

Joana Anschau Roman

ARTE E SAÚDE:
UMA INTERFACE A SERVIÇO DA INTEGRALIDADE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros.

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Anschau Roman, Joana

Arte e saúde : uma interface a serviço da integralidade
/ Joana Anschau Roman ; orientador, Marco Aurélio Da Ros -
Florianópolis, SC, 2013.
110 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Interface Arte e Saúde. 3.
Integralidade. 4. Cuidado. 5. Práticas de arte em saúde.
I. Da Ros, Marco Aurélio . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
III. Título.

Ficha banca

Dedico esse trabalho a todas as almas artistas
que de alguma forma me inspiraram.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, por toda dedicação, apoio e incentivo. Sem eles não teria sido possível.

Agradeço ao meu companheiro, por todo amor, paciência e ajuda em mais esse percurso.

Ao meu orientador, Prof. Marco Aurélio Da Ros, por ter me acolhido e ter aceitado entrar comigo nessa jornada indefinida. Esse trabalho só poderia ter acontecido com o seu apoio e dedicação.

À Luana Wedekin pela co-orientação, mas principalmente por todo carinho e suporte na primeira etapa desse trabalho.

Ao Programa de Saúde Coletiva, por todos os ensinamentos que tive nesse período, em especial aos colegas pelas trocas realizadas nesse percurso.

À Capes por ter apoiado esse projeto.

Às minhas queridas amigas que estiveram ao meu lado nessa jornada, Jaqueline, Thaís, Gláucia, Marília e Naiana.

Aos colegas de profissão naturólogos pela nossa família.

À colega de trabalho Gi, por ter me ajudado numa hora difícil.

Ao Jackson, que consertou meu computador quando eu mais precisava.

*Nem posto, nem exposto, incessantemente
exposto.*

Michel Serres

*A arte celebra com intensidade peculiar os
momentos em que o passado reforça o presente e
em que o futuro é uma intensificação do que
existe agora.*

John Dewey

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo explorar as práticas de arte em saúde e sua possível relação com a Integralidade. Foram utilizadas quatro distintas abordagens dessa interface, que foram escolhidas a fim de ressaltar a pluralidade deste tema e também por serem práticas com maior impacto social, são elas: arteterapia junguiana, arteterapia gestáltica, doutores da alegria e práticas de arte em terapia ocupacional. Para isso foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória por meio de investigação documental realizada nos principais documentos destas abordagens. Os resultados constataam que essas abordagens amparam os seguintes preceitos: (1) ética de cuidado em saúde; (2) autonomia e emancipação – marco conceitual da promoção da saúde; (3) prevenção, tratamento e reabilitação; (4) luta social no enfrentamento de modelos hegemônicos em saúde, criando espaços para a inclusão social. Tais preceitos encontrados nestas práticas são coerentes com os princípios da noção de Integralidade. Através deste estudo conclui-se que as práticas de arte são ferramentas valiosas para a implementação da Integralidade.

Palavras-chave: Interface Arte e Saúde. Práticas de arte em saúde. Integralidade. Cuidado.

ABSTRACT

This paper aims to explore the art practices in health and the possible relation with Integrality. The research used four distinct approaches that interface, were chosen in order to emphasize the plurality of this topic and also because they are practice with greater social impact, they are: Jungian art therapy, gestalt art therapy, doctors of joy and art practices in occupational therapy. For that we conducted a qualitative exploratory study using documentary research performed in the main documents of these approaches. The results conclude that the approaches bolster the following precepts: (1) ethics of health care; (2) autonomy and emancipation - conceptual framework of health promotion; (3) prevention, treatment and rehabilitation; (4) social struggle in confronting the hegemonic models in health, creating spaces for social inclusion. Such precepts found in these practices are consistent with the principles of the notion of Integrality. Through this study it is concluded that art practices are valuable tools for the implementation of Integrality.

Key-words: Art and Health interface. Art practices in health. Integrality. Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Justificativa.....	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	Marco contextual.....	22
2.1.1	Processo saúde-doença.....	22
2.1.2	Arte.....	26
2.1.2.1	<i>Arte em saúde: a psiquiatria.....</i>	<i>30</i>
2.1.2.2	<i>Lúdico.....</i>	<i>34</i>
2.2	Marco Conceitual.....	36
2.2.1	Integralidade.....	36
2.2.1.1	<i>Integralidade: lugar de disputa ideológica.....</i>	<i>37</i>
2.2.1.2	<i>Cuidado.....</i>	<i>40</i>
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
3	ANÁLISE DOS DOCUMENTOS.....	50
4.1	Arteterapia.....	50
4.1.1	Arteterapia Junguiana.....	51
4.1.2	Arteterapia Gestáltica.....	57
4.2	Doutores da Alegria.....	61
4.3	Práticas de Arte em Terapia Ocupacional.....	66
5	DISCUSSÃO.....	70
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
7	REFERÊNCIAS.....	74
8	ARTIGO RESULTANTE DA PESQUISA.....	87

1 INTRODUÇÃO

Desde a época das cavernas os seres humanos, conforme Ciornai (2004) desenhavam imagens que buscavam representar, organizar, significar e assenhorar-se do mundo em viviam. E, como aponta Machioldi (2007), já nesses tempos remotos a arte foi vista enquanto atividade curativa, pois fazia parte de diversos rituais em variadas culturas, além de ser um meio de expressão, de comunicação e de linguagem, feita através da troca de energia entre o criador e o objeto criado. Chauí (2011) lembra ainda que a arte busca exprimir as formações sociais em que nascem e nas quais vivem, uma vez que ela é socialmente determinada.

No mundo moderno, de acordo com Ferraz (1998) percebe-se que os campos da arte, psicanálise e psiquiatria definiram suas bases renovadoras em momento histórico semelhantes. No campo das artes esse momento histórico se refere à alta ascensão do capitalismo industrial, juntamente com o advento de meios tecnológicos de cópia e fotografia, liberando o artista da criação de representações do mundo e abrindo a possibilidade de criação conforme sua individualidade.

No campo da saúde, expõe Ferraz (1998), um dos marcos teóricos que representam essa ruptura com as tradições anteriores foi o advento e reconhecimento da psicanálise, nesse caso, a teoria do inconsciente, que transforma a forma como as pessoas, artistas e sociedade se relacionam com a arte. Decorrente dos estreitos limites quanto ao tratamento de doentes psiquiátricos a arte encontra sua primeira entrada como forma de diagnóstico, ainda no fim do séc. XIX, porém, devido a violência presente nas instituições psiquiátricas, logo torna-se imprescindível no desafio de inventar uma nova clínica com possibilidade de encontro entre os agentes de saúde e usuários.

As formas de arte que se inserem hoje no campo da saúde, para Ciornai (2004) visam e favorecem a ênfase nos aspectos positivos e saudáveis do ser humano. Ao dar expressão ao seu poder criativo as pessoas reconhecem sua própria força e sensibilidade, favorecendo a relação com as diversas formas de saúde, bem como o crescimento individual e coletivo. Ressaltando ainda que a compreensão de saúde neste trabalho será compreendida como fruto de condições sociais, de bens e serviços que permitam o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades.

Portanto, onde entra a arte nessa compreensão de saúde?

A arte possui a missão de resgatar, conforme Lahorgue (2006) em cada sujeito sua capacidade de perceber as complementaridades das

relações humanas com o meio e constituir espaços para o desenvolvimento das suas capacidades sem o amordaçamento e o controle de conhecimentos, visando à produção de saberes em saúde que permitam implementar, nos meios mecanicistas, a sensibilidade e os processos criativos, inerentes ao ser humano.

Vale problematizar, que a primeira proposta dessa pesquisa era trabalhar com as práticas de arte e promoção de saúde, decorrente dessa compreensão ampliada de saúde. Porém logo percebeu-se que existem diversas abordagens de arte no campo da saúde, que pensam tanto a saúde, quanto a sua relação com a arte de formas diferentes. Por essa razão torna-se necessário dar crédito à essa pluralidade, entendendo que a arte pode ser sim promotora de saúde, mas pode também ter sua potencialidade no campo da prevenção, do tratamento e recuperação e da inclusão. A fim de valorizar essas diferenças e não fragmentá-las, alcança-se então a noção de Integralidade, não apenas enquanto capaz de lidar com os três níveis de atenção, mas também de romper com eles, com a proposta de um novo olhar ao campo saúde e seus protagonistas.

Dessa forma depara-se com a implicação real de se pensar as práticas de arte como possível prática integral de atenção à saúde, em primeiro lugar por ser a Integralidade um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, para autores como Giovanella *et al.* (2002) e Mattos (2004), é o princípio menos visível e mais ausente nas discussões. E em segundo lugar, a Integralidade, de acordo com Tesser e Luz (2008) é um problema epistemológico para a racionalidade biomédica, pois ela não é somente um projeto ideal, mas também uma missão ética, deslocada dos valores e da estrutura que representam os saberes e as práticas especializados.

Dado isso, e o ensejo de estudar a interface Arte e Saúde essa pesquisa busca verificar os diferentes aspectos da Integralidade que as práticas de arte contemplam. Foram tomadas como exemplo quatro abordagens distintas de práticas de arte em saúde, tais abordagens foram escolhidas a fim de ressaltar a pluralidade deste tema e também porque acredita-se que sejam práticas com impacto social e conseqüentemente importante discussão para a Saúde Coletiva. São elas: Arteterapia Junguiana e Gestáltica, Doutores da Alegria e arte em Terapia Ocupacional, a fim de explorar suas abordagens, bem como compreender os aspectos relevantes para a noção de Integralidade. Para isso, o objetivo dessa pesquisa contempla a exploração e descrição das práticas de arte em saúde e sua relação com a Integralidade e também, verificar em que sentidos as práticas de arte na saúde estão presentes na noção de Integralidade.

1.1 Justificativa

Através de uma pesquisa com artistas anônimos, Bilbao e Cury (2008), constatam que fazer arte gera auto-estima, encoraja a experimentação, desperta novas habilidades, e ainda, que as pessoas em experiências criativas e artísticas são mais espontâneas e autoconfiantes, sentem felicidade e realização, livres de bloqueios, medos e autocríticas. Concluem, portanto, que os processos criativos através das práticas artísticas desenvolvem potenciais oferecendo oportunidades para crescimento e mudança, indicando que o exercício da criatividade exerce papel importante na saúde do indivíduo.

Nos últimos 20 anos, de acordo com Lima (2008) houve um expressivo aumento quanto à construção de práticas nas quais atividades expressivas, e criativas, associadas a abordagens sociais, estéticas e psicodinâmicas estão sendo chamadas a participar de um processo de transformação das instituições de saúde. A interface Arte e Saúde é compreendida por Castro (2007), como projeto para a emancipação do ser humano e de abertura de espaços relacionais, sociais, criativos e educacionais nas instituições de saúde.

As práticas de arte em saúde tiveram intensa possibilidade de expansão graças às equipes de atendimento psiquiátrico, que estavam às voltas com o desafio de inventar uma nova clínica e uma possibilidade de encontro entre usuário e agente de saúde. Lima (2008) aponta que, a partir desse encontro o objeto de intervenção foi se transformando, deixando de ser a doença ou a violência da instituição, para se tornar a existência complexa do sujeito, seu sofrimento, suas experiências, seu discurso, seus sintomas, sua relação com o grupo familiar e o desenvolvimento de suas próprias possibilidades de relação, criatividade e produção. Portanto, Calicchio (2007) entende que como fruto da revalorização de atividades artísticas junto ao tratamento psiquiátrico e de reabilitação psicossocial, muitos projetos surgiram e vêm incorporando o setor saúde de variadas formas, para além de uma proposta exclusivamente terapêutica, finalidades político-sociais orientadas para o exercício da cidadania, a inclusão social e a melhor qualificação da participação dos usuários na vida pública e cultural.

Para Lima *et al.* (2009), o desenvolvimento das propostas contemporâneas que se situam na interface da Arte e da Saúde apresentam aberturas no processo de produção de saúde que pressupõe troca de saberes e diálogos que muitas vezes ultrapassam as fronteiras das práticas tradicionais em saúde. Nessa perspectiva, essa interface só é

possível devido à complexidade de ambas e sua relação com a vida e seu significado, portanto Lima (2008) aponta que, a reinvenção da arte é a condição para que ela possa intervir na transformação radical do homem e do mundo, assim fazendo, ela realiza e ultrapassa as categorias de arte, tornadas categorias de vida, seja pela recriação da arte como vida seja, pela estetização do cotidiano.

Dentro disso, é possível notar que essas práticas estão se tornando mais acessíveis e conhecidas, pois ocupam distintos papéis nas instituições de saúde, seja pelo seu fim expressivo, como no campo da saúde mental, seja pelo seu fim recreativo, inclusivo, promotor saúde, seja pelo seu fim terapêutico. Contudo, devido ao pouco reconhecimento, as intervenções artísticas muitas vezes são trivializadas por profissionais despreparados. Os profissionais da saúde, de acordo com Masetti (2008) são muito bem preparados para lidar com doenças, alguns com doentes, raríssimos são os preparados para lidar com pessoas e saúde. Pois, de forma geral, as artes exigem uma formação sensível, que muito pouco tem haver com a abordagem mecânico-reducionista do ensino da maioria das profissões de saúde no Brasil, sendo que é necessário um profissional capaz de estabelecer uma relação com o usuário/paciente. Qualquer processo terapêutico, conforme acreditava Nise da Silveira (1981), deveria ser acompanhado de forma adequada e cuidadosa, com sensibilidade para perceber as manifestações dos pacientes, fundamentais para dar continência às experiências, para não apressar as coisas e para estimular processos de criação, que só poderiam se desenvolver se ele encontrasse o suporte do afeto, que para ela é o disparador do processo de cura.

A arte enquanto instrumento tecnológico no campo da saúde, lembram Couto *et al.* (2009), exerce importante função de desalienação e desvendamento do olhar, não apenas sobre os sujeitos, mas também sobre os profissionais, que tem a possibilidade de compreender a realidade histórica do desenvolvimento da saúde.

Admite-se com isso que essa é uma importante discussão para a Saúde Coletiva, pois como consequência do saturamento do modelo tecnocientífico de cura e a necessidade de novas formas de cuidado em saúde, as práticas de arte tem se tornado cada vez mais presente em diversos contextos de saúde, embora ainda de forma tímida na academia e produções acadêmicas. Através da noção de Integralidade, pois esta tem acolhido em suas discussões essa crítica ao modelo estabelecido, bem como também tem se mostrado um campo fértil e aberto para novas propostas no campo da saúde.

Assim torna-se necessário levantar essa questão, pois na produção desse trabalho percebi que existem muitos pontos importantes em que as práticas de arte estão presentes, nas práticas antigas de tratamento e prevenção bem como em novas formas de cuidado, como na promoção da saúde e também em contextos políticos de saúde, dentre eles, a inclusão social. Por tal motivo, acredita-se na existência de pontos de convergência entre ambas abordagens.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Marco Contextual

Apresenta-se a seguir os principais temas a serem discutidos por esta tese, seu contexto, como foram historicamente construídos para que culminassem no que vem a ser a proposta deste trabalho e constituir assim o marco contextual.

2.1.1 Processo saúde-doença

Partindo de diversos referenciais, tais como o foucaultiano e da medicina social, por exemplo, a discussão do processo saúde-doença, bem como a crítica aos modelos de saúde, já podem ser considerados como fundamentos da Saúde Coletiva. Sendo assim, é imprescindível para os objetivos desse trabalho que essa discussão esteja presente, uma vez que ela funda a proposta da Integralidade.

Decorrentes do desenvolvimento histórico que vem preconizando cada vez mais práticas de saúde especializadas, as noções de saúde e doença encontram ainda hoje dificuldades de serem trabalhadas a partir de uma perspectiva ampliada, e tornam-se uma grande complicação na real implementação do Sistema Único de Saúde do país.

Como ponto fundamental da discussão, entende-se aqui que saúde não é o contrário de doença, nem sua ausência, e que doença não é apenas uma disfunção fisiológica causada por um agente externo. De acordo com Canguilhem (2009) a doença pode ser uma experiência de inovação positiva do ser humano e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo. A experiência do estado patológico não pode ser abatida da experiência da saúde, “[...] a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida.” (CANGUILHEM, 2009, p. 73). Nesse sentido, Caponi (2003) lembra que a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença são os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo, como o sofrimento, a dor, o prazer.

Dado isso, Canguilhem (2009) considera ainda que, para a saúde, é necessário partir da dimensão do ser, pois é nele que ocorrem as definições do normal ou patológico, desse modo o ser humano precisa conhecer-se, saber considerar as transformações sofridas e identificar os sinais expressos por seu corpo.

Compreendido isso, a saúde será aqui concebida como,

[...] um conceito dinâmico, multidimensional, qualitativo e evolutivo, envolvendo potenciais de realização humana em suas esferas fisiológicas, psíquicas e espirituais. O conceito de saúde humana implica o entendimento dos processos e condições que propiciam aos seres humanos, em seus vários níveis de existência e organização (pessoal, familiar e comunitário), atingir certos objetivos, realizações ou ciclos virtuosos de vida embutidos na cultura e nos valores das sociedades e seus vários grupos sociais. A saúde possui, portanto, além das biomédicas, dimensões éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam nas estruturas de poder e distribuição de recursos existentes. (PORTO, 2007, p.82).

Ampliando ainda esse conceito, a definição da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), afirma que a saúde é a resultante das condições de alimentação, educação, habitação, posse da terra, meio ambiente, renda, trabalho, emprego, transporte, liberdade, lazer e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Ainda para Laurell (1997), a saúde é vista como necessidade humana e sua satisfação integra imediatamente um conjunto de condições, bens e serviços que permitam o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conforme o nível de recursos sociais presentes e os padrões culturais específicos de cada contexto.

Nesse sentido, a saúde, vista em sua positividade, é compreendida como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação da sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes. Portanto, conforme Giovanella *et al.* (2002), é necessário entender a dinâmica da saúde como uma acumulação social, que resulta e se expressa no estado de saúde. De forma que a concepção da produção social da saúde, além de dar conta de um estado de saúde em permanente, permite a ruptura com a idéia de um setor de saúde isolado ou definido. A saúde deixa de ser o efeito de uma intervenção isolada e especializada sobre alguns fatores e passa a ser um produto social que

resulta de fatos políticos, econômicos, ideológicos e cognitivos. Logo, a saúde define-se, portanto, como um campo de conhecimento que requer a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

A partir disso, abrir novas possibilidades na concepção do processo saúde e doença é entender a saúde como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à ideia de doença, com repercussões na vida social e nas práticas cotidianas das pessoas e dos serviços de saúde em geral.

O ato assistencial, na forma que foi historicamente construído, está fundado no ato de cuidar, o qual para Ayres (2001) não deve ser apenas uma pequena e subordinada tarefa das práticas de saúde, a atitude “cuidadora” precisa se expandir para a totalidade das intervenções e reflexões no campo da saúde.

Porém essas práticas de saúde estão atravessando uma importante crise em sua história. Em contraste com o significativo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérios entraves em responder de forma efetiva às complexas necessidades de saúde de populações e indivíduos, já que conforme Carvalho (2005) há uma enorme tendência em tratar a saúde não como direito adquirido e sim como mercadoria.

Campos (1997) apresenta a burocratização das organizações de saúde, a tendência corporativa dos profissionais de saúde e a degradação da clínica pela medicina de mercado como uma herança de limitada capacidade de resolver problemas por parte dos serviços de saúde, descompromisso com a cura ou com a promoção da saúde e alienação. Essa degradação, conforme o autor, não mais se expressa como exceção à regra, mas quase constitui uma marca da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido geral.

Guizardi e Pinheiro (2006) lembram que historicamente o campo da saúde balizou suas intervenções pela referência da normalização e do poder disciplinar, por um exercício de poder-saber técnico, cujo principal efeito pode ser constatado na produção de um outro objeto de intervenção, desprovido de desejo, singularidade, história e saber.

Para Luz (2006) o capitalismo trouxe consigo diversos problemas sociais que já é conhecido e estudado por diversos autores, mas trouxe também uma crise ética com o desabamento de certos valores fundamentais para a coesão social. Essa crise propicia para o mundo das relações socioculturais um processo de interiorização, que é a ruptura gradual do tecido social, e produz com isso, perdas de sentido culturais. Tal fato acarreta graves consequências para o bem estar das

populações, pois provoca sentimentos de instabilidade, perigo, desamparo e isolamento, gerando um estado de constante vulnerabilidade orgânica, que predispõe o adoecimento. Esse processo social vivido atualmente é descrito pela autora como uma crise sanitária.

Acreditamos que o importante neste momento é perguntarmos que funções culturais estão sendo exercidas atualmente pela saúde enquanto setor social, isto é, pelo universo do cuidado e das práticas terapêuticas, ou de práticas concebidas como 'saúde' em seu sentido mais amplo. Estaria a saúde, visto como um conjunto de saberes e de práticas com maior ou menor grau de institucionalização, ocupando espaços de sentido e de atividades que em princípio outras áreas do viver social deveriam ou poderiam assumir? Ou que em outras épocas ou sociedades já assumiram? Que áreas seriam essas? Foram elas suprimidas pelos valores dominantes? Seria a atual sociedade uma sociedade 'doente', fragilizada pelas relações de trabalho, pelas relações sociais em geral, e pela (ausência de) ética, explicitada nos valores hostis à vida social que a caracterizam? (LUZ, 2006, p. 18).

Partindo dessa reflexão, a saúde, ainda segundo a autora, tornou-se na sociedade atual - capitalismo contemporâneo -, um reservatório de significados e sentidos que não encontram refúgio na ordem racionalizada. Não obstante, a saúde está preenchendo funções, antes partilhadas por outras instâncias da sociedade em sua dimensão cultural, que estão ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer. Portanto, "a demanda pela saúde é uma demanda por símbolos, por um universo simbólico que está desencantado pela racionalidade econômica do capitalismo." (LUZ, 2006, p.19).

A promessa de uma vida melhor, de felicidade e de tantas outras coisas prometidas a nós pela sociedade está é claro localizada no poder econômico, como isso só é possível para poucos, toda essa expectativa chega ao setor saúde, dentro das muitas formas que lhe concernem atualmente.

De acordo com a organização mundial da saúde, estudos transculturais realizados em diversos países apontam vários fatores relacionados à maior prevalência de transtornos mentais e

comportamentais, sendo estes cerca de duas vezes mais comuns entre populações pobres do que ricas. (OMS/OPAS, 2001). Contudo, esses agravos psicossociais, denominados por alguns autores como “mal-estar”, “sofrimento difuso”, não caracterizam doença na lógica biomédica, porém, são as queixas mais recorrentes dos pacientes que se dirigem aos serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para o sofrimento. (WHO, 2001).

A desorganização do tecido social apontam Lacerda e Valla (2006), é fruto de diversos fatores, tais como: precárias condições de vida, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, o risco iminente de desemprego, a violência, a urbanização ou a migração. Acarreta a desintegração dos laços sociais, a dificuldade de estabelecer vínculos e a contração das redes de apoio social, para os autores, quanto mais os vínculos sociais se desfazem, maior é a probabilidade de adoecimento e sofrimento.

