

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

SAÚDE COLETIVA ARTE EM SAÚDE MENTAL

Maria Raquel Ferreira Garcia

PORTO ALEGRE
2015

Maria Raquel Ferreira Garcia

SAÚDE COLETIVA ARTE EM SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Roberto Henrique Amorim de Medeiros.

Porto Alegre

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos Alexandre Netto

Vice-Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretor: Profª Eva Neri Rubim Pedro

Vice Diretora: Profª Regina Rigatto Witt

COMISSÃO DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenadora: Profª Stela Meneguel

Profª Luciana Barcellos Teixeira

Prof. Alcindo Ferla

INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO CONCEDENTE

Grupo Hospitalar Conceição - GHC

Local do Estudo: Consultório na Rua

Endereço: Praça Alfred Sehbe, 45. Bairro Vila Ipiranga, Porto Alegre/RS

Telefone :(51)33 40-12 39

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G216 Garcia, Maria Raquel Ferreira

Saúde coletiva arte em saúde mental / Maria Raquel Ferreira Garcia. – Porto Alegre, 2015.

Orientador: Roberto Henrique Amorim de Medeiros.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Enfermagem. Curso Bacharelado em Saúde Coletiva, Porto Alegre, 2015.

1. Saúde coletiva. 2. Saúde mental : arteterapia. I. Medeiros, Roberto Henrique Amorim de II. Título.

Catalogação na publicação: Maria Carla Ferreira Garcia – CRB10/1343

AGRADECIMENTOS

Relembrar o caminho é a melhor maneira de agradecer a inúmeras pessoas que caminharam junto comigo neste período da graduação. Cheguei aqui por nunca estar sozinha. O caminho às vezes foi calmo em muitos foram frenéticos, alguns momentos foi necessário ficar só, em outros precisei do apoio da família, amigos, colegas e professores esses momentos eram importantes para continuar os estudos.

Gostaria de agradecer as pessoas que contribuíram para a conclusão deste trabalho e do curso de graduação.

Agradeço a Deus pela vida e me conceder saúde e ter me dado uma família incrível com irmãs maravilhosas por toda atenção e carinho, paciência, força e incentivo e para que eu não desistisse do meu sonho, que agora se torna realidade, agradeço também aos meus cunhados, sobrinhos e amigos.

Aos meus amados pais, Carlos e Ilsa, que infelizmente não estão presentes, agradeço muito pelo amor e carinho e cuidados, que sempre me dedicaram e por toda estrutura para que eu me torna-se a pessoa que sou hoje. As lembranças de vocês me confortaram sempre nos momentos difíceis.

Um agradecimento muito especial a minha irmã Carla que me ajudou a entrar na faculdade e ajudar a concluir a minha graduação, por ter me socorrido nos momentos difíceis, as broncas, mas, sei que posso contar com ela em todos os momentos.

Aos profissionais que conheci durante os meus estágios e contribuíram para o meu trabalho e crescimento pessoal.

Amo todos vocês, obrigada!!!

Balada do Louco

Os Mutantes

Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz...

(...)

Sim, sou muito louco, não vou me curar
Já não sou o único que encontrou a paz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, eu sou feliz

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de apresentar a possibilidade do sanitário em trabalhar com a arteterapia em um serviço de atenção básica à saúde. A monografia relata o estudo de caso com uma paciente que tem um sofrimento psíquico, no caso o alcoolismo. Foi utilizado o método da cartografia para o desenvolvimento do estudo. A reforma psiquiátrica possibilitou transformações na assistência à saúde mental e o acompanhamento terapêutico (AT) também faz parte dessas transformações. A arteterapia é uma ferramenta auxiliar aos tratamentos psiquiátricos tradicionais. O presente estudo objetivou demonstrar a contribuição da arteterapia no processo de reabilitação de uma paciente com problemas de transtorno mental e faz uma reflexão sobre os serviços oferecidos nas redes de serviços de saúde. Os resultados mostraram uma evolução no comportamento da paciente. Assim, é possível considerar que a arteterapia constitui-se em mais uma ferramenta terapêutica a contribuir para a assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental e pode ser incluído nas atividades terapêuticas dos serviços de assistência à saúde mental, inseridos no contexto da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Arteterapia. Saúde Mental.

