse conjunto de medidas como um marco que assinalou a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, com a finalidade de estabelecer o modelo de colônias na assistência psiquiátrica, baseadas em experiências europeias. A ideia fundamental desta proposta era fazer a sociedade e os loucos conviverem harmoniosamente, seja em casa ou no trabalho.

Em 1987, em Bauru/São Paulo, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. O movimento buscava uma reorientação do modelo assistencial em saúde mental, denunciando o modelo excludente e repressivo, e estabelecendo propostas alternativas para as pessoas com transtornos psíquicos (AMARANTE, 1996; BRASIL, 2005).

Neste mesmo ano, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil é criado (CAPS Luiz Cerqueira), em São Paulo. O surgimento desse serviço seguido do MTSM objetivava um avanço e uma reorganização do modelo assistencial em psiquiatria, ou seja, buscavam criar uma nova forma de cuidar os indivíduos com transtornos mentais, apontando as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos a que estes eram submetidos (BRASIL, 2004).

O CAPS Luiz Cerqueira foi considerado o marco inicial de um novo modelo assistencial que proporcionaria um cuidado integral, no território, ao indivíduo em sofrimento psíquico e o consideraria elemento essencial na constituição de sua terapêutica. Apoiado na reabilitação psicossocial, na utilização adequada dos psicofármacos e no processo de reinserção social, o novo modo de cuidar em Saúde Mental tornou-se o exemplo de um modelo que não mais precisa excluir, mas que permite que o sujeito transite pelo território e que tenha liberdade de ir e vir, convivendo com suas famílias em suas moradias e tendo a possibilidade de expor seus sentimentos, suas artes, seu trabalho (PITTA, 2011).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, apresentou no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89 que propunha a regulamentação da proteção e dos direitos dos doentes mentais, bem como a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Assim, inicia-se a luta pela Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo. Na mesma época, são implementados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam

24 horas. Também são criadas cooperativas e moradas para os egressos dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O processo de reforma começa, então, a se conformar após longos anos de coerção do regime militar, quando surge o Movimento pela Reforma Sanitária, na década de 80, no qual a população exigia livre acesso à saúde. Culminando na Constituição Federal de 1988: saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, em 1990, foi aprovada a lei 8.080 que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES et al., 2009).

Nesse sentido, Amarante (2011) lembra que com a Lei 8.142, de 1990, que instituiu a participação da sociedade na gestão do SUS, o “controle social”, e com as três Conferências Nacionais de Saúde Mental: a primeira foi realizada em 1987, no Rio de Janeiro; a segunda foi no ano de 1992 e a terceira em 2001, ambas em Brasília, tornou-se possível a participação ativa dos atores sociais, a população, nas discussões, deliberações e construções da política de saúde mental e atenção psicossocial.

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como uma prática democrática, isto é, delibera e amplia o espaço público e a participação social, distribuindo as forças entre as classes sociais em busca do bem coletivo, além de levar as discussões sobre os conflitos cotidianos à coletividade (FERREIRA, 2006).

A incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil é firmada através das portarias 189/1991 e 224/1992, do Ministério da Saúde. As portarias passaram a remunerar novos processos como: atendimento individual e em grupo por profissionais (como enfermeiros e psicólogos), atendimento em oficinas terapêuticas, CAPS, hospital-dia, urgência e internação em hospital geral. As portarias também regulamentaram e determinaram padrões mínimos para o funcionamento adequado dos serviços de saúde mental, tendo em vista a constituição de uma rede assistencial (KANTORSKI, 2004).

Durante a trajetória da reforma, houve um período de denúncias relacionadas à precariedade da assistência nas instituições psiquiátricas, desencadeando, assim, estudos que trouxeram à tona informações de órgãos públicos, como do Ministério da Saúde, que antes não eram consideradas valiosas, tais como número de leitos dos hospícios, gastos e qualidade da assistência prestada nesses espaços (GONÇALVES; SENA, 2001).

Então, de 1991 até 1995, houve uma intensa redução dos leitos psiquiátricos: de 86 mil para 72 mil, diminuição de 14 mil leitos. Também, nesta época, 30 hospitais privados foram fechados e 2.065 leitos psiquiátricos foram instituídos em hospitais gerais e foram criados mais de 100 NAPS e CAPS (AMARANTE, 1995a).

Apenas em 6 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado entra em vigor tornando-se a Lei Federal 10.216 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, contudo não garantiu um dos objetivos mais essenciais: a extinção progressiva dos manicômios. Ainda assim, a Lei acompanhada da III Conferência Nacional de Saúde Mental contribuiu para o progresso da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2011; BRASIL, 2005).

Inicia-se, destarte, a consolidação do modelo substitutivo àquele que tinha como principal finalidade isolar, em instituições psiquiátricas, os indivíduos em sofrimento psíquico, excluindo-os do meio social. Trazendo uma visão ampliada, o modelo assistencial inovador apresenta propostas de um cuidado integralizado para os sujeitos, por meio da reabilitação psicossocial e reinserção social (FERREIRA, 2011).

Os serviços assistenciais de saúde mental vão sendo criados em diversos municípios do país e vão se consolidando como estratégias fundamentais na redução das internações psiquiátricas e na mudança de paradigma (BRASIL, 2004).

As portarias 189/91 e 224/92 foram reestruturadas pelas portarias 189/2002 e 336/2002, as quais instituem as seguintes modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi<sup>4</sup> e CAPSad<sup>5</sup>, determinados em ordem crescente conforme a complexidade e a abrangência populacional de cada cidade (AMARANTE, 2011; BRASIL, 2002):

- CAPS I: municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – devem funcionar das 8h às 18h, de segunda à sexta-feira.

---

<sup>4</sup> O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) é destinado ao atendimento da população infanto-juvenil (crianças e adolescentes) que possui comprometimento psíquico grave. Assim, expandem-se as possibilidades de tratamento para essa população, quando o atendimento inicia o mais cedo possível (BRASIL, 2004).

<sup>5</sup> O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) deve oferecer atendimento a pessoas que fazem um uso prejudicial/abusivo de álcool e outras drogas, permitindo organizar uma assistência terapêutica individualizada e de evolução contínua (BRASIL, 2004).

- CAPSII: municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – devem funcionar das 8h às 18h, de segunda à sexta-feira. Pode funcionar em um terceiro turno, até às 21h.
- CAPS III: municípios com população acima de 200.000 habitantes – devem funcionar 24h, todos os dias da semana, inclusive sábado, domingo e feriados.
- CAPSi: municípios com população superior a 200.000 habitantes – devem funcionar das 8h às 18h, de segunda à sexta-feira. Pode funcionar em um terceiro turno, até às 21h.
- CAPSad: municípios com mais de 100.000 habitantes – devem funcionar das 8h às 18h, de segunda à sexta-feira. Pode funcionar em um terceiro turno, até às 21h.

Os CAPS são espaços destinados a acolher pessoas com transtornos mentais, estimulando a reinserção social e no meio familiar, oferecendo auxílio para reconstituir seu cotidiano, proporcionando subsídios para restabelecer a sua autonomia, além de ofertar atendimento de enfermagem, psicológico e médico, entre outros. A característica fundamental destes serviços é a integração dos sujeitos em um meio social e cultural sólidos, compreendendo seu próprio território, o lugar onde ele constrói seu dia-a-dia juntos aos amigos, à família e a diversos atores sociais. Por conseguinte, estes locais compõem a estratégia central do processo de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, de 2003 a 2010, ocorreu uma reestruturação na assistência hospitalar psiquiátrica, permitindo a redução progressiva do número de leitos psiquiátricos. Este fato sucedeu concomitantemente a ampliação de uma rede de atenção aberta e diversificada, com base estratégica nos CAPS, ações de saúde mental na atenção básica e programas de inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2011a).

Nos últimos anos, no Brasil, aproximadamente 7.000 leitos em hospitais psiquiátricos foram reduzidos e o ano de 2011 terminou com 32.284 leitos em hospitais psiquiátricos. Além disso, ao final do mesmo ano, o país possuía 1.742

CAPS (Tabela 1) implantados e cobertura de 0,72 CAPS por 100.000 habitantes (BRASIL, 2012a).

Tabela 1. Número de CAPS por tipo e ano (2006 – 2011), Brasil

| Ano  | CAPS I | CAPS II | CAPS III | CAPSI | CAPSad | CAPSad III | Total |
|------|--------|---------|----------|-------|--------|------------|-------|
| 2006 | 437    | 322     | 38       | 75    | 138    | -          | 1010  |
| 2007 | 526    | 346     | 39       | 84    | 160    | -          | 1155  |
| 2008 | 618    | 382     | 39       | 101   | 186    | -          | 1326  |
| 2009 | 686    | 400     | 46       | 112   | 223    | -          | 1467  |
| 2010 | 761    | 418     | 55       | 128   | 258    | -          | 1620  |
| 2011 | 822    | 431     | 63       | 149   | 272    | 5          | 1742  |

Fonte: BRASIL, 2012a.

Para Azevedo e Miranda (2011), sendo a reabilitação psicossocial entendida como questão crucial desta nova assistência em saúde mental, torna-se imprescindível defender as atividades e as ações que valorizem as vontades, as pretensões e as prioridades de cada usuário e de seus familiares, tendo em vista o respeito às suas subjetividades.

Ainda que os CAPS sejam considerados serviços de saúde mental eficazes e estratégicos, não são os únicos disponíveis na rede assistencial. Por isto, a atenção em saúde mental precisa estar organizada em uma rede de cuidados.

De acordo com a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 a Rede de Atenção Psicossocial é organizada conforme os componentes descritos a seguir (BRASIL, 2011b):

1. **Atenção Básica em Saúde:** Unidade Básica de Saúde (UBS); equipe de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência;

2. **Atenção Psicossocial Especializada:** Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas diferentes modalidades;

3. **Atenção de Urgência e Emergência:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros;

4. **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial;

5. **Atenção Hospitalar:** enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

6. **Estratégias de Desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos;

7. **Reabilitação Psicossocial.**

Neste contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) enfatiza que território não é exclusivamente uma área geográfica, é composto essencialmente pelas pessoas que nele vivem, com seus conflitos e seus interesses, pelas relações existentes entre essas pessoas, pelos serviços, pelos panoramas (igrejas, associações, trabalho, bares etc.). É este conceito de território que busca estabelecer uma rede de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Deste modo, o cuidado em saúde mental se expande no sentido de assegurar a vida habitual dos indivíduos em sofrimento psíquico, inclusive nas suas relações sociais. Os CAPS, conseqüentemente, constituem uma ampliação tanto da magnitude dos cuidados, diariamente (todo dia) quanto de diversidade de atividades, de pessoas (usuários do serviço, profissionais, entre outros) (TENÓRIO, 2002).

De acordo com Mielke et al. (2009), o grupo de profissionais que trabalha no CAPS compõe uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, dentre outros). Esses serviços oferecem atividades bastante diferenciadas, como: atendimentos individuais e grupais, oficinas artísticas, terapêuticas e de criação – música, dança, pintura, desenho, marcenaria, costura –

exercícios físicos e também medicamentos (psicofármacos), que no antigo modelo era considerada a principal estratégia de tratamento.

Para as mesmas autoras, a partir do momento em que o foco sai da doença e visa à busca da promoção da saúde é extremamente necessário que a integralidade seja efetiva nesse contexto, pois quando a estratégia de atenção visa o usuário em primeiro lugar, é importante que a resolução das suas necessidades de saúde seja contemplada, tendo em vista que esse é um ser complexo e subjetivo.

Ao mesmo tempo, os CAPS enquanto recursos estratégicos territoriais, situados no itinerário cotidiano dos indivíduos com transtornos mentais, permitem a criação de novas práticas que compõem a moral, os saberes, os métodos e a política. Agora, neste novo espaço, velhas práticas asilares, como as oficinas terapêuticas, adquirem outros significados; são criadas cooperativas sociais como oportunidade legítima de oferta de trabalho; e até mesmo o lazer, a desocupação e o descanso passam a ser vistos como um interesse social na promoção da qualidade de vida (FERREIRA, 2006).

Este processo de criação dos serviços substitutivos também demonstrou que o conhecimento teórico-científico, os conceitos e os modelos obsoletos de atendimento se tornaram insuficientes e inadequados. A partir daí, notou-se que é fundamental inventar, observar, ouvir e ter cautela, sobretudo porque o novo modelo de assistência à saúde mental diz respeito ao ser humano, à vida das pessoas (BRASIL, 2004).

Ainda, a proposta terapêutica dos CAPS é uma importante estratégia que abrange diversas atividades e dinâmicas diferenciadas, que necessitam ser refletidas e discutidas por todos os protagonistas que compreendem o serviço, ou seja, este trabalho deve envolver diferentes atores como: gestores, profissionais em geral, usuários, familiares e a sociedade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Todos devem estar ativamente engajados nesse processo, questionando e analisando continuamente os caminhos da assistência e dos serviços em busca da desconstrução do antigo paradigma da loucura (BRASIL 2004).

Apesar das dúvidas e inseguranças referentes à sustentabilidade integral da Reforma Psiquiátrica, enquanto transformação cultural e política, todas as incertezas afluem para um ponto em comum: *“O caminho percorrido pela Reforma é irreversível e aponta uma nova ordem para reconstrução de identidades políticas e sociais”* (FERREIRA, 2006, p.142).

## 2.2 Arte, loucura e expressão das subjetividades

O louco, muito antes de ter recebido o status de doente mental, já havia alcançado, desde a Idade Média, um tipo de identidade pessoal, individualidade que significava mais do que a doença. Assim, o alienado não precisou das determinações médicas para obter seu estado de ser. Com o fim da Idade Média, esta individualidade foi redirecionada e medicalizada, isto é, centralizada no saber e no poder médicos. (FOUCAULT, 1978).

Foucault (1978) conta que, em meados do século XII, alguns hospitais árabes utilizavam estratégias de intervenção com o intuito de curar a alma insana, por meio de atividades artísticas, nas quais se destacam a dança, os espetáculos e as fábulas.

Na Europa, na era da Renascença, houve uma retomada de saberes e práticas da Antiguidade e retornou o interesse pela alienação, dessa vez voltada em especial para os campos da arte e da cultura. Surgem, então, os primeiros hospitais para insanos, nos quais a arte, principalmente a música, estava presente e era percebida como tratamento benéfico que acometia a totalidade do ser humano: corpo e alma (LIMA; PELBART, 2007).

Nos séculos XVII e XVIII, a loucura começou a ser percebida não mais como subjetividades dos indivíduos, passou a ser reconhecida como indigência, incapacidade de trabalhar, impossibilidade de agregar-se ao meio comum, a sociedade. Com o surgimento dessa experiência clássica, a loucura silenciou (FOUCAULT, 1978). Nessa época, a loucura, além de ser notada como inaptidão para o trabalho, era tida também como desordem social, sendo concebida como patologia (doença mental) (GUERRA, 2008).

Após a Revolução Francesa, surgiu um novo conceito para a alienação e a loucura passou a ser tratada através do internamento dos insanos. A institucionalização deixou de ter características filantrópicas, passando a adquirir caráter de tratamento – o tratamento moral, difundido por Philippe Pinel. O trabalho foi associado, deste modo, à saúde (DOMINGUES, 2009).

A partir de então, Foucault (1978) ressalta que a arte perdeu seu papel terapêutico, devido à criação das instituições psiquiátricas fundamentadas no tratamento moral, cujo principal escopo era o trabalho. Nesse sentido, as fábulas, as peças teatrais e a música passaram a ser vistas como elementos de depravação,

imoralidade e desagregação das mentes, pois incentivavam ilusões e delírios, os quais eram considerados produtores das desordens mentais.

No tratamento moral, a terapêutica era centralizada no hospital, no qual o médico detinha poder sobre o paciente. Médicos e pacientes reuniam-se como uma família, na qual os alienados eram relegados a uma condição pueril e submetidos à punição moral. Com a alienação sendo sinônimo de desrazão, o tratamento apareceu aqui como espaço para sistematizar os comportamentos desordenados (GUERRA, 2008).

Por outro lado, segundo Lima e Pelbart (2007), muitos artistas e criadores estavam interessados no universo da loucura e, juntamente com algumas pessoas inseridas nesse mundo, iniciaram um movimento em favor da recuperação de uma linguagem que lhes fosse singular. Os artistas começaram a circular pelas proximidades da loucura, onde arte e subjetividade se confundiam.

A loucura de Nietzsche, a loucura de Van Gogh ou a de Artaud pertencem a sua obra, nem mais nem menos profundamente talvez, mas num mundo bem diferente. A frequência no mundo moderno dessas obras que explodem na loucura sem dúvida nada prova sobre a razão desse mundo, sobre o sentido dessas obras, nem mesmo sobre as relações estabelecidas e desfeitas entre o mundo real e os artistas que produziram as obras (FOUCAULT, 1978, p.582).

Neste sentido, no século XIX, Nietzsche, Artaud e Van Gogh, ao aceitarem a loucura, atribuíram-lhe um significado e uma preponderância no mundo ocidental. Assim a psiquiatria começou a se preocupar pelas manifestações artísticas dos alienados, primeiramente compreendendo os processos criativos e as obras de arte como elementos que compunham a constituição de um saber sobre o funcionamento psíquico e suas alterações ou patologias (FOUCAULT, 1978).

Estudos feitos na área da psiquiatria sobre as expressões artísticas dos loucos chegaram ao Brasil simultaneamente às primeiras alusões à psicanálise e à arte moderna da Europa. As práticas desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos receberam influências europeias fazendo surgir no cenário brasileiro a trama moderna que abrangeu três principais elementos: **arte, clínica e loucura**, ou seja, uma relação entre a obra artística e os processos do inconsciente, comparadas entre as produções dos artistas e as dos doentes mentais (LIMA; PELBART, 2007).

Em 1920, no Brasil, as colônias agrícolas foram o objeto em torno do qual se instituiu o uso da atividade e do trabalho. Assim, desordem social, desocupação e

loucura foram as situações sociais que no fim do século XIX determinaram o período de internação da loucura (GUERRA, 2008).

Deste modo, a primeira reforma psiquiátrica acontece com o nascimento das colônias, as quais tinham como objetivo principal a terapêutica através do trabalho. E para implantar esta proposta, foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico do Juqueri. Osório César, músico, psiquiatra e crítico de arte, que trabalhou neste hospital a partir da década de 1920, e percebia a arte como uma possibilidade de tratamento para os alienados (AMARANTE, 1994; LIMA; PELBART, 2007).

Lima e Pelbart (2007) relatam que, levado pelo interesse em arte e pela proximidade com os modernistas de São Paulo, Osório César observava em papéis, nas paredes e até mesmo no chão, produções realizadas pelos internos do hospício e passou a anotar e analisar metodicamente estas obras, compreendendo-as como trabalhos significativos. O psiquiatra notava nas criações não exclusivamente as expressões patológicas da loucura, mas figuras representativas que demonstravam um considerável parentesco com as produções dos artistas modernos.

Osório César reuniu os documentos e informações coletadas no Hospital de Juqueri, em seu livro intitulado *Expressão Artística nos Alienados*. A partir de então a arte produzida pelos doentes mentais recebeu visibilidade no Brasil e as investigações de Osório foram remetidas a diversos personagens importantes, como Freud, que se dispôs a divulgar os trabalhos em uma revista (CAVALCANTI et al., 2003).