A sociedade civil, segundo Luz (2006), usa as práticas de saúde como estratégias de atribuição de novos sentidos à saúde, de reposição de valores de solidariedade e de ressignificação da vida. Refazendo assim, mesmo que de forma modesta, o tecido social rompido pela lógica das relações sociais dominantes. “De forma molecular, prepara um novo tecido, com novos valores, expressando outra ética, que substituirá os velhos valores e a velha ética que eles exprimem agora.” (LUZ, 2006, p.20).

Dessa forma, aponta Ayres (2004), as propostas de Integralidade e humanização no cuidado em saúde têm construído alternativas criativas para essa crise e para a organização das práticas de saúde no Brasil.

2.1.2 Arte

A arte é, provavelmente, uma das formas de linguagem mais antigas conhecidas pelo homem e foi, através de muitos séculos, a principal forma do homem se comunicar com o mundo (GOMBRICH, 2008). A arte pode ser considerada, segundo Ostrower (2003), uma linguagem universal, que atravessa séculos e milênios, fronteiras geográficas, culturas das mais diversas e consegue preservar significados para os que viverão amanhã. Para essa autora, a arte surge com como uma linguagem natural dos homens e todos os seres humanos dispõem das potencialidades dessa linguagem e usam seus elementos com a maior espontaneidade ao comunicarem-se uns com os outros. E,

portanto, a arte continua sendo uma necessidade para os homens, caminho essencial de conhecimento e realização de vida.

De acordo com Fisher (2002, p. 13) a arte sintoniza o homem com o meio circundante, pois ele anseia em ser um homem total, além de sua individualidade, num mundo em que haja significação, “[...] anseia por unir a arte o seu ‘Eu’ limitado com uma existência humana coletiva e por tornar social sua individualidade.”. Sente que só pode atingir sua plenitude apoderando-se das experiências alheias que potencialmente lhe pertencem, que poderiam ser suas. Assim, a arte é o meio indispensável para essa união do indivíduo com o todo, pois espelha a infinita capacidade humana de associação e circulação de experiências e ideias.

Nesta perspectiva, Bosi (2000), afirma que é necessário reconhecer que, desde a pré-história a arte tem representado uma atividade fundamental do ser humano. Para esse autor, a arte manifesta, de modo específico, o momento dos homens entrarem em contato consigo mesmo e com o universo. De maneira que, conforme Chauí (2011), ao interpretar a própria realidade e buscar pela expressão da verdade, a arte, enquanto caminho de acesso ao real, possibilita a revelação do sentido do mundo e das coisas.

Segundo o dicionário Aurélio (2009) arte é capacidade que o ser humano tem de por em prática uma ideia, valendo-se da faculdade de dominar a matéria; atividade que supõe a criação de sensações ou de estados de espírito de caráter estético, carregados de vivência pessoal e profunda, podendo provocar em outrem o desejo de prolongamento e de renovação; capacidade criadora de expressar ou transmitir sensações e sentimentos. Complementando com Houaiss (2004), arte é o uso de habilidades nos diversos campos da experiência e da prática humana. A arte seria ainda “um exercício experimental de liberdade.” (PEDROSA *apud* MORAIS, 1998, p. 42), ou “uma forma de crescimento para a liberdade, um caminho para a vida” (OSTROWER, 1985 *apud* MORAIS, 1998, p. 42), para Read (2005) arte é expressão, Paul Klee (2001) diz que “a arte não reproduz o visível, torna visível.”. Entre tantas definições verifica Coli (1995), definir o que é arte e sua natureza é discussão de séculos de literatura e parece ser tarefa vã, já que muitos se contradizem e falam a partir de perspectivas completamente distintas. Mas então, como definir a arte?

Em primeiro lugar é necessário uma reflexão sobre o fazer, a construção do objeto artístico. Nesse sentido, a arte é uma produção, que arranca o ser do não ser, a forma do amorfo, e depende de trabalho e técnica. Esse conceito de arte enquanto produção expõe Bosi (2000),

alcançou seu momento forte na cultura ocidental com o movimento do Barroco, que dá ênfase a artificialidade da arte, ou seja, uma distinção clara entre o que é dado por Deus – ser dado, natural – e o que é forjado pelo homem – ser construído.

Contudo, essa noção de recurso técnico e artesanal enquanto reais produtores da obra está longe de ser partilhada por todos, de forma que os laços que atam a intuição artística e os conhecimentos técnicos precisam ser esclarecidos. No que concerne à intuição artística ou à intencionalidade do artista, conforme Bosi (2000), as forças anímicas seriam as responsáveis pela escolha dos procedimentos de linguagem e instrumentos aptos a mediar a expressão e conferir sentido a todos os métodos. O ver do artista é sempre um repensar os elementos da experiência sensível, é transformar, combinar. Essa escolha está fundada em determinações estilísticas da época em que o artista vive, em sua percepção da realidade, ou em uma ideologia, ou ainda nas necessidades profundas de uma raiz afetiva, ou seja, as escolhas feitas pelo artista estão todas fundadas na cultura. O trabalho do artista se desenvolve ao mesmo tempo no plano do conhecimento do mundo e no plano da construção original de um outro mundo, a obra.

O desenvolvimento da Era Industrial declara Gombrich (2008), foi um grande marco no mundo das artes, pois com o advento de meios mecânicos de cópia, como a fotografia por exemplo, a arte enquanto imitação do mundo natural decaía progressivamente, pois antes desse século na civilização ocidental era raro os artistas se desviarem dos estreitos limites da ilustração. Durante o evoluir da revolução francesa, os artistas sentiram-se livres para escolher qualquer coisa como tema, e mais do que nunca cabia ao artista aprofundar o meio imaginário, que para Bosi (2000) fora desde sempre a fonte secreta da criação. Segundo Gombrich (2008) pela primeira vez tornou-se verdade que a arte era um veículo perfeito para expressar a individualidade.

É com os movimentos do Expressionismo e Surrealismo que as linhas de forças que atam indissolavelmente o gesto plástico aos movimentos da paixão e do inconsciente se revelam. Assim sendo, chega-se a outro denominador para a arte, a expressão. A expressão está plasmada em uma coerência entre fonte de energia e um signo que veicula ou a encerra. “Uma força que se exprime e uma forma que a exprime.” (BOSI, 2000, p. 50). Conhece momentos diferentes, como a pura manifestação, até a construção mental da figura, que é a integração de variáveis que produz efeitos de sentidos.

Segundo Cassirer (2001), o puro fenômeno expressivo ignora a dicotomia interior e exterior, pois ao falar em expressão comumente

pensa-se como algo que irrompe do interior para o exterior, ou ainda, do individual para o coletivo, logo, seria necessário interpretar, traduzir de um para outro. Contudo, a expressão oferece um modo de compreensão que não está ligado à condição de uma interpretação conceitual, a simples exposição do fenômeno é, ao mesmo tempo, a sua explicação e, na verdade, a única de que ela seja capaz e de que tenha necessidade.

Acentuando ainda a ideia de inseparabilidade de exterior e interior, Bosi (2000) aponta a teoria da expressão de Goethe, *energeia*, que está na base do entendimento de todas as linguagens e é entendida como a força operante em cada signo, força não no sentido de potencial, mas sim no sentido de ação, produção. De acordo com o autor, a expressão é mais que um impulso é um trabalho, pois produz algo.

Na construção desse trabalho, parte-se do conceito de arte como produção e expressão, entendendo que não são separáveis, pois se remetem, porém a produção em si fala da forma, o formar, enquanto a expressão transmite a noção de força, (para) um existir sensível. Com isso, constata Bosi (2000), o processo criativo consiste na dialética entre força e forma, é no interior desse movimento que nasce o ato expressivo, o gesto plástico, a corrente melódica, a frase lírica.

Em outras palavras,

A força busca formas que tragam à luz da significação os percursos do desejo e da pena, da angústia e da alegria; formas que revelem os sentidos latentes ou, quem sabe, resgatem o sentido da existência cotidiana. (BOSI, 2000, p.57).

Em outras palavras, a energia da vida persegue formas que a libertem e, ao mesmo tempo, a modulem.

A ênfase no caráter construtivo das artes no campo da saúde, segundo Lima (2008) revelam que essas propostas se dirigem para uma nova forma de pensar a arte, não apenas como expressão do que já é, já está, mesmo que de forma oculta, mas como possibilidade de criação do novo, do que ainda não estava lá. Não apenas “tornar visível o invisível”, como queria Paul Klee, mas criar novos regimes de visibilidade.

Contudo, ainda é necessário considerar as formas de expressão que a arte contempla, pois esta pode ser dividida em diversas linguagens que como tais têm características, métodos, suportes e realizações distintas, ainda que possam ser usadas simultaneamente no mesmo

trabalho ou ainda conjugadas para se criar outra linguagem artística. Seguem os principais exemplos, porém não únicos, dessas formas de expressão: pintura, desenho, escultura, arquitetura, música, dança, teatro, *clown*, literatura, gravura, fotografia, cinema, cerâmica, tecelagem e grafite.

Os quatro objetos analisados, embora possuam abordagens distintas, compartilham de uma construção histórica que abarca uma mudança social que permitiu que esses campos pudessem se entrecruzar. Conhecer esse momento é de extrema relevância, uma vez que pode-se assim conhecer à crítica a que este subjaz.

2.1.2.1 Arte em Saúde: a Psiquiatria

Desde muito antigamente a arte teve um papel importante na saúde, a expressão simbólica presente na arte foi, como sugere Machioldi (2007), uma importante parte dos antigos rituais de cura realizados por civilizações como egípcia, suméria, maia e chinesa, e conseqüentemente a arte foi vista enquanto atividade terapêutica, pois a humanidade acreditava que ela poderia ser mágica, efetuar mudanças ou transformar as pessoas e as circunstâncias.

No fim do sec. XIX e começo do sec. XX, como resultado de forças que foram construídas por pelo menos 100 anos, a arte sofreu uma mudança inesperada e de enorme expansão. De acordo com McGregor (1992) essa revolução artística e cultural expressou, em parte, a profunda alteração na concepção de como as imagens pictóricas funcionam na vida humana. Como um importante aspecto dessa mudança social, a arte de povos primitivos, das raças orientais, dos ingênuos e pintores do povo, e com inferior extensão, das crianças e dos insanos de repente emergiram como anúncio e merecedores de sérias considerações, sistematizações e contemplação estética.

A arte primitiva, como imagem do que uma vez foi pensado como bárbaro, retrata McGregor (1992), representou grande influência nessa nova linguagem do séc.XX, que pode ser contemplada principalmente em Gauguin, Picasso e Matisse, e estabeleceu um processo em que esses artistas curiosos se transformaram em parte integral da herança do mundo ocidental. Ainda mais surpreendente e difícil de explicar foi a inclusão, no séc.XX, da arte de alguns destreinados pintores amadores, também enunciado no movimento impressionista. Para Ferraz (1998) a contribuição desses artistas foi fundamental no efeito da mudança de percepção e atitude que guiou

essas imagens a serem transformadas de piadas pictóricas em trabalhos artisticamente iguais aos dos pintores tradicionalmente reconhecidos.

A sistemática reconstrução histórica desse processo de mudança estética, essa inesperada disposição na transformação de percepção e influência, para McGregor (1992) é necessária pelo fato de que nesses atos de reavaliação está a evidência de que essa mudança de concepção da natureza e função do processo criativo e seus produtos, os quais tiveram um pronunciado efeito na forma e conteúdo das imagens visuais, nasceu nesse novo contexto. Para os interessados, esses objetos e imagens grosseiras contêm uma intensidade surpreendente e um latente senso de trabalhar mudanças no meio. Para os artistas da virada desse século, essas novas imagens parecem ter satisfeito uma profunda necessidade de contato, e o cultivo delas, uma radical e diferente estética.

Máscaras africanas abriram um novo olhar diante de mim. Elas permitiram que eu entrasse em contato com coisas instintivas, com puras manifestações, que se opõe as falsas tradições, tradições que me horrorizam. (BRAQUE, 1967 *apud* MACGREGOR, 1992, p. 3, tradução do autor).

Assim sendo, a apaixonada rejeição da tradição e a tendência a procurar por formas e imagens primitivas ou “instintivas” estão arraigadas na profunda mudança de entendimento do homem e do mundo, e foram marcadas especialmente nesse momento histórico. Nesse sentido, Rubin (2009) afirma que a arte produzida no contexto de doentes mentais influenciou diversos artistas europeus da época e animou um público muito interessado.

A influência das pinturas e desenhos dos doentes mentais tornou-se visivelmente ideológica no primeiro quarto do séc. XX, cuja origem para McGregor (1992), desse tipo de sensibilidade apareceu fortemente como um aspecto do Romantismo, no qual o homem louco se transformou de animal insensível, irracional em personificação do ideal Romântico, sua arte, a pura expressão da imaginação libertada. Ainda sim, o produto dessa extraordinária intensidade de sentimentos e necessidades humanas foi desacreditado por muitos como insignificante, ordinário. Para esse autor, a descoberta pode, portanto, ser dita que ocorreu no momento em que essas imagens e toda sua realidade envolveram a consciência humana, embora esse processo tenha ocorrido

em diversos lugares e mentes, a primeira evidência desse ocorrido se encontrou na arte.

Diante do fim do séc. XIX, médicos espalhados pelo mundo começaram a publicar detalhadas descrições e classificações da produção artística de seus pacientes e fornecer estudos com crescente número de ilustrações, tais como Max Simon (1876), Regis (1883), Lombroso (1889), Réja (1907), Delacroix (1920), Prinzhorn (1922), entre tantos outros. Movimento que gerou, conforme Rubin (2009), em 1959 a Sociedade Internacional da Psicopatologia da Expressão (SIPE). O conhecimento dessas publicações não ficou limitado aos círculos médicos, o artista criativo viu nessas imagens o seu próprio e único caminho, disposto de admirável independência e à frente do ceticismo.

A contribuição do doente mental para esse novo campo de estudo e resposta estética, embora óbvia, merece ser enfatizada. As raras imagens cujo poder tornou atrativa e visualmente fascinante, estavam sendo criadas por pessoas reais e sensíveis. Conforme McGregor (1992) essas imagens são a expressão de seus conflitos mentais, insights, confusão e dor; e, como na maioria das artes, elas representam um acidental, contudo profundo presente da humanidade.

Decorrente disso vale lembrar que nesse período do início do século XX, a psicanálise freudiana, interessou-se pela arte como meio de manifestação do inconsciente através de imagens. Freud (1976) observou que o artista pode simbolizar concretamente o inconsciente em sua produção, retratando conteúdos do psiquismo.

No Brasil o precursor das artes na saúde mental com abordagem psicanalítica foi Osório Cesar, que nasceu em 17 de novembro de 1895, em João Pessoa, Paraíba. Se torna médico oficial no Hospital Psiquiátrico de Juqueri, no interior do estado de São Paulo, em 1925, onde permaneceu atuando por quarenta anos. Sistematizou ao longo de sua carreira diversos trabalhos, reconhecidos internacionalmente, entre eles “A Arte Primitiva nos Alienados”. De acordo com Andriolo (2003), Osório Cesar elabora o termo “psicologia da arte”, vinculado a uma leitura freudiana, onde a arte é vista como compensação, realização na fantasia daquilo que o real negou. Dessa forma, se dedica à análise retrospectiva da gênese emotiva na criação da obra de arte. Dentro dessa perspectiva, aliada ao seu interesse pelas formas de regressão, Osório Cesar elabora um método de leitura interpretativa das obras realizadas pelos pacientes do hospital, partindo de uma análise dos símbolos ali contidos, que definira como “primitivo”, tal dado mostra que a ideia de “primitivo” ocupa lugar privilegiado nesse modelo classificatório por ele adotado.

Outra corrente inspirada na psicanálise teve grandes avanços nos trabalhos de arte em saúde mental na década de 1920, a psiquiatria junguiana, que apropria-se da expressão artística como parte do processo psicoterápico. E a grande referência brasileira nessa abordagem foi a notória doutora Nise da Silveira. A psiquiatra brasileira nasceu em 1906, em Alagoas e cursou a faculdade de Medicina na Bahia, em 1927 foi para o Rio de Janeiro. Em meados da década de 1940, Nise iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional. A psiquiatria hegemônica brasileira, decorrente de uma visão orgânica de doença mental, voltava suas práticas para as inovações científicas e tecnológicas, tais como eletrochoques e cirurgias neurológicas – lobotomia. Movida pela força de sua indignação com o tratamento oferecido aos pacientes dos hospitais psiquiátricos, e pela aposta de que havia sujeitos lá onde eram jogados os rebotalhos da sociedade utilitarista, investiu na pesquisa e no desenvolvimento de uma prática clínica em terapia ocupacional.

Segundo Costa e Lima (2007) Nise, desde o início esteve em contraste com a psiquiatria de seu tempo, opondo-se frontalmente aos procedimentos correntes. Para a psiquiatra, a vida psíquica deveria ser julgada em seu constante processo de interação com o meio. Importava-lhe adentrar no mundo dos esquizofrênicos, conhecer suas dores e, ao mesmo tempo, melhorar suas condições de vida. Neste intuito, passou a gerenciar o setor de terapêutica ocupacional, um setor sem recursos, considerado na época, um artifício de distração que contribuía com a economia hospitalar. As pesquisas por ela desenvolvidas tinham como principais objetivos documentar os resultados obtidos com a utilização das atividades artísticas; comprovar a eficácia dessa forma de tratamento e as capacidades criativas e de aprendizado dos pacientes, além de investigar efeitos nocivos dos tratamentos psiquiátricos tradicionais. Nas oficinas propostas por Nise oferecia-se aos pacientes atividades que servissem como meio de expressão, que estimulassem o fortalecimento do ego e estimulava-se a progressiva ampliação do relacionamento com o meio social.

Seu trabalho logo adquiriu relevância entre os pacientes, sendo que o ateliê de pintura se destacou. A quantidade e qualidade dos trabalhos levaram a primeira exposição dessas produções, em 1947. Num gesto inédito para a cultura brasileira, em 1952, visando organizar e catalogar as produções criou-se o Museu de Imagens do Inconsciente, hoje com mais de 350 mil obras. Assim, de acordo com Costa e Lima (2007), aliados na luta pela transformação da concepção de loucura e do enlouquecimento, os trabalhos produzidos nos ateliês e suas exposições

eram também armas de combate ao manicômio e ao tratamento psiquiátrico hegemônico.

Osório Cesar e Nise da Silveira, de acordo com Calacchio (2007), ao introduzirem a possibilidade de construção de um novo modo de olhar e lidar com o sofrimento mental, não mais como déficit ou desvio, e sim, como expressão e reconhecimento do direito à diversidade e à diferença, se tornaram nos dias de hoje, ícones da reforma psiquiátrica brasileira.

Valladares (2004) aponta que com a perspectiva da reinserção e reabilitação psicossocial presentes na atualidade, as práticas artísticas em saúde mental possuem finalidades e propósitos bem definidos, como a reintegração do indivíduo na sociedade, onde são geradas ações inclusivas que proporcionam heterogeneidade, além de fazer com que usuário mantenha contato e comunicação com o mundo real.

2.1.2.2 Lúdico

O lúdico, muito presente em trabalhos com arte e saúde, para Ferreira (2009), pode ser referido como caráter de jogos, brinquedos e mais ao divertimento do que qualquer outro objetivo. Se faz por gosto, sem outro objetivo a não ser o prazer de fazê-lo. Para Huizinga (2000), a ludicidade é uma construção cultural que é reconstruída de acordo com cada cenário histórico social. O lúdico é concebido como expressão humana de significados culturais, relacionado ao brincar, seja consigo, com o outro ou com o entorno. Pode incitar a contestação e a resistência aos ditames espalhados pela sociedade, portanto, relacionado também à luta. Logo, para esse autor o lúdico representa uma oportunidade de organizar as vivências e elaborar valores, os quais se comprometem com determinado projeto de sociedade.

A importância do lúdico e da criatividade para a saúde foi verificada também por Winnicott (1975) que elabora várias considerações, dando um passo além das considerações psicanalíticas, cuja abordagem reduz à noção de sublimação de instintos. Na visão desse autor, a importância do lúdico reside na articulação entre a realidade psíquica e a externa, uma atividade em área intermediária de experiência, que mescla subjetividade e objetividade. Interessava-lhe a experiência em si, e não os produtos, de maneira que essa pode ser vivida sem trabalho interpretativo.

No campo da saúde, identificam Mendes e Melo (2010), a inserção do lúdico tem o intuito de diminuir a frieza tradicional e flexibilizar as relações nos ambientes de cuidado. Se, em alguns casos,

essa inserção é realizada de forma assistemática e paliativa, em outros demonstra o desejo de estabelecer uma nova forma de cuidar e de promover a Integralidade na atenção. Através da realização das atividades lúdicas, lembram Mendes e Medeiros (2010), percebe-se uma reorientação das práticas em saúde, as quais passam a pautar-se pelo princípio da Integralidade e da humanização. Na medida em que se amplia o olhar sobre o processo de atenção à saúde, não se restringe às práticas curativas, o foco encontra-se no indivíduo, uma vez que direciona o processo de cuidado e as estratégias de prevenção e de promoção da saúde para o sujeito, não o tratando como mero objeto de intervenção. Conforme as autoras, as atividades lúdicas têm sido inseridas no campo da saúde também como estratégias de educação em saúde.

Dessa forma, nos cenários de saúde as atividades lúdicas são conhecidas em duas instâncias: como reflexões sobre possibilidades de resistência aos dispositivos disciplinares, bem como instrumento de correção de condutas. De acordo com Mendes e Melo (2010) enquanto instrumento de correção de condutas observa-se a associação do lúdico à dimensão terapêutica e a naturalização do lazer, deixando-se de investir na gratuidade das diversões e do descanso.

Para Mendes e Melo (2010), partindo de uma linha foucaultiana, através da ludicidade procura-se por discursos e práticas em saúde que se contraponham aos poderes biopolíticos e que não hierarquizam os prazeres. Logo pois, as atividades lúdicas também podem ser vislumbradas como possibilidade de abrir espaço para a atenção ao corpo e aos cuidados com a saúde e, ao mesmo tempo, permitir uma ligação à ação humana pública e coletiva, sem se pautar pela busca de um padrão ideal de saúde e de corpo.

Nas atividades lúdicas utiliza-se de práticas de arte, tais como: pintura, cerâmica, desenho, bordado, assim como teatro, dança, música e caminhadas, conforme o desejo e prazer de cada um por uma ou outra forma. Mendes e Melo (2010) identificam os aspectos positivos das vivências lúdicas afirmando que elas podem favorecer o desenvolvimento pessoal e o coletivo, propiciar a construção de laços afetivos, o enfrentamento das dificuldades, o desenvolvimento da criatividade e a criação de mecanismos de espaço e tempo, ampliando-os como espaços de liberdade.

Diante disso, Mendes e Medeiros (2010) ressaltam que a ludicidade é importante para a expressão humana e está conjugada à recuperação do riso e da sensibilidade, e através delas é possível vislumbrar espaços e tempos propícios para a construção, no campo da

saúde, de discursos que se contraponham aos poderes biopolíticos. E reafirmam ainda, a necessidade de se romperem as barreiras socioculturais que ainda atribuem ao lúdico um caráter irresponsável.