ABSTRACT

This study aims to present the possibility of sanitation in working with art therapy at a primary health care center. The paper reports the case study with a patient who has a psychological distress in the case alcoholism. We used the method of cartography to the development of study. The psychiatric reform allowed for changes in mental health care and therapeutic assistance (TA) is also part of these changes. Art therapy is a tool to assist traditional psychiatric treatment. This study aimed to demonstrate the contribution of art therapy in the rehabilitation process of a patient with a mental illness issues and reflects on the services offered in health services networks. The results showed a trend behavior of the patient. Thus, it is possible to consider that art therapy is in another therapeutic tool to contribute to the care and psychosocial rehabilitation of mental patients and can be included in the therapeutic activities of support services to mental health, within the context of the psychiatric reform .

Keywords: Public Health. Art therapy. Mental health.

1 INTRODUÇÃO

A presente política de atenção à saúde no Brasil tem como base os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) e a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. O começo da Reforma Sanitária no Brasil teve seu surgimento nos anos 70 com o movimento sanitário, as mudanças dos modelos de atenção e gestão no exercício da saúde em defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos profissionais e usuários dos serviços de saúde e na ação da gestão e produção dos cuidados e tecnologias. É nesta mesma época que a Reforma Psiquiátrica tem seu início bem como a Política de Saúde Mental com o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), e trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares e sindicalistas. A Reforma Psiquiátrica lutava contra o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Partindo do pressuposto que a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicomio são inspiradoras, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. (BRASIL, 2005)

Isto abrange a vitória do paradigma psiquiátrico no desmonte do modelo hospitalocêntrico e manicomial, nas relações do poder ao redor da doença, até mesmo nos serviços territoriais para uma política nacional de saúde mental descentralizada. Com a inauguração de um mecanismo extra – hospitalares, que produzem uma rede de serviços e ações, atingindo as necessidades e dificuldades das pessoas para a reestruturação da atenção psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Dentro das atividades realizadas no CnR foi utilizado processos de criação artística e de ações culturais como meios de promover a saúde mental, através da arteterapia.

A arteterapia é um “Processo predominantemente não verbal, por meio das artes plásticas e da dramatização, que acolhe o ser humano com toda sua complexidade e dinamicidade. [...] procura aceitar os diversos aspectos dos pacientes, como os afetivos, culturais, motores, sociais entre outros, tão importantes na saúde mental”. (VALLADARES et al, 2008)

Este trabalho tem objetivo de descrever as oficinas realizadas com uma paciente do Consultório na Rua (CnR) – Grupo Hospitalar Conceição (GHC) do município de Porto Alegre, utilizando o método da cartografia. O CnR também presta

serviços dentro da perspectiva de atuação do sanitarista na realização da assistência em Saúde Mental e na aplicação de oficinas de arte. O trabalho mostra o encontro do acompanhamento terapêutico com a arte como ferramenta de apoio a adesão e sucesso do tratamento terapêutico convencional.

2 AS INSTUIÇÕES

2.1 O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da UPA Moacyr Scliar, de 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

As três unidades hospitalares, a UPA, as 12 unidades básicas, os três CAPS e a Escola GHC funcionam na Zona Norte da Capital, e o Hospital Fêmeina é localizado no Bairro Independência. Os serviços do GHC garantem o acesso ao atendimento universal e gratuito e, portanto, estão de portas abertas para que a população tenha o seu direito à saúde garantida.

O Grupo Hospitalar Conceição é vinculado ao Ministério da Saúde, possui uma estrutura reconhecida nacionalmente e forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS. Oferece 1.410 leitos, é responsável pela internação de 56,7 mil gaúchos por ano.

Possui uma equipe de 9.491 profissionais, o GHC é responsável por cerca de 1,4 milhão de consultas e outras 30,9 mil cirurgias anuais. O GHC em exames contabiliza cerca de 3,7 milhões por ano. A instituição faz o diagnóstico de mais da metade dos casos esperados de câncer para a população de Porto Alegre (fonte site do GHC).

2.1.2 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

No final da década de 80, iniciam os serviços alternativos com novas formas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um forte modelo de tratamento mais humanizado para a assistência à saúde mental, mas, considera como primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em março de 1986 em São Paulo. Com o surgimento deste CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospital Dia e de outros em muitos lugares do país, isso só fez aumentar o movimento social para o rompimento do tratamento tradicional, consolidando como mecanismo válido na redução de internações e na transformação do modelo assistencial. (Ministério da Saúde, 2004).