A analogia entre arte, clínica e loucura ganhou novos impulsos com o trabalho de Nise da Silveira. Movida pela sua indignação com a assistência psiquiátrica proporcionada aos doentes mentais nas instituições psiquiátricas e influenciada pela psicologia analítica de Carl Gustav Jung, realizou experiências inovadoras e constituiu ateliês de pintura e escultura para os alienados do Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro. Naquele espaço, os esquizofrênicos tiveram a possibilidade de expressar seus sentimentos mais profundos, criando obras de interesse científico para o entendimento do processo psicótico (LIMA; PELBART, 2007; CAVALCANTI et al., 2003).

No que tange às expressões plásticas dos pacientes de Nise da Silveira, Mário Pedrosa faz menção a uma arte que não leva em conta normas pré-estabelecidas, mas uma arte que pertence a todo ser humano sensível, ou seja, ao ser humano em sua totalidade. E nada, no plano da arte, permite distingui-los dos

"normais". Houve, contudo, uma aceitação implícita de que as criações dos pacientes eram obras de arte, pois de acordo com Nise da Silveira, a verdadeira obra de arte era uma criação impessoal, isto é, uma forma de expressão do inconsciente coletivo (FRAYZE-PEREIRA, 2003), conceito criado por Carl Gustav Jung.

Nise fundou, ao mesmo tempo, ateliês de pintura e escultura para os alienados do Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro, inicialmente no Setor de Terapêutica Ocupacional do hospital. Lá, os esquizofrênicos tiveram a possibilidade de expressar seus sentimentos mais profundos, criando obras de interesse científico para o entendimento do processo psicótico (CAVALCANTI et al., 2003). Além disso, Lima e Pelbart (2007) destacam que Nise afirmava que estas atividades realizadas permitiam, por meio da livre expressão, acesso facilitado ao universo do esquizofrênico, que geralmente era muito místico.

Nise engajou outros profissionais, tanto na terapêutica quanto nos seus estudos, incluindo artistas plásticos, músicos, dentre outros. Mediante essas sociedades, as atividades realizadas nos ateliês foram vinculadas ao mundo das artes, permitindo diferentes visões que atribuísem outros significados às produções. As diversas exposições<sup>6</sup> das obras do acervo, realizadas no Brasil e no exterior, a inspiração e criação do *Museu de Imagens do Inconsciente*<sup>7</sup>, a participação de artistas e críticos e o contexto cultural em que se estabeleceu essa experiência foram estratégias que contribuíram para que as artes se desvinculassem de sua procedência psiquiátrica para adentrar outro universo: o cultural, o qual contribuiu significativamente para a mudança da concepção sobre o louco e a loucura (LIMA, 2008).

Guerra (2008) destaca que a marca diferencial de Nise da Silveira pode ser dividida basicamente em cinco aspectos:

- a) introdução da terapêutica ocupacional, em particular das atividades expressivas [...].

---

<sup>6</sup> A exposição pioneira das obras do Museu de Imagens do Inconsciente ocorreu em 1947, no Rio de Janeiro. Posteriormente, aconteceram inúmeras exposições, dentre elas uma no Museu de Arte Moderna, em São Paulo, no ano de 1949, e outra em 1956, no próprio Museu inaugurado em 1952. Além destas, foram realizadas mostras no 1º Congresso Internacional de Psiquiatria, em 1950, em Paris, e no 2º Congresso Internacional de Psiquiatria, em Zurique, no ano de 1957 (DIONISIO, 2012).

<sup>7</sup> O Museu de Imagens do Inconsciente foi criado com o intuito de auxiliar Nise da Silveira em sua pesquisa de atividades terapêuticas e a construção de outro modo de se olhar para a esquizofrenia (LIMA, 2008).

b) renda do trabalho não mais revertida para o hospital, dada a finalidade claramente clínica do uso das atividades, visando a expressão dos conflitos intrapsíquicos manifestos nas produções plásticas e artesanais dos internos.

c) a aplicação do trabalho a pacientes agudos, superando a visão anterior de que a ocupação terapêutica devia ser destinada aos crônicos [...].

d) a introdução da atividade como uma oferta, e não uma obrigação imposta.

e) a construção de uma postura de respeito e atenção à produção subjetiva do louco.

(GUERRA, 2008, p. 36)

Nise proporcionou liberdade para inspirações, manifestações e criações dos loucos, alegando o valor de uma escuta cautelosa e preocupada por essas produções, mesmo sendo o seu trabalho desenvolvido dentro de um hospício. Sua proposta inseriu dois aspectos importantes, a *expressão* e os *significados simbólicos* na concepção das atividades, as quais antes eram compreendidas enquanto trabalho/ocupação e pedagogia moral (LIMA, 2008).

Deste modo, suas propostas e experiências inovadoras foram de extrema importância para a sociedade no que diz respeito ao que hoje se entende por oficinas terapêuticas (GUERRA, 2008).

Para Lima (2008), os trabalhos de Nise da Silveira e de Osório César, iniciados no século XX, foram abarcados pelos conceitos difundidos pelas frentes modernistas do palco das artes - influenciadas pela psicanálise – possuindo um tom romântico. Dessa forma, há uma evidência na característica expressiva<sup>8</sup> da linguagem plástica impregnada de entusiasmo psíquico, assim como no expressionismo, e no conceito de criação guiado pelo sonho e pela fantasia, inspirados no surrealismo.

Assim, a partir da Reforma Democrática Italiana, no século XX, ocorreram transformações na concepção de loucura e nas práticas assistenciais proporcionadas aos alienados nos manicômios. A loucura passou a ser relacionada com as subjetividades dos indivíduos com transtornos mentais e não mais exclusivamente diagnósticos de várias patologias que encarcera as singularidades dos sujeitos (AMARANTE, 1995b).

---

<sup>8</sup> A ideia de “expressão”, sobrevivida da nomenclatura estética romântica, traz para o campo da arte a valorização natural das manifestações da existência interior de cada pessoa (NUNES, 1993).

Nesse sentido, o Brasil é influenciado pela experiência italiana e começam os questionamentos e discussões acerca da loucura, dando início à luta pela reforma psiquiátrica.

Com esses movimentos e a criação de leis e portarias, a assistência à saúde mental brasileira se transformou em uma rede de cuidados biopsicossociais, organizada por práticas e ações, por meio de serviços de atenção à saúde mental, os quais oferecem diversas modalidades de atendimento dirigidas aos indivíduos com transtornos mentais, cujos principais objetivos são: a reabilitação psicossocial e a reinserção social (BRASIL, 2005; PÁDUA; MORAIS, 2010).

Dentre estes serviços, destacam-se os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que são espaços substitutivos aos manicômios, que visam à extinção progressiva de leitos psiquiátricos e o atendimento a pessoas com transtornos mentais e seus familiares, estimulando sua reinserção no meio social e, portanto, proporcionando maior autonomia e exercício dos seus direitos civis (BRASIL, 2007a).

Nos CAPS, as oficinas terapêuticas são consideradas umas das principais modalidades de assistência oferecida. As oficinas se destacam por se constituírem em atividades coletivas, conduzidas por profissionais trabalhadores do campo da saúde mental. Além disto, comumente, estes serviços disponibilizam uma diversidade de oficinas terapêuticas, que quando desempenhadas permitem aos indivíduos em sofrimento psíquico a expressão de emoções e dificuldades vivenciadas, a prática de atividades produtivas e o exercício da cidadania (BRASIL, 2004).

De acordo com a portaria nº 189, de 1991, a qual regulamentou as oficinas terapêuticas no Brasil, essas são atividades realizadas na maioria das vezes em serviços extra-hospitalares, ainda que alguns hospitais também se utilizem dessa prática assistencial, e têm papel de sociabilidade, expressão e inclusão social (BRASIL, 1991). Podem ser orientadas por um ou mais profissionais, sendo designadas a proporcionar uma maior interação dos usuários com a comunidade e com a família, a estimular a manifestação de sentimentos, a ampliar as habilidades corpóreas, entre outras finalidades (BRASIL, 2004).

Estas atividades, diferentemente do que acontecia nos hospitais psiquiátricos, não devem ser práticas impostas ou obrigatórias, entretanto, devem ser alternativas que integram as propostas de tratamento, de acordo com o plano

terapêutico de cada sujeito em sofrimento psíquico, estabelecido pela equipe terapêutica juntamente com o sujeito em sofrimento psíquico (PÁDUA; MORAIS, 2010).

As oficinas, segundo Lima (2008), remetem à ideia de criação/produção e, conseqüentemente, desta para o conceito de expressão de subjetividade. É nesses lugares, então, que se produz, se expressa, se cria novas linguagens, novas maneiras de se relacionar, novos espaços existenciais, novos jeitos de ser.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), as oficinas terapêuticas podem ser classificadas em:

- **Oficinas expressivas** - divididas em:

1. Expressão plástica: pintura, desenho, escultura, etc.;
2. Expressão corporal: dança, ginástica e dramatização (técnicas teatrais), etc.;
3. Expressão verbal: poesia, contos, leitura e escrita de textos, de peças de teatro e de letras de música, etc.,
4. Expressão musical/arte visual: atividades musicais (aulas de canto e de instrumentos musicais), fotografia, teatro, etc.

- **Oficinas geradoras de renda** – podem ser instrumentos de geração de renda viabilizados pelo aprendizado de uma atividade peculiar, que pode ser: culinária, marcenaria, corte e costura, venda de objetos, produção artesanato em geral, etc.

- **Oficinas de alfabetização** - colaboram para que os usuários que não têm acesso ou que não podem permanecer na escola possam estudar, exercitar a escrita e a leitura. É uma estratégia interessante na (re)constituição da cidadania.

É por meio das oficinas terapêuticas que o indivíduo com transtorno mental vive, expressa o que existe no seu íntimo, expõe suas mazelas cotidianas, como o próprio estigma relacionado à doença mental, na qual a sociedade acaba por minimizá-lo. Por isso, o espaço da oficina é onde os usuários narram suas histórias, suas vidas, interagindo entre eles (MACIEL; LIMA, 2012).

Há poucos estudos científicos que abordam as expressões subjetivas e as oficinas terapêuticas expressivas no campo da saúde mental. Sendo assim, a seguir serão citados alguns exemplos de trabalhos que utilizaram essa temática para elucidar a importância de pesquisas nessa área.

Em um estudo realizado no Serviço Municipal de Saúde Mental de Novo Hamburgo/RS, no Atelier da Expressão desta instituição, de 1989 a 1994, foram analisadas criações iconográficas (imagens), discursos e histórias de vida dos sujeitos com transtornos mentais. Essa pesquisa evidenciou que os usuários permitiram refletir outra forma de desinstitucionalizar, isto é, que privilegiasse a escuta integracionista mediada pelas produções, que apontasse outros modos de aproximação com o universo dos usuários: um mundo baseado no diálogo, habitado por forças psíquicas, agonias, invenções, narrativas e expectativas (SILVA, 2004).

Observando uma das imagens criadas por um dos sujeitos do estudo de Silva (2004), nota-se uma mistura de fragmentos de sua experiência passada com novas possibilidades de expressão e de liberdade.

Nesse sentido, percebe-se que as atividades artísticas elucidam o processo construtivo e a produção do novo, por meio da criação, exposição de acontecimentos, experiências, ações, elementos, reinventando o ser humano e o mundo. Assim, as oficinas passam a ser entendidas como um instrumento de enriquecimento e desenvolvimento dos indivíduos em sofrimento psíquico, pois instigam a expressão, a descoberta e ampliam as possibilidades singulares e de acesso aos benefícios culturais (MENDONÇA, 2005).

Corroborando com o estudo referido anteriormente, outra pesquisa, desempenhada por Lappann-Botti e Labate (2004), foi realizada em Serviços de Saúde Mental dos municípios de Divinópolis e Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, com 24 usuários mais assíduos e que participavam a mais tempo das oficinas. Este trabalho demonstrou, por meio dos discursos dos usuários, que as oficinas são consideradas atividades terapêuticas, uma vez que permitem aos sujeitos o simples fato de falarem e se expressarem.

Nesta perspectiva, a criação/produção não representa um descuido ou esvaziamento subjetivo, nem a transformação da realidade. Representa, no entanto, uma ativação do existir, um viver no fazer. Surgem, então, a emoção do fundamental, o criar, e o sentimento de um crescimento interno e profundo que expande a abertura para a vida, para a existência. As oficinas atuam nesta direção,

operando como atividades grupais com invenção, distração e aprendizado (LAPPANN-BOTTI; LABATE, 2004).

Por conseguinte, Meneses et al. (2010) enfatiza que as oficinas terapêuticas não visam à produção de obras de arte, não desejam formar artistas, também não procuram ocupar o tempo dos participantes. Estas atividades pretendem explorar os potenciais de criação, inspiração e expressão dos indivíduos com transtornos mentais. Cada oficina é exclusiva e transforma modelos culturais em atividades singulares. Mesmo aquelas pessoas que pouco produzem, ao criarem uma obra, descobrem que são autoras de sua própria biografia, que podem conquistar e retomar seu cotidiano.

É fato que apenas erguer uma infraestrutura distinta do hospício, com todos os subsídios do trabalho coletivo, das oficinas terapêuticas, e estabelecer mudanças pautadas na regulamentação política no campo da saúde mental não é o suficiente (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Torna-se indispensável, dessa forma, investir na formação e na capacitação de profissionais que atuam nos serviços substitutivos, em especial nas oficinas terapêuticas, pois eles devem ser facilitadores e auxiliares do processo de expressão das subjetividades dos sujeitos.

Por fim, o que se pretende, por meio do espaço das oficinas terapêuticas, é a livre circulação de expressões, de afetos, de criações artísticas. Ao mesmo tempo, é importante que estas atividades ocorram nos diferentes territórios, objetivando a transformação da visão da sociedade relacionada ao louco e à promoção da desinstitucionalização. Portanto, ao consentir experimentações nos campos da arte e da cidadania, abrem-se possibilidades para a expansão de sensações e emoção por outros universos, bem como a produção e expressão de novas subjetividades. (PÁDUA; MORAIS, 2010).

### 3 Referencial Teórico

Carl Gustav Jung, conhecido popularmente como Jung, nasceu em 1875, na Suíça. Como seu pai e outros familiares eram pastores luteranos, Jung foi influenciado desde sua infância por questões religiosas e espirituais (FADIMAN; FRAGER, 1986).

Jung escreveu sua autobiografia aos 83 anos, intitulada *Memórias, Sonhos, Reflexões*, descrevendo diversas experiências como sonhos assombrosos entre três e quatro anos de idade, que afetaram significativamente suas atitudes frente à religião (JUNG, 1962).

Aos 12 anos, Jung (1962) observou o sol brilhando sob o telhado de uma catedral e, assim, começou um processo de reflexão sobre a vida, a beleza do mundo, a grandeza da igreja e de Deus. Entretanto, permitiu-se completar a visão: viu Deus sentado no alto, em seu trono, e por baixo do trono saiu um enorme excremento que caiu sobre o teto da catedral quebrando-a por inteiro. Neste sentido, interpretou estas visões como uma prova emitida por Deus para mostrar-lhe que realizar o Seu desejo poderia fazer com que a pessoa fosse contra a igreja e contra as mais consagradas tradições.

Como consequência de suas experiências, Jung foi aos poucos sendo afastado das pessoas com que convivia. Dessa forma, desenvolveu uma forte adoração e desejo pela leitura, lia qualquer papel que encontrava (JUNG, 1962).

Segundo Fadiman e Frager (1986), Jung entrou para a faculdade de medicina seguindo seu interesse por ciências naturais e humanas e foi atraído para o campo da psiquiatria percebendo que essa área abrangia dois principais aspectos: tanto o científico como o humano.

Em 1900, Jung tornou-se interno na Clínica Psiquiátrica Burgholzli, em Zurique. Em 1904 fundou um laboratório nesta clínica no qual desenvolveu diversos testes psiquiátricos. Além disso, tornou-se especialista em interpretação de “significados psicológicos implícitos”. E em 1905, começou a trabalhar como professor lecionando psiquiatria na Universidade de Zurique e como médico na Clínica Psiquiátrica (FADIMAN; FRAGER, 1986).

Mesmo exercendo fortes críticas sobre as teorias de Sigmund Freud, Jung reconhecia o seu trabalho e enviou-lhe cópias de seu primeiro livro intitulado *The Psychology of Dementia Praecox*. Após este fato, os dois tiveram o primeiro encontro no qual conversaram por treze horas ininterruptas e logo passaram a trocar correspondências semanalmente, tornando-se amigos íntimos (FADIMAN; FRAGER, 1986).

No entanto, Fadiman e Frager (1986) destacam que eles discordavam em um aspecto fundamental: enquanto Freud acreditava que as causas da repressão eram originadas por traumas sexuais, Jung, por outro lado sempre mostrou mais interesse pelos fenômenos místicos e ocultos. Por isso, em 1912, quando Jung publicou o livro *Symbols of Transformation*, que compreendia diversas ideias opostas ao pensamento de Freud, os dois homens romperam categoricamente a relação de amizade.

Ainda que Jung fosse um médico psiquiatra quando conheceu pessoalmente Freud, nunca negou a forte influência deste sobre o seu pensamento. A obra *A Interpretação de Sonhos*, escrita por Freud, foi inspiradora para Jung procurar o seu próprio enfoque para o sonho e análise de símbolos (FADIMAN; FRAGER, 1986).

Jung foi desenvolvendo gradativamente suas próprias teorias sobre o inconsciente e sobre a análise dos símbolos oníricos, percebendo que os procedimentos utilizados para essa análise em seus pacientes poderiam também ser aplicados na análise de outras formas de simbolismo, ou seja, para interpretar mitos, símbolos religiosos e arte (FADIMAN; FRAGER, 1986).

De acordo com autores, seguindo as pesquisas relacionadas aos mitos e ao simbolismo, Jung também criou outras teorias a respeito da individuação da personalidade. Jung (2000a) utilizou o termo “individuação” para descrever o processo que origina um *individuum* psicológico, isto é, um todo. Entende-se então que a consciência humana é o todo do indivíduo psicológico. As experiências, que

são esclarecidas somente pela hipótese dos processos psíquicos do inconsciente, põem em cheque que o “eu” e seus conteúdos sejam iguais ao “todo”. Para Jung:

Se existem processos inconscientes, estes certamente pertencem à totalidade do indivíduo, mesmo que não sejam componentes do eu consciente. Se fossem uma parte do eu, seriam necessariamente conscientes, uma vez que tudo aquilo diretamente relacionado com o eu é consciente. A consciência pode até ser igualada à relação entre o eu e os conteúdos psíquicos. Fenômenos ditos inconscientes têm tão pouca relação com o eu, que muitas vezes não se hesita em negar a sua própria existência. Apesar disso, os mesmos manifestam-se na conduta humana [...] Há muitas provas de que a consciência está longe de abranger a totalidade da psique. Muitas coisas acontecem num estado de semiconsciência, e outras tantas sucedem inconscientemente (JUNG, 2000a, p. 170).