A partir disso, busquei diferentes maneiras de se usar as práticas de arte em saúde, que levassem consigo a história e discussão mais voltado para o campo da saúde mental, sem contudo, limitar-se a ele; que abarcassem um lugar político para quem o precisa, como no caso da inclusão social; e também práticas que dessem casa à esse outro estilo voltado para o prazer, para o lúdico. Acredito que embora didaticamente essas funções sejam separadas a título de compreensão, na prática elas se misturam, formando uma nova realidade, de abertura a todas essas dimensões, um novo campo de cuidado. Tais distinções descritas referem-se aos objetos selecionados, que ainda serão discutidos.

2.2 Marco Conceitual

Apresenta-se a seguir a compreensão que caracteriza como base desta discussão, nela condensa-se de certo modo, o lugar de partida e também o lugar que quer-se chegar, pois ela representa a forma como foram “olhados”, abordados os conteúdos aqui trabalhados.

2.2.1 Integralidade

Assumida como uma diretriz estratégica para a organização do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, a Integralidade tem como princípio distintas concepções acerca da determinação social do processo saúde-doença e suas variáveis, bem como das formas de operação sobre os momentos desse processo. Marcada pela multiplicidade de concepções e propostas com respeito à reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde a Integralidade tem por referência uma concepção positiva da saúde, que é entendida como processo e produção social, muito além, portanto, de consequências imediatas dos fatores específicos, indicadas negativamente pela doença. (GIOVANELLA, *et al.*, 2002.).

Contudo, para authors como Mattos (2004) e Giovanella *et al.* (2002), é um elemento pouco presente nas discussões da área da saúde. Tesser e Luz (2008) apontam que a Integralidade está deslocada dos valores e da estrutura que constituem os saberes e as práticas de saúde especializadas, por isso representa para a racionalidade biomédica um problema epistemológico, pois ela é uma missão ética.

Para Camargo Jr (2005, p. 36) a Integralidade surge como expressão de um vazio, uma lacuna decorrente da insatisfação com as concretas práticas de saúde, não chega a representar um conceito, e sim uma rubrica para um “conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si” e deve ser tomado como um devir, um ideal regulador.

A Integralidade confere Mattos (2006), possui três grandes grupos de sentidos: o primeiro está relacionado às práticas dos profissionais de saúde, no sentido de uma visão integral em relação às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades; o segundo se refere ao processo de trabalho dos profissionais de saúde e aos elementos de organização do serviço; e, por fim, o terceiro grupo está relacionado às respostas governamentais aos problemas de saúde da população, promovendo a organização do sistema de saúde.

Aproveitando a discussão de Mattos, a centralidade da proposta neste trabalho será problematizar a noção de Integralidade como resposta a crise na área da saúde, bem como apresentar os aspectos que contemplam com os objetivos desse trabalho. Sendo assim, prioriza-se falar da missão ética do cuidado em detrimento às formas de organização do sistema, não que essa seja mais importante, apenas porque constata-se que essa noção está mais presente na discussão proposta por esta tese.

2.2.1.1 Integralidade: lugar de disputa Ideológica

Para que seja possível compreender os sentidos do termo, tanto em suas potencialidades e dificuldades, Mattos (2006) retoma sua reconstrução histórica e crítica de um primeiro sentido da Integralidade, conhecida como Medicina Integral oriunda dos Estados Unidos. A medicina integral surge como crítica ao modelo flexneriano, à atitude cada vez mais fragmentária e reducionista que o estudo da medicina assumia em relação aos pacientes, pois o conhecimento médico ressaltava dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das psicológicas e sociais. Tal postura constituía a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes dos pacientes e da população. Logo, para a medicina integral a Integralidade teria que ver com a recusa dos médicos em reduzir o paciente ao aparelho biológico que supostamente produzia seu sofrimento.

No Brasil, revela esse autor, a Medicina Integral ganhou uma nova interpretação no campo da Saúde Coletiva, referindo o comportamento dos médicos não como exclusividade de suas escolas e

sim, de uma matriz de pensamento, ou seja, sua racionalidade médica. Essa racionalidade, portanto, estaria ancorada nas bases do projeto científico moderno, logo, não diz respeito apenas aos médicos, mas a todos profissionais de saúde.

Os elementos constituintes do complexo médico industrial aponta Camargo Jr (2005, p. 38), ao qual o modelo teórico conceitual é o da biomedicina, apresenta um grande obstáculo epistemológico à noção de Integralidade. Para o autor, a perspectiva fragmentadora, a ênfase em aspectos biológicos e a hierarquização de saberes são “programaticamente opostas às ideias agregadas sob o rótulo ‘integralidade’”. Tal constatação também é feita por Tesser e Luz (2008), quando apontam que quanto mais especializado o ambiente mais bloqueada a Integralidade está.

Para Mattos (2006) as noções de Integralidade foram tecidas, assim como outras diretrizes do SUS, num lugar de oposição e de uma crítica radical às práticas, as instituições e à organização dos sistemas de saúde. Portanto, a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.” (MATTOS, 2006, p.61).

Na busca pela melhoria da atenção à saúde, demonstram Pinheiro e Guizardi (2006), gestores, profissionais e usuários do SUS, vêm apresentando evidências práticas do inconformismo e da necessidade de revisão das concepções de saúde, em especial dos modelos technoassistenciais. Ademais afirmam Cutolo e Oliveira (2012), toda ação em saúde se baseia em sua concepção do processo saúde-doença, portanto ao se pensar o processo saúde-doença a partir da Integralidade, todos os aspectos que implicam sobre esse processo serão considerados, ou seja, reconhece-se a determinação social, o condicionante ecológico- ambiental e o desencadeador biológico, bem como as necessidades do sujeito e de sua comunidade.

Considerando isso, Pinheiro e Guizardi (2006), apontam que a Integralidade vem sendo forjada no sistema de saúde como um termo plural, ético e democrático. Partindo de um referencial foucaultiano, qualificam-na como um dispositivo político, de crítica dos poderes e de saberes instituídos. De forma que se torna possível habilitar práticas cotidianas onde os sujeitos concebam novos arranjos sociais e institucionais nos espaços públicos em saúde, produzindo assim novas relações e significados, o que para as autoras é o atributo próprio da política como ação concreta. Nesta perspectiva, a Integralidade viabiliza um projeto de construção da saúde como direito de cidadania.

Contudo, a Integralidade enfrenta um grande desafio de implementação por conta da racionalidade médica instituída, pois guiar as práticas de saúde por este princípio implica uma mudança estrutural na forma como essas práticas tem se desenvolvido, “trata-se, sem dúvida, de um movimento ousado de construção do conhecimento que busca a transversalidade de seus objetos e procedimentos metodológicos [...]” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p.26). A Integralidade enquanto prática social, afirmam Pinheiro e Guizardi (2006), implica o reconhecimento de diferentes visões de mundo, que seria para Mattos (2006) a disponibilidade de trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis.

Uma das iniciativas tomadas para minimizar o efeito dicotomizante das práticas de saúde foi adotar diretrizes que conformam importantes aspectos da Integralidade, como a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e a intersetorialidade, que para Camargo Jr (2005) representa uma necessidade fundamental.

A multiprofissionalidade, para Ceccim (2006), deve se afirmar enquanto uma tomada pragmática, pois não existe um profissional que de conta de todas as necessidades de saúde de um ser humano ou comunidade, é só em equipe multidisciplinar que pode-se produzir atos de saúde integrais. Uma vez que o sofrimento não se restringe somente a área sanitária e muitos de seus determinantes estão relacionados à conjuntura política e socioeconômica, Lacerda e Valla (2006) apontam que a discussão da Integralidade na atenção e no cuidado implica um trabalho e abordagem interdisciplinar.

Para Alves (2006), em sua experiência com o atendimento psicossocial, as propostas de Integralidade devem ser obrigatoriamente abrangentes, cidadãs e éticas. Para tanto, considera-se componentes indissociáveis da Integralidade a intersetorialidade e a diversificação, pois se a proposta é lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem lhe é inerente. Nesse sentido, apresenta Godoy *et al.* (2012), a Integralidade não se limita, portanto, à assistência, mas exige uma articulação mais ampla de maneira a atender diversas necessidades no campo da atenção à saúde. Ayres (2001) aponta que os constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da felicidade almejada pelas intervenções em saúde e se obriga a dialogar com interesses de natureza emocional, estética e moral. Ceccim (2006) acredita ainda que as práticas sociais menos identificadas com a assistência à saúde, *stricto senso*, vêm conseguindo maior êxito terapêutico, por conta de pontos de vista sócio-

histórico, psicoafetivo e por serem espaços menos controlados pelos códigos estabelecidos. Para esse autor, citando Naffah Neto (1994, p. *apud* CECCIM, 2006, p. 262) um projeto terapêutico acontece “em qualquer parte do corpo social onde alguém, por alguma razão, esteja denunciando, colocando em xeque, valores que apequenem e empobrecem a vida.”.

Dessa forma, seguindo a linha de Pinheiro e Guizardi (2006, p.26-27), explora-se a Integralidade como dispositivo político de múltiplas configurações, e assume-se o cuidado como expressão de sua potência máxima, bem como uma “crítica da validade universal da racionalidade ocidental moderna, no que concerne à sua organização social, ciência e cultura.”.

2.2.1.2 *Cuidado*

Após problematizar esses importantes pontos que a Integralidade suscita, Ayres (2001) sinaliza que é preciso fazer um deslocamento nas concepções de saúde, uma transformação no agir que aproxime a noção do cuidado e afaste a referência intervencionista. Nesse sentido microinstitucional, a literatura brasileira apontou para a direção da relação profissional – usuário, tendo a Integralidade enquanto um valor que se expressa na forma como os profissionais de saúde respondem aos pacientes que os procuram.

Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade. (MATTOS, 2006, p.50).

Ou seja, compreender que o que deve ser cuidado é o indivíduo e não apenas seu diagnóstico. Cuidar, para Luz (2006), é acolher, respeitar, atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social. A noção de cuidado implica, complementam Pinheiro e Guizardi (2006), uma atenção integral, com sentidos e significados voltados para a compreensão de saúde como um direito de ser.

Ayres (2001), ainda reconhece que cuidar refere-se à aceitação de um outro-sujeito, uma dimensão de encontro desejante. Para o autor

O que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito

técnico, mas refere-se a um *sucesso*, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas. (AYRES, 2001, p.67, grifo do autor).

Para tanto, cuidar implica estar em relação, dimensão imprescindível a partir da qual se constrói um referente simbólico e que, segundo Pinheiro e Guizardi (2006), inscreve as ações de saúde no campo da produção de um sucesso prático.

Para Pinheiro e Luz (2005), colocar a Integralidade no plano das relações implica direcioná-la às ações de interação cotidiana das práticas e saberes dos sujeitos e afastar a discussão da pretensa neutralidade do discurso técnico-científico. Pois para as autoras é apenas no encontro concreto que os sujeitos implicados ensaiam alteridades, ressignificam suas práticas e atualizam instituições, sendo com isso possível compreender que o referencial recíproco na produção do existir coletivo emerge a partir da construção da dimensão simbólica em que esse vínculo se forma. A partir de sua pesquisa em comunidades, Guizardi e Pinheiro (2006), relatam que os profissionais afirmam que o próprio contato e a relação de confiança já produzem saúde.

Por essa razão, referem Guizardi e Pinheiro (2006, p.45), o cuidado só existe em uma ação mútua, marcada pelo estabelecimento e pela manutenção da relação social. Não se substancia em uma ação dirigida a um outro carente de recursos de troca. Essas autoras afirmam que “o cuidado é o referente simbólico da relação de saúde”, análogo à função da fé nas crenças religiosas, é o que propicia aos sujeitos “o ingresso na dimensão de mútua referência simbólica” em que as práticas são repletas de significado.

Uma prática de saúde embasada na noção de cuidado, aponta Bonet (2006), só é possível em um contexto onde encontra-se ativa a lógica da Integralidade e que os agentes terapêuticos sintam o compromisso com a busca da reconstrução desses aspectos da saúde que foram sacrificados pelo modelo técnicoassistencial, essa mudança, ressalta o autor, leva a inclusão de sujeitos como construtores de projetos, tanto individuais quanto coletivos. Os efeitos acabam não se restringindo aos atos realizados, de acordo com Guizardi e Pinheiro (2006, p.48), uma nova concepção de saúde emerge em meio a essas práticas que, ao se orientarem por outra forma de aproximação da questão – que não aquela restrita à doença – “tornam a saúde um campo de amplos e complexos sentidos.”.

Assim como a Integralidade, a produção do cuidado lança um desafio a organização dos serviços públicos de saúde, pois demanda ações que vão além da competência técnico-científica que fundamenta o modelo biomédico, a partir da qual as ações de saúde têm sido historicamente estruturadas. Para Luz (2003) esse desafio remete a crescente demanda da população, possivelmente relacionada, à atual falta de perspectivas e esperanças sofridas pelo homem, atrelada à perda de valores fundamentais à vida. Pois como lembra Ayres (2001, p. 70) “estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético.”

O que define um profissional da saúde, segundo Ceccim (2006), é sua condição de assistir, sua habilitação técnica para a clínica, sua profissionalização para o ato terapêutico e sua dedicação ao cuidar. Contudo, sabe-se que na realidade do sistema esses aspectos não estão integrados. Lacerda e Valla (2005, p. 177) indicam que,

[...] o itinerário dos pacientes que buscam aliviar o sofrimento é marcado por várias idas aos serviços públicos de saúde, onde são realizadas consultas, exames complementares, buscando diagnosticar uma entidade patológica que justifique os sintomas inespecíficos. Contudo, na prática terapêutica não se tem muito a oferecer a esses pacientes, além de medicá-los, principalmente com psicofármacos para as queixas mentais e emocionais.

Guizardi e Pinheiro (2006, p. 58) acreditam que esse desamparo difuso na sociedade suscita uma demanda por cuidado que não estão relacionados exclusivamente aos cuidados médicos tradicionais. Para as autoras, isto advém da racionalidade moderna que desferiu a medicina num incontestável processo de superespecialização, no qual o médico se atém apenas a determinadas partes do organismo humano. Nesse processo, não se consideram diversos outros fatores que interferem na vida humana, “o que implicou uma cisão entre a medicina e seu principal objeto de estudo: o ser humano.”

Em síntese, para a construção da Integralidade é importante mencionar que autores como Luz (2003), Lacerda e Valla (2006), Guizardi e Pinheiro (2006), têm sinalizado que a busca por outra racionalidade em saúde por distintos grupos sociais que anseiam por cuidado tornou-se uma constante. Outras formas de tratamento, que não sejam exclusivas da biomedicina, têm aparecido nesse contexto, pois,

como apontam Guizardi e Pinheiro (2006, p. 58), “essas práticas apresentam potencial emancipador e transformador das tradicionais relações sociais existentes no cotidiano dos serviços de saúde.” Para Martins, (2003, p. 264), as terapêuticas alternativas devem ser entendidas como uma proposta contrahegemônica de emancipação, “como uma reação da sociedade contra o utilitarismo tecnicista e mercantilista na medicina”.

Guizardi e Pinheiro (2006) acreditam que o modo de saber-fazer Integralidade, com respeito às diferentes concepções de mundo existentes e pautado na busca por novas formas de cuidado centra-se numa alternativa para a construção de uma política de saúde integral. Para elas, um sistema de saúde marcado pela Integralidade é um sistema que seja espaço de cuidado, de encontros desejantes e de produção de novos saberes e de redes, não endurecidos pela frieza que desconsidera o humano e que, com isso, anula os participantes de sua relação.

Nesse sentido, as autoras apontam para práticas de saúde que não tenham sido institucionalizadas, as quais chamam de *atividades em saúde*, que são ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e que não demandam intervenção externa, como a medicamentosa por exemplo, e que possibilitam transformações no comportamento individual e coletivo. Estas atividades abrem as perspectivas de transformação das relações, a partir dos planos possíveis, “ao designá-las atividades de saúde, temos a intenção de expressar, por meio dessa ampla denominação, sua potencial abertura ao fazer.” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006, p. 49). Conforme as autoras o ponto chave na compreensão desse dispositivo aberto na construção da assistência, é o fato de as atividades de saúde demandarem recurso à experiência dos usuários.

O cuidar, sugere Ayres (2000), implica considerar e participar da construção de projetos humanos e sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, garantir e fazer valer sua presença no mundo.

Uchôa (2009), em seu estudo, declara que diante de situações adversas e complexas de adoecimento, exclusão e pobreza vividas pelas comunidades, o recurso à cultura, arte, atividades laborativas e físicas, lazer e socialização apareceram, dentro da estratégia da Saúde da Família, como alternativas para romper com a passividade dos usuários e profissionais em relação à manutenção do modelo medicalizante. Para autora, a arte é um lócus de transformação das práticas dos profissionais em direção à humanização e ao vínculo.

Com isso, torna-se imprescindível criar formas inovadoras de organização da atenção, de modelos de cuidado e de intervenção, procurando ampliar os dispositivos para além dos da clínica individual tradicional. Todavia, inúmeros desafios surgem, inerentes às mudanças de assistência, principalmente quanto à formação e atuação dos profissionais, o que se busca nesse campo é uma certa vocação crítica e criativa, que insira essas novas formas de cuidado no campo da cidadania.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para caracterizar o percurso metodológico deste trabalho torna-se necessário voltar nas primeiras reflexões que originaram a construção deste tema. Nos primeiros encontros de orientação o enfoque principal das discussões era a promoção de saúde, motivados pela ideia de que as práticas de arte poderiam ser entendidas enquanto práticas promotoras de saúde. Cogitou-se nesse período que a pesquisa poderia ser realizada em locais onde práticas de arte eram usadas no contexto da saúde, porém logo nessa primeira busca tornou-se claro a polissemia deste tema, sendo que os possíveis locais encontrados estavam consolidados em abordagens distintas, fato que talvez limitasse o entendimento da potencialidade dessas práticas. No contato mais profundo e amadurecido com as práticas de arte e suas diversidades optou-se por sacrificar o trabalho de campo tendo em vista a compreensão dessas diversidades.

Logo com essa primeira volta no projeto originário, a compreensão de que as práticas de arte transcendiam a ideia de promoção da saúde estabeleceu-se com lucidez. Na medida em que avançava-se pelos níveis de atenção em saúde uma nova imagem-objetivo apresentou-se, as práticas de arte poderiam estar relacionadas com a noção primeira de Integralidade, a Integralidade dos níveis de atenção. Nesse momento iniciamos uma pesquisa da arte em diferentes contextos, mas buscando as palavras chaves dos níveis de atenção: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Neste momento a pesquisa pretendia explorar as relações existentes entre as práticas de saúde historicamente conhecidas: tratamento, prevenção e promoção, balizadas pelo princípio da Integralidade, e as práticas de arte na saúde. Para verificar tal relação usaríamos as categorias epistemológicas de Ludwik Fleck acerca dos estilos de pensamento. Ou seja, verificar estilos de pensamento das práticas de arte/saúde.

À vista disso, a pesquisa travou. Mesmo antes de começá-la era como se tivesse chegado a um fim, por dois motivos acredito. O primeiro é que embora a proposta de Fleck não fosse criar categorias, e sim estilos, isso não estava acontecendo em nosso trabalho. “Delimitar” sentidos a essas práticas tornou-se uma tarefa extremamente difícil para o material que possuíamos, além de muito confusa. Inúmeras vezes foram dadas, mas a lugar algum se chegava. Além de que o sentido maior que em mim havia, a posição política dessas práticas no campo da saúde, estava sempre atrás de algo e não aparecia em momento algum. Então percebi, não há que se delimitar sentidos, nem estilos, pois eles estão constantemente se misturando nos objetos selecionados, era preciso transcender aos objetos, as quatro distintas práticas selecionadas. O segundo motivo, que talvez fosse o primeiro, foi, com certeza, a imaturidade em relação à noção de Integralidade. No projeto de pesquisa essa possibilidade apareceu por último, quando me dei conta de que ela “unia” os diferentes níveis de atenção. E, novamente “por último”, ela foi revista e ampliada, ganhando toda complexidade e profundidade que lhe cabe. Com isso chegamos a minha imagem objetivo, que nem eu mesma tinha clareza, incorporando a esse trabalho uma noção política das práticas de saúde e também à noção de cuidado.

Vale ainda, nesse momento, elucidá-los sobre meu percurso e o ensejo de estudar tal tema. Como naturóloga de formação, a reflexão crítica sobre a área da saúde e a saturação do modelo médicohegemônico estava bem incorporada em mim, afinal a Naturologia se propõe a olhar o ser humano e as práticas de saúde de forma integral, trazendo a dimensão do cuidado e da humanização como seus preceitos originários, trabalhando dessa forma com práticas de saúde ditas alternativas e complementares, onde tive meu primeiro contato com a arteterapia. Enquanto estava no primeiro projeto, esse lugar de onde eu venho não aparecia nunca, não cabia nas discussões, causando certa desorientação e desconfiança da importância de estudar tal tema. Somente quando adentrei na Integralidade como noção de cuidado e como um lugar de debate ideológico no campo da saúde é que pude integrar ambas as vivências.

Tornou-se necessário, então, a revisão também da Integralidade para ver os sentidos e a interface, bem como os aspectos de arte interrelacionados. As práticas de arte selecionadas foram, de fato, as que achei mais relevante estudar. Essa escolha, apesar de partir de um lugar individualizado, teve muitos pontos que foram levados em consideração, como história das práticas, lugar social, contemplar diferentes estilos e realidades. São elas: arteterapia junguiana e arteterapia gestáltica, arte

em terapia ocupacional e doutores da alegria. O fato de quatro diferentes estilos terem sido escolhidos foi em vista do entendimento da pluralidade dessas diferentes práticas, e é preciso assegurar que há muitas outras práticas, de forma que não pretende-se esgotá-las e sim viabilizar um campo em que seja possível estabelecer relações.

As arteterapias (junguiana e gestáltica) contemplam a dimensão da saúde mental, mostrando as raízes dessa interface, mas também apontando sempre mais além que um campo delimitado, “saúde mental”. Além de se constituírem um rico campo teórico, de longo percurso. As publicações nesse campo acontecem principalmente em livros. Quanto à arteterapia gestáltica foram selecionados os dois principais autores e obras sobre o tema, sendo uma internacional, Janie Rhyne e uma nacional, Selma Ciornai, com datas de 2000 e 2004. Foram utilizados ainda referências para explanar acerca do contexto desta prática, dos conceitos que lhe são próprios, bem como discussões suscitadas pela leitura a que foram submetidas, foram eles: Bondía (2002), Dewey (2010), Forghieri (2006), Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2007), Perls, Hefferline e Goodman (1998), Rodrigues (2000), Yontef (1998) e Zinker (2007). No que se refere à arteterapia junguiana foram selecionados dois autores de referência nacional, Phillipini e Valadares, datado de 2001 a 2007. As referências de apoio e discussão foram: Andrade (2000), Bernardo (2006), Edwards (2001), Garcia-Roza (2005), Grinberg (2003), Jaffé (1998), Jung (1985), (1988), (1991), Maroni (1998) e Silveira (1992).