Apesar da normatização do Ministério da Saúde a despeito o NAPS/CAPS, no entanto foi criada somente em abril de 2001 a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/ regionalizados que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre regime ambulatorial e a internação hospitalar. (Ministério da Saúde, 2005).

O CAPS é um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). E dispõe de equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, dentistas e outros. O atendimento diurno é um lugar de referência e tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja austeridade e, ou, a persistência justifique sua permanência num mecanismo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida. Com o objetivo de oferecer atendimento à população do seu território de abrangência, construindo um acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pela entrada do lazer, trabalho, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (Ministério da Saúde, 2004).

2.1.3 Consultório na Rua – CnR

A ideia de Consultório na Rua (CnR), surge numa iniciativa do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD, como um projeto inicial de Extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sobre a coordenação do professor Antônio Nery Filho, no ano de 1999 com crianças e jovens em situação de rua na cidade de Salvador. Constatado o fato de que os jovens não davam continuidade ao tratamento, a estratégia do grupo de estudos foi de ir ao encontro desta população no seu território, conseguindo contornar o desafio do abandono. Como esta iniciativa deu grandes resultados passou a ser referência para novos programas do Governo, e assim, facilitar o acesso aos serviços de atenção básica de saúde e a redução de danos. A outra experiência foi em 2004, nos municípios de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Belo Horizonte com a denominação “Consultório de Rua”, com Equipes da Saúde da Família – PSF para população em situação de rua.

O Ministério da Saúde tem buscado intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial de álcool e outras drogas, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e**

Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, e do **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)**, instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010). Em 2011, consequência do Decreto Presidencial nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o Ministério da Saúde adotou o Consultório na Rua, como um dispositivo da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família em vez de excluir um em prejuízo do outro.

As equipes do Consultório na Rua são formadas por equipes de multiprofissionais, e podem ter três modalidades: Modalidade I - 4 profissionais (2 de nível superior) + (2 de nível médio); Modalidade II – 6 profissionais (3 de nível superior) + (3 de nível médio); Modalidade III- (3 de nível superior) + (3 de nível médio) + médico. O CnR une os elementos da atenção básica de saúde na atenção psicossocial, assim seguem as diretrizes e fundamentos definidos na Política Nacional de Atenção Básica: a integralidade, vínculo e o acesso universal, a formação e a capacitação dos profissionais, o planejamento, e a promoção e estímulo à participação popular. Assim, atenção básica de saúde é um dispositivo do consultório na rua para o atendimento à saúde da população em situação de rua e a porta de entrada para os serviços de saúde. Procura criar o vínculo permanente deste grupo com os serviços.

2.1.3.1 Consultório na Rua Pintando Saúde

O Consultório na Rua Pintando Saúde faz parte da estrutura do serviço da Saúde Comunitária do GHC. Além do CnR, possui 12 postos do Serviço de Saúde Comunitária com 39 equipes que atuam em áreas determinadas em vilas e em bairros da Zona Norte de Porto Alegre. O Ministério da Saúde - MS baseou-se no Serviço de Saúde Comunitária do GHC para montar a Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

O CnR representa a inovação aos modelos da atenção básica à saúde e de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. O CnR do GHC funciona desde outubro de 2010, a sua criação foi decorrente da necessidade desse serviço em Porto Alegre, pois havia uma escalada de jovens usuários de crack e o aumento de casos de violência ocasionados pelo uso abusivo do álcool. O projeto abrangia a atuação de uma equipe multiprofissional voltada para as atividades na redução de danos e acesso a outros serviços de atenção básica à saúde.

O CnR Pintando Saúde fica localizado na rua Praça Alfred Sehb nº 45, Bairro

Vila Jardim. Com área de atuação na zona norte de Porto Alegre no eixo Baltazar que é composto por dois bairros, Rubem Berta e Sarandi e por vilas ainda não registradas, tais como Santa Rosa, Parque dos Maias, Comunidade 7 de Setembro entre outras.

3 AS OFICINAS E A ARTERAPIA

O preceito a que chamamos oficina é geralmente convidado quando se fala em "novas" propostas terapêuticas. Seu uso tem sido assíduo e quase comum na clínica "psi" para designar um amplo espectro de experiências terapêuticas e extra-terapêuticas, de diferentes formatos e elaborações.