Portanto, o inconsciente possui conteúdos totalmente distintos da consciência, os quais são incompreensíveis tanto para o paciente quanto médico. Por isso, o doente mental é acometido por uma gama de pensamentos estranhos para ele, assim como para uma pessoa “normal”. Sendo assim, o indivíduo doente mental é chamado de “louco” porque ninguém consegue compreendê-lo ou entender suas ideias (JUNG, 2000a).

Entretanto, Jung (2000a) relata que só é possível entender algo após tomar conhecimento dos pressupostos deste. E no caso da doença mental, os pressupostos estão separados da consciência dos indivíduos “normais”, bem como estavam afastados da mente do louco antes do processo de enlouquecimento.

Mais adiante, Jung se encantou com a cultura oriental, pois fornecia a confirmação exterior de algumas de suas teorias, principalmente o conceito de individuação. Um estudioso alemão que morou por muitos anos na China, Richard Wilhelm, enviou a Jung um manuscrito traduzido do *Segredo da Flor de Ouro* – um documento espiritual chinês clássico. Assim, Jung descobriu que as definições orientais sobre o desenvolvimento espiritual e psíquico, correspondem ao processo de individuação que ele analisou em seus pacientes no ocidente (FADIMAN; FRAGER, 1986). Jung descreve a flor de ouro como:

[...] um símbolo mandálico com que eu frequentemente me deparei no material trazido por meus pacientes. É desenhada tanto vista de cima como um ornamento geométrico regular, quanto como um botão crescendo de uma planta. A planta é, com frequência, uma estrutura em cores ardentes e brilhantes que nasce de um leito de escuridão e carrega o botão de luz no topo (WILHELM; JUNG, 1962, p. 101).

Outro aspecto importante que influenciou o pensamento de Jung foi o conceito oriental de mandala, o qual significa círculo ou diagrama circular que é utilizado usualmente em práticas espirituais. Jung passou a observar, deste modo, que seus pacientes desenhavam mandalas espontaneamente mesmo desconhecendo a arte e a filosofia da cultura oriental. Assim, Jung criou a concepção de inconsciente pessoal e inconsciente coletivo (impessoal ou transpessoal). E para entender estes dois conceitos, é necessário conhecer outros aspectos e teorias importantes e fundamentais do pensamento junguiano. (FADIMAN; FRAGER, 1986).

A psicologia analítica junguiana abrange uma “estrutura” e uma dinâmica da *psique*. Por **psique**, Jung entende a totalidade do ser humano, consciente e inconsciente. A *psique* por natureza é propositiva e procura desenvolvimento, completude e equilíbrio. Ela é diferente do **self**, que constitui a finalidade para a qual a *psique* está norteadada. A *psique* divide-se em consciente e inconsciente. Assim, quando a atitude consciente está indo demais para uma direção, o inconsciente se manifesta de forma **autônoma** (do grego: **auto** = *self*, **nomos** = lei, uma lei para a *psique*), para ajustar o desequilíbrio. A *psique* faz isso por meio de sonhos e imagens ou pode manifestar patologicamente o desequilíbrio (HYDE; MCGUINNESS, 2012).

Jung (2000b), ao observar as capacidades naturais que sempre estiveram presentes na consciência, notou que a consciência é um instrumento de orientação em um mundo de acontecimentos externos e internos. Nomeou esta faculdade como **sensação**, pois se trata da percepção em geral. À faculdade que busca interpretar o que já foi percebido, dá-se o nome de **pensamento**. Assim, o elemento da percepção é assimilado e decomposto em diversos conteúdos psíquicos.

Já a faculdade que verifica a importância/o valor do objeto é chamada de **sentimento**. Assim, entende-se que a reação de satisfação e de insatisfação do sentimento significa o nível máximo de subjetivação do objeto. A quarta faculdade, a que torna possível a determinação de tempo e espaço é a **intuição**. Esta abrange o subliminar, ou seja, envolve uma relação com objetos que não aparecem no campo visual e as prováveis transformações nas quais o objeto não expõe nada (JUNG, 2000b).

Para Jung (1987), cada pessoa possui além das recordações pessoais, imagens chamadas de "primordiais", isto é, a capacidade hereditária da imaginação

ser como era inicialmente, nos primórdios. A hereditariedade, citada anteriormente, esclarece o fato de muitos temas mitológicos se repetirem no mundo de maneiras idênticas, e explica por que os portadores de transtorno psíquico podem reproduzir justamente as mesmas imagens e associações dos escritos ancestrais. Porém, não significa que a imaginação humana seja hereditária como um todo. Na verdade, hereditária é somente a aptidão de possuir estas imagens.

Quando estas imagens não repousam mais sobre as recordações pessoais, entende-se que fazem parte da manifestação da camada mais interna do inconsciente, na qual permanecem adormecidas as imagens universais e primordiais da humanidade. Jung (1987) denominou estas imagens de arquétipos.

Os conceitos de arquétipo e de inconsciente coletivo são os mais conhecidos do pensamento junguiano. É interessante delinear o surgimento destes pensamentos desde suas publicações mais antigas, como a dissertação médica "Sobre a psicologia e psicopatologia dos fenômenos chamados ocultos", em 1902, em que expõe as fantasias de um médium histérico e busca analisar suas causas subjetivas (JUNG, 2000a).

Estas conclusões de Jung constituem um passo adiante para compreender a distinção de duas camadas no inconsciente: o inconsciente pessoal e o inconsciente coletivo ou impessoal ou suprapessoal (JUNG, 1987).

O **inconsciente coletivo** é denominado desta forma por estar desunido do inconsciente pessoal, por ser completamente universal e porque seus teores podem ser localizados em toda parte. Já o **inconsciente pessoal** é a parte que contém lembranças reprimidas, recordações dolorosas, percepções que não extrapolam a fronteira da consciência. Esta parte do inconsciente está relacionada à figura da sombra, que comumente aparece nos sonhos, sendo considerada a parte "negativa" da personalidade. Noutras palavras, é o somatório das características ocultas, das funções pouco desenvolvidas e dos conteúdos do inconsciente pessoal (JUNG, 1987).

Dessa forma, Jung (2000a) destaca que os conteúdos do inconsciente coletivo nunca estão na consciência e, por isto, não podem ser adquiridos de maneira individual, mesmo que sua essência esteja ligada exclusivamente à hereditariedade. Assim, os teores do inconsciente coletivo são compostos basicamente de **arquétipos**.

Os arquétipos podem ser compreendidos de diversas formas. Existe diferença de um sistema psíquico de caráter pessoal da consciência e um segundo de natureza coletiva, isto é, não pessoal. Assim, percebe-se que o inconsciente coletivo é herdado, por isto não se desenvolve de maneira individual. Constitui-se de formas preexistentes, os arquétipos, que só secundariamente poderão tornar-se conscientes, atribuindo uma “forma” definida aos conteúdos conscientes (JUNG, 2000a).

Conforme Jung, as pessoas não têm acesso aos arquétipos em si. Os indivíduos conseguem acessar somente as suas representações ou imagens. Os arquétipos são personificados, surgindo de maneira dramática sob distintos tipos. Dentre ele destacam-se (MONTEIRO et al., 2009):

- **Persona:** máscara social com que nos expomos ao mundo;
- **Sombra:** linhas da personalidade que foram negados ou ignorados;
- **Animus:** aspecto masculino do inconsciente feminino;
- **Anima:** aspecto feminino do inconsciente masculino;
- **Mãe:** arquétipo de proteção;
- **Criança:** renovação e criatividade.

No inconsciente, os arquétipos não estão ilhados uns dos outros, eles existem em um estado de contaminação, de completa e recíproca interpretação e fusão (JUNG, 2000a).

Diniz (2009) destaca que na década de 1920, Jung iniciou a utilizar a arte no tratamento psicoterápico. As imagens que surgiam eram uma simbolização do inconsciente, e a criatividade, uma atividade humana natural que, além de estruturar o pensamento, possuía um importante papel em si.

Assim, Jung se interessou pela arte em todas as suas formas como a mitologia, a linguagem simbólica, o folclore, entre outras, pois para ele o inconsciente assim se revela, e estas manifestações são expressões da alma. Percebeu, deste modo, a importância das técnicas expressivas nas atividades terapêuticas, pois ao traduzir os sentimentos em imagens, as pessoas recuperavam a paz (MONTEIRO et al., 2009).

Finalmente, Jung (2000b) ressalta que as obras de arte são inundadas por uma corrente de pensamentos e imagens que o ser humano nunca imaginou criar e que sua vontade jamais quis trazer à tona. Nessa perspectiva, reconhece-se que é sempre o *self* que prediz, ou seja, que é o seu caráter mais íntimo que se manifesta por si mesmo.

Conforme Jung (2000b):

Pode-se expressar o distúrbio emocional, não intelectualmente, mas conferindo-lhe uma forma visível. Os pacientes que tenham talento para a pintura ou o desenho podem expressar seus afetos por meio de imagens. Importa menos uma descrição tecnicamente ou esteticamente satisfatória, do que deixar campo livre à fantasia, e que tudo se faça ao melhor modo possível [...] Aqui também se tem um produto que foi influenciado tanto pela consciência como pelo inconsciente, produto que corporifica o anseio de luz, por parte do inconsciente, e de substância, por parte da consciência. (JUNG, 2000b, p. 13).

Para concluir, Jung mostra ao longo de suas obras que o inconsciente fala e abre horizontes, por meio de imagens. Dessa forma, as atividades terapêuticas expressivas são consideradas instrumentos eficazes de captação e expressão dessas imagens, trazendo o mundo interno para o concreto.

## **4 Metodologia**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem metodológica qualitativa, sendo um subprojeto da Pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil (CAPSUL II)<sup>9</sup>, desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

A metodologia qualitativa é o produto das diversas interpretações feitas pelos humanos da maneira como constroem sua história de vida, suas relações, suas crenças, suas percepções e suas ideias. Dessa forma, permite aplicar processos sociais pouco conhecidos a grupos particulares, consentindo a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos durante o processo investigativo (MINAYO, 2010).

---

<sup>9</sup> Trata-se de uma reedição da pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil – CAPSUL I, realizada em 2006, considerando-se estes serviços como substitutivos e estratégicos no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Buscando ampliar os eixos da avaliação, constituiu-se de um estudo qualitativo: Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS - avaliação construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética; e um estudo quantitativo: Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln (1985, 1989, 1998) que será norteadora do processo teórico-metodológico da pesquisa. Foram realizadas entrevistas com equipe, usuários e familiares e observação do serviço. Foram incluídos CAPS I e II de cada estado na forma de estudos de caso qualitativos. O Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS avaliou a estrutura, o processo e o resultado (DONABEDIAN, 1988) da atenção em saúde mental nos 308 serviços da Região Sul.

## **4.2 Local do estudo**

Este estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Fragata - CAPS II Fragata, localizado no município de Pelotas – Rio Grande do Sul. A escolha do local se deu primeiramente devido ao fato do estudo piloto da pesquisa CAPSUL I ter sido realizado neste local.

Além disto, a autora deste estudo esteve inserida no campo desde novembro de 2012, quando realizou a disciplina obrigatória Estágio de Docência Supervisionada do Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Sendo assim, com a inserção precoce em campo, foi possível estabelecer um vínculo importante tanto com a equipe, quanto com os usuários e conhecer o funcionamento deste serviço que oferece diferentes tipos de atividades expressivas bem como proporcionar uma diversidade de dados para este estudo.

As atividades escolhidas para a coleta de dados foram aquelas em que os sujeitos utilizavam a expressão por meio da arte, isto é, expressão plástica e expressão verbal, por meio de escrita de textos. Os cenários observados foram: oficinas de desenho e pintura, oficina de marcenaria, oficina de artesanato e oficina de expressão. Neste estudo, priorizou-se a análise da oficina de marcenaria pela riqueza de informações e pela permanência da pesquisadora por maiores períodos neste cenário.

A história e contextualização do CAPS II Fragata serão evidenciadas no capítulo de Análise e Discussão dos Resultados.

## **4.3 Sujeitos do estudo**

Durante o período de coleta de dados, foram convidados para participar do estudo todos os usuários do serviço que utilizavam a expressão por meio da arte em cada um dos cenários observados.

Os critérios utilizados para seleção dos sujeitos foram: ser maior de 18 anos; ser usuário do CAPS II Fragata e fazer parte das atividades desenvolvidas nas oficinas ou grupos terapêuticos expressivos; ter concordado em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e

esclarecido (TCLE), permitindo a publicação dos dados<sup>10</sup>. O tempo de adesão ao grupo ou oficina de expressão não foi utilizado como critério de escolha dos sujeitos.

Dessa forma, os sujeitos observados no estudo foram 9, mas neste momento tornou-se pertinente selecionar apenas 4 destes usuários, uma vez que estes foram mais assíduos possibilitando maior tempo de observação. Os quatro sujeitos faziam parte das atividades artísticas desenvolvidas nas oficinas de marcenaria. Durante a coleta de dados, alguns usuários passaram pelas atividades expressivas apenas uma vez, enquanto outros participaram das mesmas diversas vezes.

Alguns dos usuários selecionados eram mais comprometidos cognitivamente, no entanto, foram incluídos na pesquisa, já que foram capazes de expressarem-se de maneira singular por meio das produções artísticas.

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos, os mesmos foram identificados com nomes fictícios, propostos pela autora do estudo. A profissional de maior destaque neste trabalho é a arteterapeuta, a qual foi identificada como “Art.”.

A seguir será apresentada a descrição dos sujeitos deste estudo, na qual serão explanadas as características gerais dessas pessoas:

**Sujeito 1 – JOÃO:** sexo masculino, aproximadamente 25 anos de idade, magro, altura mediana e cabelo escuro. Está sempre de boné e com um palito de dente na boca, dizendo que aquele objeto é seu eterno companheiro, conversa bastante e geralmente fala assuntos relacionados a motos e caminhões. É prestativo, ajuda a preparar o café durante as oficinas e auxilia na organização de materiais ao final das atividades. Possui um vínculo forte com a arteterapeuta e com a enfermeira do CAPS. Gosta de fazer trabalhos com madeira durante as oficinas.

**Sujeito 2 – MARIA:** sexo feminino, aproximadamente 45 anos de idade, muito magra, alta e cabelos pretos. É uma pessoa divertida e espontânea. Possui

---

<sup>10</sup> Aos sujeitos que não tinham condições cognitivas de assinar o TCLE, foi solicitada a assinatura de um responsável.

vínculo de afeto muito forte com os usuários do CAPS e com a arteterapeuta, sendo apelidada por eles carinhosamente de “tia”. Gosta muito de conversar e fala tudo que vem a sua mente sem cerimônia. Esporadicamente pinta ou desenha, tem preferência por escrever. Possui um caderno, no qual escreve lindas poesias, com muitos erros de ortografia, mas com bastante teor.

**Sujeito 3 – SARA:** sexo feminino, aproximadamente 30 anos de idade, sobrepeso, altura mediana e cabelos pretos. É prestativa e oferece auxílio para todos do CAPS (usuários e profissionais). Inicialmente, pouco acessível e pouco comunicativa, entretanto com a convivência e criação de vínculo, foi possível notar maior expansividade. Prefere fazer trabalhos manuais, como artesanatos, mas não gosta de atividades que exijam muito do seu tempo.

**Sujeito 4 – ALICE:** sexo feminino, aproximadamente 35 anos de idade, sobrepeso, alta e cabelos pretos. É desdentada e um pouco desleixada com a aparência, usa roupas rasgadas e sujas. É muito simpática e comunicativa, mas não possui muito vínculo com os usuários e com os profissionais do CAPS. Gosta de desenhar e pintar telas, cantar músicas internacionais e recitar poesias que decora de livros antigos.

#### **4.4 Trabalho de campo**

O trabalho de campo se deu da seguinte maneira:

##### **1ª Etapa**

Observação livre da dinâmica do CAPS, das atividades expressivas realizadas no serviço e do relacionamento dos usuários do serviço (relação usuário-usuário e usuário-equipe), possibilitando a aproximação com a temática e com os sujeitos do estudo. A observação foi realizada exclusivamente pela autora deste estudo, durante a disciplina obrigatória Estágio de Docência Orientada que faz parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem (UFPel), totalizando 60 horas.

## **2ª Etapa**

Inicialmente foi encaminhada uma solicitação de autorização do estudo à coordenação do CAPS II Fragata (APÊNDICE A), expondo as características e os objetivos da pesquisa.

Mediante à autorização do estudo, os sujeitos foram contatados, informados a respeito do desenvolvimento do estudo e convidados a participar. Após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) iniciou-se a coleta dos dados, a qual teve início no mês de julho de 2013 e foi concluída no mês de setembro do mesmo ano, totalizando 56 horas de observação. Foram realizadas 4 horas de observação a cada dia de coleta de dados, nas terças e quintas-feiras durante o turno da tarde, completando 14 dias de permanência em campo.

A coleta de dados se deu por meio de observação participante das atividades expressivas já citadas anteriormente, conforme o roteiro de observação (APÊNDICE B), instrumento elaborado pela autora deste estudo, que contempla aspectos relacionados às oficinas expressivas, aos usuários que fazem parte destas oficinas e às atividades das oficinas e dos grupos como um todo.

A observação, segundo Dalberio, O. e Dalberio M. (2009), é um meio investigativo em que há uma influência mútua do pesquisador com o fenômeno a ser analisado. Na observação participante, o pesquisador deve ter capacidade para constituir relação de confiança com os sujeitos. Ele necessita também saber ouvir, formular boas questões e ter intimidade com o tema pesquisado.

Foi utilizado um diário de registros ou diário de campo digital, no qual foram registradas todas as informações observadas a cada dia de coleta em campo. Além disto, visando complementar mais o trabalho utilizaram-se fotografias das produções artísticas como um recurso de apoio na coleta de dados, mediante assinatura do documento de autorização para registro e divulgação de fotografias (APÊNDICE C), anexado ao TCLE.

## 4.5 Princípios Éticos

A pesquisa CAPSUL II foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob ofício nº 176/2011 (ANEXO B).

Os princípios éticos foram garantidos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b), e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) nº 311 de 08 de janeiro de 2007, através do Capítulo III<sup>11</sup>, artigos 89, 90 e 91.

## 4.6 Análise de Dados

A análise de dados consistiu-se inicialmente na Análise Temática proposta por Minayo. Para a autora, fazer uma análise temática é descobrir o cerne do significado que compõe uma comunicação, cuja frequência estabeleça alguma coisa para o elemento que será estudado. A análise temática divide-se em momentos distintos: a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos dados obtidos (MINAYO, 2010).

Primeiramente os dados observados foram digitados em diário de campo digital e as fotografias anexadas juntamente ao material. Após a conclusão da coleta dos dados, as informações foram agrupadas em temáticas, considerando os objetivos deste estudo e analisadas conforme a proposta mencionada anteriormente.

Posteriormente, a análise de dados se deu por meio da abordagem junguiana, ou seja, uma análise da compreensão da arte como expressão subjetiva e a utilização de atividades que dispõem de recursos terapêuticos

---

<sup>11</sup> Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

artísticos que permitem a expressão do que existe de mais íntimo em cada pessoa.

## 5 Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo apresento a análise e a discussão dos dados coletados, tendo como embasamento o referencial teórico de Carl Gustav Jung. No decorrer desta construção, foram expostas as informações observadas e registradas no diário de campo, preservando o anonimato dos sujeitos. As citações do diário de campo foram identificadas no texto como DC, seguida da data de observação. Também foram acrescentados os dados coletados por meio de fotografias das produções artísticas dos sujeitos do estudo.