A arte na terapia ocupacional contempla um importante aspecto que é a inclusão social por meio da arte, em diferentes formas, como na própria saúde mental, deficiências físicas, fonte de renda, entre outros. As referências as quais tive acesso foram principalmente em busca nas bases de dados, especificadas abaixo, de tal forma que foram utilizados artigos nacionais e relatos de experiência que trabalhem as relações propostas por essa pesquisa. Segue os autores utilizados: Castro (2007), Castro e Silva (2002), Castro *et.al* (2009), Ferrari (1999), Galletti (2001), Lima (2008), Lima *et al.* (2009). As publicações partem do período de 1999 até 2009.

A arte nos Doutores da Alegria contempla um estilo de cuidado (um estilo de pensamento?), um cuidado humanizado esse aspecto tão primordial do campo da saúde e da vida que foi esquecido pelo saber médico científico. Foram utilizados artigos nacionais publicados, assim como livros e tese sobre o tema, segue os autores utilizados: Araújo e Guimarães (2009), Campos (2009), Doutores da Alegria (2012),

Oliveira e Oliveira (2008), Masetti (2005) e (2008), Tavares (2010) e Winnicott (1985). As publicações partem do período de 1985 até 2012.

Foram ainda pesquisados artigos e relatos de experiência provenientes das principais bases de dados em saúde, como scopus, lilacs, pubmed, scielo, bireme, medline e capes com os seguintes descritores: “arte e saúde”, “interface arte saúde”, “arte e integralidade”, “arte e cuidado”, “arte e psiquiatria”, “arteterapia junguiana”, “arteterapia gestáltica”, “saúde e lúdico”, “terapia ocupacional arte e saúde” e “doutores da alegria”.

Essas diferenças nas referências pesquisadas é um fato importante que deve ser mencionado, pois em muitos momentos tive a sensação de estar “garimpando” textos, livros e autores. Todavia, isso não quer dizer que não escolhi as referências acima mencionadas, pois encontrei muitos trabalhos que utilizam a arte como forma de educação em saúde, porém no sentido de correção de condutas, tais referências não amparam nosso objetivo. Tal priorização se deve ao objetivo desta pesquisa, contudo esses estudos foram levados em consideração no sentido de ampliar as perspectivas e confirmar a grande diversidade e possibilidades que as práticas de arte em saúde apresentam. Preferimos optar por práticas que trabalhassem aspectos da saúde (e não específicos da doença), da arte e da vida para que a discussão da Integralidade pudesse vir a ser nossa imagem objetivo.

Assim sendo, as quatro formas de se fazer arte em saúde foram selecionadas por representarem a arte em diferentes contextos de saúde. Acredito que existam outras que poderiam ser estudadas, mas nesse estudo procurou-se pela diversidade, pelas formas mais reconhecidas das intervenções e pela relevância de tais práticas para o campo da Saúde Coletiva.

Os dados foram coletados através de leitura crítica exaustiva dos principais conceitos e contextos destas práticas, onde buscou-se por aspectos relevantes para a noção de Integralidade e conseqüentemente para o objetivo deste trabalho. A análise dos dados foi realizada a partir de uma contextualização dos aspectos levantados pelas práticas de arte e da sua inter-relação com a noção de Integralidade.

Para tanto, faz-se necessário conhecer os métodos utilizados neste trabalho, uma vez que segundo Minayo (2012), o método inclui as concepções teóricas da abordagem bem com as técnicas e instrumentos de operacionalização do conhecimento.

Esta pesquisa utilizou o método de investigação de abordagem qualitativa, classificando-se, de acordo com Triviños (2008), em

exploratória, quanto a seus fins, e pesquisa documental quanto ao seu meio.

O campo da saúde confere Minayo (2008), se refere a uma complexa realidade e, portanto, exige conhecimentos distintos e integrados, já que apresenta de forma imediata o problema da intervenção, cuja prática desafia permanentemente a teoria. Para Richardson (1999, p. 79) a pesquisa qualitativa justifica-se “por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.”

Sendo assim, esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, pois como afirma Minayo (2012), a pesquisa qualitativa se debruça no universo de significados, aspirações, motivos, atitudes, crenças e valores, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e que não podem ser abreviados à operacionalização de variáveis. Logo, responde questões muito singulares, pois se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Este tipo de pesquisa possibilita, para Richardson (1999), um maior nível de profundidade e particularidades do objeto de estudo. Para Triviños (2010) a pesquisa qualitativa diz respeito à abrangência do conceito e à especificidade da ação, por isso é complexa.

Na pesquisa documental apontam Marconi e Lakatos (2010), a fonte de coleta de dado está reservada a documentos. O documento, segundo Cervo e Bervain (2005) é toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser usado para consulta. Os livros, revistas periódicas, teses e dissertações são classificados para Marconi e Lakatos (2010) como documentos secundários, o que caracteriza a pesquisa como documental indireta. Quanto à natureza, para Cervo e Bervain (2005), são classificados enquanto fontes, pois representa qualquer documento diretamente ligado ao objeto de estudo, quanto à forma são caracterizados em manuscritos e periódicos. Gil (2008) lembra que as pesquisas documentais são importantes porque proporcionam visão ampliada do problema de pesquisa e das hipóteses que conduzem a verificação, embora a crítica que se faz a esse tipo de pesquisa, e também a pesquisa social, é seu caráter subjetivista, que de fato assumimos, uma vez que os documentos foram selecionados pelos pesquisadores.

A fim de esclarecer, desenvolver e modificar ideias e conceitos, formular problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, essa pesquisa possui caráter exploratório, pois como lembra Gil (2010), as pesquisas exploratórias possuem caráter aproximativo, são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral de determinado fato. São realizadas especialmente quando o tema

escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. O produto final desse método é um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados. Triviños (2010) complementa que esses estudos são úteis quando o pesquisador deseja manejar ou delimitar com maior segurança uma teoria cujo enunciado resulta demasiado amplo, servindo para aumentar a experiência em torno de um determinado tema, partindo de uma hipótese e aprofundando seus estudos nos limites de uma realidade.

Para analisar as obras busquei por pontos centrais nas diferentes abordagens, bem como aspectos aproximativos com a noção de Integralidade. De forma alguma, redigi essas abordagens na íntegra, pois esse não era o objetivo do presente trabalho. Considero que possa ter deixado passar pontos importantes, contudo, a relação entre as práticas de arte em saúde e Integralidade foram priorizadas, e acredito, contempladas.

4 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

4.1 Arteterapia

O século XX trouxe o advento da psicanálise, artistas interessados em símbolos e imagens espontâneas e psiquiatras interessados em arte. Como muitos terapeutas da época, de acordo com Malchiodi (2007), a arteterapia cresceu do movimento psicanalítico e por acreditar que o conteúdo simbólico das imagens emergiam de seus pacientes. Já na metade do século havia o conhecimento de que o processo criativo de fazer arte poderia encorajar a reabilitação, mudanças e crescimento. Ambos crescentes interesses, em imagens de representação do inconsciente e o potencial terapêutico do processo criativo, ajudaram a abrir as portas para a emergência do campo da arteterapia.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos torna-se um vigoroso centro artístico, já que muitos artistas e intelectuais ali se refugiaram. E é nesse novo contexto que a arteterapia surge enquanto disciplina, do trabalho de Margareth Naumburg e Edith Kramer. Ambas possuíam orientação psicanalítica, mas segundo Rubin (1998) suas definições do que é arteterapia são bem diferentes, uma tencionando para terapia e outra tencionando para a arte. Na década de 40, Margareth Naumburg, de acordo com Rubin (1998), via a arte como uma forma de linguagem simbólica vinda do inconsciente, como os sonhos, para ser evocado de uma forma espontânea, e para ser compreendido através da livre associação. A arte concebida desta forma, como caminho para os conteúdos simbólicos do inconsciente, tinha dupla função, diagnóstico e terapia. Foi a precursora da “arte em terapia”, conforme Ciornai (2004).

Já Edith Kramer, conforme Malchiodi (2007) propõe que o potencial curativo de fazer arte origina-se da habilidade do trabalho criativo ativar certos processos psicológicos. Ela observou que o ato de criar um produto artístico envolve entrega e transformação das experiências interiores e pode ser um ato de sublimação, integração e síntese. Embora a expressão artística não possa diretamente resolver um conflito, ela pode fornecer um lugar onde novas atitudes e sentimentos podem ser expressos e experimentados – a arte como terapia.

De acordo com Ciornai (2004), a arteterapia nasce de uma acentuada preocupação social, pois tanto Naumburg quanto Kremer acreditavam que o ensino da arte e da expressão livre de estereótipos

poderiam ser agentes promotores da saúde coletiva. Em 1969, surge a *American Art Therapy Association*, e a arteterapia surge como profissão. No Brasil, por sua vez, no início da década de 80, é implantado por Maria Margarida Carvalho o primeiro curso de arteterapia, em São Paulo, com orientação gestáltica. Em 1983 no Rio de Janeiro com orientação junguiana. Apenas em 1999 surge a associação paulista e brasileira de arteterapia.

Conforme Valladares (2008) a arteterapia pode ser definida como um processo terapêutico decorrente da utilização da arte, sendo esta entendida como representação da vida e um recurso mediador da interação com as pessoas. Assim, por meio dela, o homem pode criar e recriar por intermédio da linguagem. A arte é meio de expressão, de comunicação e de linguagem. É a troca de energia entre o criador e o objeto criado, expondo o não-exprimível e, ao mesmo tempo, refletindo uma possibilidade de transformação pessoal. Além disso, conforme Bernardo (2006), o caminho da arteterapia abre e propõe uma nova forma de compreender o homem em seu entrelaçamento com o outro e com o meio, inaugurando uma abordagem ético-estética, integradora e inclusiva. Arteterapia, portanto, conforme Valladares (2008) é uma prática terapêutica que lida com a interseção de diversos saberes, como, saúde, ciência, arte e educação que buscam resgatar a dimensão integral do ser humano. Para essa autora, arteterapia não é apenas entretenimento, e sim uma forma de linguagem que permite à pessoa se comunicar consigo e com os outros, concede liberdade de expressão, autonomia, amplia o conhecimento do mundo e proporciona desenvolvimento social e emocional.

Nesta reflexão, para Capri e Sartori (2004), tem-se presente que a arteterapia pode constituir-se num mecanismo que facilita a construção de relações sociais livres, inovadoras e críticas entre os seres humanos, meio para alcançar a liberdade e emancipação dos sujeitos.

4.1.1 Arteterapia Junguiana

No início do séc. XX, de acordo com Silveira (1992), os avanços geniais de Sigmund Freud (1856-1939) acerca da descoberta do inconsciente, abriram caminho para a psicologia profunda, contudo, ele se manteve apegado ao ideal iluminista do séc. XIX, pois acreditava que a realidade estava apenas no mundo exterior, sendo que o inconsciente

representa as pulsões recalçadas¹. Já para Carl Gustav Jung (1875-1961), psiquiatra suíço, o inconsciente é uma parte da natureza, é algo objetivo, real, genuíno.

Freud abriu o caminho para mostrar a importância das imagens, principalmente em sonhos, mas também na fantasia, na arte e no inconsciente, que foram tratados por este como um enigma a ser desvendado e explicado. Pois conforme Freud (1976), a arte é um mecanismo de sublimação, através do qual os impulsos sexuais não aceitos, são desviados para uma meta alternativa de satisfação. Segundo Edwards (2001), Jung tentou relacionar as imagens do inconsciente como uma entidade – arquétipos², em suas próprias razões, examinando-as sob variadas perspectivas, como cultural e psicológica. Com isso, Jung cria um método aberto, construtivo e hermenêutico de interpretação e oferece uma reavaliação das formas tradicionais de entender as experiências interiores. Conforme Maroni (1998, p. 20) Jung foi um autor mal entendido em sua época, pois sua teoria foi relacionada, por uma vertente romântica, como representativa da totalidade, enquanto outra vertente afirma que era um autor comprometido com a multiplicidade e sua obra, é uma crítica a noção de verdade, “Jung não aspira a universalidade porque parte da multiplicidade de subjetividades”, que é expresso no conceito de arquétipos.

Maroni (1998) revela que para Jung o homem deriva de processos históricos, religiões, costumes, pois tanto na cultura como no homem a libido percorre semelhante caminho. Nas palavras do próprio Jung (1985, p. 63), “devemos nos dar conta de que nossa vida inconsciente é afetada por toda humanidade, pela vida terrestre e pelo

¹ Inconsciente em Freud conforme Garcia-Roza (2005) é um processo em que os desejos que não puderam ser manifestados, por não serem muitas vezes aceitos, são retidos no inconsciente na forma de recalçamento – destino da pulsão, por isso dispensa referência à realidade.

² Arquétipos para Jung (1991, § 718) são “[...] possibilidades herdadas, para não dizer, necessidades compulsórias, na reprodução de imagens e ideias pelas quais estes dominantes sempre se expressaram.” Andrade (2000) assinala que diz respeito às camadas mais profundas do inconsciente, o inconsciente coletivo com seus símbolos e arquétipos. É acervo da humanidade e faz parte de todos os homens, formam e devem suas estruturas a uma inserção no processo de desenvolvimento das experiências sociais primárias, configuradas historicamente. Maroni (1998) menciona que o trabalho com os mitos possibilita um trabalho arquetípico, através da amplificação, o que possibilita pontos de integração na consciência.

universo, por ser definitivamente parte integral dessa totalidade.” Para Andrade (2000), Jung vê o homem como um ser essencialmente social, pois a psique humana não pode existir sem uma cultura de origem, onde por diferenciação deste contexto, a individualidade vai se processar, sendo assim, o indivíduo não pode sobreviver nem funcionar sem uma sociedade na qual possa inserir seu histórico de individuação. A arte, os rituais e religiões, nessas expressões individuais e culturais sempre reapresentam esse modo funcional do ser humano. De onde se segue, para essa autora, a arte em sua teoria, é uma instância de comunicação com a psique, que deve ser compreendida em seus próprios termos e em diferentes níveis.

Durante sua vida, mostra Edwards (2001), Jung desenhou, pintou e esculpiu representações de suas experiências interiores, como uma fonte vívida de *insights*, apoiando o desenvolvimento de muitas de suas teorias. Ao perceber o valor psicológico das imagens encorajou seus pacientes a fazerem representações visuais de seus sonhos e fantasias e as descrevia como se tais pacientes entrassem num relacionamento com seu inconsciente. Dado isso, conforme Jung (1988), essas imagens precisam ser submetidas a um processo de interpretação, pois devem ser conscientemente integradas, entendidas e moralmente assimiladas.

Com base na teoria junguiana, mostra Andrade (2000), a arte, princípio desde a psicanálise, é vista como um documento psíquico, pois na expressão artística, o indivíduo transforma materiais da natureza em expressões simbólicas³ de seus conceitos referenciais e do seu entendimento da vida. A utilização das modalidades artísticas, portanto, conforme Philippini (2007), expressará e configurará níveis inconscientes e profundos da psique, delineando um documentário que permitirá o confronto, no nível da consciência, destas informações, propiciando *insights*, transformação e expansão da estrutura psíquica em

³ Conforme Jaffé (1998), o homem possui uma propensão para criar símbolos, transformando inconscientemente objetos ou formas em símbolos, conferindo-lhes assim enorme importância psicológica, o homem dá expressão ao símbolo tanto na religião quanto nas artes visuais. Philippini (2007) aponta o símbolo como intermediário entre ego e inconsciente que tem como função estruturar continuamente a consciência, além de ser uma via de acesso ao inconsciente, transformando-se em mensageiros, os símbolos contidos nas imagens plásticas e nos sonhos comunicam informações essenciais ao homem.

um movimento na direção de um novo *self*⁴, caracterizando assim o processo de individuação⁵.

A arteterapia junguiana, conforme Andrade (2000), promove, através dos recursos artísticos, uma elaboração dos tumultos internos do psiquismo ao exprimir e confrontar as emoções experienciadas. Ao dar livre fluxo às expressões das imagens internas, o indivíduo, ao mesmo tempo, em que as modela, transforma a si mesmo. Ao conhecer aspectos próprios tem a possibilidade de se recriar, se educar e sobretudo, pode experimentar inserir-se na realidade de uma nova maneira. Maroni (1998) assinala nesse sentido, que a expressão, tão estimada nessa abordagem, diz respeito a experimentar novas formas e pô-las no mundo, concretizá-las, uma vez que o homem individuado exerce sua expressão. Por essa razão, os recursos artísticos formam um valioso instrumental para o indivíduo se reorganizar internamente e ao mesmo tempo construir sua realidade. Esses recursos, cita Bernardo (2006), podem ser utilizados nas suas dimensões curativas e preventivas, e também como forma de promover sentido à vida, ativando a capacidade de auto-cura dos indivíduos e de aprender com as experiências da vida, esta é a mesma função que a arte cumpre para a consciência coletiva: acrescentar novos elementos para a significação da realidade, o que desencadeia processos de transformação nas relações homem-universo.

Andrade (2000) assinala que a modernidade trouxe consigo diversos problemas sociais, como a dificuldade de inserção social por exemplo, sendo que essas dificuldades criam uma pressão na psique, pois as emoções não encontram uma maneira socialmente aceita de expressão, introvertem-se, criando fendas nas profundidades do psiquismo, deformando suas estruturas básicas, podendo possivelmente cindir-se. Assim sendo, as oficinas terapêuticas desenvolvidas na arteterapia junguiana, propõe Phlippini (2007), exercitam diversas linguagens e visam revitalizar o cotidiano a partir da criatividade e do afeto, uma vez que o percurso criativo é um convite para que o inconsciente – multiplicidade anímica - possa expressar-se. Neste caso,

⁴ O self, aponta Grinberg (2003), funciona como centro regulador da totalidade da personalidade, pois representa a unidade dos sistemas consciente e inconsciente.

⁵ Individuação, de acordo com Jung (1988), é um processo que gera uma unidade indivisível na personalidade. Conforme Grinberg (2003) é um processo, pois o indivíduo desenvolve-se e unifica-se, tornando-se consciente de sua identidade única e autêntica no mundo. Maroni (1998) sugere que o homem individuado possui uma abordagem ético-estético.

ressalta a autora, é necessário destacar que as práticas de arte possuem uma função mobilizadora da psique, que busca facilitar a fluência expressiva de quem participa.

Silveira (1992, p. 17) identifica na arte um veículo para a auto-expressão do indivíduo e vê como qualidade terapêutica das atividades artísticas a possibilidade de dar formas às emoções tumultuosas, despotencializando-as. Philippini (2007) revela que sob o olhar do criador, a expressão artística se configura numa possibilidade de extravasar íntimos desejos, fugir à ordem estabelecida, extrapolar novas possibilidades cotidianas, configurando com isso uma vida mais integrada com sua própria realidade. Este trajeto terapêutico de tornar mais fácil a expressão da singularidade criativa de cada um dá vez e forma a conflitos esquecidos, afetos contidos e talentos em desuso. Contribui para o surgimento de personagens e hipóteses que até então eram desconhecidos. Dentro desta perspectiva, é a linguagem simbólica o recurso predominante nessa abordagem, pois somente através desta é que os símbolos individuais e coletivos podem revelar-se.

A partir disso, a arteterapia se configura num meio favorável de desenvolvimento de símbolos mutantes, que ajudarão o ser humano a desenvolver ou alterar os sentimentos manifestos, o seu próprio conceito e seu relacionamento com os demais. Para Philippini (2007), toda forma expressa pela arte é uma maneira de comunicação humana e a arteterapia é o processo de manifestação e transformação dos símbolos, pessoais e culturais.

Tal teoria é explicitada através do fato de que em muitos estudos de arteterapia junguiana é comum a exposição das imagens produzidas, indicando os relatos do caso, juntamente com as possíveis interpretações presentes na obra. Pois é na obra que estão contidos os elementos que simbolizam o processo de individuação daquele indivíduo.

Enquanto modalidade terapêutica e expressiva, a arteterapia junguiana trabalha com três enfoques básicos segundo Valadares (2004): o processo criativo da arte; a produção de imagens e a relação da pessoa com a obra, uma vez que a imagem produzida tem sentido específico e singular a quem a produz. Para a autora, as técnicas artísticas propostas durante o *setting* terapêutico são de extrema importância e requerem sensibilidade do terapeuta, uma vez que quando o paciente é instrumentalizado adequadamente a energia psíquica do indivíduo traduz-se em concretude por meio das produções expressivas diversas, permitindo a melhor expressão de sua subjetividade. Philippini

(2007) afirma que os exercícios artísticos constituem-se em convites para que a multiplicidade anímica se manifeste.

Consequência disso é que, das abordagens estudadas, somente no referencial da arteterapia junguiana se pode encontrar os efeitos terapêuticos das modalidades expressivas. Conforme exemplifica Valladares (2008), o desenho possui função ordenadora, a pintura trabalha o relaxamento dos mecanismos de controle, a colagem favorece a organização de estruturas psíquicas. Embora não haja um manual de instrumentos e técnicas artísticas e suas utilizações, parece ser consenso entre os junguianos a importância dos aspectos simbólicos das práticas sugeridas pelo terapeuta.

Phillipini (2001) salienta que o processo terapêutico, proveniente da utilização das diversas modalidades expressivas, configuram uma produção simbólica, concretizada em muitas possibilidades plásticas. A materialidade possibilita o confronto e gradualmente a atribuição de significado às informações advindas de níveis mais profundos da psique, que serão apreendidas pela consciência da pessoa em questão.

Nesse sentido, Valladares (2004b) afirma que a arteterapia, inserida dentro das possibilidades de promoção em saúde e de terapia, auxilia o processo de individuação do sujeito, ao oferecer condições de desenvolvimento dos potenciais latentes, por cujo meio se pode adquirir liberdade e autoconfiança enquanto configura o seu caminho de transformação psíquica e material. Sugere-se que a arteterapia, conjuntamente com outros tratamentos, seja utilizada como forte aliada na intervenção terapêutica, com a finalidade de reconstrução, integração, criatividade e de liberdade da pessoa em sofrimento, familiares e comunidade.

Conforme o que foi acima apresentado, parece que preencher funções de dimensão cultural (trabalho com mitos, por exemplo), trazer para a vida dos indivíduos um referente simbólico, que para Luz (2006) seria um registro simbólico do viver e do morrer, ser algo que essa abordagem emprestaria à Integralidade. Todavia, assim fazendo, esta seria uma forma de lidar com o “sistema” estabelecido na área da saúde, uma forma de resiliência. Não representando, dessa maneira, necessariamente um rompimento com as formas de domínio instituídas, uma vez que essa abordagem faz uso de recursos interpretativos baseados em uma teoria que não necessariamente foi constituída na relação. Embora, é familiar que essa teoria é fundamentada em aspectos “menos reducionistas”, já que a arte é algo profundamente valorizada por Jung, mais apreciada que a própria ciência, como demonstra Maroni

(1998, p.47), a arte representa um ideal ético e estético do ser humano para a realização máxima da índole enquanto ser vivo, “para ele, um dos paradigmas da psique, talvez o mais importante, é o estético.”. A autora ressalta, a psicologia analítica opta a favor da arte, do criativo e do lúdico. E assim, configura uma alternativa, uma possibilidade de cuidado em saúde, já que oferece instâncias culturais e biográficas (a individuação), além de promover autonomia e com isso ser uma possibilidade rumo à emancipação. No que concerne à Integralidade, é uma proposta válida, pois implica um novo jeito de olhar. Compreende-se que todo novo jeito de olhar abre portas para que algo concreto possa estabelecer-se no sentido de promover uma mudança.