Quase sempre apoiado na crítica à psiquiatria tradicional e, portanto respaldado pelas concepções da reforma psiquiátrica, o universo das oficinas não se define por um modelo homogêneo de intervenção e nem tampouco pela existência de um único regime de produção, ao contrário, é formado de naturezas diversas, numa multiplicidade de formas, processos, linguagens. (GALLETTI, 2001)

O início da oficina foi um acordo entre a psicóloga do CnR, a paciente e o meu desejo de atuar em um projeto terapêutico singular. Ficou definido o tempo de duração das oficinas de acordo com o tempo disponível da paciente.

Um elemento a ser considerado como positivo foi a participação da paciente (M.S.) no momento de planejar a sua agenda semanal juntamente com a psicóloga do CnR, bem como sua participação nas oficinas e idas ao CAPS, CnR, a procura de escolas para voltar a estudar e a escolha de um curso profissionalizante. Todas estas atividades realizadas em conjunto com M.S. tiveram um resultado bastante positivo no seu comportamento.

Conforme Merhy (2006) o 'trabalho em saúde' é centrado no 'trabalho vivo em ato', à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da 'tecnologia leve' do 'trabalho vivo em ato', na saúde, expressa a ação da produção de 'relações intercessoras' em uma de suas dimensões-chave, o seu embate com o usuário final, que 'representa', em última instância, a urgência da saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu esforço particular, mostrar as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do 'trabalho em saúde'.

No cronograma da oficina ficou estabelecido que todas as quartas-feiras do mês de junho até o final de outubro teriam um encontro semanal, isto foi sendo alterado mais tarde para encontros quinzenais, por motivos de internação da paciente e de momentos de desinteresse e desentendimentos com a profissional do CnR.

Como característica principal das oficinas destaca-se a flexibilidade na execução das atividades, que a partir das solicitações da paciente foi montado o cronograma respeitando o seu desejo em realizar as tarefas. Por isso, durante a execução das ofici-

nas ocorreram diversos arranjos como o fato das oficinas serem realizadas em locais diversos como na residência de M.S., no Hospital onde ela estava internada, CnR e praças. Assim, tive a oportunidade de atuar em atividades externas ao CnR, o que possibilitaram as oficinas lúdicas, artesanais e culturais.

Todos os dados das minhas observações foram descritos em um diário de campo, as sensações e descrição do local, as atividades e dúvidas da autora.

A primeira oficina no dia 10 de junho de 2015, M.S. demonstrou algumas contrariedades ao expressar seus sentimentos, opiniões, além de demonstrar alguma ansiedade normal por se tratar do primeiro encontro, e julgar que as atividades propostas tinham o objetivo de vigiar e controlar a sua vida. No primeiro contato trabalhei na oficina a confecção de um boneco, uma atividade lúdica que possibilitou a expressão das emoções como tristeza, raiva, abandono, dor, agressividade e outros sentimentos que a paciente não conseguia expressar. Assim, pode transmitir ideias, sensações e fantasias, conseguindo expor seu imaginário em trato com o real.

A arteterapia não é mero entretenimento, mas, sim, uma forma de linguagem que permite à pessoa comunicar-se com os outros. Desse modo, possibilita (..) não só a liberdade de expressão, mas também sustenta sua autonomia criativa, ampliando o seu conhecimento sobre o mundo e proporcionando seu desenvolvimento tanto emocional, como social. Por conseguinte, é importante à vida da pessoa, e pode ser de grande valor para aquelas que apresentam patologias diversas (..) (VALLADARES, 2001)

Para M.S. a boneca confeccionada ficou “estranha” ela disse: “ninguém vai querer uma boneca assim!. Tentei pintar o rosto mais não deu certo, só pintei o corpo. A mãe gostou, até achou que não fui eu que costurei, que tava perfeitinha demais”.

Santos (1999) justifica que quando a pessoa se expõe plasticamente, a imagem criada traz princípios de seu universo pessoal. Observando, então o produto da criação, a pessoa é auxiliada a ver e a dizer coisas de si própria, observando-se mais. O boneco, sendo um objeto de projeção, ajuda na solução de conflitos.

Entre linhas, tecidos e agulhas conversamos sobre sua filha e as questões levantadas foram a importância do seu papel como mulher e a sua responsabilidade, incentivando a sua autoconfiança e autorrespeito. A partir desta primeira oficina teve o início de um vínculo importante de confiança, entre eu e M.S

Salienta Dohme (2003) que as atividades artísticas exercitam a vida em grupo, ampliam diversas habilidades e trabalham com a autoconfiança e a predisposição para projetos, sendo muito usadas como atividades educacionais. O trabalho com arte também oferece às situações de auto-expressão, enriquece habilidades manuais,

estéticas e desenvolve a criatividade.