A fim de que o leitor desse estudo possa compreender melhor o âmbito em que se localiza o CAPS Fragata, foi construído o item *História e contextualização do município de Pelotas*. Também foi desenvolvido o capítulo *O CAPS Fragata*, evidenciando as características do serviço e das atividades onde os usuários passam a maior parte do seu tempo. Tornou-se fundamental também contar a história do serviço, possibilitando conhecer as condições em que este foi inaugurado. Além disso, foram descritos também dados sobre a estrutura física e o funcionamento do CAPS, fundamentado em informações de observações registradas em diário de campo e fotografias.

No item *O cotidiano e o contexto dos usuários nas oficinas terapêuticas*, foram descritos o dia-a-dia dos usuários que frequentam o CAPS e que fazem parte das oficinas terapêuticas, o relacionamento entre estes e destes com os trabalhadores do serviço, enfim, evidenciando o modo de convivência e o cotidiano das pessoas neste serviço. Para isso, algumas fotografias serão utilizadas além dos dados explorados por meio das observações.

E para finalizar, o item *Oficinas terapêuticas e arte: uma possibilidade de expressão das subjetividades*, identificando as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários na oficina de marcenaria por meio das produções artísticas. Para isso, conta-se com o suporte das observações juntamente com as fotografias, ambas registradas em diário de campo.

### **5.1 História e Contextualização do Município de Pelotas**

Em junho de 1758 Gomes Freire de Andrade (Conde de Bobadela) fez uma doação das terras que ficavam às margens da Lagoa dos Patos ao Coronel Thomáz Luiz Osório. Com a invasão espanhola, muitas pessoas buscaram refúgio nessas terras e juntaram-se a estas os retirantes da Colônia do Sacramento, os quais foram entregues aos espanhóis pelos portugueses no ano de 1777, cumprindo o tratado de Santo Ildefonso (BRASIL, 2013a).

Em 1780, José Pinto Martins fundou, às margens do Arroio Pelotas, a primeira Charqueada, estimulando o crescimento e desenvolvimento da região, dando origem à população que marcou o início da cidade de Pelotas. O nome do município teve origem devido às embarcações de varas de corticeira forradas de couro que eram utilizadas para a travessia dos rios nesta época (BRASIL, 2013a).

Ainda, conforme esta mesma fonte de informação, a expansão das charqueadas fez de Pelotas a capital econômica da província. Hoje, Pelotas tem uma das maiores capacidades curtidoras de couro e peles do país. A região de Pelotas é considerada a maior produtora de pêssego para a indústria de conservas do Brasil. A cidade é um centro comercial e possui cerca de sete mil estabelecimentos de todos os setores e gêneros de atividade econômica que ocupam em torno de 60% da população ativa.

Pelotas está situada na região sul do estado do Rio Grande do Sul. Atualmente é considerada uma das capitais regionais do Brasil. Está localizada à beira do Canal São Gonçalo que liga as Lagoas dos Patos e Mirim e ocupa uma área de 1.609 km<sup>2</sup> e possui cerca de 90% de sua população total residindo na zona urbana (BRASIL, 2013a).

A figura a seguir evidencia a localização da cidade de Pelotas:



Figura 1: Mapa com a localização da cidade de Pelotas – RS.

Fonte: BRASIL, 2013a.

Pelotas possui aproximadamente 28 etnias e sua população diferencia-se pela forte presença de portugueses, espanhóis e africanos, aos quais se somaram os fluxos migratórios de alemães, italianos, franceses, irlandeses e poloneses, marcando a conformação física e cultural do povo, produto da ampla miscigenação (BRASIL, 2013a).

De acordo com dados do IBGE, no ano de 2013, a população estimada era de aproximadamente 341.180 habitantes (BRASIL, 2013b). Segundo o senso do IBGE (BRASIL, 2010), realizado em 2010, o município possuía 163.241 homens e a maior parte destes tinha entre 20 e 29 anos de idade (29.037). Pelotas contava igualmente com uma população de 181.938 mulheres, também em sua maioria localizada na faixa etária entre 20 e 29 anos (29.190), conforme demonstrado na próxima figura:

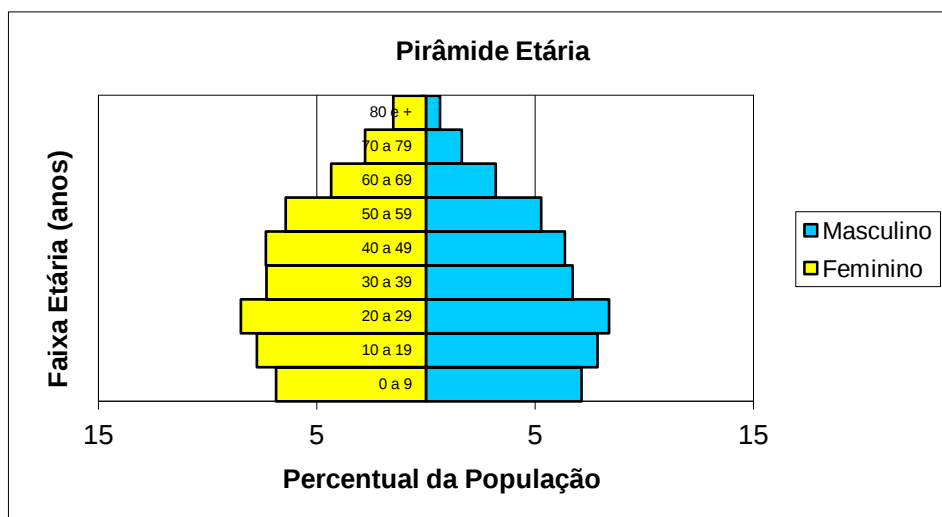


Figura 2: Pirâmide Etária da população de Pelotas – RS.

Fonte: BRASIL, 2010.

O município caracteriza-se por ser uma cidade polo no que diz respeito ao sistema de saúde. Mais de 20 municípios do sul do Estado se utilizam dos serviços de alta complexidade oferecidos nas áreas: hospitalar, cirúrgica, diagnósticos por imagem e análises clínicas. Ainda, possui sete hospitais com um total de 1.185 leitos, dos quais, 822 são destinados a atendimento do SUS (PELOTAS, 2012).

O Sistema Único de Saúde da cidade está constituído por 51 Unidade Básicas de Saúde (UBS), 08 Centros de Atenção Psicossocial (06 CAPS II, 01 CAPSad e 01 CAPSi), 03 ambulatórios de saúde mental, um Centro de Atendimento à Saúde do Escolar (CASE), oficina de geração trabalho e renda – Retrate, Programa de Redução de Danos (PRD), Programa DST/AIDS, 01 Serviço de Atendimento Especializado (SAE), 03 ambulatórios de clínica médica especializada, quatro hospitais gerais e um hospital psiquiátrico (PELOTAS, 2012)

Para garantir a efetivação dos cuidados em saúde é necessário construir parcerias e ações intersetoriais entre diversos atores da gestão pública do município, estado e união, como: assistência social, educação, justiça, cultura, habitação, entre outros. Assim, pela apresentação dos dados citados anteriormente, é possível observar que o município de Pelotas tem um grande potencial frente ao estado do Rio Grande do Sul, bem como no contexto brasileiro, devido ao seu porte, sua história, tradição e economia e, também, pela sua ampla rede de serviços e recursos humanos, em especial à estruturação da atenção em saúde.

Com relação à saúde mental do município, considerando o contexto de estruturação da reforma psiquiátrica brasileira, nota-se que Pelotas vem implantando uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária visando à assistência de pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Esses serviços, a partir das relações estabelecidas com a sociedade, provocam transformações culturais e subjetivas nas comunidades. Assim, a atenção psicossocial deve priorizar a construção, junto às pessoas com transtornos mentais, de oportunidades para o exercício da sua cidadania e estímulo à reconquista do seu potencial de autonomia no território em que vivem.

## **5.2 O CAPS Fragata**

O Bairro Fragata está situado na zona oeste do município de Pelotas e conforme o censo do IBGE (BRASIL, 2010) possui uma população de aproximadamente 73,6 mil habitantes.

O nome Fragata teve origem devido ao proprietário de fragatas, Antônio dos Anjos, o qual transportava seus produtos de sua charqueada. No bairro Fragata está localizado o CAPS II Fragata (ARGILES et al., 2010).

O CAPS II Fragata foi criado em 1992, com as oficinas terapêuticas realizadas na Associação de Moradores do Bairro Virgílio Costa e outras atividades realizadas no bairro (grupos de medicamentos, grupos psicoterápicos e assistência ambulatorial). Em 1996, foi implantado um espaço próprio vinculado à Unidade de Saúde Virgílio Costa, onde começou a funcionar o serviço com características de CAPS (ARGILES et al., 2010).

Segundo Argiles et al. (2010), em 2002, apoiado pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde e Bem Estar, o CAPS Fragata foi transferido para outro local, estabelecendo-se em uma área que favoreceu o acesso dos usuários ao serviço. Com as melhorias estruturais, tornou-se possível a realização de oficinas durante dois turnos.

Para Guedes et al. (2010) uma das propostas mais relevantes dos CAPS é a reinserção do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade. Dentro destes serviços existem modalidades terapêuticas como oficinas terapêuticas que se utilizam de trabalhos expressivos por meio da arte. Cedraz e Dimenstein (2005) entendem a arte como território de criação, transformação e desconstrução de

maneiras pré-estabelecidas de existência, ou seja, a arte como estratégia terapêutica produtiva.

Deste modo, a participação ativa da comunidade, dos usuários e da equipe, do bairro Fragata, nas lutas pela melhoria do serviço foi de extrema importância. Assim, a inauguração do novo prédio ocorreu dia 25 de abril de 2002, com a presença de Pedro Gabriel Delgado (Coordenador Nacional da Política de Saúde Mental) (ARGILES et al., 2010).

Atualmente o CAPS II Fragata oferece assistência à saúde mental de acordo com a regulamentação federal, a qual tem como principal proposta a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (ARGILES et al., 2010).

Na época da pesquisa, o CAPS contava com uma equipe de 21 profissionais, distribuídos conforme o quadro a seguir:

| <b>CAPS II Fragata</b>  |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| <b>Profissão</b>        | <b>Número de profissionais</b> |
| Artesão                 | 2                              |
| Assistente social       | 1                              |
| Auxiliar administrativo | 2                              |
| Educador Físico         | 1                              |
| Enfermeiro              | 2                              |
| Médico                  | 2                              |
| Músico                  | 1                              |
| Psicólogo               | 4                              |
| Técnico em artes        | 2                              |
| Técnico em enfermagem   | 4                              |

Figura 3: Quadro ilustrativo da equipe do CAPS II Fragata.

Fonte: DC – 04/07/2013.

Nota-se que a equipe de trabalho do CAPS é diversificada e contempla as diferentes profissões, qualificando o atendimento e a terapêutica no processo de reabilitação psicossocial dos usuários deste serviço.

Com relação à estrutura física, o CAPS constitui-se em um sobrado amplo, com arquitetura antiga, diversas salas em seu interior e um pátio espaçoso, conforme o relato a seguir, registrado em diário de campo:

É uma casa rosa, muito ampla, parece um castelo. Na frente da casa, tem um espaço grande todo gramado e uma placa, onde está escrito: “CAPS Fragata”. A primeira sala é a recepção a qual possui alguns arquivos com prontuários, várias mesas, murais e armários. Na frente da recepção tem uma sala onde são realizados grupos e/ou atendimentos. Seguindo, há um amplo salão circular. Nas paredes deste salão existem alguns desenhos feitos pelos próprios usuários (DC - 04.07.2013).

A seguir, serão expostas algumas fotografias ilustrando o serviço, bem como sua arquitetura antiga:



Figura 4: CAPS II Fragata, Pelotas – RS.

Fonte: BRASIL, 2013a.



Figura 5: Salão principal circular do CAPS II Fragata.

Fonte: DC – 04.07.2013.

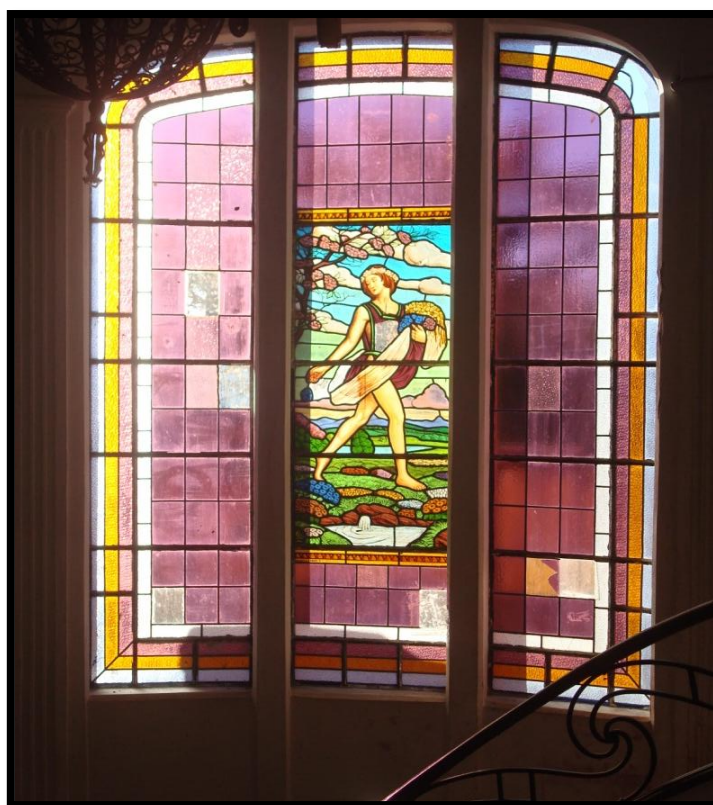


Figura 6: Janela próxima à escada do CAPS II Fragata.

Fonte: DC – 04.07.2013.

Ao redor deste salão, no andar inferior, há uma sala de enfermagem e outra sala ampla, onde são realizadas as assembleias e algumas oficinas de pintura e artesanato. Mais ao fundo da casa, existem diversas peças distribuídas: cozinha, banheiro, algumas salas para realização de atividades como atendimentos individuais e grupos, pátio espaçoso com bancos. O pátio está desorganizado, sujo e mal cuidado, pois segundo os profissionais e usuários do serviço, a prefeitura não dispõe de funcionários para realizar o serviço de limpeza e jardinagem.

O andar superior também possui várias salas de atendimento, incluindo a sala de artes, na qual acontecem as oficinas de marcenaria e local onde se desenvolveu grande parte deste estudo. Esta sala é dividida em dois espaços diferentes: uma das salas possui madeiras e outros materiais utilizados na oficina de marcenaria; a outra sala possui materiais de desenho e pintura, os quais são utilizados na oficina de pintura, curso de pintura e grupo de expressão. Além destes dois locais, a sala de artes conta também com uma ampla varanda, a qual os usuários utilizam como espaço de convivência.

As figuras a seguir evidenciam o espaço destinado à sala de artes:



Figura 7: Sala destinada à oficina de marcenaria.

Fonte: DC – 04.07.2013.

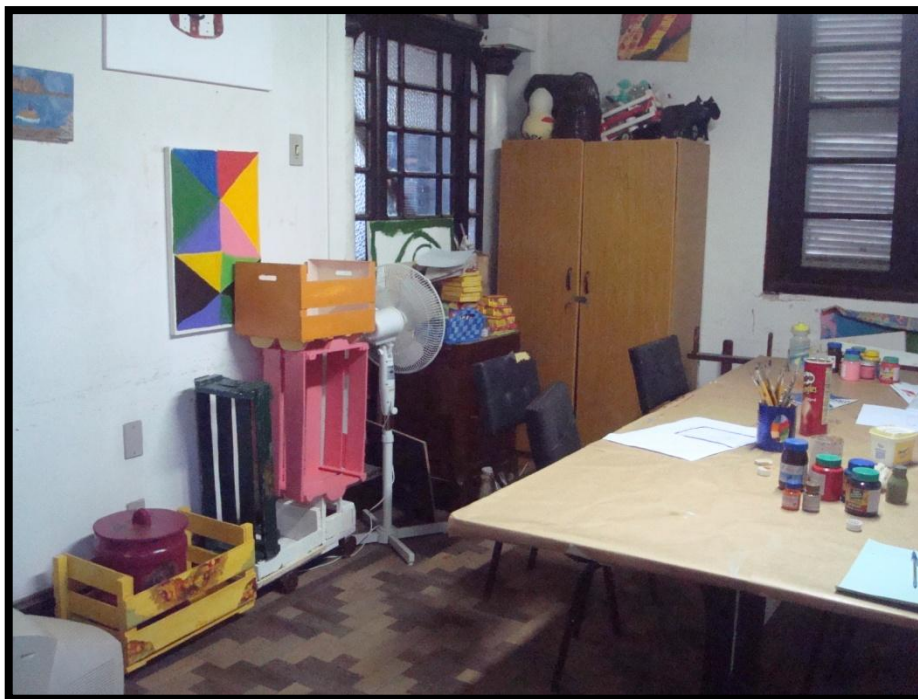


Figura 8: Sala destinada à oficina de pintura, curso de pintura e grupo de expressão.

Fonte: DC – 04.07.2013.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c), os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes espaços: recepção compreendida como espaço de acolhimento, salas de atendimento individual, salas de atividades em grupo, espaço de convivência, banheiro com chuveiro e sanitário adaptados para deficientes (no mínimo um banheiro feminino e outro masculino), sala de medicação e posto de enfermagem, escritório ou sala administrativa, sala destinada a reuniões, almoxarifado, sala de armazenamento de arquivos (prontuários), refeitório, copa, banheiro para funcionários e depósito de material de limpeza.

Quando se fala em ambiente, faz-se alusão à ambiência, a qual pode ser compreendida tanto como espaço físico, quanto como espaço de sociabilidade, profissional e de relações interpessoais e que tem por finalidade proporcionar assistência acolhedora. Desta forma, o conceito de ambiência está dividido em três principais eixos: o ambiente que visa o conforto dos usuários e trabalhadores, valorizando aspectos do espaço como cores, odores, sons, luminosidade etc.; o ambiente que favorece a subjetividade; o ambiente que permite condições

apropriadas para melhor utilização de recursos, bem como assistência humanizada e acolhedora (BRASIL, 2007b).

Assim, observa-se que o CAPS II Fragata é um serviço que dispõe da maior parte dos espaços preconizados pelo Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento. Entretanto, quanto aos aspectos relacionados à limpeza, organização e iluminação, o CAPS não está adaptado às recomendações do Ministério da Saúde. Apesar destas dificuldades estruturais, os profissionais do serviço buscam promover a reinserção e a reabilitação psicossocial em consonância com os preceitos da reforma psiquiátrica, respeitando os direitos humanos, a autonomia e a liberdade dos usuários.