4.1.2 Arteterapia Gestáltica

Precursora nesse movimento, Janie Rhyne (1913-1995) procura sair da dicotomia presente no trabalho das fundadoras da arteterapia nos Estados Unidos e assim, vê o valor terapêutico da atividade artística tanto no processo de criação quanto nas possíveis reflexões e elaborações posteriores sobre os trabalhos realizados.

Rodrigues (2000) relata que decorrente do movimento mundial do início do séc. XX a psicologia da Gestalt, em confronto com a ideia de associacionismo de Hume, primava pela consideração entre as partes e na determinação da relação do todo, ou seja, prioriza a ideia de percepção como um conjunto, de forma que o todo é uma realidade diferente da soma de suas partes. Dado isso, por mais difícil que seja traduzir, o termo alemão *Gestalten*, designam Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2007), possui o sentido de forma, um todo espontâneo, sem síntese, isto é, aberto, o qual orienta as ações de maneira irreflexiva. Rhyne (2000) aponta como a habilidade de perceber configurações totais.

A Gestalt-terapia, segundo Rodrigues (2000), abraçou desde seu início uma perspectiva psicossocial, promovendo uma visão de ser humano como ser-no-mundo, parte integrante e inseparável do sistema organismo-meio. O indivíduo é visto como um ser relacional, em constante processo de devir e intercâmbio criativo com o meio.

A arteterapia gestáltica, portanto, conforme Ciornai (2004), está fundada num referencial fenomenológico-existencial, que compreende o ser humano como capaz de interagir com o mundo de forma criativa, inusitada e transformadora, sendo sujeito da própria história, artista da própria vida. A abordagem fenomenológica, conforme Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2007), desafia a existência tanto do sujeito e do

mundo como puros e independentes um do outro, apresentando com isso o conceito da intencionalidade, afirmando que a consciência é sempre consciência de alguma coisa, assim como todo objeto é sempre objeto para um sujeito. Portanto, a fenomenologia busca perceber a natureza do fenômeno tal como ele é vivido e experienciado, por conseguinte, o método fenomenológico propõe caminhos para a compreensão, visando respeitar a complexidade do real e encontrar o sentido dentro do próprio fenômeno.

Já a visão existencial, afirma Ciornai (2004), sustenta a visão de que não há sobre o ser humano uma essência a ser descoberta, nem mesmo conceitos acerca de sua natureza a serem elaborados. A visão existencial, como o próprio nome já sinaliza, preza pela existência e não pela essência, afirmando que o homem não é apenas produto de seu meio.

No campo da psicoterapia, de acordo com Forghieri (2006), o objetivo passa a ser o de procurar o sentido que certas experiências ou situações têm para a pessoa. O compromisso do terapeuta, portanto, afirma Ciornai (2004) é com o cliente e não com um mapa determinado de conhecimento, a compreensão adquirida será continuamente testada e reformulada no processo da relação. Por ser uma abordagem que privilegia a existência, enquanto método, busca uma conduta aberta ao novo olhar, na medida do possível desprovido de preconceitos e *a priori* na relação com o outro, baseia-se, sobretudo no conhecimento, nos afetos e sentimentos que advém da relação, da intersubjetividade. É comum nos arteterapeutas e terapeutas gestálticos uma postura de abertura ao campo, sendo que muitas vezes nem mesmo é necessário conhecimento prévio da pessoa que está sendo atendida. Para um clínico gestáltico o que importa é o campo⁶, nas palavras de Rhyne (2000, p. 60) “não consigo planejar nenhum método controlado que possa rivalizar com aqueles que podem ocorrer espontaneamente numa relação real da vida.”

Dessa forma, a prática da arteterapia gestáltica, baseia-se numa postura dialógica entre terapeuta-cliente, onde a ênfase está no processo, focalizando o como e não o porquê, ou seja, mais na qualidade da descrição das experiências do que possíveis explicações causais. Ciornai (2004) aponta que prioriza-se a qualidade da experiência em curso, quando o processo de contato e expressão flui de maneira energizada e

⁶ Em gestalt-terapia, informam Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2007), o campo refere-se àquilo que é intersubjetivo, isto é, não pertence a nenhum dos envolvidos, mas àquilo que entre eles se configura, se atualiza.

contínua, ou quando se torna interrompido, desvitalizado. No processo gestáltico de arteterapia o terapeuta não interpreta a obra produzida, e sim, encoraja o próprio indivíduo a perceber e compreender os afetos que emergem e buscar por significados, baseados em suas experiências e vivências.

É presente nas referências consultadas o recurso de relatar casos e disponibilizar a imagem da obra produzida, mais que apresentar uma teoria do que é, como fazer, com objetivos e justificativas estabelecidos. É como se só a partir da experiência apresentada com o caso é que o conhecimento pode emergir. Tal fato deixa evidente que o “tratamento” da arteterapia gestáltica é construído conjuntamente com o indivíduo, decorrente de sua experiência, de seu processo e necessidade. Portanto, não parte-se de uma técnica de intervenção pré-estabelecida e torna possível com isso uma abertura ao novo, à realidade que ali está dada. Na arteterapia gestáltica é o campo que doa os dados que possibilitarão uma possível intervenção.

O princípio básico da arteterapia gestáltica para Rhyne (2000) é o de trabalhar pela constante ampliação da *awareness*⁷ e pela descoberta de novas possibilidades e horizontes, com base em uma abordagem que estimula a expressão, a elaboração e a criatividade pessoal de uma forma prazerosa, inovadora e envolvente.

Os experimentos⁸ artísticos na arteterapia gestáltica são formados, segundo Rhyne (2000, p. 41) pela experiência em fazer formas artísticas, estar vivenciando ativamente, emocionalmente envolvido nas formas que estão sendo criadas e observar o que está sendo feito. Os experimentos, como o próprio nome já diz, fazem recurso da experiência de quem produz. Nas palavras da própria autora, “então é assim que uso a palavra *experiência*: sonhando, sentindo, pensando, agindo, expressando; apercebendo-me ao mesmo tempo que sou a pessoa que está fazendo tudo isso.” De acordo com Ciornai

⁷ Conforme Yontef (1998) é uma forma de experienciar, é o processo de estar em contato vigilante com os eventos mais importantes do campo indivíduo-meio, com total suporte sensorio-motor, emocional, cognitivo e energético.

⁸ O conceito de experimento, conforme Ciornai (2004) alicerça-se na epistemologia da direta experiência sensorial, pois o verdadeiro saber deve ser apreendido organísmica e experiencialmente. A finalidade de um experimento não é alcançar um resultado já conhecido, específico e previsto; seu objetivo é criar novas experiências ou explorar e aprofundar experiências já vividas, enriquecendo-as com novas perspectivas, novos olhares, novas luzes, novos ângulos de visão.

(2004), visam à expansão da *awareness*, mediante mobilização energética dos níveis sensorial, emocional e cognitivo que emergem das experiências; como também percepções e possibilidades de transformação que se vislumbram e se experienciam nesse vivido e a compreensão e o *insight*⁹ dessa experiência.

Para Zinker (2007) a razão para o desenho, a pintura, ou outra prática de arte ser terapêutica, é que quando experienciado permite que o indivíduo se conheça integralmente num curto espaço de tempo. Ele não se torna apenas consciente de seus movimentos interiores, mas também recebe confirmação das artes que produziu. A partir disso, Rhyne (2000) entende que arte é a própria forma que emerge da experiência criativa e que integra sentidos de forma imediata e construtiva.

A arteterapia gestáltica, afirma Rhyne (2001), ao trabalhar com a forma (*gestalt*), pode compreender, através dos recursos artísticos, a configuração do todo na expressividade do indivíduo. Os processos artísticos são um recurso valioso na intensificação do contato¹⁰, do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com o mundo, pois na acepção gestáltica todo contato tem raízes em nossas funções de contato – ver, escutar, tocar, mover, etc. Os arteterapeutas gestálticos, conforme Rhyne (2001) buscam ativar em seus clientes o seu potencial de perceber, nos seus trabalhos artísticos, suas necessidades e seus recursos, estimulando o crescimento e desenvolvendo a personalidade de forma única.

Quanto ao que interessa à noção de Integralidade, há um sentido em comum entre as arteterapias, seja através da *awareness* ou da individuação, que é a capacidade de descoberta de potencial, de expressão, de promover autonomia e desenvolvimento pessoal. Contudo, é importante ressaltar uma diferença expressiva entre tais abordagens. Enquanto na arteterapia junguiana a expressão caracteriza-se como uma força que emerge do inconsciente para consciência, que revela algo, na arteterapia gestáltica a expressão está ligada a algo novo que se experimenta naquele campo, tem haver com a descoberta de sentidos, e tal como caracteriza Dewey (2010) o sentido compreende

⁹ Insight, para Ciornai (2004) é literalmente uma nova visão de dentro, é acompanhado por uma mudança energética, há uma vitalização com o desbloquear de barreiras.

¹⁰ Conforme Perls, Hefferline e Goodman (1998) o contato é toda relação viva que ocorra na fronteira de interação do organismo com o meio, todo contato é ajustamento criativo do organismo e do meio, é achar e fazer a solução vindoura.

diversos conteúdos, tais como: o sensível, sensorial, sentimento, sensato, sensual e a sensação.

Ainda enquanto diferencial importante à Integralidade, e já mencionado nessa abordagem, é o entendimento acerca da experiência. Dewey (2010, p. 74) qualifica a experiência através da influência mútua com o meio, “a vida se dá em um meio ambiente; não apenas *nele*, mas por causa dele, pela interação com ele”, ou seja, a experiência é o efeito da interação entre o organismo e o meio que, quando inteiramente realizada, é transformada em participação e comunicação e consiste na acentuação da vitalidade. Esse autor relaciona a experiência à arte, para ele “a experiência é a arte em seu estado germinal.” (DEWEY, 2010, p. 84). A arte real é aquela que se faz na experiência, isto é, o produto artístico brota quando o pleno sentido da experiência se expressa.

A proposta de Bondía (2002) é que apenas o conhecimento prático, ou seja, a experiência, é capaz de produzir reflexão, crítica, emancipação e política. Para esse autor a experiência requer um gesto de interrupção, pois nela o sujeito não é ativo, produtor, e sim passivo, receptivo, disponível, aberto, exposto. Tal gesto representa para ele uma postura política, uma vez que está em contraposição ao sujeito do capital. Essa concepção apresentada pelo autor é interessante à Integralidade e se assemelha com as propostas trazidas pelos autores mencionados.

No que concerne à noção de Integralidade, a arteterapia gestáltica ainda apresenta uma forma clínica afim com tal noção, dado que é fundada na prática, ou usando o termo gestáltico, no campo, em que o foco é a relação, a intersubjetividade, e busca-se então a abertura para o que emerge, para o que ali se atualiza.

4.2 Doutores da Alegria

Os Doutores da Alegria, de acordo com Oliveira e Oliveira (2008), fazem parte de uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, mantida por sócios mantenedores e patrocinadores, que realiza cerca de 50 mil visitas por ano a crianças hospitalizadas no Estado do Rio de Janeiro, São Paulo e Recife. Tal iniciativa possui como objetivo principal proporcionar alegria e bom humor às crianças hospitalizadas, bem como suas famílias e profissionais de saúde. Essa proposta, afirma Tavares (2010) surge para humanizar os cuidados de saúde. Partindo da ideia de que cuidar da saúde exige um enfoque mais complexo do que o atendimento à doença em seus aspectos físicos e biológicos, torna-se, portanto, necessário ir além dos esforços para a

manutenção da vida, ao passo que se tem por objetivo também, recuperar ou instaurar a alegria de viver, a saúde emocional, os laços afetivos, com esse intuito procura-se obter melhora na qualidade de vida e deslocar o olhar da doença para a saúde.

Essa trajetória, segundo Oliveira e Oliveira (2008) teve início em 1986, quando Michael Christensen, um palhaço americano e diretor do Big Apple Circus de Nova York, iniciou o treinamento de um grupo de artistas, que passariam a visitar crianças hospitalizadas. Ao realizar uma apresentação com o seu circo, em um hospital de Nova York, Michael Christensen solicitou uma visita às crianças que estavam internadas e impossibilitadas de participar da apresentação. Surge então, o grupo denominado Clown Care Unit.

Em 1988, Wellington Nogueira, brasileiro, fundador e diretor artístico dos Doutores da Alegria, começou a participar do grupo americano. Em setembro de 1991, trouxe para o Brasil, onde iniciou-se a implementação de um projeto similar, no Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (atual Hospital da Criança), em São Paulo, enquanto outros projetos que galgavam os mesmos objetivos começaram a ser implementados na França e Alemanha.

Os Doutores da Alegria são profissionais performáticos que desempenham seus trabalhos em Unidades de Internação. São especializados nas áreas de teatro clown e técnicas circenses que, conforme Araújo e Guimarães (2009), recebem treinamento em habilidades interpessoais e de comunicação, técnicas de improviso para a promoção de bem-estar físico e mental, qualidade de vida, diminuição de ansiedade e estresse entre pacientes, familiares e membros da equipe de saúde. A atuação, para Tavares (2010), aspira efeitos específicos no contexto hospitalar, sendo um deles a colaboração com o tratamento proposto. Já Araújo e Guimarães (2009), afirmam que as práticas dramáticas utilizadas buscam simplificar e desmistificar, mas principalmente, parodiar procedimentos de saúde, o que pode resultar em alívio, conforto, bem-estar físico, psicológico e social do paciente internado e de seus acompanhantes.

A experiência artística construída pelos Doutores, confere Masetti (2008), têm a autorização da comunidade para operar sobre uma lógica de pensamento não linear. Por meio de sua máscara, esse personagem enxerga a realidade a sua volta de outra forma, criando novos pontos de vista, e o ridículo, o absurdo, o erro, são materiais bem vindos que tornam efetivo esse olhar. O foco é totalmente concentrado no presente e na construção de uma relação lúdica.

Para Masetti (2005) o palhaço ocupa o cenário do hospital, pois parte do mal-estar da civilização moderna está ligada ao desaparecimento de espaços que incentivem e dêem sentido às forças e questões da vida. O utilitarismo médico, inserido numa lógica econômica, privatiza essa riqueza cultural e deixa de ser continente para tais questões. Para essa autora, somente o palhaço pode constatar o absurdo que a apropriação desse imaginário pode significar. Pois o palhaço possui uma forma de ver o mundo que permite alterar a realidade, transformando-a no que deseja, introduzindo uma forma de pensamento complexo, onde contesta-se os acontecimentos estabelecidos e onde os fatos ganham novos sentidos, uma nova lógica. Tal alteração, embora pareça um simples desvio, contribui, conforme a autora, para a ampliação e desenvolvimento de uma nova visão de mundo, pois

[...] o palhaço desafia a ordem das estruturas sociais, sabota o princípio do pensamento lógico e racional e se conecta com a parte infantil das pessoas. Dessa maneira, rompe com hierarquias de poder e melhora a comunicação. Sua conduta é de apoiar a atitude do outro, ajudando na construção de relações de qualidade. (MASETTI, 2008, p. 67).

Ainda, seguindo a trilha da autora, o palhaço proporciona a experiência de ampla variedade de papéis e situações, estimula a aceitação de diferentes reações e assim ajuda a expandir a identidade, dissolvendo os limites do ego. Campos (2009) afirma que o palhaço é um agente social secreto pronto para a revolução, e tem como estratégias o riso e a alegria.

Masetti (2008) afirma que a curiosidade é um fator decisivo na qualidade da ação do palhaço, pois ela faz com que tudo presente tenha um interesse único e particular, acrescentando um caráter de novidade a cada situação, independente de julgamento bom ou ruim, certo ou errado. Ao interagir com um doutor da alegria, a autora sinaliza que é possível notar esse sentimento, que se expressa em uma atitude solícita, interessada, de contato genuíno. “O ofício do palhaço comunica o esforço do homem de se entregar à única condição possível de existência: a da relação humana.” (MASETTI, 2005, p. 456), portanto cuidadora por excelência.

Os momentos de interação com o palhaço, lembra Masetti (2008) é uma oportunidade de desenvolvimento de saúde para criança, pois por meio das brincadeiras e do humor ela elabora medos e dificuldades relativas à hospitalização e à sua doença. Ademais, essas vivências estão protegidas pelo mundo da fantasia e ela pode experimentar seus medos, receios e impulsos agressivos, canalizando essa energia de uma forma saudável, por meio de uma linguagem que lhe é familiar.

Outros autores reafirmam a importância do humor e do riso na eficácia dos cuidados de saúde. De acordo com Tavares (2010) o riso desencadeia a liberação de endorfinas, que por sua vez promove o bem-estar geral, melhora a circulação e a pressão arterial e fortalece as defesas orgânicas. Para Masetti (2008) ele destrói a seriedade unilateral e significações incondicionais, de maneira a liberar a consciência, a imaginação e o pensamento, os quais ficam disponíveis para novas possibilidades. Para essa autora, o sorriso é um aspecto importante para a recuperação física do paciente e está relacionado à energia para lidar emocionalmente com a doença e com a hospitalização. Nesse sentido, o humor surge como um importante recurso, que permite ao indivíduo explorar fatos os quais, por barreiras pessoais, não poderiam se revelar de forma aberta e consciente. Em outras palavras, o acesso ao humor e ao riso permite a liberação da energia investida no problema, que, então, pode ser utilizada em outros pontos importantes da recuperação física. Para a autora, a possibilidade de ocorrer tal liberação se dá pela estrutura de funcionamento dos processos humorísticos, que é descrita como análoga à mecanismos presente em sonhos, e serve como um importante instrumento para lidar com conflitos e para a manutenção do equilíbrio físico e mental. Campos (2009) ressalta ainda que o riso e o bom humor têm efeitos benéficos para a saúde, pois promove saúde com alegria, o autor defende o riso como ferramenta dialógica, numa postura de pactuação cotidiana frente à vida, uma vez que a saúde que deseja-se trabalha com a ideia de alegria.

Em entrevista com participantes Masetti (2008) aponta que mães relatam que a vinda dos Doutores ajuda a relaxar e diminuir o estresse da internação. Médicos e enfermeiros confirmam tal afirmação, pois relatam que, para os pais, o sorriso dos filhos é um indicador de recuperação física, torna a percepção da hospitalização mais positiva, ajuda a diminuir a ansiedade e os faz mais confiantes. Observam também que os pais passam a ser mais ativos no tratamento de seus filhos. Já quanto as crianças, os médicos relatam alterações de comportamento: crianças quietas se comunicam mais, as prostradas

ficam mais ativas, comem melhor, melhora o contato com a equipe e com o tratamento médico. Os pais, semelhantemente, relatam que as crianças passam a falar mais, se movimentar mais, se alimentam melhor. A hospitalização torna-se menos ameaçadora e a recuperação pós-operatória acelera-se. O resultado da pesquisa elaborada por Masetti (2008) mostra que, embora o trabalho dos Doutores da Alegria seja dirigido à criança, os efeitos se estendem a pais, profissionais de saúde, e funcionários do hospital. O trabalho dos palhaços cria, conforme a autora, uma comunhão entre as crianças e o lado infantil de cada um, de modo que essa vivência parece se colocar acima dos problemas institucionais e pessoais, dado a diminuição da ansiedade comum no ambiente hospitalar e melhorando a comunicação. Para os profissionais de enfermagem a presença dos doutores no ambiente de trabalho ajudam na diminuição da ansiedade e estresse que estes sofrem, como também ajudam na imagem que esse profissional tem para a criança, não de alguém que somente dá medicamentos e injeções, mas que também pode oferecer alegria e uma boa dose de risada.

Uma das características dos efeitos do trabalho realizado pelos Doutores da Alegria no contexto hospitalar, afirma Masetti (2008), são: melhoria da comunicação, diminuição da ansiedade, maior colaboração com o tratamento médico e melhoria na imagem da hospitalização. No que concerne a comunicação, a autora acredita que esta melhoria está fundada no desenvolvimento de comunicação efetiva na relação com a criança. Esse processo compreende a habilidade em adotar o ponto de vista da criança sobre alguma situação e ir de encontro às suas necessidades, de forma que essa capacidade só pode ser desenvolvida a partir de uma relação entre iguais.

Faz parte do ideário dos Doutores da Alegria estimular na criança sua capacidade de brincar. Para Winnicott (1985) as brincadeiras servem de elo na relação do indivíduo com a realidade interior e na relação do indivíduo com a realidade compartilhada. De forma que a brincadeira e o uso de artes tendem a promover uma unificação, uma integração geral da personalidade, uma vez que para esse autor, essa é uma área intermediária de experiência, que mescla subjetividade e objetividade. Em sua obra *O brincar e a realidade* (1975) afirma “o brincar é por si mesmo uma terapia” (p. 74). Para Winnicot (1985) se uma criança estiver brincando haverá lugar para um ou dois sintomas apenas, pois as brincadeiras revelam que essa criança será capaz de se desenvolver, desenvolver um modo de vida pessoal e converter-se num ser humano integral.

Complementa-se ainda a discussão apresentando a tese de Campos (2009, p. 34) que ressalta a importância das dimensões éticas e culturais para o cuidado da saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais. Ele propõe o conceito de *Dialogia do Riso* como ferramenta de interação e geração de conhecimento, entendendo que a prática da saúde pode acontecer em qualquer espaço social, “promover saúde com alegria fortalece o exercício da cidadania: compartilhando conhecimento, brincando e harmonizando-se com seu semelhante, pois na ‘na saúde ou na doença’ somos todos um.” Para o autor, a adoção do universo lúdico como instrumental para a promoção da saúde é uma tecnologia inovadora que está ganhando espaço no meio acadêmico, ele cita o famoso trabalho do médico Patch Adams e de sua equipe, que ao usar ferramentas como a brincadeira, a gentileza, o encontro, o diálogo, o riso rumo à alegria, promovem saúde na direção da Integralidade humana.

É válido ressaltar ainda que o grupo dos Doutores da Alegria influencia ainda diversos outros grupos de outras regiões, conforme Doutores da Alegria (2012) há mais de 580 grupos cadastrados, em todos estados exceto Amapá, em pesquisa realizada pelo Centro de Estudos Doutores da Alegria.

É possível notar que a proposta dos Doutores da Alegria é mais direta que as anteriores, no sentido de já estar inserida num contexto de Saúde Coletiva e ter uma linguagem em comum, sendo que cuidado, humanização, promoção da saúde e Integralidade já estão presentes em seu discurso.

Vale ainda observar de que essa prática oferece uma oportunidade de desenvolvimento de saúde, ou seja, rompe com o processo de doença, ressignificando-o, porém ainda trabalha na perspectiva da doença, possivelmente decorrente de seu local de inserção, podendo ou não contribuir para a saúde.