Porém, todas as atividades propostas com o passar do tempo começaram a não ser cumpridas pela paciente, e ela começou a faltar em algumas oficinas.

No dia 12 de agosto de 2015, marquei um encontro no centro da cidade para uma visita ao Museu, esperei M.S., mas, ela não apareceu. Liguei para o CnR e a profissional da equipe relatou que ela havia solicitado passagem de ônibus para ir ao encontro.

Este acontecimento me deixou muito frustrada, porque achei que as oficinas não estavam sendo interessantes para M.S.. Marquei um encontro com a psicóloga do CnR para relatar o que estava acontecendo, ela disse que a paciente também estava faltando no CAPS e também tinha desistido do curso profissionalizante da Oficina de Geração de Renda da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (GERAPOA). A partir daí, decidi fazer as oficinas quinzenalmente, entrei em contato com M.S. que concordou com as alterações na frequência dos encontros, pediu desculpas e pediu para não cancelar as oficinas.

Quando se discute a suspensão do tratamento é um acontecimento com efeitos diversos, tanto para o paciente como para o terapeuta e a instituição de atendimento. A desistência psicoterápica traz para todas as partes envolvidas sentimentos de insucesso, inutilidade e um custo econômico importante. Várias perspectivas do tratamento têm sido identificadas como circunstâncias importantes que devem ser levadas em consideração quando da avaliação do paciente e do estabelecimento do contrato terapêutico (BENETTI e CUNHA apud PIPER, 2008).

As oficinas estavam ocorrendo normalmente, mas no dia 9 de setembro de 2015 resolvi ir para praça com M.S, e conversamos muito sobre como era sua vida morando na rua, as discussões com a mãe, o medo de perder a filha, sua vontade de trabalhar e estudar. Perguntei por que ela tinha desistido do GERAPOA, estava faltando no CAPS e nas Oficinas. Disse que só queria ficar fazendo as oficinas e participar da atividade de dança no CAPS, e que as outras atividades não a interessavam e gostaria de desistir, mas por causa das cobranças da mãe, das profissionais do CnR e do CAPS e das psicólogas que acompanham sua filha no abrigo se sentia obrigada em continuar todos os acompanhamentos para que o Juiz conceda novamente a guarda da sua filha.

No final de setembro de 2015, M.S. solicitou ser internada porque teve uma recaída no consumo de bebidas alcoólicas, neste período também aumentaram as discussões com a mãe. Ela tinha muitas contradições como a vontade de liberdade mas ao

mesmo tempo não querer assumir suas responsabilidades na criação da filha. A internação ocorreu novamente em outubro de 2015.

As oficinas serviram como um momento de escuta da história de uma mulher, e onde o trabalho na reabilitação do paciente com transtorno mental não fosse tratado somente à doença, percebendo que a pessoa tem a possibilidade de ser responsável pela sua saúde, bem como tem deveres e obrigações na sua vida e na busca pela sua reabilitação pessoal e social.

4 SAÚDE COLETIVA ARTE EM SAÚDE: JUSTIFICATIVA

Na construção do trabalho, **Saúde Coletiva Arte em Saúde Mental**, foi utilizada como métodos a arte, acompanhamento terapêutico e a cartográfica que buscou mapear o cotidiano de cuidados de uma mulher que sofre com o alcoolismo e com os conflitos de relacionamento com a mãe. Conflitos estes que se repetem e reproduzem na sua relação atual com a filha que está no Abrigo.

Inclui no referido estudo de caso, observação participante com a usuária, e as demais pessoas que participaram ativamente de seu cotidiano e como ferramenta para análise do acompanhamento a cartografia, o cotidiano de cuidados prestado pela equipe de saúde do Consultório na Rua, juntamente com os outros serviços de acompanhamentos terapêuticos, CAPS, Hospital, Oficinas, Projeto de Saúde, que se mostraram deficientes para as singularidades da usuária.

O projeto terapêutico singularizado foi sendo construído aos poucos, adequando-se à história de vida M.S., o contexto familiar, pontos fortes, dificuldades e limitações da usuária do CnR. A análise do comportamento da paciente o estudo da sua produção artística e de uma entrevista aberta e a observação da sua melhora, desde a sua situação com a prática nas oficinas utilizando a arte, sua corroboração das técnicas o seu comportamento diante do acompanhamento de uma estudante da Saúde Coletiva, diferente dos profissionais dais quais estava acostumada no seu atendimento clínico através de um fluxograma.