### **5.3 O cotidiano e o Contexto dos Sujeitos nas Oficinas Terapêuticas**

Os indivíduos que vivenciam a doença mental possuem uma história de vida marcada pela segregação, pela exclusão, pelo preconceito, pela perda de identidade e têm seu cotidiano assinalado pelas marcas da discriminação. Estas experiências estão inseridas na história da sociedade em que essas pessoas viveram. Desta forma, o cotidiano destes sujeitos é constituído em decorrência do contexto social em que se vive (SALLES; BARROS, 2013).

É fato que o transtorno mental desencadeia transformações na vida diária dos indivíduos que são acometidos por ele. Mudanças no modo de fazer, na maneira de se relacionar e até mesmo nos seus projetos de vida. No entanto, existe um movimento social que permite criar modificações no cotidiano dessas pessoas (SALLES; BARROS, 2013).

É um movimento político e social que visa desconstruir paradigmas. Este movimento é o de reforma psiquiátrica, o qual envolve um conjunto de transformações de práticas e saberes e está pautada na reabilitação psicossocial e reinserção social (BRASIL, 2005).

A reabilitação psicossocial é um processo ampliado que se constitui em estratégias direcionadas a ampliar a capacidade de trocas sociais e afetivas, e a valorizar a subjetividade (SARACENO, 2001; PEREIRA, 2007).

E para que esse processo seja concretizado, é indispensável que o indivíduo em sofrimento psíquico seja inserido novamente na vida em sociedade. A reinserção social consiste na retomada da autonomia e da cidadania, na reconquista da

liberdade e na expressão das subjetividades, por meio da circulação nos espaços sociais e construção de novas relações sociais (MIELKE et al., 2011).

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados facilitadores do processo de reinserção social, pois auxiliam na reconstituição de uma nova rede de pessoas e serviços para o enfrentamento do desafio de transformar o cotidiano das pessoas (SALLES; BARROS, 2013).

A proposta terapêutica dos CAPS abrange atividades dinâmicas e diversificadas, destacando-se o acolhimento, o projeto terapêutico individual (PTI), o qual é construído a partir das necessidades particulares e da realidade social de cada usuário do serviço, o atendimento individual e em grupo. O CAPS dispõe também de atividades coletivas, como as oficinas terapêuticas, os passeios externos, as festas e comemorações, as assembleias e as atividades artísticas (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Além de serem consideradas elementos essenciais de trabalho dos serviços de atenção à saúde mental, as oficinas são também compreendidas como espaços de produção de subjetividades e de reconstrução de vínculos entre os indivíduos em sofrimento psíquico e seus grupos sociais (PRATA, 2004; RIBEIRO, 2004).

Além disto, as atividades terapêuticas realizadas nos CAPS estimulam a interação e socialização visando à reinserção do usuário no meio social, por meio de atividades que estimulam a expressão de sentimentos e vivências. Estas atividades têm a função de promover a reabilitação psicossocial, visto que se constituem em espaços de construção de papéis sociais e de trocas internas e externas ao serviço (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

Neste estudo evidenciam-se o cotidiano e o contexto das oficinas terapêuticas no CAPS II Fragata. Deste modo, a seguir, será descrito o dia-a-dia dos usuários do CAPS que participam das atividades terapêuticas, conforme os dados extraídos das observações registradas em diário de campo e das fotografias, durante todo o período de coleta de dados. Estas informações ajudam a explicitar a vivência cotidiana destes sujeitos nas oficinas e grupos terapêuticos expressivos.

Desde o primeiro dia de observação, foi possível notar muitos aspectos do funcionamento das oficinas terapêuticas. Em todas as atividades ficam determinados usuários que participam destas e muitos outros que estão naquele espaço para interagir com os profissionais responsáveis e com as demais pessoas.

Inicialmente, apesar da pesquisadora deste estudo ter constituído um vínculo anterior com alguns usuários do serviço, a presença desta causou desconforto e gerou desconfiança, conforme evidenciado nas observações a seguir:

Inicialmente, quando o [João] convidei para fazer parte da pesquisa, expliquei como iria funcionar. Falei que ficaria no serviço durante um tempo, todas as terças e quintas (manhã e tarde) e observaria as produções dos usuários do serviço. Ele ficou meio desconfiado no início e foi resistente, dizendo: “Não vou assinar nada sem falar com os meus advogados!”, falando do termo de consentimento livre e esclarecido (DC – 04/07/2013).

[...] Um dos usuários que está sempre nas oficinas e não participa das atividades, começou a me mandar embora e dizer que não era para que eu tomasse café, pois não tinha colaborado com nada (DC – 09/07/2013).

Todavia, no decorrer dos dias de observação, notou-se uma importante mudança no relacionamento dos usuários com a pesquisadora. Foi percebida a constituição de um importante vínculo, conforme ilustrado nos seguintes relatos:

Então, o João [...] fez uma xícara de café e me ofereceu. Achei muito legal da parte dele este gesto, pois demonstra o quanto ele gosta de mim (DC – 04/07/2013).

Quando me aproximei da Maria, ela me mostrou [...] O casaco novo que ela havia comprado. Tirei-o da sacola e disse: “Muito bonito e vai ser muito útil com esse frio”. Ela respondeu: “Claro! Eu fui lá e investi, gastei o dinheiro do cigarro no casaco... Eu ia fumar tudo mesmo e assim eu vou aproveitar mais!”. Gargalhamos juntas (DC – 09/07/2013).

[...] conversei com eles falando que no dia 12 de setembro seria minha despedida do CAPS [...] A Maria disse: “Eu não queria que tu fosse embora, mas eu sei que na vida tudo é uma fase e tu tens que seguir teu caminho.” [...] João falou: “Mas já? Como passou rápido o tempo que tu ficou aqui, né? Nem vi passar.” (DC – 10/09/2013).

Além disto, dois sujeitos do estudo, no último dia de observação em campo, escreveram mensagens em folhas de caderno e entregaram para a pesquisadora como uma forma de carinho.

João entregou um poema descrevendo que sentiria falta da pesquisadora e a abraçando. Nesta mensagem estava escrito o seguinte poema: “O amor é o tempo e o espaço tornados sensíveis ao coração”.

Maria disse que estava escrevendo algo muito importante. Quando terminou de escrever, retirou a folha do caderno e entregou para a pesquisadora a carta abraçando-a intensamente. Proferiu:

“Eu gosto muito de ti, mas eu sei que tu tens que seguir a tua vida, o teu caminho... Temos que passar por cada etapa na vida e eu te desejo muita sorte nos teus estudos porque tu mereces” (DC – 10/09/2013).

As figuras a seguir elucidam as duas cartas entregues para a pesquisadora:

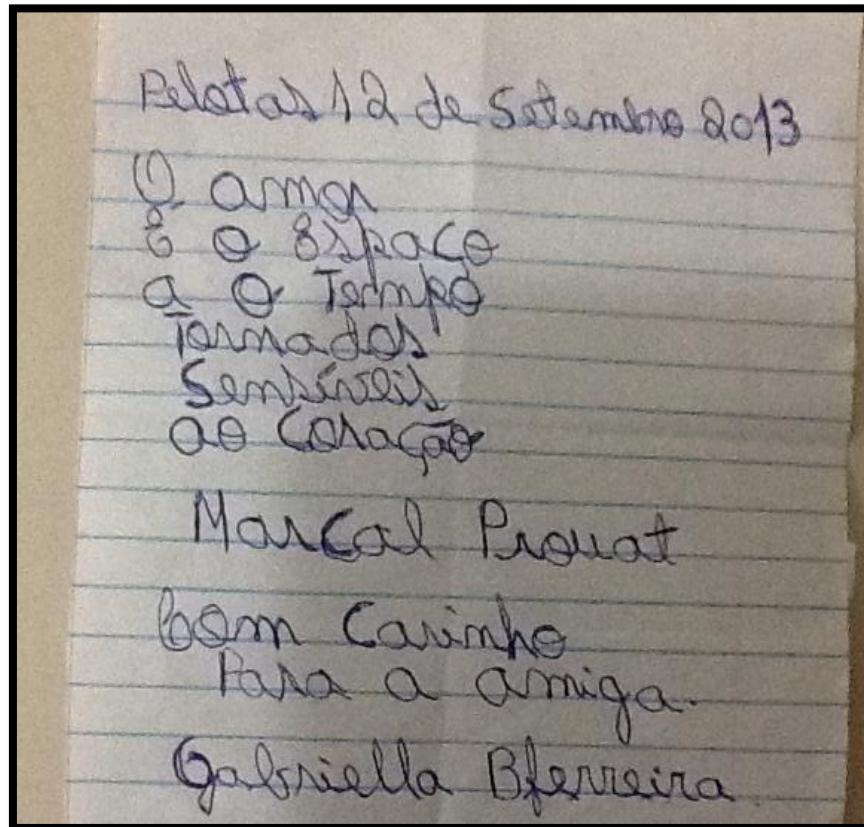


Figura 9: Carta escrita por João à observadora.

Fonte: DC – 12/09/2013.

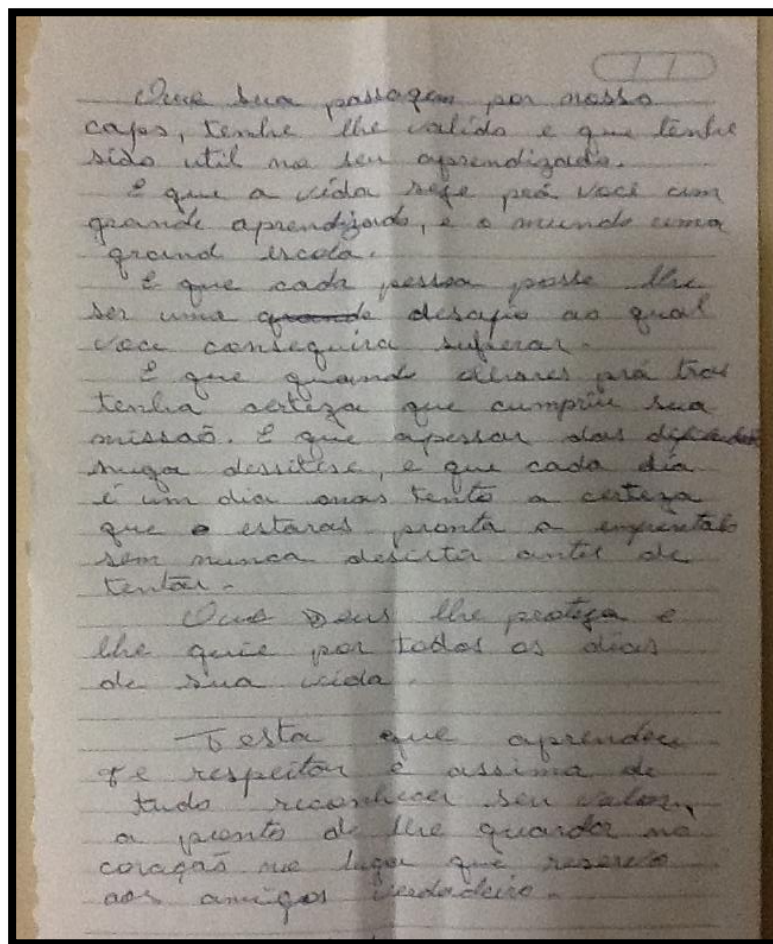


Figura 10: Carta escrita por Maria à observadora.

Fonte: DC – 12/09/2013.

Nas relações cotidianas de cuidado, o vínculo está pautado na construção de laços de afetividade e de confiança entre os atores envolvidos. Do mesmo modo, na medida em que se estabelecem vínculos afetivos, de respeito e de valorização dos indivíduos com transtorno psíquico, se promove a ampliação da coresponsabilização e da coparticipação destes sujeitos para a melhoria da sua qualidade de vida, no enfrentamento dos seus problemas e para o progresso do seu quadro clínico (JORGE et al., 2011).

Além disto, a arteterapeuta também constituiu um forte vínculo e estabeleceu uma relação de confiança com a pesquisadora deste estudo, fato evidenciado conforme a observação a seguir:

Após ter participado da assembleia, a Art. disse que substituiria a psicóloga que estava de licença e, portanto, faria o grupo para ela [...] Perguntou para mim: "Tu te anima a abrir a oficina lá em cima? Tu te importas de ficar

responsável por eles?”. Fiquei surpresa, mas ao mesmo tempo muito feliz e resolvi aceitar (DC – 01/08/2013).

Os relatos apresentados a seguir, demonstram o relacionamento entre os usuários que fazem parte das oficinas e grupos expressivos, evidenciando como se estabelecem as trocas entre eles, como se organizam enquanto grupo e como utilizam a liberdade de escolha e a autonomia durante a permanência no CAPS II Fragata:

[...] Os usuários que estavam participando da oficina de marcenaria começaram a conversar sobre o café. Cada um tem sua vez de levar café, açúcar e bolachas para a oficina, mas reclamaram de um usuário que nunca havia levado nada (DC – 04/07/2013).

[...] Maria mostrou seu casaco novo para a enfermeira e pediu para que eu colocasse uma música no meu celular. Ela fez um desfile, cheia de charme e foi aplaudida por todos com muito carinho (DC – 09/07/2013).

Enquanto uma usuária pintava notei que ela estava interagindo muito, conversando com outro usuário [...] Os dois conversaram bastante sobre novelas mexicanas [...] (DC – 16/07/2013).

Alice cantou uma música e o pessoal da oficina ficou impressionado com a sua voz e incentivaram-na a cantar na próxima festa do CAPS. Ela sorriu e agradeceu a todos pelo carinho (DC – 01/08/2013).

Assim, durante as oficinas, todos os participantes possuíam liberdade para se expressar e para interagir com os outros usuários, com a equipe e com a pesquisadora. Observou-se também, no transcorrer dos dias em campo, o relacionamento entre alguns usuários, o fortalecimento dos vínculos entre estes, o compartilhamento de experiências e histórias de vida e alguns momentos de tensões.

Neste contexto, Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009) destacam que os CAPS devem permitir e estimular a convivência dos usuários com outras pessoas, por meio de atividades grupais como as oficinas terapêuticas que instigam a interação com os outros usuários do serviço, auxiliando-os na expansão da rede social, no processo de reabilitação psicossocial e na inserção destes indivíduos na sociedade.

Assim, nota-se que o CAPS facilita as relações de troca, tendo em vista a colaboração e a reintegração dos indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL; JORGE; COSTA, 2008).

Apesar dos limites apresentados pelo CAPS e da dificuldade de ação deste no contexto social, este serviço constitui-se em importante espaço de auxílio, escuta e cuidado às pessoas com transtorno mental. Desta forma, os sujeitos do estudo evidenciaram uma grande apreciação pelo serviço e pelos profissionais atuantes nestes locais, os quais podem ser considerados uma rede de apoio fundamental na vida dos mesmos.

A observação e a figura a seguir ilustram a estima que os usuários do CAPS apresentam pela arteterapeuta do serviço:

[...] Estavam preparando uma festa surpresa para a Art. [...] Os usuários estavam em êxtase, nervosos com o aniversário dela. Notei mais uma vez o quão importante ela é para todos do CAPS. Eu, juntamente com os profissionais e usuários preparamos tudo [...] Tinha balões, salgados, diversas tortas e uma mensagem carinhosa escrita pelos trabalhadores e usuários em um quadro [...] Ela ficou muito emocionada e agradeceu imensamente o carinho de todos.

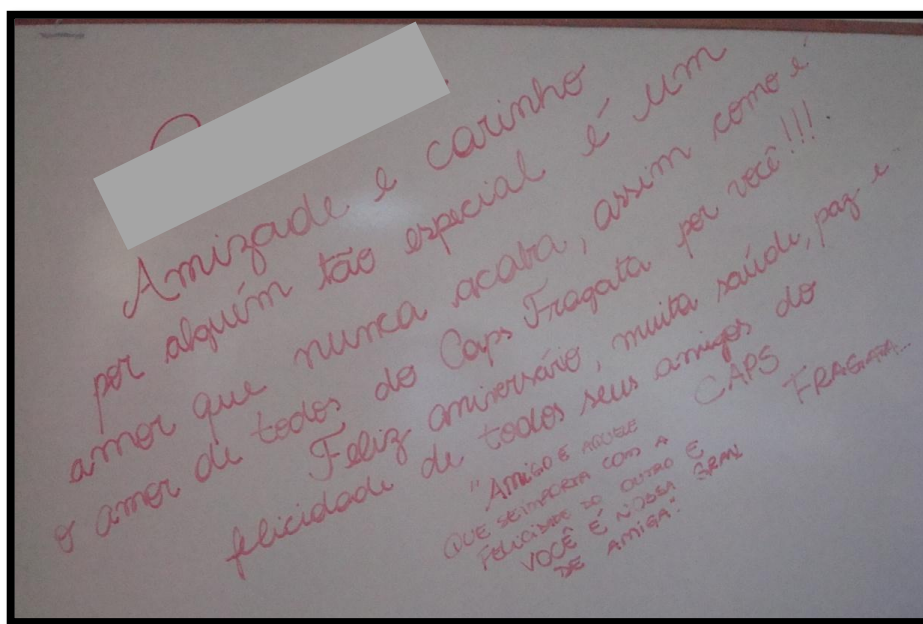


Figura 11: Mensagem escrita para a Art. pelos trabalhadores e usuários

Fonte: DC – 20/08/2013.

Notou-se que a profissional Art. sempre esteve presente no cotidiano dos usuários do serviço. Até mesmo determinadas pessoas que não faziam parte das oficinas terapêuticas conduzidas por ela possuíam um forte vínculo com esta profissional. Ela mostrou-se disponível em diversos momentos: tanto em momentos de alegria e festividades, quanto em situações de tristeza, ansiedade, angústias e

dúvidas. Além disso, a Art. apresentou-se como uma fonte de apoio durante a realização das oficinas terapêuticas, buscando disponibilizar espaços de escuta e auxílio quando era solicitada pelos usuários do CAPS.

A observação a seguir expõe com clareza o quanto esta profissional do CAPS se dedica ao cuidado dos usuários com afetividade:

Por volta das 16h, a Art. preparou um chocolate quente para todos no serviço (trabalhadores e usuários) [...] Notei que ela é uma trabalhadora diferenciada no CAPS, pois todos os usuários demonstram um carinho especial por ela e vice-versa. Ela está sempre procurando fazer algo para agradar os usuários e acredito que eles notam estas atitudes de carinho (DC – 30/07/2013).

Os profissionais dos serviços de saúde mental devem possibilitar espaços de diálogo aos indivíduos com transtornos mentais, buscando oferecer apoio por meio da escuta terapêutica e estimulando-os a ter autonomia no processo de resolução das dificuldades vivenciadas por eles (MIELKE et al., 2009). Nesse sentido, Kantorski et al. (2011) definem a escuta como uma atitude de compreensão por parte dos profissionais do CAPS, a qual auxilia estes sujeitos no alívio de situações de sofrimento intenso.

Nesta perspectiva, as oficinas no campo da saúde mental são consideradas terapêuticas, na medida em que passam a ser compreendidas como um lugar de expressividade e acolhimento, permitindo que os CAPS cumpram seu papel de facilitador no processo de reabilitação psicossocial e reinserção social (LAPPANN-BOTTI; LABATE, 2004).

Para Schneider, Camatta e Nasi (2007), a reabilitação psicossocial vai muito além de simplesmente frequentar os serviços de saúde mental e as atividades realizadas nestes locais. A reabilitação psicossocial exige uma responsabilização e coparticipação dos profissionais nas atividades de reinserção social, como as oficinas terapêuticas, e a equipe deve constituir a base para a reconstrução dos laços afetivos e sociais fragilizados.