4.3 As práticas de arte na Terapia Ocupacional

No contexto da Terapia Ocupacional a arte, segundo Castro (2007), é compreendida como projeto para a emancipação humana e de abertura de espaços criativos, educacionais, relacionais e sociais, pois oferece práticas de interferência direta no mundo. Castro e Silva (2002) acreditam que a arte é desalienante por natureza, é um instrumento para conhecer a realidade e conhecer-se; nesse sentido ela é “terapêutica” e, por natureza “profilática”, pois abre um campo de habilitações e aquisições, apresentando-se como um mecanismo de fortalecimento nos

processos de potencialização e inclusão social e cultural. Geralmente são aplicadas em forma de oficinas e ateliês, fornecendo espaços clínicos e de inclusão social num território no qual saúde e arte dialogam e se interferem mutuamente, voltadas especialmente a acolher a população alvo das práticas em terapia ocupacional, como: pessoas portadoras de deficiências, usuários de serviços de saúde mental, idosos, adolescentes em situação de risco pessoal e social, entre outros. Contudo, as oficinas são abertas para qualquer pessoa da comunidade que esteja interessada na proposta, uma vez que, aponta Lima (2008), remetem à ideia de produção e desta para a ideia de produção de subjetividade. Para essa autora são nesses espaços que se concebe, se experimenta, se cria novas formas de se relacionar, novos espaços para existir, novos modos de ser.

A presença da Terapia Ocupacional no campo das artes e vice-versa há muito é reconhecida, de maneira que esta profissão tem representado diversos trabalhos e projetos de assistência, ligadas a iniciativas privadas e públicas, sendo profissão integrante do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Há ainda, nesse campo, grande visibilidade acadêmica com produção de trabalhos e discussões elaboradas e consistentes acerca dessa interface, Arte e Saúde. Assim, Lima *et al.* (2009), ressalta a importância das propostas que essa interface possibilita, em especial às populações desassistidas e privadas de suas redes de vida, dado que seu desenvolvimento apresenta aberturas no processo de produção de saúde o qual implica diálogos e troca de saberes que muitas vezes ultrapassam as fronteiras das práticas tradicionais em saúde.

Fica evidente que há uma forte presença de atividades artísticas, plásticas e corporais nos campos da Terapia Ocupacional, que de acordo com Lima *et al.* (2009), existem em decorrência da identificação da necessidade de propostas que reconstruam a dimensão criativa da vida e proponham uma re-conexão com ritmos os quais favoreçam a maior integração pessoal e ambiental. Nesse sentido, para os autores a saúde é entendida como produção e conexão com as redes de vida, o que implica intervenções e ações que vão além da reparação do dano ou do genérico bem-estar físico-psíquico-social. Estas ações são referência para a construção da reabilitação da saúde, entendida em seu sentido mais amplo, e são orientadas pela importância de ações criativas, referenciais clínicos e artístico-culturais.

As ações desenvolvidas nesses espaços, lembram Lima *et al.* (2009), objetivam a melhoria da atenção à saúde, fortalecimento de ações interdisciplinares, ampliação do acesso dessa população às atividades artísticas e às experiências culturais, configurando modos

inusitados de produção de valor social, pois se constituem em estratégias de construção de projetos de vida, de formas de participação, de convivência, socialização, coletivização e de trocas subjetivas. Em outro trabalho, Lima (2008) afirma que esse conjunto de intervenções artísticas e culturais buscam atravessar a profunda ruptura com o modelo clínico ou outras formas de codificação do sofrimento presentes nos discursos de saúde e doença, confrontando-se com os valores culturais que recusam à diversidade, à deficiência, à ruptura com as normas.

O trabalho constituído na interface entre a terapia ocupacional e as artes, gera potência ao deslocar a clínica para o campo da invenção e produzir novos agenciamentos para os técnicos e para os usuários. A aposta é que novas sociabilidades e novas formas de resistências aos processos de exclusão possam ser engendradas a partir desta proposta. (LIMA *et al.* 2009, p. 147).

Galletti (2001) afirma que essas experiências tentam escapar do modelo terapêutico normatizador, pois pouco se intimidam com o discurso técnico vigente, criando uma nova cultura de intervenções, em que as oficinas se caracterizam por experimentações múltiplas e localizam-se num campo híbrido, móvel e sem identidade fixa.

Para Ferrari (1999) a Terapia Ocupacional enquanto profissão, no conjunto de suas técnicas e procedimentos assistenciais, tem fundamentado suas práticas e pesquisas na dinâmica da realização de atividades comprometidas com a criatividade. Não há a especificidade do uso de um tipo ou outro de atividade para considerar graus ou níveis de criatividade. O que se pode observar, segundo a autora, é que em espaços favoráveis e bem cuidados, o desenvolvimento da criatividade pode ser promovido em qualquer tipo de atividade ou em sua realização. Castro *et.al* (2009) afirmam que a formação para trabalhar no campo da interface da Arte e Promoção da Saúde, busca preparar o profissional para ações com populações em situação de vulnerabilidade e para a mediação de suas demandas com o corpo social e cultural, o que implica formação múltipla e interdisciplinar, composta por conhecimento do campo clínico, do campo das artes, da educação e da saúde, e de práticas na construção constante de estratégias para a inclusão e participação sócio-cultural. E, portanto, colabora com a construção da Integralidade.

É constitutivo desses trabalhos expressivos, conforme Lima (2008), a tentativa de criar um espaço de jogo, para que uma

singularidade possa inscrever-se no mundo, de participação em atividades que tenham lugar na cultura, enquanto prática social, de possibilidades que possam ser reinterpretadas e recompostas, participando da construção de novos territórios. De forma que essas heterogêneas ferramentas de intervenção convergem para a produção de subjetividades e podem funcionar como catalisadores ao criar diversificadas possibilidades de recomposição de uma corporeidade existencial. Para essa autora,

[...] as atividades, contaminadas por essa nova perspectiva em arte, passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de diferentes possibilidades de ser, de acessos aos bens culturais. Poderíamos dizer que, ao buscar, nos fazeres singulares, resgatar a eficácia da obra de arte, estamos criando uma conexão com a sua capacidade de engendrar um devir, uma posterioridade, abrindo novas regiões de possibilidades. (LIMA, 2008, p. 15).

Portanto, também contribui na autonomia e na construção da emancipação. Lima (2008, p. 16), verifica ainda que é necessário transversalizar o trabalho clínico com a prática social, para isso é preciso buscar pela criação de novos modos de existência e suas produções materiais, para então poder construir novos significantes coletivos. Tal guinada possibilitaria a inclusão do indivíduo em redes e grupos de interação social, para então ressignificar as experiências singulares num “micro universo cultural e artístico que se remete e se contextualiza no ‘macro’: o social e o universo da arte.”

Assim como nos Doutores da Alegria, a discussão sobre as práticas de arte na Terapia Ocupacional está bem inserida no contexto da Saúde Coletiva e, portanto, fica clara sua inserção na proposta da Integralidade, uma vez que seu ideal está baseado na luta pela inclusão social. Nesse aspecto, o campo ético trabalhado pela interface Arte e Saúde parece ser mais evidente nessa abordagem, dado que a função da arte é bem definida, como forma de resistência contra a exclusão, e prioriza assim, a diversidade existencial.

5 DISCUSSÃO

Acredito, a partir do decorrido, que as práticas apresentadas acima, se aproximam da noção da Integralidade, seja pelos aspectos da luta contrahegemônica, de promoção da saúde, da humanização, da ética do cuidado, da democratização de práticas e da cidadania, seja através da prevenção, tratamento e reabilitação. Uchôa (2012) afirma que em todas as experiências em seu estudo com práticas artísticas no contexto de Saúde da Família, as concepções acerca da Integralidade destacaram tanto seu caráter pedagógico de cunho emancipatório, na medida em que melhora a saúde e a qualidade de vida –marco conceitual da promoção da saúde - como também a Integralidade do cuidado. Pode-se dizer que essa constatação confirma o potencial descrito por esse trabalho.

Galvanese, Nascimento e d'Oliveira (2013) afirmam que as práticas de arte no contexto da saúde são compreendidas como recursos de humanização dos cuidados, coprodutoras de subjetividade, catalisadoras de afetividade e de reinserção social. Tavares (2003) lembra que é preciso considerar que a abordagem artística inserida na assistência atualiza a potencialidade criativa dos usuários e profissionais, sendo a arte tomada como uma estratégia de cuidado.

É preciso reconhecer que cada prática selecionada possui um ponto forte, e outros fracos. Contudo, elas foram escolhidas no intuito de ampliar as perspectivas e dar conta de nossa imagem objetivo, a Integralidade.

A arteterapia junguiana e gestáltica são enfoques clínicos, e portanto, dão conta dessa realidade. Embora autores citem o fundo social de sua teoria, sabe-se que enquanto prática são individualizadas, seja em atendimento individual ou em grupo. Ou seja, não há pretensões sociais em sua prática, mas nem por isso elas serão descartadas, pois nesse trabalho valorizamos a tensão existente entre clínica e saúde coletiva. O que buscamos com isso são inspirações para um jeito de fazer clínica, que seja coerente com os aspectos da Integralidade aqui apresentados.

Sinalizamos no capítulo sobre o processo saúde-doença a dimensão simbólica dos cuidados em saúde, referido enquanto sentido de vida que um ser humano pode ter. No que concerne às práticas de arte com referencial teórico junguiano parece ser a dimensão simbólica do cuidado e da saúde como potencial de sentido para a noção de Integralidade. Cuidar, tratar de um indivíduo a partir desse referencial, oferecendo lugar a essa busca por um sentido de vida, de conexão com o

mondo, objetivos estes quais são pouco apreciados e experimentados em nossa sociedade, e especialmente nos sistemas de cuidado à saúde.

No que concerne à arteterapia gestáltica acreditamos que o ponto que mais interessa à saúde coletiva, e especialmente para a noção de Integralidade, é um jeito de fazer clínica fundada na prática, ou usando o termo gestáltico, no campo. Onde o foco é a intersubjetividade, a relação, e busca-se então a abertura para o que emerge e para a novidade. Ademais, desenvolver conhecimentos intuitivos, ter contato com a sensibilidade e alteridade são, para Ceccim (2006) o emblema para uma estética multiprofissional.

Os doutores da alegria chegam à saúde esbanjando vida, e fazem um contraponto essencial para a humanização e para o cuidado dos espaços de saúde, onde o foco é desviar o olhar da doença, brincar, ridicularizar, aspectos essenciais na promoção de resiliência. Embora ainda exista um olhar funcionalista de que eles estão presentes apenas para que as crianças colaborem no tratamento, esse é um ponto de vista, não exclui a experiência das crianças, pais e profissionais. E se essa prática usa da experiência do sujeito, humaniza o cuidado e traz consigo um olhar crítico e sensível, faz juz à proposta da Integralidade.

Quanto às práticas de arte em terapia Ocupacional salienta-se a dimensão social que essas práticas alcançam, devido à sua versatilidade e por um campo de atuação estruturado. Contudo, esse enfoque revela ainda um desafio para as práticas de arte, no que diz respeito ao preconceito que essas práticas sofrem ao serem vistas apenas como passatempo, ocupação, lazer e por isso serem menos valorizadas. Nesse sentido, é necessário ter como objetivo o potencial transgressor dessas práticas em vista da superação desses obstáculos.

Proveniente da experiência na saúde mental, especialmente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), as autoras Coscrato e Bueno (2009) relatam que utilizar a arte é ultrapassar os limites técnicos e insistir na dimensão existencial, humana, responsável, solidária, tolerante e de respeito às diversidades e constitui uma das dimensões de mudanças no cenário atual no campo da saúde em busca de uma assistência mais humanizada, ética e cidadã.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A arte se insere no campo da saúde por diversas portas, além de assumir novas relações de cuidado, visão ampliada da saúde e do ser humano, ela também se introduz em contextos sociais complexos, em projetos comunitários para populações carentes, criando novas experiências aos indivíduos, mas também possibilitando novos aprendizados, criação de renda e profissão, valorização da cultura local com danças, teatros, etc. Exprime-se também a necessidade de divulgação destes diversos projetos (inclusão social, prevenção de drogas, da atenção psicossocial, revitalização dos espaços públicos tomados pela violência, etc.) e sua utilização da arte. Embora empiricamente sabe-se das diversas iniciativas existentes em campos distintos de saúde e cultura, esse saber (fazer) ainda tem uma visibilidade tímida nos meios acadêmicos.

Por tantos motivos a arte na saúde sinaliza uma postura política das novas práticas de saúde e assim faz referência justa às noções e ao ideal da Integralidade, pois apresentam uma crítica aos tradicionais métodos de intervenção, referentes a um olhar científico em relação ao ser humano, e propõe novas formas de relação entre os sujeitos, uma nova forma de cuidado. Lembra-se que todas essas posturas anteriores se referem de certa forma a uma postura mais passiva do profissional de saúde e mais ativa dos sujeitos e usuários, ou seja, são formas que não propagam o saber científico, não levam a diante uma noção de saúde enquanto um ideal que se vende, são formas de compreensão contra hegemônicas em muitos dos sentidos aqui apresentados. Para tanto, é possível compreender a marginalização dessas práticas em campos tradicionais, a dificuldade de propagar a interface arte-saúde como possível forma de tratamento e intervenção.

Na construção desta dissertação eu intencionava compreender e verificar em que sentidos as práticas de arte estavam presentes na noção de Integralidade, pois acredito em novos jeitos de olhar para a saúde e em práticas de cuidado inovadoras. Cada uma do seu jeito, essas práticas carregam consigo um ideário político, que muito converge com o que a noção de Integralidade almeja. De certa forma, encontrei o que intencionava, uma proposta ética, baseada no cuidado, com compromisso com a emancipação e inclusão do diferente, portanto acredito que meu objetivo tenha sido cumprido. Ainda parece-me relevante explorar que outras investigações explorem outras abordagens de arte, ou ainda, que aprofundem em questões que não couberam aqui.

Surpreendi-me com o fato de que ambos os objetos estão mais próximos que imaginava e representam uma real possibilidade de implementação da Integralidade. E nesse momento, a interface arte-saúde e Integralidade são para mim indissociáveis.

Verifica-se como importante tema para discussão na Saúde Coletiva e para a Integralidade, a clínica ampliada, elucidando essa antiga tensão clínica- saúde coletiva e criando diretrizes de operacionalização, não no sentido de criar técnicas que sejam aplicadas, e sim sensibilizar profissionais e usuários para uma escuta qualificada, acolhimento e cuidado humanizado, a fim de fortalecer uma práxis vinculada à Integralidade, além de abrir espaços no campo da saúde para que subjetividades possam inscrever-se e serem reinventadas.

7 REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

ANDRADE, Liomar Quinto de. **Terapias Expressivas: arte-terapia, arte-educação, terapia-artística**. São Paulo: Vetor, 2000.

ANDRIOLO, Arley. A “Psicologia da Arte” no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. **Psicologia, ciência e profissão**, 2003, v.23, n.4, pp. 74-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400011&lng=pt>. Acesso em: 06/05/12.

ARAÚJO, Tereza Cristina Ferreira de; GUIMARÃES, Tathiane Barbosa. Interações entre voluntários e usuários em onco-hematologia pediátrica: um estudo sobre os “palhaços-doutores”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ**, 2009, n.3, pp. 632-647. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n3/artigos/pdf/v9n3a06.pdf>>. Acesso em: 15/08/12.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 2000, n.6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/10.pdf>>. Acesso em: 17/08/13.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, n.6, pp. 63-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201000100005> Acesso em: 14/08/2012.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, 2004, v.13, n.3, p.16-29. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>> Acesso em: 14/08/2012.

BERNARDO, Patrícia Pinna. Arteterapia: a arte a serviço da vida e da cura de todas as nossas relações. In: ARCURI, Irene Gaeta, (Org).

Arteterapia: um novo campo do conhecimento. São Paulo: Vetor, 2006.

BILBAO, Giuliana Gnatos Lima; CURY, Vera Engler. O artista e sua arte: um estudo fenomenológico. **Paidéia**, 2008, vol.16, n.33, pp. 91-100. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/12.pdf>. Acesso em: 24/12/2010.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, 2002, n.19, pp. 20-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23/10/13.

BONET, Octavio. “Educação em saúde”, “cuidado” e “integralidade”. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

BOSI, Alfredo. **Reflexões sobre a arte**. 7.ed. São Paulo: Ática, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

CALICCHIO, Renata Ruiz. Vinte anos de luta antimanicomial no Brasil– arte e comunicação como estratégia de participação e transformação social no contexto da reforma psiquiátrica. **Eco-Pós**, 2007, v.10, n.1, pp.13-21. Disponível em:<<http://www.pos.eco.ufrj.br/ojs2.2.2/index.php?journal=revista&page=article&op=view&path%5B%5D=63>>. Acesso em: 31/08/12.

CAMARGO JR, Kenneth de Camargo. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.2, pp. 569-584. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>. Acesso em: 11/08/12.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis em La salud: um desafio para lo publico**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Marcus Vinicius. **Alegria Para a Saúde: A arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de Saúde**. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Pós-graduação em ensino em biociência e saúde, 2009.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o Patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de, Org (s). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende de. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASSIRER, Ernst. **A Filosofia das Formas Simbólicas**. Primeira parte: A Linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

CASTRO, Eliane Dias de; SILVA, Dilma de Melo. Habitando os campos da arte e da terapia ocupacional: percursos teóricos e reflexões. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 1-8, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13888>>. Acesso em: 10/08/13.

_____; INFORSATO, Erika Alvarez; ANGELI Andréa do Amparo Carotta de; LIMA, Elizabeth Araújo. Formação em Terapia Ocupacional na interface das artes e da saúde: a experiência do PACTO. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 3, p. 149-156, set./dez. 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14070>>. Acesso em: 30/08/13.

_____. In Pacto: arte e corpo em terapia ocupacional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 2007, v.11, n.22, pp.393-398.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200021>. Acesso em: 29/08/12.

_____; LIMA, Elizabeth de Araújo. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 2007, v.11, n.22, pp.365-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000200017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07/09/12.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

CHAUÍ, Marilena de Sousa. **Convite à filosofia**. 14.ed. São Paulo: Ática, 2011.

CIORNAI, Selma. Arteterapia gestáltica. In: CIORNAI, Selma. **Percursos em arteterapia**. São Paulo: Summus, 2004.

COLI, Jorge. **O que é Arte**. 15ª ed., Editora Brasiliense: São Paulo, 1995.

COUTO, Zélia de Fátima Seibt; CEZAR-VAZ, Marta Regina; SVALDI, Jacqueline Sallete Dei. A arte como processo tecnológico de compreensão e (re) significação do trabalho em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, 2009, n.18, v.3, pp. 568-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000300021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29/08/12.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea; OLIVEIRA, Inajara Carla. Humanização como expressão de Integralidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):502-506.

DEWEY, John. **Arte como experiência: últimos escritos, 1925-1953**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

DOUTORES DA ALEGRIA [Internet]. **Doutores da alegria**. Disponível em: < www.doutoresdaalegria.org.br>. Acesso em: 21/08/12.

EDWARDS, Michel. Jungian analytic art therapy. In: RUBIN, Judith Aron. **Approachs to Art Therapy: theory & technique**. 2.ed. New York: Taylor & Francis Group: 2001.

FERRARI, Sonia Maria Leonardi. Terapia Ocupacional: espaço da narrativa entre forma e imagem. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, 1999, n.4. Disponível em: < <http://www.ceto.pro.br/revistas/04/02-sonia.pdf>>. Acesso em: 02/09/13.

FERRAZ, Maria Heloisa Corrêa de Toledo. **Arte e Loucura: limites do imprevisível**. São Paulo: Lemos editorial, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Record, 2009.

FISCHER, Ernest. **A necessidade da arte**. 9.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006, v.59, n.4, pp. 532-537. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 22/10/12.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. **Psicologia fenomenológica: fundamento, método e pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 2006.

FREUD, Sigmund. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. Em **Obras Completas de Sigmund Freud**, vol XI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GALETTI, Maria Cecília. **Oficinas em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** [dissertação de mestrado]. São Paulo: PUC-SP, 2001.

GALVANESE, Ana Tereza Costa; NASCIMENTO, Andréia de Fátima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Arte, cultura e cuidado nos

centros de atenção psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, 2013, v.47, n.2. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200360&script=sci_arttext>. Acesso em: 22/10/13.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 21.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antonio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho; CUNHA, Elenice Machado da. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES**, 2002, v.26, n.60, pp. 37-61. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n60.pdf>. Acesso em: 11/08/12.

GODOY *et al.* O compartilhamento do cuidado em saúde mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial de em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. *Saúde Sociedade*, 2012, v.21, supl.1, p.152-163. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/13.pdf>>. Acesso em: 13/09/13.

GOMBRICH, Ernst Hans. **A História da Arte**. Tradução de Álvaro Cabral. 16.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GRINBERG, Luiz Paulo. **Jung o homem criativo**. 2.ed. São Paulo: FTD, 2003.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o Cuidado nas relações entre Sociedade e Estado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

HUIZINGA, Johan. **Homo ludens: O jogo como elemento da cultura**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

JAFFÉ, Aniela. O simbolismo nas artes plásticas. In: JUNG, Carl Gustav, (Org). **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

JUNG, Carl Gustav. **A prática da psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e a psicologia da transferência**. Petrópolis: Vozes, 1988.

_____. **Mysterium coniunctionis: pesquisa sobre a separação e a composição dos opostos psíquicos na alquimia**. Petrópolis: Vozes, 1985.

_____. **A dinâmica do inconsciente**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 588 p. (Obras completas de C. G. Jung 8).

KLEE, Paul. **Sobre arte moderna e outros ensaios: Paul Klee**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

_____. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta de aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

LAHORGUE, Carlos Théo. Entre o caos e a (des) ordem: manifestações, ressonâncias e estesias. In: ARCURI, Irene Gaeta, (Org). **Arteterapia: um novo campo do conhecimento**. São Paulo: Vetor, 2006.

LAURELL, Asa Cristina. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

LIMA, Elizabeth Araújo. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades:

Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, Clarice Moura e FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

_____; INFORSATO, Erika Alvarez; LIMA, Leonardo José Costa; CASTRO, Eliane Dias de. Ação e criação na interface das artes e da saúde. **Revista Terapia Ocupacional Univ. São Paulo**, 2009, v. 20, n. 3, pP. 143-148. Disponível em: <www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v20n3/02.pdf>. Acesso em: 06/08/12.

LUZ, Madel Therezinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

MACGREGOR, John Monroe. **The discovery of the art of the insane**. Princeton University Press: Princeton, New Jersey, 1992.

MALCHIODI, Cathy. **The art therapy sourcebook**. 2.ed. New York: McGraw-Hill, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARONI, Amnéris. **Jung**: o poeta da alma. São Paulo: Summus, 1998.

MARTINS, Maria Aparecida; BARREZZI, Joselita Almeida; FERREIRA, Maudeli de Cássia. A Inserção Social de Portadores de Transtornos Mentais Através da Arte: a arte como terapêutica complementar no tratamento de pacientes da DSM portadores de esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunções cerebrais. **Saúde e Sociedade**, 2009,

v.18, supl.1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/22.pdf>. Acesso em: 09/08/12.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina:** crítica sociológica as práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

MASETTI, Morgana. Doutores da ética da alegria. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 2005, v.9, n.17, pp.453-458. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a26.pdf> >. Acesso em: 15/08/12.