A opção pelo trabalho, **Saúde Coletiva Arte em Saúde Mental**, baseia-se no entendimento que a linguagem da arte sustenta o envolvimento dos atores no processo do tratamento, permitindo mudanças nos campos afetivos, interpessoal e de relacionamento, diminuindo os efeitos negativos da doença mental.

5 RELATO DO CASO

Relato do caso, paciente feminino, 27 anos, solteira, ex- moradora em situação de rua, mora com sua mãe e tem uma filha que está em um abrigo, M.S. e está esperando ter a guarda novamente da filha. Conta que, nasceu no município de Gravataí, Rio Grande do Sul, no dia 24 de fevereiro de 1988, sua mãe biológica tinha problemas de drogadição.

Nesse período relata que a mãe não tinha cuidado nenhum com ela, bem como não tinha com os outros filhos, os quais ao longo do tempo foram entregues a outras pessoas para adoção.

É assim que começa a história de vida de M. S., que com 1 ano e 9 meses de idade foi entregue para um casal de Porto Alegre. O casal já tinha dois filhos rapazes saindo da adolescência. O homem queria muito uma filha, porém a esposa não queria mais filhos. Mas, quando ele soube que havia uma menininha, cuja mãe não queria cuidar, em companhia de um amigo foi ao encontro da mãe biológica de M.S. A criança foi entregue com a certidão de nascimento e, a partir desse dia, nunca mais houve contato com a mãe biológica da menina.

Aos 3 anos de idade, o pai adotivo de M.S. faleceu e é neste momento que novamente a vida de M.S. começa a mudar, pois, era ele que dava toda a atenção para a filha; a mãe adotiva nunca foi muito afetiva, conforme M.S. relatou em algumas reuniões no CnR. A mãe adotiva pensou em devolver M.S. para a mãe biológica, pois ela não teria condições psicológicas de ficar com a criança, que era muito agitada. Porém, foi convencida pelos filhos em continuar com a menina. Um ano depois, a mãe adotiva sofre mais uma perda, sua mãe também morre neste curto intervalo de tempo que estava de luto pelo marido.

Em um de seus relatos, a mãe adotiva descreveu M.S. como sendo uma criança malvada desde pequenina, que batia e mordia as outras crianças da escola. Ela afirmou que este “gênio ruim” da M.S. era hereditário da família biológica, porque os seus filhos nunca deram trabalho, sempre foram bem-educados e que jamais tinha sido chamada pela escola por reclamações das professoras, ao contrário, seus filhos biológicos só recebiam elogios. Já M.S., só a fez passar vergonha e ela, sendo filha de militar, sempre seguiu regras rígidas e o fato de ser chamada na escola para ouvir reclamações, para ela era uma vergonha. A mãe adotiva disse que M.S. nunca gostou de estudar, mas as professoras gostavam dela. M.S. rodou várias vezes, até que desistiu de estudar no 6º ano do ensino fundamental.

Um fato importante a salientar, M.S. jamais foi adotada judicialmente pelos pais adotivos. Aos nove anos ficou sabendo que não era filha legítima e não expressou nenhuma reação, lembra a mãe adotiva. Logo após, começou a fazer terapia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mas aos 14 anos abandonou o tratamento e a escola.

Na adolescência, M.S. começou a sair à noite e ingerir bebidas alcoólicas. As brigas com a mãe adotiva só aumentavam. As duas moravam sozinhas no apartamento e os irmãos já casados não interferiam na vida das duas. M.S. foi internada várias vezes para o tratamento do alcoolismo. A mãe não contava tudo sobre as discussões entre as duas para os filhos, para não incomodá-los com os assuntos da irmã adotiva. A mãe contou que sempre fez tudo para M.S., que ela nunca precisou fazer nada em casa, sempre teve tudo. Mas, uma das suas queixas é que M.S. nunca quis trabalhar ou ajudá-la com as tarefas domésticas da casa.