Portanto, observou-se que as oficinas terapêuticas expressivas realizadas no CAPS II Fragata se constituíram em um espaço significativo e estimularam uma ampliação nos relacionamentos interpessoais entre os indivíduos em sofrimento psíquico e destes com a equipe do serviço, bem como a autonomia dos mesmos. Percebeu-se, conseqüentemente, que estas atividades foram muito valorizadas

pelos usuários, os quais demonstravam esta apreciação por meio de atitudes expressadas, emoções e relações de afeto.

Entende-se, destarte, que as oficinas terapêuticas expressivas com indivíduos em sofrimento psíquico devem permitir e promover a reabilitação psicossocial por meio de atividades integrativas que incitam aptidões singulares. Neste sentido, estas atividades se mostram eficazes no que diz respeito à reconstrução da identidade e recuperação da autonomia destes sujeitos, perdidas em outros tempos de segregação.

#### **5.4 Oficinas Terapêuticas e Arte: uma possibilidade de expressão das subjetividades**

No Brasil, desde a década de 1980, os CAPS vêm sendo uma das principais estratégias de atenção psicossocial no campo da saúde mental. Estes serviços substitutivos ao modelo asilar surgiram não como um modelo assistencial, mas se constituíram essencialmente a partir das necessidades cotidianas e reivindicações dos seus usuários (TAVARES, 2003).

Os CAPS dispõem de uma série de atividades terapêuticas diversificadas, as quais devem ser consideradas e debatidas por todos os atores envolvidos no processo de reabilitação psicossocial e reinserção social: gestores, profissionais, indivíduos em sofrimento psíquico, familiares e sociedade em geral. Dentre as atividades destacam-se as de caráter coletivo, especialmente as oficinas terapêuticas e as atividades expressivas e artísticas (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

A arte em suas diversas facetas é muito utilizada nas oficinas terapêuticas e possibilita a produção de subjetividades, estimula a construção de laços afetivos e proporciona a exploração de territórios desconhecidos e/ou inexplorados. Neste sentido, para a reabilitação psicossocial as oficinas possuem um valor inestimável no que concerne a possibilidade do usuário valer-se de elementos artísticos para descobrir seus potenciais e reconquistar seu espaço na sociedade (TAVARES, 2003).

O conceito de reabilitação psicossocial possibilita refletir sobre a desconstrução de práticas baseadas na doença mental, buscando a reinvenção de métodos inovadores que considerem as necessidades dos indivíduos em sofrimento psíquico. A reabilitação psicossocial pode ser compreendida como uma forma de

aperfeiçoar relações que subsidiem estes sujeitos na apropriação, resignificação e reconstrução de suas vidas (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

Defender o modelo de atenção que prioriza a reabilitação psicossocial como nova forma de cuidar em saúde mental é permitir a realização de atividades e práticas que privilegiem as vontades, os sentimentos e as escolhas dos sujeitos com transtorno mental, respeitando suas singularidades e subjetividades, e estimulando a coparticipação e a corresponsabilização destes no processo de desinstitucionalização (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

O desenvolvimento das oficinas terapêuticas nos CAPS permite a expressão de conflitos internos e externos por meio de atividades artísticas que valorizam a criatividade, a imaginação e a expressividade, fortalecendo a autoestima e a expressão de subjetividades (MARTINS et al., 2010).

Pintar e desenhar compreendem formas marcantes de manifestação do “eu”. Sendo assim, essas expressões artísticas são entendidas como um importante instrumento terapêutico, pois proporcionam um espaço para a manifestação de emoções, que por sua vez oportunizam uma abertura para a existência humana. Neste sentido, a arte apresenta-se como uma ferramenta de reprodução de imagens e representações mentais por meio da expressão, trazendo o mundo interior para o real, palpável, no qual o sujeito terá a possibilidade de visualizar concretamente sua tradução (DINIZ, 2009).

Por conseguinte, Jung (2000b) ressalta que a arte permite a tradução do invisível em visível e a capacidade criativa faz parte do instinto humano. Na medida em que a arte estimula a criatividade, o homem é colocado em uma relação mais estreita com sua própria alma.

Segundo Jung (2000b):

Há pessoas, porém, que nada veem ou escutam dentro de si, mas suas mãos são capazes de dar expressão concreta aos conteúdos do inconsciente. Esses pacientes podem utilizar-se vantajosamente de materiais plásticos [...] Um pouco menos frequente, mas não menos valiosa, é a escritura automática, feita diretamente em prancheta. Este procedimento nos proporciona igualmente resultados muito úteis (JUNG, 2000b, p. 13).

Portanto, as expressões plásticas e a literatura são consideradas um meio artístico facilitador de manifestações concretas, nos quais se confere livre espaço às fantasias e aos sentimentos. A arte empregada nos espaços terapêuticos evidencia

a riqueza do inconsciente humano, e, torna-se uma ferramenta eficaz no que concerne ao acesso da alma humana (DINIZ, 2009).

Nesse estudo, evidenciam-se as atividades terapêuticas expressivas realizadas no CAPS II Fragata. A seguir, serão descritas as atividades que fizeram parte do contexto das oficinas de marcenaria. Serão expostas as características da atividade, identificando as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários nesses espaços, por meio das criações artísticas. Conta-se, portanto, com o apoio das observações registradas em diário de campo e de fotografias.

#### **5.4.1 Oficina de Marcenaria**

A oficina de marcenaria acontecia na sala das artes, no andar superior do CAPS II Fragata. Essa atividade era um pouco diferenciada e apesar de ser denominada “oficina de marcenaria”, não se resumia apenas a atividades artesanais feitas em madeira. Era uma atividade livre e a profissional Art. que utilizava esse espaço deixava os usuários à vontade para escolher o que desejavam fazer.

Havia uma mesa ampla forrada com papel pardo e folhas de jornal, na qual materiais como pedaços de madeira, pincéis, lápis entre outros, ficavam dispostos e disponíveis para os usuários que quisessem utilizar. Outros materiais como: tintas, folhas de papel, serra, martelo, pregos e outros, ficavam guardados em um armário fechado, pois não havia grandes quantidades destes materiais. Desta forma, era necessário que um profissional ficasse responsável pela chave deste armário. No entanto, sempre que alguns usuários necessitavam dos materiais, a arteterapeuta disponibilizava sem desconfiança.

Nem todos que estavam naquele espaço eram obrigados a realizar alguma atividade. Muitos usuários apenas estavam ali para conversar, conforme evidenciado na observação a seguir:

Alguns usuários estavam naquele espaço, mas não participaram da oficina, ficaram conversando na varanda (DC – 04/07/2013).

Notou-se que esta oficina não era considerada simplesmente um espaço de aprendizado de determinadas técnicas, contudo estava pautada em mobilizar o diálogo e a interação entre os usuários do CAPS.

Nessas oficinas, a Art. visava proporcionar liberdade de expressão, aprendizado de técnicas, sanar dúvidas relacionadas aos transtornos mentais e, sobretudo estimular o diálogo e as trocas sociais entre os usuários.

De acordo com Prata (2004), a atenção psicossocial está fundamentada na prática do diálogo, bem como no respeito das individualidades e dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico, os quais desejam ser ouvidos e considerados em seu contexto biopsicossocial.

Inicialmente, o primeiro objeto observado durante a coleta de dados foi uma peça de madeira, que estava sendo pintada pelo João. Era um objeto que estava pintado pela metade e ele continuou pintando, da cor rosa. A observação e a figura a seguir destaca o diálogo entre a pesquisadora e o João, no momento em que ele estava realizando esta atividade:

Perguntei: O que tu estás fazendo? E ele disse: “É um banquinho [...] Aqui tem de tudo. Tem pintura, tem café, tem conversa.” Notei que aquele espaço para ele era muito importante. Ele parecia muito feliz por estar ali pintando e interagindo com outras pessoas (DC – 04/07/2013).

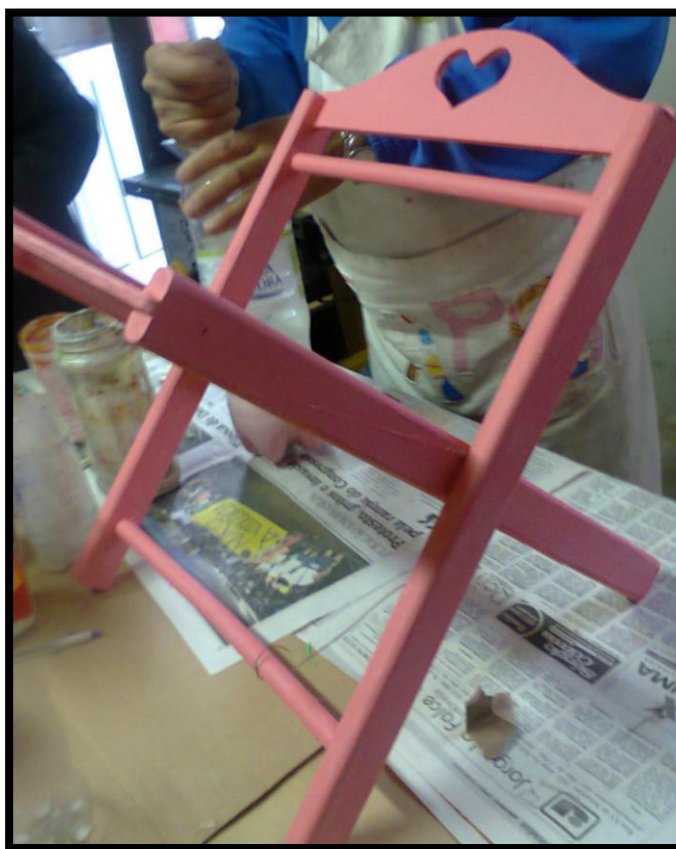


Figura 12: Objeto de madeira elaborado por João durante a oficina de marcenaria.

Fonte: DC – 04/07/2013.

Com o breve relato de João, foi possível observar o que a oficina de marcenaria representa em sua vida. Ao demonstrar tranquilidade e alegria por estar pintando um objeto inserido no contexto da oficina terapêutica de marcenaria, o sujeito reafirma que aquele espaço lhe dá condições de liberdade de expressão. Nota-se que sua fala faz referência a novos tempos de desinstitucionalização, no qual o indivíduo com transtorno mental é respeitado e está livre para reconstruir sua vida e realizar tarefas cotidianas simples que em outros tempos foram impedidas.

Por isso, para Jung (1962), o inconsciente também age, isto quer dizer que ele prenuncia, alerta e abre horizontes, contendo tanto resquícios do passado quanto as sementes futuras. Diante disso, Diniz (2009) destaca que a arte desempenha um papel estruturante da consciência e é essencial na trajetória humana, auxiliando as pessoas na manifestação do seu “eu”, no gerenciamento dos seus medos, dúvidas e perturbações perante o desconhecido.

Neste contexto, as oficinas terapêuticas são um importante instrumento de socialização e inserção social, pois permitem o agir e o refletir coletivamente, e estão pautadas na lógica da atenção psicossocial que é respeitar as diferenças, as subjetividades e a capacidade de cada indivíduo (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Outra usuária observada era uma pessoa que estava sempre sorridente. Alice não ficava na sala onde acontecia a oficina de marcenaria com os outros usuários, gostava de ficar sozinha na sala de desenho e pintura, na qual tinha a possibilidade de concentrar-se para pintar e desenhar. Gostava de desenhar e pintar especialmente casas e árvores e costumava utilizar cores fortes, como vermelho, laranja e amarelo, conforme as seguintes figuras:



Figura 13: Casa - desenho elaborado por Alice.

Fonte: DC – 16/07/2013.



Figura 14: Árvore - desenho elaborado por Alice.

Fonte: DC – 16/07/2013.

As casas e as árvores desenhadas por Alice e as cores utilizadas para pintar esses desenhos constituíam um significado muito intenso. Os relatos a seguir evidenciam a explicação de Alice sobre essas produções frequentemente semelhantes:

Alice disse: “Eu desenhei essa casa como se fosse um CAPS que acolhe as pessoas para participar de oficinas ou pra acolher pessoas que usam drogas para participar de grupos e oficinas como essas de pintura, desenho” [...] (DC – 16/07/2013).

[Alice] disse que o vermelho é uma cor que ela gosta muito porque representa o amor, a paixão [...] (DC – 30/07/2013).

Alice disse: “Eu desenho árvores porque acho bonito quando elas dão frutos.” (DC – 10/09/2013).

Por meio dos relatos de Alice, notou-se que os significados atribuídos as suas criações durante as oficinas terapêuticas estão diretamente relacionados à sua compreensão sobre o CAPS e as atividades desenvolvidas nesse espaço. A usuária expressou um valor afetivo pelo CAPS e pelos profissionais, expondo características peculiares de acolhimento, auxílio, escuta, além da possibilidade de participar de atividades as quais os indivíduos podem usufruir livremente.

Sob a ótica junguiana, é possível perceber que os indivíduos em sofrimento psíquico buscam transformar seus sentimentos em imagens. Nesse contexto, construir imagens e experiências subjetivas por meio de formas objetivas/concretas é buscar a cura por meio da arte (JUNG, 2000b).

Percebeu-se em determinados momentos que enquanto Alice desenhava e pintava, cantarolava músicas em tom de voz baixo. Nestas ocasiões, Alice demonstrava em seu semblante estar sentindo-se leve, livre e contente por estar naquele espaço e realizar atividades que ela desejava.

Perguntei se ela gostava de música. Ela disse: “Eu adoro música! Eu escutava rádio todos os dias, mas agora eu não tenho mais rádio, aí eu canto.”. Eu falei: “Que legal! Canta uma música para mim?”. Ela cantou três músicas de trilhas sonoras de novelas antigas. Disse que gosta de cantoras como Christina Aguilera, Mariah Carey, Whitney Houston e outras [...] “Eu cantava em um coral antes. Todo mundo gostava e batia palma para mim, mas depois eu saí e agora só canto em casa, quando eu to limpando a casa. Eu canto e nem vejo passar o tempo.” (DC – 01/08/2013).

Observou-se também que Alice apreciava as oficinas terapêuticas como um espaço de influência positiva em sua vida, já que nos momentos de tristeza e ansiedade comparecia ao CAPS para realizar atividades e expressar essas emoções por meio da arte. Notou-se, deste modo, que as oficinas terapêuticas eram consideradas, por Alice, um espaço de expressão de sentimentos e alívio de suas aflições cotidianas, conforme evidenciado nas observações a seguir:

Alice disse: “Quando eu to triste, eu venho pra cá e participo da oficina. Daí eu saio daqui bem mais leve. Gosto de desenhar e pintar [...] Quando eu desenho, posso expressar tudo aquilo que eu estou sentindo. A inspiração vem da minha cabeça mesmo, então primeiro eu desenho e depois vou escolhendo as cores” (DC – 30/07/2013).

Entende-se que a arte permite aos usuários a vivência de seus problemas cotidianos, conflitos internos, medos e ansiedades de uma maneira menos dolorosa. Assim, as oficinas terapêuticas que utilizam a arte como meio de expressão representam uma ferramenta eficaz para canalizar positivamente as faces da doença mental. Consequentemente, nota-se que há uma diminuição significativa dos fatores negativos de ordem afetiva e emocional, como: angústia, estresse, receio, irritabilidade, isolamento social, indiferença etc. (COQUEIRO; VIEIRA; FREITAS, 2010).

Jung (2000b) enfatiza a implicação da utilização do desenho e da pintura na expressão plástica das emoções que permite aos indivíduos uma relação com as imagens do inconsciente. Assim, as imagens do inconsciente são formas de expressões das vivências internas de cada pessoa que, embora assombrosas, devem ser consolidadas e enfrentadas, pois deste modo serão despotencializadas de sua carga energética.

Nesse sentido, a liberdade de pensar e agir estão diretamente ligada as aspirações que os indivíduos possuem para pôr em prática o que pensam, determinar suas reais necessidades e, assim, possibilitando ter seus anseios percebidos (MONTEIRO; LOYOLA, 2009).

Para isto, as oficinas terapêuticas devem centrar-se na articulação de arte e aspiração, no sentido de criar novos modos existenciais. Na saúde mental, as práticas devem desaguar nos próprios “oceanos” agitados e inovadores da criação (RAUTER, 2000).

Em um dia de observação, João fez uma espécie de colagem em um caixote de madeira. Ele estava utilizando uma técnica que se baseia na colagem de papel e/ou papelão sobre objetos. Colou flores e borboletas de papel, que foram recortadas pela Art., em um caixote laranja, o qual já havia sido pintado anteriormente por outro usuário.

Entretanto, neste dia, quando o sujeito foi questionado sobre o que estava fazendo, respondeu com uma expressão de desmotivação, conforme ilustrado na observação a seguir:

Perguntei o que ele estava fazendo e logo ele respondeu com uma expressão de desmotivação: “Ah! É um trabalhinho” [...] (DC – 09/07/2013).

Considerando a fala do João, notou-se uma insatisfação no momento da realização da atividade. Acredita-se que essa desmotivação tenha justificativa pelo fato da tarefa exigir determinadas técnicas pré-estabelecidas, como: utilizar pouca quantidade de cola na madeira e durante a colagem do papel ter atenção para não o rasgar. Dessa forma, essa atividade permitiu a expressão de um sentimento de insatisfação.

Enquanto João colava os elementos de papel com imagens de borboleta no caixote de madeira, um dos itens rasgou-se porque ele utilizou uma quantidade excessiva de cola e o pressionou fortemente com as mãos durante a colagem. No entanto, não ficou desanimado e logo procurou outro desenho de papel que continha imagens de borboletas, convidando a observadora para auxiliá-lo na tarefa, conforme a observação a seguir:

[...] Estendeu a mão em minha direção dizendo: “Recorta para mim? Eu não sei recortar!” [...] Eu disse que não tinha problema e comecei a recortar mais uma borboleta enquanto ele colava as outras figuras no caixote (DC - 09/07/2013).

A seguinte figura ilustra o resultado da atividade realizada por este usuário:



Figura 15: Colagem em um caixote de madeira elaborada por João.

Fonte: DC – 09/07/2013.

Assim, observou-se que o sujeito realizou uma atividade pré-estabelecida pela Art. e, dessa forma, demonstrou verbalmente e por meio de atitudes seu descontentamento por estar fazendo algo pré-pronto, com procedimentos sistematizados.

Sara, outra usuária observada, era uma pessoa retraída e não costumava conversar muito, conversava habitualmente com João e Maria durante as oficinas. Percebeu-se que ela ficava concentrada enquanto realizava suas atividades. Possuía muita habilidade para realizar tarefas artesanais que exigiam bastante precisão. No entanto apresentava-se apreensiva em certos dias durante a realização da atividade, pois apesar de demonstrar gosto pelas oficinas de marcenaria, algumas tarefas a deixavam ansiosa e triste. A Art. muitas vezes conversava com Sara, pois quando ela não conseguia dar seguimento às atividades, agia com irritação.