_____. **Soluções de palhaços:** transformações na realidade hospitalar. 7.ed. São Paulo: Palas Athena, 2008.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, 2004, v.20, n.5, pp. 1411-1416. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 28/08/12.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco, 2006.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; MEDEIROS, Laís Paula de. O programa de Saúde da Família em Natal e as atividades lúdicas. In: MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; OLIVEIRA, Marcus Vinicius de Faria, Org (s). **Cenários lúdicos em unidades de saúde da família**. Natal : IFRN, 2010.

_____; MELO, José Pereira de. Notas sobre corpo, saúde e ludicidade. In: MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; OLIVEIRA, Marcus Vinicius de Faria, Org (s). **Cenários lúdicos em unidades de saúde da família**. Natal : IFRN, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MORAIS, Frederico. **Arte é o que eu e você chamamos arte: 801 definições sobre arte e o sistema da arte**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos José; MÜLLER-GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Fenomenologia e gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

OLIVEIRA, Roberta Ramos de; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2008, v. 12, n.2, pp. 230 - 236. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/07ARTIGO03.pdf>. Acesso em: 15/08/12.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. A saúde no mundo, 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança: relatório. Genève, 2001.

OSTROWER, Fayga. **Criatividade e processos de criação**. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **Universos da arte**. 24.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998.

PHILIPPINI, Ângela. **Cartografias da coragem: rotas em arte terapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pomar, 2001.

_____,(Org). **Arteterapia: métodos, projetos e processos**. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Teresinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da**

integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma ecologia política dos Riscos:** Princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

READ, Herbert. **O sentido da arte.** São Paulo: Ibrasa, 2005.

RHYNE, Janie. **Arte e Gestalt:** padrões que convergem. São Paulo: Summus, 2000.

_____. Gestalt Art Therapy. In: RUBIN, Judith Aron. **Approachs to Art Therapy:** theory & technique. 2.ed. New York: Taylor & Francis Group: 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à Gestalt Terapia:** conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica. Petrópolis: Voes, 2000.

RUBIN, Judith. **Art Therapy:** an introduction. Philadelphia: Branner/Mazel, 2009.

SARECENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente.** Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

_____. **O mundo das Imagens.** São Paulo: Ática, 1992.

TAVARES, Cláudia Melo. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Revista brasileira de enfermagem**, 2003, vol.56, n.1, pp. 35-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22/10/13.

TAVARES, Carlos Eduardo. Projeto oficina do riso – arte no cuidar: três anos em atividade. In: **Seminário de Extensão da Universidade Fumec**. Cadernos de artigos, n.7. Belo Horizonte: Universidade FUMEC, 2010. Disponível em: <http://www.fumec.br/anexos/extensao/caderno_artigos2009.pdf>. Acesso em: 15/08/12.

TESSER, Charles; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, v.13, n.1, pp. 195-206. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>> Acesso em: 14/08/12.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

UCHÔA, Alice. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* v.13, n.29, p.299-311, abr./jun. 2009.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso. **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004.

_____. **Arteterapia com crianças hospitalizadas**. [dissertação de mestrado]. São Paulo: PUC-SP, 2004b.

_____. **A arteterapia humanizando os espaços de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

WHO. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health. Disponível em < http://www.who.int/mental_health/en/>. Acesso em: 2013.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

YONTEF, Gary. **Processo, diálogo e awareness: ensaios em gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998.

ZINKER, Joseph. **Processo criativo em Gestalt terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

8 ARTIGO RESULTANTE DA PESQUISA

ARTE E SAÚDE: UMA INTERFACE A SERVIÇO DA INTEGRALIDADE

Joana Anschau Roman¹
Marco Aurélio Da Ros²

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo explorar as práticas de arte em saúde e sua possível relação com a Integralidade e verificar em que sentidos as práticas de arte na saúde estão presentes na noção de Integralidade. Foram utilizadas quatro distintas abordagens dessa interface, que foram escolhidas a fim de ressaltar a pluralidade deste tema e também por serem práticas com maior impacto social, são elas: arteterapia junguiana, arteterapia gestáltica, doutores da alegria e práticas de arte em terapia ocupacional. Para isso foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória por meio de investigação documental realizada nos principais documentos destas abordagens. Os resultados constatam que essas abordagens amparam os seguintes preceitos: (1) ética do cuidado em saúde; (2) autonomia e emancipação – marco conceitual da promoção da saúde; (3) prevenção, tratamento e reabilitação; (4) luta social no enfrentamento de modelos hegemônicos em saúde, criando espaços para a inclusão social. Tais preceitos encontrados nestas práticas são coerentes com os princípios da noção de Integralidade. Através deste estudo conclui-se que as práticas de arte são ferramentas valiosas para a implementação da Integralidade.

Palavras-chave: Interface Arte e Saúde. Práticas de arte em saúde. Integralidade. Cuidado.

1 INTRODUÇÃO

Desde a época das cavernas os seres humanos, conforme Ciornai (2004) desenhavam imagens que buscavam representar, organizar, significar e assenhorar-se do mundo em viviam. Chauí (2011) lembra ainda que a arte busca exprimir as formações sociais em que nascem e nas quais vivem, uma vez que ela é socialmente determinada.

No mundo moderno, de acordo com Ferraz (1998) percebe-se que os campos da arte, psicanálise e psiquiatria definiram suas bases renovadoras em momento histórico semelhantes. No campo das artes esse momento histórico, aponta Gombrich (2008), se refere à alta ascensão do capitalismo industrial, juntamente com o advento de meios tecnológicos de cópia e fotografia, liberando o artista da criação de representações do mundo e abrindo a possibilidade de criação conforme sua individualidade. No campo da saúde, expõe Ferraz (1998), um dos marcos teóricos que representam essa ruptura com as tradições anteriores foi o advento e reconhecimento da psicanálise, nesse caso, a teoria do inconsciente, que transforma a forma como as pessoas, artistas e sociedade se relacionam com a arte. Decorrente dos estreitos limites quanto ao tratamento de doentes psiquiátricos a arte encontra sua primeira entrada como forma de diagnóstico, ainda no fim do séc. XIX, porém, devido a violência presente nas instituições psiquiátricas, logo torna-se imprescindível no desafio de inventar uma nova clínica com possibilidade de encontro entre os agentes de saúde e usuários.

Através de uma pesquisa com artistas anônimos, Bilbao e Cury (2008), constatam que fazer arte gera auto-estima, encoraja a experimentação, desperta novas habilidades, e ainda, que as pessoas em experiências criativas e artísticas são mais espontâneas e autoconfiantes, sentem felicidade e realização, livres de bloqueios, medos e autocríticas. Concluem, portanto, que os processos criativos através das práticas artísticas desenvolvem potenciais oferecendo oportunidades para crescimento e mudança, indicando que o exercício da criatividade exerce papel importante na saúde do indivíduo. De forma que a interface Arte e Saúde é compreendida por Castro (2007), como projeto para a emancipação do ser humano e de abertura de espaços relacionais, sociais, criativos e educacionais nas instituições de saúde.

Assumida como uma diretriz estratégica para a organização do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, a Integralidade tem por base o conceito ampliado de saúde, bem como distintas formas de operação sobre os momentos do processo saúde-doença. Marcada pela multiplicidade de concepções e propostas com

respeito à reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde a Integralidade tem por referência uma concepção positiva da saúde, que é entendida como processo e produção social, muito além, portanto, de consequências imediatas dos fatores específicos, indicadas negativamente pela doença. (GIOVANELLA, *et al.*, 2002.). Assim, depara-se com a implicação real de se pensar as práticas de arte como possível prática integral de atenção à saúde.

Para Lima *et al.* (2009), o desenvolvimento das propostas contemporâneas que se situam na interface da Arte e da Saúde apresentam aberturas no processo de produção de saúde que pressupõe troca de saberes e diálogos que muitas vezes ultrapassam as fronteiras das práticas tradicionais em saúde. Nessa perspectiva, essa interface só é possível devido à complexidade de ambas e sua relação com a vida e seu significado. Ademais, é possível notar que essas práticas têm ocupado distintos papéis nas instituições de saúde, seja pelo seu fim expressivo, como no campo da saúde mental, seja pelo seu fim recreativo, inclusivo, promotor de saúde, seja pelo seu fim terapêutico. Contudo, devido ao pouco reconhecimento, as intervenções artísticas muitas vezes são banalizadas por profissionais despreparados. Os profissionais da saúde, de acordo com Masetti (2004) são muito bem preparados para lidar com doenças, alguns com doentes, raríssimos são os preparados para lidar com pessoas e saúde, sendo que é necessário um profissional capaz de estabelecer uma relação com o usuário/paciente.

Admite-se com isso que essa é uma importante discussão para a Saúde Coletiva, pois como consequência da saturação do modelo tecnocientífico de cura e a necessidade de novas formas de cuidado em saúde, as práticas de arte tem se tornado cada vez mais presentes em diversos contextos de saúde, embora ainda de forma tímida na academia e produções acadêmicas. Atrela-se a noção de Integralidade, pois esta tem acolhido em suas discussões essa crítica ao modelo estabelecido, bem como também tem se mostrado um campo fértil e aberto para novas propostas no campo da saúde. Assim torna-se necessário levantar essa questão, pois na produção desse trabalho percebe-se que existem muitos pontos importantes em que as práticas de arte estão presentes, nas práticas antigas de tratamento e prevenção bem como em novas formas de cuidado, como na promoção da saúde e também em contextos políticos de saúde, dentre eles, a inclusão social. Por tal motivo, acredita-se na existência de pontos de convergência entre ambas abordagens.

Dado isso, e o ensejo de estudar a interface Arte e Saúde essa pesquisa busca discutir os diferentes aspectos da Integralidade que as

práticas de arte contemplam. Foram tomadas como exemplo quatro abordagens distintas de práticas de arte em saúde, tais abordagens foram escolhidas a fim de ressaltar a pluralidade deste tema e porque acredita-se que sejam práticas com impacto social e conseqüentemente importante discussão para a Saúde Coletiva. São elas: Arteterapia Junguiana e Gestáltica, Doutores da Alegria e arte em Terapia Ocupacional, a fim de explorar suas abordagens, bem como compreender os aspectos relevantes para a noção de Integralidade. Para isso, o objetivo dessa pesquisa contempla a exploração e descrição das práticas de arte em saúde e sua relação com a Integralidade e também, discutir em que sentidos as práticas de arte na saúde estão presentes na noção de Integralidade.

Integralidade

Ainda que assumida como diretriz do SUS, autores como Mattos (2004) e Giovanella *et al.* (2002), afirmam que a Integralidade é um elemento pouco presente nas discussões da área da saúde. Tesser e Luz (2008) apontam que a Integralidade está deslocada dos valores e da estrutura que constituem os saberes e as práticas de saúde especializadas, por isso representa para a racionalidade biomédica um problema epistemológico, pois ela é uma missão ética. Para Camargo Jr (2005, p. 36) a Integralidade surge como expressão de um vazio, uma lacuna decorrente da insatisfação com as concretas práticas de saúde, não chega a representar um conceito, e sim uma rubrica para um “conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si” e deve ser tomado como um devir, um ideal regulador.

Na busca pela melhoria da atenção à saúde, demonstram Pinheiro e Guizardi (2006), gestores, profissionais e usuários do SUS, vêm apresentando evidências práticas do inconformismo e da necessidade de revisão das concepções de saúde, em especial dos modelos technoassistenciais. Ademais afirmam Cutolo e Oliveira (2012), toda ação em saúde se baseia em sua concepção do processo saúde-doença, portanto ao se pensar o processo saúde-doença a partir da Integralidade, todos os aspectos que implicam sobre esse processo serão considerados, ou seja, reconhece-se a determinação social, o condicionante ecológico- ambiental e o desencadeador biológico, bem como as necessidades do sujeito e de sua comunidade.

Considerando isso, Pinheiro e Guizardi (2006), apontam que a Integralidade vem sendo forjada no sistema de saúde como um termo plural, ético e democrático. Partindo de um referencial foucaultiano,

qualificam-na como um dispositivo político, de crítica dos poderes e de saberes instituídos. De forma que se torna possível habilitar práticas cotidianas onde os sujeitos concebam novos arranjos sociais e institucionais nos espaços públicos em saúde, produzindo assim novas relações e significados, o que para as autoras é o atributo próprio da política como ação concreta. Nesta perspectiva, a Integralidade viabiliza um projeto de construção da saúde como direito de cidadania.

Contudo, a Integralidade enfrenta um grande desafio de implementação por conta da racionalidade médica instituída, pois guiar as práticas de saúde por este princípio implica uma mudança estrutural na forma como essas práticas tem se desenvolvido, “trata-se, sem dúvida, de um movimento ousado de construção do conhecimento que busca a transversalidade de seus objetos e procedimentos metodológicos [...]” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p.26). A Integralidade enquanto prática social, afirmam Pinheiro e Guizardi (2006), implica o reconhecimento de diferentes visões de mundo, que seria para Mattos (2006) a disponibilidade de trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis.

Uma das iniciativas tomadas para minimizar o efeito dicotomizante das práticas de saúde foi adotar diretrizes que conformam importantes aspectos da Integralidade, como a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e a intersetorialidade, que para Camargo Jr (2005) representa uma necessidade fundamental. Uma vez que o sofrimento não se restringe somente a área sanitária e muitos de seus determinantes estão relacionados à conjuntura política e socioeconômica, Lacerda e Valla (2006) apontam que a discussão da Integralidade na atenção e no cuidado implica um trabalho e abordagem interdisciplinar. Nesse sentido, apresenta Godoy *et al.* (2012), a Integralidade não se limita, portanto, à assistência, mas exige uma articulação mais ampla de maneira a atender diversas necessidades no campo da atenção à saúde. Ayres (2001) aponta que os constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da felicidade almejada pelas intervenções em saúde e se obriga a dialogar com interesses de natureza emocional, estética e moral.

Ayres (2001) sinaliza que é preciso fazer um deslocamento nas concepções de saúde, uma transformação no agir que aproxime a noção do cuidado e afaste a referência intervencionista. Nesse sentido microinstitucional, a literatura brasileira apontou para a direção da relação profissional – usuário, tendo a Integralidade enquanto um valor que se expressa na forma como os profissionais de saúde respondem aos pacientes que os procuram. Ou seja, compreender que o que deve ser

cuidado é o indivíduo e não apenas seu diagnóstico. Cuidar, para Luz (2006), é acolher, respeitar, atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social. A noção de cuidado implica, complementam Pinheiro e Guizardi (2006), uma atenção integral, com sentidos e significados voltados para a compreensão de saúde como um direito de ser.

Uma prática de saúde embasada na noção de cuidado, aponta Bonet (2006), só é possível em um contexto onde encontra-se ativa a lógica da Integralidade e que os agentes terapêuticos sintam o compromisso com a busca da reconstrução desses aspectos da saúde que foram sacrificados pelo modelo técnicoassistencial, essa mudança, ressalta o autor, leva a inclusão de sujeitos como construtores de projetos, tanto individuais quanto coletivos. Os efeitos acabam não se restringindo aos atos realizados, de acordo com Guizardi e Pinheiro (2006, p.48), uma nova concepção de saúde emerge em meio a essas práticas que, ao se orientarem por outra forma de aproximação da questão – que não aquela restrita à doença – “tornam a saúde um campo de amplos e complexos sentidos.”.

Uchôa (2009), em seu estudo, declara que diante de situações adversas e complexas de adoecimento, exclusão e pobreza vividas pelas comunidades, o recurso à cultura, arte, atividades laborativas e físicas, lazer e socialização apareceram, dentro da estratégia da Saúde da Família, como alternativas para romper com a passividade dos usuários e profissionais em relação à manutenção do modelo medicalizante. Para autora, a arte é um lócus de transformação das práticas dos profissionais em direção à humanização e ao vínculo.

Com isso, torna-se imprescindível criar formas inovadoras de organização da atenção, de modelos de cuidado e de intervenção, procurando ampliar os dispositivos para além dos da clínica individual tradicional. Todavia, inúmeros desafios surgem, inerentes às mudanças de assistência, principalmente quanto à formação e atuação dos profissionais, o que se busca nesse campo é uma certa vocação crítica e criativa, que insira essas novas formas de cuidado no campo da cidadania.

PERCURSO METODOLÓGICO

Realizou-se uma pesquisa documental exploratória com as principais obras dos objetos selecionados. As obras da arteterapia junguiana e gestáltica se dão principalmente em livros, de referências nacionais e internacionais. Já as obras analisadas dos doutores da alegria

e da terapia ocupacional, foram principalmente em artigos, livros e relatos de experiência. Para analisar as obras buscou-se por pontos centrais nas diferentes abordagens, bem como aspectos aproximativos com a noção de Integralidade. De forma alguma, a redação dessas abordagens foi na íntegra, pois esse não era o objetivo do presente trabalho.

DISCUSSÃO

Carl Gustav Jung (1875-1961), psiquiatra suíço tentou relacionar as imagens do inconsciente como uma entidade – arquétipos¹¹, em suas próprias razões, examinando-as sob variadas perspectivas, como cultural e psicológica. Com isso, Jung cria um método aberto, construtivo e hermenêutico de interpretação e oferece uma reavaliação das formas tradicionais de entender as experiências interiores. Para Andrade (2000), Jung vê o homem como um ser essencialmente social, pois a psique humana não pode existir sem uma cultura de origem, onde por diferenciação deste contexto, a individualidade vai se processar, sendo assim, o indivíduo não pode sobreviver nem funcionar sem uma sociedade na qual possa inserir seu histórico de individuação. A arte, os rituais e religiões, nessas expressões individuais e culturais sempre reapresentam esse modo funcional do ser humano. De onde se segue, para essa autora, a arte em sua teoria, é uma instância de comunicação com a psique, que deve ser compreendida em seus próprios termos e em diferentes níveis.

A arteterapia junguiana, conforme Andrade (2000), promove, através dos recursos artísticos, uma elaboração dos tumultos internos do psiquismo ao exprimir e confrontar as emoções experienciadas. Ao dar livre fluxo às expressões das imagens internas, o indivíduo, ao mesmo tempo, em que as modela, transforma a si mesmo. Ao conhecer aspectos

¹¹ Arquétipos para Jung (1991, § 718) são “[...] possibilidades herdadas, para não dizer, necessidades compulsórias, na reprodução de imagens e ideias pelas quais estes dominantes sempre se expressaram.” Andrade (2000) assinala que diz respeito às camadas mais profundas do inconsciente, o inconsciente coletivo com seus símbolos e arquétipos. É acervo da humanidade e faz parte de todos os homens, formam e devem suas estruturas a uma inserção no processo de desenvolvimento das experiências sociais primárias, configuradas historicamente. Maroni (1998) menciona que o trabalho com os mitos possibilita um trabalho arquetípico, através da amplificação, o que possibilita pontos de integração na consciência.

próprios tem a possibilidade de se recriar, se educar e sobretudo, pode experimentar inserir-se na realidade de uma nova maneira. Maroni (1998) assinala nesse sentido, que a expressão, tão estimada nessa abordagem, diz respeito a experimentar novas formas e pô-las no mundo, concretizá-las, uma vez que o homem individuado exerce sua expressão. Por essa razão, os recursos artísticos formam um valioso instrumental para o indivíduo se reorganizar internamente e ao mesmo tempo construir sua realidade. Esses recursos, cita Bernardo (2006), podem ser utilizados nas suas dimensões curativas e preventivas, e também como forma de promover sentido à vida, ativando a capacidade de auto-cura dos indivíduos e de aprender com as experiências da vida, esta é a mesma função que a arte cumpre para a consciência coletiva: acrescentar novos elementos para a significação da realidade, o que desencadeia processos de transformação nas relações homem-universo. A partir disso, a arteterapia se configura num meio favorável de desenvolvimento de símbolos mutantes, que ajudarão o ser humano a desenvolver ou alterar os sentimentos manifestos, o seu próprio conceito e seu relacionamento com os demais. Para Philippini (2007), toda forma expressa pela arte é uma maneira de comunicação humana e a arteterapia é o processo de manifestação e transformação dos símbolos, pessoais e culturais.

Conforme o que foi acima apresentado, parece que preencher funções de dimensão cultural (trabalho com mitos, por exemplo), trazer para a vida dos indivíduos um referente simbólico, que para Luz (2006) seria um registro simbólico do viver e do morrer, ser algo que essa abordagem emprestaria à Integralidade. Todavia, assim fazendo, esta seria uma forma de lidar com o “sistema” estabelecido na área da saúde, uma forma de resiliência. Não representando, dessa maneira, necessariamente um rompimento com as formas de domínio instituídas, uma vez que essa abordagem faz uso de recursos interpretativos baseados em uma teoria que não necessariamente foi constituída na relação. Embora, é familiar que essa teoria é fundamentada em aspectos “menos reducionistas”, já que a arte é algo profundamente valorizada por Jung, mais apreciada que a própria ciência, como demonstra Maroni (1998, p.47), a arte representa um ideal ético e estético do ser humano para a realização máxima da índole enquanto ser vivo, “para ele, um dos paradigmas da psique, talvez o mais importante, é o estético.” A autora ressalta, a psicologia analítica opta a favor da arte, do criativo e do lúdico. E assim, configura uma alternativa, uma possibilidade de cuidado em saúde, já que oferece instâncias culturais e biográficas (a individuação), além de promover autonomia e com isso ser uma

possibilidade rumo à emancipação. No que concerne à Integralidade, é uma proposta válida, pois implica um novo jeito de olhar. Compreende-se que todo novo jeito de olhar abre portas para que algo concreto possa estabelecer-se no sentido de promover uma mudança.

Rodrigues (2000) relata que decorrente do movimento mundial do início do séc. XX a psicologia da Gestalt primava pela consideração entre as partes e na determinação da relação do todo, ou seja, prioriza a ideia de percepção como um conjunto, de forma que o todo é uma realidade diferente da soma de suas partes. Dado isso, por mais difícil que seja traduzir, o termo alemão *Gestalten*, designam Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2007), possui o sentido de forma, um todo espontâneo, sem síntese, isto é, aberto, o qual orienta as ações de maneira irreflexiva. Rhyne (2000) aponta como a habilidade de perceber configurações totais.

A Gestalt-terapia, segundo Rodrigues (2000), abraçou desde seu início uma perspectiva psicossocial, promovendo uma visão de ser humano como ser-no-mundo, parte integrante e inseparável do sistema organismo-meio. O indivíduo é visto como um ser relacional, em constante processo de devir e intercâmbio criativo com o meio.

A arteterapia gestáltica, portanto, conforme Ciornai (2004), está fundada num referencial fenomenológico-existencial, que compreende o ser humano como capaz de interagir com o mundo de forma criativa, inusitada e transformadora, sendo sujeito da própria história, artista da própria vida. A abordagem fenomenológica, conforme Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2007), desafia a existência tanto do sujeito e do mundo como puros e independentes um do outro, apresentando com isso o conceito da intencionalidade, afirmando que a consciência é sempre consciência de alguma coisa, assim como todo objeto é sempre objeto para um sujeito. Portanto, a fenomenologia busca perceber a natureza do fenômeno tal como ele é vivido e experienciado, por conseguinte, o método fenomenológico propõe caminhos para a compreensão, visando respeitar a complexidade do real e encontrar o sentido dentro do próprio fenômeno. Já a visão existencial, afirma Ciornai (2004), sustenta a visão de que não há sobre o ser humano uma essência a ser descoberta, nem mesmo conceitos acerca de sua natureza a serem elaborados. A visão existencial, como o próprio nome já sinaliza, preza pela existência e não pela essência, afirmando que o homem não é apenas produto de seu meio.

Na arteterapia gestáltica o compromisso do terapeuta, portanto, afirma Ciornai (2004) é com o cliente e não com um mapa determinado de conhecimento, a compreensão adquirida será continuamente testada e

reformulada no processo da relação. Por ser uma abordagem que privilegia a existência, enquanto método, busca uma conduta aberta ao novo olhar, na medida do possível desprovido de preconceitos e *a priori* na relação com o outro, baseia-se, sobretudo no conhecimento, nos afetos e sentimentos que advêm da relação, da intersubjetividade. É comum nos arteterapeutas e terapeutas gestálticos uma postura de abertura ao campo, sendo que muitas vezes nem mesmo é necessário conhecimento prévio da pessoa que está sendo atendida, para um clínico gestáltico o que importa é o campo¹². No processo gestáltico de arteterapia o terapeuta não interpreta a obra produzida, e sim, encoraja o próprio indivíduo a perceber e compreender os afetos que emergem e buscar por significados, baseados em suas experiências e vivências.

O princípio básico da arteterapia gestáltica para Rhyne (2000) é o de trabalhar pela constante ampliação da *awareness*¹³ e pela descoberta de novas possibilidades e horizontes, com base em uma abordagem que estimula a expressão, a elaboração e a criatividade pessoal de uma forma prazerosa, inovadora e envolvente. Os experimentos¹⁴ artísticos na arteterapia gestáltica são formados, segundo Rhyne (2000, p. 41) pela experiência em fazer formas artísticas, estar vivenciando ativamente, emocionalmente envolvido nas formas que estão sendo criadas e observar o que está sendo feito. A arteterapia gestáltica, afirma Rhyne (2001), ao trabalhar com a forma (*gestalt*), pode compreender, através dos recursos artísticos, a configuração do todo na expressividade do indivíduo. Os processos artísticos são um recurso valioso na intensificação do contato¹⁵.

¹² Em gestalt-terapia, informam Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2007), o campo refere-se àquilo que é intersubjetivo, isto é, não pertence a nenhum dos envolvidos, mas àquilo que entre eles se configura, se atualiza.

¹³ Conforme Yontef (1998) é uma forma de experienciar, é o processo de estar em contato vigilante com os eventos mais importantes do campo indivíduo-meio, com total suporte sensorio-motor, emocional, cognitivo e energético.

¹⁴ O conceito de experimento, conforme Ciornai (2004) alicerça-se na epistemologia da direta experiência sensorial, pois o verdadeiro saber deve ser apreendido organísmica e experiencialmente. A finalidade de um experimento não é alcançar um resultado já conhecido, específico e previsto; seu objetivo é criar novas experiências ou explorar e aprofundar experiências já vividas, enriquecendo-as com novas perspectivas, novos olhares, novas luzes, novos ângulos de visão.

¹⁵ Conforme Perls, Hefferline e Goodman (1998) o contato é toda relação viva que ocorra na fronteira de interação do organismo com o meio, todo contato é

Enquanto diferencial importante à Integralidade, e já mencionado nessa abordagem, é o entendimento acerca da experiência. Dewey (2010, p. 74) qualifica a experiência através da influência mútua com o meio, “a vida se dá em um meio ambiente; não apenas *nele*, mas por causa dele, pela interação com ele”, ou seja, a experiência é o efeito da interação entre o organismo e o meio que, quando inteiramente realizada, é transformada em participação e comunicação e consiste na acentuação da vitalidade. Esse autor relaciona a experiência à arte, para ele “a experiência é a arte em seu estado germinal.” (DEWEY, 2010, p. 84). A arte real é aquela que se faz na experiência, isto é, o produto artístico brota quando o pleno sentido da experiência se expressa.

A proposta de Bondía (2002) é que apenas o conhecimento prático, ou seja, a experiência, é capaz de produzir reflexão, crítica, emancipação e política. Para esse autor a experiência requer um gesto de interrupção, pois nela o sujeito não é ativo, produtor, e sim passivo, receptivo, disponível, aberto, exposto. Tal gesto representa para ele uma postura política, uma vez que está em contraposição ao sujeito do capital. Essa concepção apresentada pelo autor é interessante à Integralidade e se assemelha com as propostas trazidas pelos autores mencionados.

No que concerne à noção de Integralidade, a arteterapia gestáltica ainda apresenta uma forma clínica afim com tal noção, dado que é fundada na prática, ou usando o termo gestáltico, no campo, em que o foco é a relação, a intersubjetividade, e busca-se então a abertura para o que emerge, para o que ali se atualiza.

Os Doutores da Alegria são profissionais performáticos que desempenham seus trabalhos em Unidades de Internação. São especializados nas áreas de teatro clown e técnicas circenses que, conforme Araújo e Guimarães (2009), recebem treinamento em habilidades interpessoais e de comunicação, técnicas de improviso para a promoção de bem-estar físico e mental, qualidade de vida, diminuição de ansiedade e estresse entre pacientes, familiares e membros da equipe de saúde. A atuação, para Tavares (2010), aspira efeitos específicos no contexto hospitalar, sendo um deles a colaboração com o tratamento proposto. Já Araújo e Guimarães (2009), afirmam que as práticas dramáticas utilizadas buscam simplificar e desmistificar, mas principalmente, parodiar procedimentos de saúde, o que pode resultar

ajustamento criativo do organismo e do meio, é achar e fazer a solução vindoura.

em alívio, conforto, bem-estar físico, psicológico e social do paciente internado e de seus acompanhantes.

A experiência artística construída pelos Doutores, confere Masetti (2008), têm a autorização da comunidade para operar sobre uma lógica de pensamento não linear. Por meio de sua máscara, esse personagem enxerga a realidade a sua volta de outra forma, criando novos pontos de vista, e o ridículo, o absurdo, o erro, são materiais bem vindos que tornam efetivo esse olhar. O foco é totalmente concentrado no presente e na construção de uma relação lúdica.

Para Masetti (2005) o palhaço ocupa o cenário do hospital, pois parte do mal-estar da civilização moderna está ligada ao desaparecimento de espaços que incentivem e dêem sentido às forças e questões da vida. O utilitarismo médico, inserido numa lógica econômica, privatiza essa riqueza cultural e deixa de ser continente para tais questões. Para essa autora, somente o palhaço pode constatar o absurdo que a apropriação desse imaginário pode significar. Pois o palhaço possui uma forma de ver o mundo que permite alterar a realidade, transformando-a no que deseja, introduzindo uma forma de pensamento complexo, onde contesta-se os acontecimentos estabelecidos e onde os fatos ganham novos sentidos, uma nova lógica.

Outros autores reafirmam a importância do humor e do riso na eficácia dos cuidados de saúde. De acordo com Tavares (2010) o riso desencadeia a liberação de endorfinas, que por sua vez promove o bem-estar geral, melhora a circulação e a pressão arterial e fortalece as defesas orgânicas. Para Masetti (2008) ele destrói a seriedade unilateral e significações incondicionais, de maneira a liberar a consciência, a imaginação e o pensamento, os quais ficam disponíveis para novas possibilidades. Para essa autora, o sorriso é um aspecto importante para a recuperação física do paciente e está relacionado à energia para lidar emocionalmente com a doença e com a hospitalização. Nesse sentido, o humor surge como um importante recurso, que permite ao indivíduo explorar fatos os quais, por barreiras pessoais, não poderiam se revelar de forma aberta e consciente. Em outras palavras, o acesso ao humor e ao riso permite a liberação da energia investida no problema, que, então, pode ser utilizada em outros pontos importantes da recuperação física. Para a autora, a possibilidade de ocorrer tal liberação se dá pela estrutura de funcionamento dos processos humorísticos, que é descrita como análoga à mecanismos presente em sonhos, e serve como um importante instrumento para lidar com conflitos e para a manutenção do equilíbrio físico e mental. Campos (2009) ressalta ainda que o riso e o bom humor têm efeitos benéficos para a saúde, pois promove saúde com alegria, o

autor defende o riso como ferramenta dialógica, numa postura de pactuação cotidiana frente à vida, uma vez que a saúde que deseja-se trabalha com a ideia de alegria.

Complementa-se ainda a discussão apresentando a tese de Campos (2009, p. 34) que ressalta a importância das dimensões éticas e culturais para o cuidado da saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais. Ele propõe o conceito de *Dialogia do Riso* como ferramenta de interação e geração de conhecimento, entendendo que a prática da saúde pode acontecer em qualquer espaço social, “promover saúde com alegria fortalece o exercício da cidadania: compartilhando conhecimento, brincando e harmonizando-se com seu semelhante, pois na ‘na saúde ou na doença’ somos todos um.” Para o autor, a adoção do universo lúdico como instrumental para a promoção da saúde é uma tecnologia inovadora que está ganhando espaço no meio acadêmico, ele cita o famoso trabalho do médico Patch Adams e de sua equipe, que ao usar ferramentas como a brincadeira, a gentileza, o encontro, o diálogo, o riso rumo à alegria, promovem saúde na direção da Integralidade humana.

É possível notar que a proposta dos Doutores da Alegria é mais direta que as anteriores, no sentido de já estar inserida num contexto de Saúde Coletiva e ter uma linguagem em comum, sendo que cuidado, humanização, promoção da saúde e Integralidade já estão presentes em seu discurso.

Vale ainda observar de que essa prática oferece uma oportunidade de desenvolvimento de saúde, ou seja, rompe com o processo de doença, ressignificando-o, porém ainda trabalha na perspectiva da doença, possivelmente decorrente de seu local de inserção, podendo ou não contribuir para a saúde.

No contexto da Terapia Ocupacional a arte, segundo Castro (2007), é compreendida como projeto para a emancipação humana e de abertura de espaços criativos, educacionais, relacionais e sociais, pois oferece práticas de interferência direta no mundo. Castro e Silva (2002) acreditam que a arte é desalienante por natureza, é um instrumento para conhecer a realidade e conhecer-se; nesse sentido ela é “terapêutica” e, por natureza “profilática”, pois abre um campo de habilitações e aquisições, apresentando-se como um mecanismo de fortalecimento nos processos de potencialização e inclusão social e cultural.

As ações desenvolvidas nesses espaços, lembram Lima *et al.* (2009), objetivam a melhoria da atenção à saúde, fortalecimento de ações interdisciplinares, ampliação do acesso dessa população às atividades artísticas e às experiências culturais, configurando modos

inusitados de produção de valor social, pois se constituem em estratégias de construção de projetos de vida, de formas de participação, de convivência, socialização, coletivização e de trocas subjetivas. Em outro trabalho, Lima (2008) afirma que esse conjunto de intervenções artísticas e culturais buscam atravessar a profunda ruptura com o modelo clínico ou outras formas de codificação do sofrimento presentes nos discursos de saúde e doença, confrontando-se com os valores culturais que recusam à diversidade, à deficiência, à ruptura com as normas.

É constitutivo desses trabalhos expressivos, conforme Lima (2008), a tentativa de criar um espaço de jogo, para que uma singularidade possa inscrever-se no mundo, de participação em atividades que tenham lugar na cultura, enquanto prática social, de possibilidades que possam ser reinterpretadas e recompostas, participando da construção de novos territórios. De forma que essas heterogêneas ferramentas de intervenção convergem para a produção de subjetividades e podem funcionar como catalisadores ao criar diversificadas possibilidades de recomposição de uma corporeidade existencial. Para essa autora,

[...] as atividades, contaminadas por essa nova perspectiva em arte, passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de diferentes possibilidades de ser, de acessos aos bens culturais. Poderíamos dizer que, ao buscar, nos fazeres singulares, resgatar a eficácia da obra de arte, estamos criando uma conexão com a sua capacidade de engendrar um devir, uma posterioridade, abrindo novas regiões de possibilidades. (LIMA, 2008, p. 15).

Assim como nos Doutores da Alegria, a discussão sobre as práticas de arte na Terapia Ocupacional está bem inserida no contexto da Saúde Coletiva e, portanto, fica clara sua inserção na proposta da Integralidade, uma vez que seu ideal está baseado na luta pela inclusão social. Nesse aspecto, o campo ético trabalhado pela interface Arte e Saúde parece ser mais evidente nessa abordagem, dado que a função da arte é bem definida, como forma de resistência contra a exclusão, e prioriza assim, a diversidade existencial.

Acredito, a partir do decorrido, que as práticas apresentadas acima, se aproximam da noção da Integralidade, seja pelos aspectos de

promoção da saúde, humanização, ética do cuidado, democratização de práticas e cidadania, seja através da prevenção, tratamento e reabilitação. Uchôa (2012) afirma que em todas as experiências em seu estudo com práticas artísticas no contexto de Saúde da Família, as concepções acerca da Integralidade destacaram tanto seu caráter pedagógico de cunho emancipatório, na medida em que melhora a saúde e a qualidade de vida –marco conceitual da promoção da saúde - como também a Integralidade do cuidado. Pode-se dizer que essa constatação confirma o potencial descrito por esse trabalho.

Galvanese, Nascimento e d'Oliveira (2013) afirmam que as práticas de arte no contexto da saúde são compreendidas como recursos de humanização dos cuidados, coprodutoras de subjetividade, catalisadoras de afetividade e de reinserção social. Tavares (2003) lembra que é preciso considerar que a abordagem artística inserida na assistência atualiza a potencialidade criativa dos usuários e profissionais, sendo a arte tomada como uma estratégia de cuidado.

É preciso reconhecer que cada prática selecionada possui um ponto forte, e outros fracos. Contudo, elas foram escolhidas no intuito de ampliar as perspectivas e dar conta de nossa imagem objetivo, a Integralidade.

A arteterapia junguiana e gestáltica são enfoques clínicos, e portanto, dão conta dessa realidade. Embora autores citem o fundo social de sua teoria, sabe-se que enquanto prática são individualizadas, seja em atendimento individual ou em grupo. Ou seja, não há pretensões sociais em sua prática, mas nem por isso elas serão descartadas, pois nesse trabalho valorizamos a tensão existente entre clínica e saúde coletiva. O que buscamos com isso são inspirações para um jeito de fazer clínica, que seja coerente com os aspectos da Integralidade aqui apresentados.

Sinalizamos no capítulo sobre o processo saúde-doença a dimensão simbólica dos cuidados em saúde, referido enquanto sentido de vida que um ser humano pode ter. No que concerne às práticas de arte com referencial teórico junguiano parece ser a dimensão simbólica do cuidado e da saúde como potencial de sentido para a noção de Integralidade. Cuidar, tratar de um indivíduo a partir desse referencial, oferecendo lugar a essa busca por um sentido de vida, de conexão com o mundo, objetivos estes quais são pouco apreciados e experimentados em nossa sociedade, e especialmente nos sistemas de cuidado à saúde.

No que concerne à arteterapia gestáltica acreditamos que o ponto que mais interessa à saúde coletiva, e especialmente para a noção de Integralidade, é um jeito de fazer clínica fundada na prática, ou

usando o termo gestáltico, no campo. Onde o foco é a intersubjetividade, a relação, e busca-se então a abertura para o que emerge e para a novidade. Ademais, desenvolver conhecimentos intuitivos, ter contato com a sensibilidade e alteridade são, para Ceccim (2006) o emblema para uma estética multiprofissional.

Os doutores da alegria chegam à saúde esbanjando vida, e fazem um contraponto essencial para a humanização e para o cuidado dos espaços de saúde, onde o foco é desviar o olhar da doença, brincar, ridicularizar, aspectos essenciais na promoção de resiliência. Embora ainda exista um olhar funcionalista de que eles estão presentes apenas para que as crianças colaborem no tratamento, esse é um ponto de vista, não exclui a experiência das crianças, pais e profissionais. E se essa prática usa da experiência do sujeito, humaniza o cuidado e traz consigo um olhar crítico e sensível, faz juz à proposta da Integralidade.

Quanto às práticas de arte em terapia Ocupacional salienta-se a dimensão social que essas práticas alcançam, devido à sua versatilidade e por um campo de atuação estruturado. Contudo, esse enfoque revela ainda um desafio para as práticas de arte, no que diz respeito ao preconceito que essas práticas sofrem ao serem vistas apenas como passatempo, ocupação, lazer e por isso serem menos valorizadas. Nesse sentido, é necessário ter como objetivo o potencial transgressor dessas práticas em vista da superação desses obstáculos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizar a arte é ultrapassar os limites técnicos e insistir na dimensão existencial, humana, responsável, solidária, tolerante e de respeito às diversidades e conforme, Coscrato e Bueno (2009), constitui uma das dimensões de mudanças no cenário atual no campo da saúde em busca de uma assistência mais humanizada, ética e cidadã.

Por tantos motivos a arte na saúde sinaliza uma postura política das novas práticas de saúde e assim faz referência justa às noções e ao ideal da Integralidade, pois apresentam uma crítica aos tradicionais métodos de intervenção, referentes a um olhar científico em relação ao ser humano, e propõe novas formas de relação entre os sujeitos, uma nova forma de cuidado. Lembra-se que todas essas posturas se referem de certa forma a uma postura mais passiva do profissional de saúde e mais ativa dos sujeitos e usuários, ou seja, são formas que não propagam o saber científico, não levam a diante uma noção de saúde enquanto um ideal que se vende, são formas de compreensão contra hegemônicas em muitos dos sentidos aqui apresentados. Para tanto, é possível

compreender a marginalização dessas práticas em campos tradicionais, a dificuldade de propagar a interface arte-saúde como possível forma de tratamento e intervenção.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Liomar Quinto de. **Terapias Expressivas: arte-terapia, arte-educação, terapia-artística**. São Paulo: Vetor, 2000.

ARAÚJO, Tereza Cristina Ferreira de; GUIMARÃES, Tathiane Barbosa. Interações entre voluntários e usuários em onco-hematologia pediátrica: um estudo sobre os “palhaços-doutores”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ**, 2009, n.3, pp. 632-647. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n3/artigos/pdf/v9n3a06.pdf>>. Acesso em: 15/08/12.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, n.6, pp. 63-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201000100005> Acesso em: 14/08/2012.

BERNARDO, Patrícia Pinna. Arteterapia: a arte a serviço da vida e da cura de todas as nossas relações. In: ARCURI, Irene Gaeta, (Org). **Arteterapia: um novo campo do conhecimento**. São Paulo: Vetor, 2006.

BILBAO, Giuliana Gnatos Lima; CURY, Vera Engler. O artista e sua arte: um estudo fenomenológico. **Paidéia**, 2008, vol.16, n.33, pp. 91-100. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/12.pdf>. Acesso em: 24/12/2010.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, 2002, n.19, pp. 20-28. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23/10/13.

BONET, Octavio. “Educação em saúde”, “cuidado” e “integralidade”. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS,

Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

CAMARGO JR, Kenneth de Camargo. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

CAMPOS, Marcus Vinicius. **Alegria Para a Saúde: A arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de Saúde**. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Pós-graduação em ensino em biociência e saúde, 2009.

CASTRO, Eliane Dias de; SILVA, Dilma de Melo. Habitando os campos da arte e da terapia ocupacional: percursos teóricos e reflexões. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 1-8, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13888>>. Acesso em: 10/08/13.

_____. In Pacto: arte e corpo em terapia ocupacional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 2007, v.11, n.22, pp.393-398. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200021>. Acesso em: 29/08/12.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

CHAUÍ, Marilena de Sousa. **Convite à filosofia**. 14.ed. São Paulo: Ática, 2011.

CIORNAI, Selma. Arteterapia gestáltica. In: CIORNAI, Selma. **Percursos em arteterapia**. São Paulo: Summus, 2004.

DEWEY, John. **Arte como experiência: últimos escritos, 1925-1953**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FERRAZ, Maria Heloisa Corrêa de Toledo. **Arte e Loucura: limites do imprevisível**. São Paulo: Lemos editorial, 1998.

GALVANESE, Ana Tereza Costa; NASCIMENTO, Andréia de Fátima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, 2013, v.47, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200360&script=sci_arttext>. Acesso em: 22/10/13.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antonio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho; CUNHA, Elenice Machado da. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES**, 2002, v.26, n.60, pp. 37-61. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n60.pdf>. Acesso em: 11/08/12.

GODOY *et al.* O compartilhamento do cuidado em saúde mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial de em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. *Saúde Sociedade*, 2012, v.21, supl.1, p.152-163. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/13.pdf>>. Acesso em: 13/09/13.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o Cuidado nas relações entre Sociedade e Estado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

_____. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta de aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

LIMA, Elizabeth Araújo. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, Clarice Moura e FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

_____; INFORSATO, Erika Alvarez; LIMA, Leonardo José Costa; CASTRO, Eliane Dias de. Ação e criação na interface das artes e da saúde. **Revista Terapia Ocupacional Univ. São Paulo**, 2009, v. 20, n. 3, pP. 143-148. Disponível em: <www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v20n3/02.pdf>. Acesso em: 06/08/12.

LUZ, Madel Therezinha. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

MARONI, Amnéris. **Jung: o poeta da alma**. São Paulo: Summus, 1998.

MASETTI, Morgana. Doutores da ética da alegria. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 2005, v.9, n.17, pp.453-458. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a26.pdf>>. Acesso em: 15/08/12.

_____. **Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar**. 7.ed. São Paulo: Palas Athena, 2008.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, 2004, v.20, n.5, pp. 1411-1416. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 28/08/12.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos José; MÜLLER-GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Fenomenologia e gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

PHILIPPINI, Ângela. **Arteterapia: métodos, projetos e processos**. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

RHYNE, Janie. **Arte e Gestalt: padrões que convergem**. São Paulo: Summus, 2000.

_____. Gestalt Art Therapy. In: RUBIN, Judith Aron. **Approachs to Art Therapy: theory & technique**. 2.ed. New York: Taylor & Francis Group: 2001.

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à Gestalt Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. Petrópolis: Voes, 2000.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

TAVARES, Cláudia Melo. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Revista brasileira de enfermagem**, 2003, vol.56, n.1, pp. 35-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22/10/13.

TAVARES, Carlos Eduardo. Projeto oficina do riso – arte no cuidar: três anos em atividade. In: **Seminário de Extensão da Universidade Fumec**. Cadernos de artigos, n.7. Belo Horizonte: Universidade FUMEC, 2010. Disponível em: <http://www.fumec.br/anexos/extensao/caderno_artigos2009.pdf>. Acesso em: 15/08/12.

TESSER, Charles; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, v.13, n.1, pp. 195-206. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>> Acesso em: 14/08/12.

UCHÔA, Alice. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* v.13, n.29, p.299-311, abr./jun. 2009.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso. **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004.

_____. **A arteterapia humanizando os espaços de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.