Em certo dia, Sara estava muito chateada por não conseguir realizar uma atividade. Ela estava construindo bonecas de palha de milho (Figura 17) designadas para o evento do CAPS Fragata na Semana Farroupilha e passou duas semanas tentando montá-las, no entanto só conseguiu com o auxílio da Art.

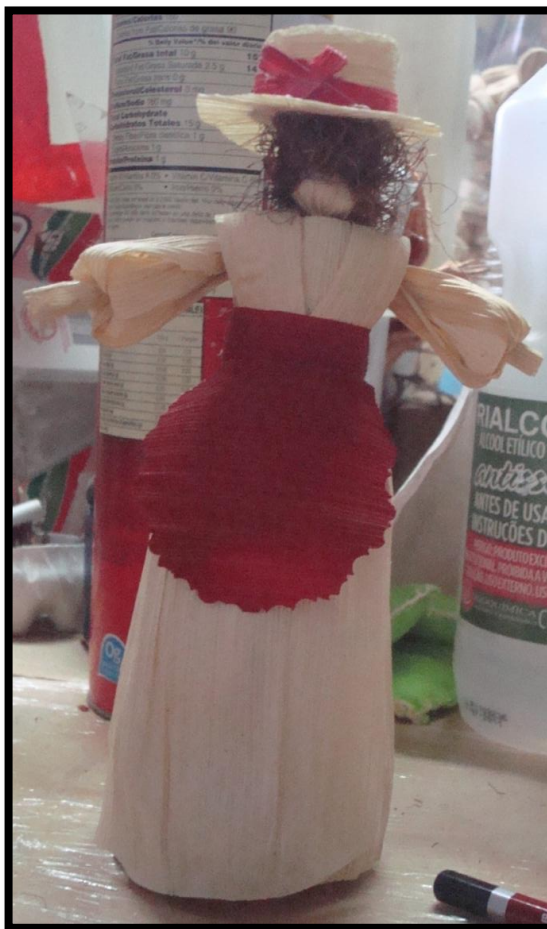


Figura 16: Boneca de palha de milho elaborada por Sara.

Fonte: DC – 27/08/2013.

A Art. demonstrou indignação com essa situação, enfatizando que alguns profissionais do serviço se utilizam das oficinas terapêuticas para fins de produção, esquecendo-se da finalidade terapêutica, de acordo com o seguinte relato:

[...] A Art. falou que estava irritada com uma situação que estava acontecendo. Disse que alguns profissionais do CAPS estavam mais preocupados em “produzir e fazer bem feito” do que deixar os usuários expressarem-se do jeito que eles achavam que deveriam fazer. Disse também que apesar de ensinar técnicas, prefere deixar que eles usem a criatividade e autonomia, ou senão porque o espaço é chamado de oficina terapêutica? (DC – 27/08/2013).

Oliveira (2006), em seu estudo no CAPS Luz do Sol e CAPS Artur Bispo do Rosário, no município de Aracaju (SE), ressalta que as oficinas de artesanato, de marcenaria e de trabalho com argila, possuíam um ritmo intenso de fabricação e de produção. O autor afirma ainda que as oficinas no campo da saúde mental se

dividem em três grupos: as que visam somente fabricação de produtos para venda no mercado; as que têm o intuito de lançar artistas para o mercado de trabalho; e aquelas que não se preocupam com a estética do produto, tampouco com o valor de troca do mesmo.

Em certos momentos, percebe-se que as oficinas terapêuticas representam apenas mais um espaço na “fábrica” cotidiana dos Centros de Atenção Psicossocial, que, ao invés de possibilitar o universo da criação, reafirma e estimula a produção contínua conduzindo a ocupação das mentes, tornando-se um lugar que assegura os padrões da sociedade (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Entretanto, “a criatividade é um potencial inerente ao homem e a sua realização é uma necessidade” (DINIZ, 2009, p. 38). Nesse sentido, para Martins et al. (2010), a liberdade de expressão e a criatividade são características que precisam ser descobertas no transcorrer das atividades terapêuticas. Os trabalhadores do campo da saúde mental devem estar atentos às necessidades de escolha dos indivíduos em sofrimento psíquico, utilizando prioritariamente a escuta como recurso terapêutico de modo a auxiliar e estimular estas particularidades. Porém, nos serviços de saúde mental, existem atividades moldadas, prontas para serem trabalhadas, suprimindo a autonomia, a preferência e, conseqüentemente, a expressão das subjetividades dos sujeitos com transtorno mental.

Corroborando as informações anteriores, Pádua e Moraes (2010) afirmam que a intenção das manifestações artísticas é dar possibilidades para que os sujeitos não criem obras estereotipadas. Nessa perspectiva, as oficinas devem propor intermináveis maneiras de experimentação da arte, consentindo experiências libertárias.

No dia em que aconteceu a Festa Junina do CAPS Fragata, João e Sara expressaram o quanto estavam felizes por aquele momento. Ambos fizeram parte da comissão organizadora da festa, participaram das brincadeiras realizadas e auxiliaram na organização do serviço após o término da festividade. Sara ajudou na decoração (Figura 18) do serviço, construindo artefatos para pôr doces e salgados, além de auxiliar na decoração das mesas e do CAPS em geral.



Figura 17: Mesa decorada para a Festa Junina do CAPS II Fragata.

Fonte: DC – 25/07/2013.

A figura a seguir evidencia uma das atividades realizadas na festa, a “corrida do saco”:



Figura 18: Brincadeira realizada durante a Festa Junina do CAPS II Fragata.

Fonte: DC – 25/07/2013.

Ao final da comemoração, João chamou a observadora para conversar, agradecê-la pela presença na Festa Junina e ofereceu-se para fazer um caixote de madeira, conforme o relato a seguir:

[...] João perguntou: “E aí, quando tu vais encomendar a tua caixa?”. Então, eu sorri e respondi que ele poderia começar a fazê-la. Ele disse: “Que bom Gabriella! Que cor tu vai querer? Vou começar a pintar na próxima quinta-feira.” Eu disse que ele poderia escolher a cor que quisesse e usasse a sua criatividade [...] (DC – 25/07/2013).

Além do vínculo estabelecido com a pesquisadora do estudo, percebeu-se, também, o quanto João gostava de participar das atividades desenvolvidas nas oficinas terapêuticas, uma vez que se disponibilizou a construir um objeto de madeira. Este fato demonstra ainda a liberdade de escolha proporcionada pela Art. na oficina de marcenaria, permitindo que o sujeito aja de acordo com suas preferências e nos momentos que desejar.

A liberdade de escolha busca garantir a autonomia do indivíduo nas oficinas terapêuticas, as quais são consideradas um espaço de descoberta e exteriorização da capacidade criativa. Esses espaços permitem que os sujeitos sintam-se pertencentes ao grupo e satisfeitos ao se autorreconhecer e reconhecer o grupo, os trabalhadores e sua família (LAPPANN-BOTTI, 2004).

Destarte, os profissionais do campo da saúde mental, ao compreenderem estes aspectos relacionados às atividades terapêuticas, garantem a eficácia do seu trabalho, pautando-se nas propostas de reinserção social e autonomia do sujeito, conforme os princípios da reforma psiquiátrica (MARTINS et al., 2010).

Apesar disto, noutro dia, João havia iniciado a confecção do caixote para a pesquisadora deste estudo e enquanto preparava a caixa para começar a pintura, disse:

“Eu gosto da oficina, só não gosto de fazer algumas coisas. O dia que a Art. sair do CAPS, nunca mais vou pintar (DC – 30/07/2013).”

Por meio do relato do sujeito, percebe-se que ele possui um vínculo muito forte com a profissional e que participa da oficina apenas por ter próximo uma pessoa confiável a qual é considerada sua rede de apoio.

Os profissionais dos CAPS devem entender que atuar em prol da autonomia dos usuários faz parte da assistência proporcionada nesses locais. Por ser um

serviço de atenção psicossocial, os CAPS devem ser facilitadores do processo de reabilitação psicossocial e de reinserção social, auxiliando no resgate da autonomia dos indivíduos em sofrimento psíquico (MIELKE et al., 2011). Por isto, as atividades desenvolvidas pelos profissionais destes locais devem estar voltadas para a reconstrução da autonomia destes sujeitos.

João permaneceu fazendo a caixa para a pesquisadora durante muitos dias. Ele escolheu as cores e os materiais a serem utilizados. A Art. demonstrou contentamento pela autonomia alcançada pelo sujeito, pois há determinado tempo ele consecutivamente questionava de que forma deveria realizar as atividades e que material deveria utilizar. Enquanto realizava esta atividade, evidenciou autonomia na seleção de materiais e cores, além de uma satisfação por ter recuperado sua autoestima.

Durante todo o período de constituição do caixote, João permaneceu tranquilo, concentrado e contente. Realizou cada passo, desde lixar a madeira até a finalização da pintura, despreocupado com o tempo de conclusão. Manteve-se sereno e paciente no decorrer do processo, realizando a tarefa com naturalidade, sem demonstrar ansiedade, o que contribuiu para o seu processo criativo.

Com isso, notou-se que a arte influenciou positivamente a vida de João, pois criou possibilidades de expressão de suas subjetividades, isto é, possibilidade de manifestar as reproduções mentais por meio da expressão artística.

Ele escolheu a cor marrom para a parte exterior e a cor verde para a parte interior do caixote, de acordo com a seguinte figura:



Figura 19: Caixote de madeira elaborado por João durante a oficina de marcenaria  
Fonte: DC – 27/08/2013.

As oficinas terapêuticas expressivas, por meio das experiências artísticas selecionadas pelos sujeitos em sofrimento psíquico, buscam integrar o fazer com criatividade e o fazer com satisfação. Deste modo, a arte torna-se importante instrumento de inserção e de expressão de novas subjetividades, criando um novo universo e outros modos de ser e estar no mundo (PÁDUA; MORAIS, 2010).

Diniz (2009) ressalta que Jung compreendeu a relevância de técnicas expressivas como elemento essencial para acessar o inconsciente, associando a expressão artística à linguagem verbal, segundo o argumento a seguir:

[...] De conformidade com o gosto ou os dotes pessoais, cada um poderia fazê-lo de forma dramática, dialética, visual, acústica, ou em forma de dança, de pintura, de desenho ou de modelagem. O resultado desta técnica era toda uma série de produções artísticas complicadas cuja multiplicidade me deixou confuso durante anos [...] Em muitos casos, isto produzia um efeito terapêutico notável, encorajava tanto a mim como o paciente a prosseguir no tratamento, malgrado a natureza incompreensível dos conteúdos trazidos à luz do dia (JUNG, 2000b, p. 71).

Outra usuária observada durante as oficinas de marcenaria foi a Maria. Ela era uma pessoa muito carismática, alegre e estava sempre conversando, cantando, sorrindo. Maria era a usuária que mais se destacava nas oficinas, pois estava sempre pronta para dialogar, auxiliava os outros usuários, desfilava e cantarolava canções de seu gosto enquanto participava de algumas atividades. Percebeu-se também que os outros usuários a admiravam e a respeitavam.

Notou-se que Maria possuía um caderno de poesias, no qual anotava seus pensamentos mais íntimos. Era um caderno simples, de capa dura. Embora houvesse muitos erros ortográficos e gramaticais, ela escrevia belos textos. Na maior parte dos dias, Maria estava habituada a registrar seus pensamentos neste caderno.

Destarte, a literatura é um meio artístico facilitador de expressões concretas, nos quais se atribui livre acesso ao simbólico. O entendimento destas formas simbólicas permite a comparação entre o inconsciente e a consciência, pois o universo dos sentimentos e o mundo concreto não estão separados; atravessam-se e são manifestados nas obras artísticas e literárias (DINIZ, 2009).

A figura a seguir ilustra um dos textos escritos por Maria em seu caderno de poesias:

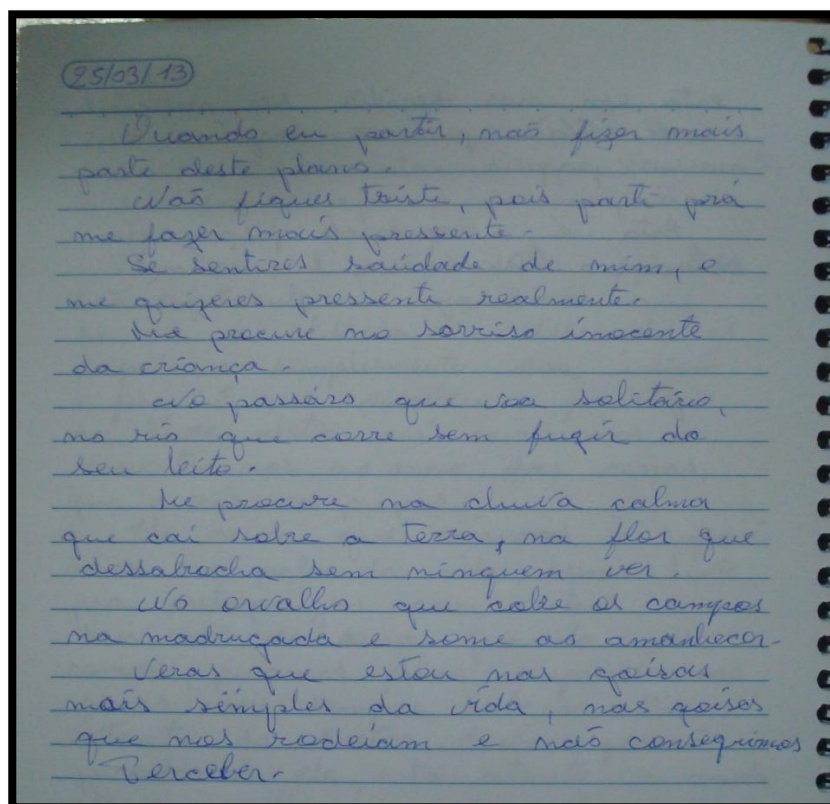


Figura 20: Texto escrito por Maria em seu caderno de poesias.

Fonte: DC – 27/08/2013.

O seguinte relato demonstra de que forma Maria inspira-se para escrever suas poesias:

Maria disse: “Antes eu estava sempre escrevendo, agora eu parei um pouco porque tinha algumas coisas para fazer em casa.” Então perguntei: “De onde vem tanta inspiração?”. E ela respondeu: “Ah! As ideias começam em casa, eu anoto, faço rascunhos, organizo as ideias e depois escrevo. Quero escrever mais uma coisa, mas ainda preciso colocar em ordem as palavras na minha mente.” (DC – 27/08/2013).

Com este breve fragmento retirado do diário de campo, nota-se que Maria, por meio dos pensamentos mais profundos, expressa seus sentimentos através da escrita. É o inconsciente que permite ao indivíduo traduzir formas abstratas em reais, conforme Jung (2000b):

[...] com a mão que guia o creiom ou o pincel, com o pé que executa os passos da dança, com a vista e o ouvido, com a palavra e com o pensamento: é um impulso obscuro que decide, em última análise, quanto à configuração que deve surgir; é um a priori inconsciente que nos leva a criar formas [...] A imagem e a significação são idênticas, e à medida que a primeira assume contornos definidos, a segunda se torna mais clara (JUNG, 2000b, p. 72).

Diante disto, a arte como terapia, utilizada nas oficinas terapêuticas, proporciona o desenvolvimento livre da imaginação, permitindo que o indivíduo participe concretamente da criação imaginada. A arte, de tal modo, despotencializa a carga energética emocional dessas imagens e promove tanto a sua decifração quanto a reorganização interior e a reconstrução da realidade (DINIZ, 2009).

Portanto, estimular expressão de subjetividades singulares e suas diferenças radicais, que rejeitam qualquer tentativa de preconceito e rótulos sobre a loucura, é fundamental para a modernização e organização do trabalho coletivo que motiva qualquer atividade nas oficinas na atenção psicossocial (HERNANDES; BRUNIERA; LUZIO, 2011).

Por fim, devem-se compreender as atividades terapêuticas como um espaço que visa proporcionar o convívio entre múltiplas singularidades, por meio de diferentes formas de expressão – seja corporal, auditiva ou verbal, plástica, entre outras – não se limitando somente aos serviços de saúde mental (PÁDUA; MORAIS, 2010).

Espera-se, por conseguinte, o livre movimento de expressões como palavras, afetividades e criações artísticas na sociedade, para que se promova, assim, uma transformação nos modos de compreensão acerca dos indivíduos com transtornos mentais. A arte possibilita a expressão de emoções, produzindo assim, novas subjetividades e novas formas de ser e estar no mundo. Sendo assim, as oficinas terapêuticas são um importante meio de superação da estigmatização e exclusão da loucura, além de contribuir para a reabilitação psicossocial e reinserção social desses indivíduos que por muito tempo permaneceram estigmatizados.

## **6 Considerações Finais**

Neste momento, é essencial registrar algumas palavras que expressem a importância deste estudo, o qual está relacionado ao contexto de transformações na atenção à saúde mental, tendo em vista os indivíduos em sofrimento psíquico que participam das oficinas terapêuticas expressivas do CAPS II Fragata.

Na década de 1970, o Brasil, sob influência italiana, deu início às reivindicações e aos movimentos pela reforma psiquiátrica, tendo como atores fundamentais os sujeitos com transtornos mentais e seus familiares, bem como os trabalhadores do campo da saúde mental, os quais estavam incomodados com o tratamento que era dispensado nos hospitais psiquiátricos. A partir disto, o antigo modelo hospitalocêntrico foi reconfigurado e transformou-se em novas práticas assistenciais estratégicas, cujo principal objetivo é a reabilitação biopsicossocial e a reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, criaram-se políticas nacionais que redirecionaram o modelo psicossocial e serviços substitutivos ao manicômio, tendo em vista o cuidado em liberdade e a inserção destes indivíduos novamente no meio social. Dentre os serviços de saúde mental destacam-se os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), pois oferecem uma assistência diferenciada a pessoas com transtornos mentais e apoio aos seus familiares, estimulando a sua reinserção na sociedade e proporcionando maior autonomia no exercício da sua cidadania.

Nestes serviços, as oficinas terapêuticas são consideradas ferramentas fundamentais por se constituírem em atividades coletivas, orientadas por profissionais do campo da saúde mental e proporcionam aos indivíduos em sofrimento psíquico a expressão de emoções e dificuldades vivenciadas, além de permitir a reconstrução da sua identidade pessoal.

As oficinas que utilizam atividades artísticas no CAPS permitem a expressão de conflitos internos e externos, valorizando a criatividade e a fantasia, fortalecendo a autoestima e a expressão de subjetividades. Nesse sentido, as oficinas terapêuticas expressivas fundamentam-se no conceito de criação e remetem à ideia de expressão de subjetividades. É nesses espaços que os sujeitos se inspiram, se expressam e concebem novas linguagens, novas maneiras de se relacionar, novos lugares de existência, novos modos de existir no mundo.

Este estudo teve como objetivo central compreender o significado das expressões subjetivas, manifestadas por meio das produções artísticas nas oficinas terapêuticas expressivas, para os usuários do CAPS, tendo como referencial teórico os conceitos da Psicologia Analítica que aborda conceitos sobre o consciente e inconsciente, arquétipos e símbolos do psiquiatra Carl Gustav Jung. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante e fotografias com nove usuários do CAPS II Fragata.

Como objetivos específicos, o estudo propôs: conhecer as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas; identificar as expressões subjetivas manifestadas, por meio das produções artísticas, pelos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas; identificar os significados atribuídos pelos usuários do CAPS às oficinas terapêuticas expressivas, os quais foram todos alcançados.

Inicialmente, foram descritos a contextualização e o histórico da cidade de Pelotas, dando enfoque ao contexto cultural, econômico e social do município. Assim, pela exposição dos dados foi possível observar que a cidade possui potencial frente ao estado e ao país, especialmente pela ampla rede de serviços e recursos humanos relacionados à rede de atenção psicossocial, a qual proporciona assistência que prioriza o tratamento em liberdade. No entanto, é relevante apostar na consolidação dessa rede, para que se eliminem as práticas hospitalocêntricas e as internações psiquiátricas, visando à reabilitação psicossocial e reinserção social.

Posteriormente, foi construído um item relacionado ao contexto histórico e social, ao qual se desenvolveu o CAPS Fragata, sendo descrito também o funcionamento e a estrutura atual do serviço. Observou-se apesar das dificuldades estruturais enfrentadas pelo serviço, que os profissionais buscam promover uma assistência humanizada, respeitando os direitos, a autonomia e a liberdade dos usuários, previstas pelos princípios da reforma psiquiátrica.

Como base nos dados das observações, registradas em diários de campo, também se evidenciou o cotidiano e o contexto das oficinas terapêuticas no CAPS II Fragata, explicitando a vivência diária destes sujeitos nas oficinas e grupos terapêuticos expressivos. Verificou-se a constituição de um importante vínculo entre os sujeitos do estudo e a observadora. Assim, à medida que se estabeleceram estes vínculos de afeto e de respeito, foi possível o desenvolvimento da coparticipação dessas pessoas no enfrentamento das suas dificuldades cotidianas e na melhoria do seu quadro clínico.

Notou-se também que os sujeitos expressavam-se livremente e interagiam entre si, com a equipe e com a observadora, fortalecendo as relações interpessoais e compartilhando experiências e histórias de vida. Dessa forma, as oficinas terapêuticas realizadas no CAPS Fragata apareceram como facilitadoras no processo de relações de troca e socialização. Além disto, os usuários demonstraram apreciação pelo serviço e pelos profissionais, os quais podem ser considerados uma rede de apoio fundamental em suas vidas.

Foram apresentadas também as oficinas terapêuticas como um espaço de expressão das subjetividades, identificando as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários nessas atividades por meio da arte. Notou-se a expressão de diversas emoções, como: alegria, tranquilidade, liberdade, felicidade, serenidade, alívio, descontentamento, ansiedade, tristeza e irritação, reafirmando que as oficinas terapêuticas expressivas proporcionam liberdade de expressão.

O pressuposto central desta pesquisa foi que **as oficinas terapêuticas expressivas constituem-se em importante espaço de expressão de subjetividade dos usuários do CAPS, contribuindo assim para o enfrentamento das suas dificuldades cotidianas, para a reabilitação psicossocial e para a reinserção social**, o qual foi ratificado, uma vez que as oficinas terapêuticas expressivas do CAPS Fragata se configuram em um espaço que respeita os anseios, os sentimentos e as escolhas dos indivíduos em sofrimento psíquico, permitindo a expressão de subjetividades por meio de atividades artísticas.

Ainda, as expressões artísticas neste serviço são um importante recurso terapêutico, pois ao permitirem a manifestação das subjetividades por meio da arte, fizeram o mundo interno emergir para o externo, tornando-se algo palpável e real, o qual os sujeitos tiveram a oportunidade de visualizar concretamente, por meio das produções artísticas (telas, objetos de madeira, artesanato). No que tange a

reabilitação psicossocial, as oficinas terapêuticas foram consideradas ferramentas essenciais, já que possibilitaram ao usuário utilizar-se de subsídios artísticos para descobrir suas potencialidades, enfrentar suas dificuldades diárias e reconquistar seu espaço na sociedade.

A partir do exposto, ressalto a importância desse estudo no contexto das transformações relacionadas à atenção psicossocial, estimuladas pelo movimento de reforma psiquiátrica, pois retrata o contexto das oficinas terapêuticas que permitem aos sujeitos com transtorno mental a expressão de subjetividades por meio destas atividades inovadoras, modificando seu cotidiano e suas vidas, o que impulsiona novas reflexões acerca da construção de políticas de atenção à saúde mental que contemplem as reais necessidades dessas pessoas.

Este estudo destaca-se também levando em conta a existências de poucos estudos com usuários de oficinas terapêuticas que retratem a expressão das subjetividades nestas atividades do CAPS. Nesse contexto, a fim de colaborar para a consolidação da reforma psiquiátrica, o estudo buscou evidenciar as oficinas terapêuticas como um importante instrumento de socialização e reinserção social, já que as atividades estão pautadas na lógica da atenção psicossocial e tem por objetivo fundamental respeitar as diferenças, as subjetividades e a capacidade singular de cada sujeito.

Embora as oficinas expressivas realizadas no CAPS Fragata busquem considerar as peculiaridades de cada pessoa e sejam consideradas um espaço de expressão das subjetividades, algumas dessas atividades não possuem finalidades exclusivamente terapêuticas, tornando-se simplesmente produção artística. Assim, é necessário que os profissionais do serviço atentem para estes aspectos, já que o intuito das oficinas terapêuticas não é a produção e sim a criação expressiva, priorizando a liberdade de expressão.

## Referências

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU, 2005, v. 2, p.45-66.
- ALVES, C. F. O.; RIBAS, V. R.; ALVES, E. V. R.; VIANA, M. T.; RIBAS, R. M. G.; MELO JR., L. P.; MARTINS, H. A. L.; LIMA, M. D. C.; SOUGEY, E. B.; CASTRO, R. M. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Revista Neurobiologia**, Recife, v.72, n.1, p.85-96, jan/mar. 2009.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.73-84.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul/set. 1995a.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995b.
- AMARANTE, P. **O Homem e a serpente: Histórias para a loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 142p.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. v.1, n.1, jan/abr. 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, 120p.
- ARGILES, C. T. L. A.; MACHADO, S. M.; ADAMOLI, A. N.; OTT, J.; CAMPOS, N. L.; PINTO, R. O.; SANTOS, E. L.; KANTORSKI, L. P. Reflexão do processo de trabalho no CAPS Fragata: acolhimento, grupo, oficinas e espaços de convivência. In: COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. (Org.). **Atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária PREC – UFPel, 2010. p.134-153.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumentos para recuperação Psicossocial. **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p.339-345, abr/jun. 2011.
- BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP Online**, v.41, n. especial, p.815-819, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en)>doi:10.1590/S0080-62342007000500013> Acesso em: 16set.2013.
- BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. Acompanhamento Terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. **Revista Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15–32, 2009.

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organizações de instituições para uma psiquiatria reformada. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.41-72.

BRASIL, E. G. M.; JORGE, M. S. B.; COSTA, E. C. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n.3, p.333-338. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS nº 189**, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental (Hospitais Psiquiátricos). 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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, novembro de 2005. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007a. 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431440#>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007 – 2010. Brasília, janeiro de 2011a. 106p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, Brasília, março de 2012a, 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15jun2013.

BRASIL. **Prefeitura Municipal de Pelotas – site**. Disponível em: <<http://www.pelotas.rs.gov.br>> Acesso em: 20set.2013a.

BRASIL. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da População**. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?coduf=43&idtema=119&codv=v01>>. Acesso em: 3 dez. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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, 2013c.

CAVALCANTI, A. M. T.; LOUREIRO, C.; SANTOS, E.; AMENDOEIRA, M. C. R. CAVALCANTI, M. T. Pode a arte ser terapêutica? Reflexões a partir do trabalho desenvolvido com pacientes da “terceira idade” no ateliê da vida do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v.14, n.3, p. 8-22, set./dez. 2003.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizante ou não? **Rev Mal-estar Subjet**, v.5, n.2, p.300-327, set. 2005.

CHERUBINI, K. G. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. **Jus Navigandi**, Teresina, n.1135, ago. 2006.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos**: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. 2006. 168f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº. 311/2007. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.6, p.859-862. 2010.

DALBERIO, M. C. B.; DALBERIO, O. **Metodologia Científica Desafios e Caminhos**. 2ed. São Paulo: Paulus, 2009, 264p.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 3ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 166p.

DINIZ, L. Arte: linguagem da alma. In: MONTEIRO, D. M. R. et al. (Org.). Arteterapia: arquétipos e símbolos. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2009. p.19-43.

DIONISIO, G. H. **O Antídoto do Mal**: crítica de arte e loucura na modernidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 193p.

DOMINGUES, M. A. **A psicanálise e a arte**: a construção de ofícios terapêuticos em saúde mental. 2009. 195f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.

DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. **Int J Technol Assess Health Care**, v.4, p. 487-96. 1988.

FADIMAN, J. ; FRAGER, R. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Harbra, 1986.

FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. **Psicologia: ciência e profissão**. v.27, n.2, p.194-207, jun. 2007.

FERREIRA, G. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma Análise Sócio Política. **Psicanálise Barroco – Revista de & Psicanálise**. v.4, n.1, p.77-85, jun. 2006.

FERREIRA, G. B. **As redes sociais de moradores de um Serviço Residencial Terapêutico e suas contribuições para a desinstitucionalização da loucura**. 2011. 70f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978, 608p.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. **Estud av**, São Paulo, v.17, n.49. 2003.

GONÇALVES, A.; SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.9, n.2, p.48–55, mar. 2001.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. p.294.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey Bass Publishers. 1998. 423p.

GUEDES, A. C.; KANTORSKI, L. P.; PEREIRA, P. M.; CLASEN, B. N.; LANGE C.; MUNIZ, R. M. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev Eletr Enf**, v.12, n.3, p. 547-553. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>> Acesso em: 05out.2013.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008. p.23-58.

HERNANDES, K. M.; BRUNIERA, M. S.; LUZIO, C. A. Oficina na Atenção Psicossocial: experimentações com a palavra. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.10, n.1. 2011.

HYDE, M.; MCGUINNESS, M. **Entendendo Jung**. São Paulo: Leya, 2012. 176p.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3051-3060. 2011.

JUNG, C. G. **Memórias, Sonhos, Reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1962.

JUNG, C. G. **Psicologia do Inconsciente**. OC VII/1. Petrópolis: Vozes, 1987.

JUNG, C. G. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo**. Petrópolis: Vozes, 2000a.

JUNG, C. G. **A natureza da psique**. Petrópolis: Vozes, 2000b.

KANTORSKI, L. P. O cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: VALLADARES, A. C. A. (Org.). **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004. p.15-30.

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; JARDIM, V. M. R.; FERREIRA, G. B.; PINHEIRO, G. E. W.; ALMEIDA, L.; FRANZMANN, U. T.; NADAL, M. C. Aspectos relacionados à plasticidade de um centro de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Revista de Enfermagem em Saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p.60-68, jan/mar. 2011.

LAPPANN-BOTTI, N. C. **Oficinas em saúde mental: história e função** [Doutorado]. 2004. 244f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

LAPPANN-BOTTI, N. C.; LABATE, R.C. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto Enferm**, v.13, n.4, p.519-526, out./dez. 2004.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.198-205. 2009.

LIMA, E. A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008. p. 59-81.

LIMA, E.M.F.A.; PELBART, P.P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **Hist. Cienc. Saude - Manguinhos**, v.14, n.3, p.709-35, 2007.

MACIEL, K. D. B.; LIMA, R. B. A Eficácia das Oficinas Terapêuticas na Reinserção Social dos Usuários de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Psicologado – Artigos de Psicologia**. 2012. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/a-eficacia-das-oficinas-terapeuticas-na-reinsercao-social-dos-usuarios-de-centro-de-atencao-psicossocial-caps#ixzz2M9nwOVZv>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

MARTINS, A. K. L.; OLIVEIRA, J. D.; SILVA, K. V. L. G.; MOREIRA, D. A.; SOUZA, A. M. A. Therapeutic workshops in the perspective from CAPS' users: a descriptive study. **Rev Enferm UFPE Online**, v.4, n.1, p.70-76. 2010.

MARTINS, P. H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p.61-89.

MENDONÇA, T. C. P. As Oficinas na Saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. Cienc. Prof.** Brasília, v.25, n.4, p.626-635, dez. 2005.

MENESES, B. H. R.; PINTO, F. K.; CARDOSO, G. S.; CRUZEIRO, A. L. S. Percepção dos usuários e familiares quanto a reabilitação através da participação em oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial. In: COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P (Org.). **Atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária PREC – UFPel, 2010. p.93-107.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.159-164, jun/fev. 2009.

MIELKE, F. B; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V. M. R. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.265-276, jul./out. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MONTEIRO, R. L.; LOYOLA, C. M. D. Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.3, p.436-442. 2009.

MONTEIRO, D. M. R.; RAMOS, A. J. D.; BRENTAN, C. C.; DINIZ, L.; CHALUB, L. Arteterapia: arquétipos e símbolos. Rio de Janeiro: Wak, 2009. 144p.

NUNES, B. A visão Romântica. In: GUINSBURG, J. (Org.) O Romantismo. São Paulo: Perspectiva. 1993. p.51-74.

OLIVEIRA, J. A. M. **O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe**: um problema clínico-político. 2006. 106f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

PÁDUA, F.H.P.; MORAIS, M.L.S. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. *Revista de Psicologia USP*, São Paulo, v.21, n.2, p.457-478, abr/jun. 2010.

PELOTAS. Decreto nº 5.546, de 02 de Julho de 2012. Cria o Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial. **Prefeitura Municipal de Pelotas**, 2012.

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, p.658-664. 2007.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.

PRATA, N. I. S. S. As oficinas e o ofício de cuidar. In: COSTA, C. M., FIGUEIREDO A. C. (orgs). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p.161-166.

RAUTER, C. Oficinas pra quê? Uma proposta ético-estético-política para as oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. **Ensaio**: Subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 267-277.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Min Enferm**, v.12, n.4, p.516-522, out./dez. 2008.

RIBEIRO, R. C. F. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: COSTA, C. M., FIGUEIREDO, A. C. (orgs). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p.105-116.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852. Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. **Coleção de Leis do Império do Brasil - 1852**, v.1, pt.II, p.442, 1852.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.37, n.97, p.324-335, abr./jun. 2013.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001. p.111-142.

SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W.; NASI, C. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n.4, p.520-526. 2007.

SILVA, T.J. Caleidoscopias narrativas: a outra desinstitucionalização da loucura. In: VALLADARES, A. C. A. (Org.). **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004. p.31-51.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, n.4, p. 591-595. jul/ago. 2005.

SOUZA, J., KANTORSKI L. P., PINHO, L. B. Reforma psiquiátrica, movimento antimanicomial e o modelo de reabilitação psicossocial: conversando sobre liberdade e cidadania. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v.3, n.3, p.330-36, jul/set. 2009.

TAVARES, C. M. M. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Rev Bras Enferm**, v.56, n.1, p.35-39. 2003.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p25-59, jan.-abr. 2002.

WILHELM, R.; JUNG, C. G. **The Secret of the Golden Flower**. London: Routledge, 1962.

## **Apêndices**

## Apêndice A

### **Carta de autorização a coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Fragata**

Prezado(a) Coordenador(a)

Solicito a V. Sr.(a) a autorização para realizar o estudo com usuários de saúde mental, participantes das atividades oferecidas pelas oficinas terapêuticas do serviço. A pesquisa intitulada **“Arte e Saúde Mental: As oficinas terapêuticas como um espaço de expressão das subjetividades”** tem como objetivo principal Conhecer as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas. Essa pesquisa é um subprojeto da pesquisa **“AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II”**. Se autorizado, os dados serão coletados 2013, iniciando a coleta possivelmente no mês de abril do referido ano no serviço. Em anexo, encontra-se uma cópia do projeto, contendo as informações necessárias para sua apreciação.

Este estudo consistirá em um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências, com ênfase em Enfermagem, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O estudo será desenvolvido pela mestranda Gabriella Bastos Ferreira, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciane Prado Kantorski.

Deste modo, agradecemos a atenção dispensada a nosso pedido.

---

Enf<sup>a</sup> Mestranda Gabriella Bastos Ferreira

Pelotas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## Apêndice B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

| ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DE CAMPO                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Arte e saúde mental: oficinas terapêuticas como espaço de expressão das subjetividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| O que observar?                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Oficinas terapêuticas de expressão</b>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de atividade (pintura, desenho, artesanato,...);</li> <li>• Local da oficina;</li> <li>• Duração da oficina;</li> <li>• Profissional que conduz a oficina;</li> <li>• Técnicas utilizadas;</li> <li>• Materiais utilizados;</li> <li>• Objetivo da oficina;</li> <li>• Número de participantes.</li> </ul>                 |
| <b>Usuários de Saúde Mental</b>                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimentos que surgem durante a oficina;</li> <li>• Expressão de ideias e sentimentos através da produção artística;</li> <li>• Materiais escolhidos;</li> <li>• Produção: observar traços, cores, formas de representação;</li> <li>• Benefícios e/ou prejuízos ocasionados pela atividade (opinião dos usuários).</li> </ul> |
| <b>Oficinas terapêuticas como um todo</b>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização;</li> <li>• Aproveitamento do tempo;</li> <li>• Relação entre os participantes;</li> <li>• Relação dos participantes com o profissional mediador da atividade;</li> </ul>                                                                                                                                           |

**OBS:** No decorrer das observações, anotar as percepções e impressões do observador sobre cada aspecto que foi observado.

### Apêndice C – Autorização para registro e divulgação de fotografias

Caso concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada “**Arte e saúde mental: as oficinas terapêuticas como espaço de expressão das subjetividades**”, autorizando a coleta de dados do estudo, eu, \_\_\_\_\_ autorizo o registro e divulgação de fotografias durante o período de coleta de dados da referida pesquisa. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo principal: Conhecer as expressões subjetivas manifestadas pelos usuários do CAPS nas oficinas terapêuticas expressivas. Asseguramos o anonimato dos sujeitos, o livre acesso aos dados e a liberdade de não participação em quaisquer fases do processo.

LOCAL/DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**OBS:** Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Gabriella Bastos Ferreira

Telefone: (53) 84584379

E-mail: gabriellabferreira@gmail.com

## **Anexos**

## Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**Universidade Federal de Pelotas**  
**Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia**  
**Departamento de Enfermagem**

### **CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA** **(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AValiação DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II**", autorizando a observação, a entrevista, a realização de grupo focal e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

*Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.*

*Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo e do anonimato.*

*Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.*

LOCAL/DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

**OBS:** Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas  
Prof<sup>a</sup>. Luciane Prado Kantorski.  
Telefone: 53-39211427 ou 53 - 99832430. E mail: [kantorski@uol.com.br](mailto:kantorski@uol.com.br)  
Prof<sup>a</sup> Vanda Maria da Rosa Jardim – Fone 53-9983 4062

## Anexo B – Ofício de Aprovação do Comitê de Ética

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N.º 176/2011

Prof.ª Dra. Luciane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

**PARECER PROJETO DE PESQUISA**

Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II”**.

Protocolo interno N.º 017/2011

---

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.

  
Prof.ª Dr.ª Manliu Correa Soares  
Coordenadora CEP-FEN-UFPEl  
COREN-RS 21885