M.S. com 21 anos começou a ter um relacionamento com um rapaz que conheceu em uma das baladas, ele também tem problemas com o alcoolismo e os dois resolveram morar juntos. A mãe ofereceu um JK para morarem e pagou as despesas mensais do casal. M.S. era muito agressiva com o companheiro que apanhava muito dela. M.S. descobriu que esta grávida, mas continuou bebendo. A mãe deixou de fornecer ajuda financeira e nasceu a filha de M.S.. O companheiro abandonou as duas. Sem ter condições de se sustentar, M.S. começa a pedir dinheiro na rua com a filha e continua bebendo. É quando os vizinhos denunciam que a criança estava sofrendo maus tratos, e M.S. perde a guarda da filha.

M.S. se desesperou e pediu ajuda para a mãe, que entrou em contato com o filho mais velho para que pudesse ir junto ao conselho tutelar pegar a menina. Mas, a avó precisou assinar um termo de guarda provisória da criança. Os familiares impuseram condições para que a criança voltasse a morar com M.S.. Ela não poderia sair de casa à noite e teria que se empenhar nos cuidados com a filha. Isto aconteceu por um tempo, mas M.S. continuou bebendo e saindo à noite. É quando a mãe a expulsa de casa. M.S. volta muitas vezes alcoolizada querendo ver a filha. Em uma das visitas, leva a menina para passear e só entrega a criança no dia seguinte. Com isto, a avó não quer mais ficar com a neta e a leva para o abrigo. Mas, visitava a criança toda a semana.

M.S., mesmo em situação de rua, vai visitar a filha no abrigo quase toda a semana, com o novo companheiro, um homem de 70 anos, que tem envolvimento com álcool e crack. Como no antigo companheiro M. S. também faz agressões físicas ao seu atual companheiro.

A filha está há 3 anos no abrigo e tem uma chance de voltar ao convívio

familiar. Uma das imposições do juiz para ela conseguir a guarda da filha é seu comprometimento com o tratamento de saúde mental. E é neste momento que o Consultório na Rua entra na vida da M.S.. O companheiro já era atendido pelo serviço de saúde, em uma das intervenções os profissionais do CnR começaram a se aproximar de M.S., que pediu ajuda para conseguir a guarda da filha.

6 METODOLOGIA

6.1 CARTOGRAFIA

O projeto de pesquisa utilizou o método da cartografia que procurou acompanhar o processo, do Projeto Saúde Coletiva Arte em Saúde Mental, que utilizou a técnica de Estratégia do Acompanhamento Terapêutico (AT), o Ministério da Saúde descreve o AT, como uma modalidade de atendimento que possibilita uma intervenção efetiva em casos de grave desestruturação e sofrimento psíquico, este método foi ao encontro do paciente em sua residência, na internação ou mesmo no espaço público, esta maneira de atuação possibilitou inúmeras atividades nas oficinas: artesanais, lúdicas, e culturais, etc.

A paciente do serviço do CnR me chamou a atenção para iniciar este trabalho, por ser, uma mulher de 27 anos com uma filha e há 4 anos, ex- moradora em situação de rua e com problemas de alcoolismo, as profissionais de referência de M.S. eram a terapeuta ocupacional e a psicóloga.

É importante salientar que o relatório da Organização Mundial da Saúde de 2014 cita que 3,2% das mulheres brasileiras apresenta algum transtorno relacionado ao uso do álcool, sendo que 1,8% apresenta diagnóstico de dependência, é uma doença crônica que pode estar relacionada a diversos fatores, fatores genéticos, ambientais e psicossociais. Mas, estes fatores não definem o diagnóstico clínico de dependência. (OMS, 2014)

Partindo do pressuposto que podem existir vários tipos de tratamento para a dependência química, como a terapia medicamentosa, psicoterapias, etc., mas entre elas podemos incluir a Arteterapia que pode auxiliar o indivíduo em seu autoconhecimento, e tentar compreender o transtorno dentro do âmbito psicossocial, desenvolvendo estratégias para superar as crises, bem como encontrar argumentos internos objetivando a sua melhora.

Através da utilização da cartografia foi possível acompanhar através de um fluxograma todo o processo da vida da paciente estudada, sendo transformada pela experiência do trabalho, quer no processo da análise e da formação de novas perspectivas, pois os territórios sociais são cartografáveis, bem como as redes micropolíticas que também atuaram nas mudanças deste território da paciente.

A despeito da cartografia tradicional está ligada ao território do conhecimento da geografia e demanda um conhecimento exato, em bases das ciências exatas sua

especialidade é delimitar mapas referentes a territórios, regiões e suas fronteiras, demarcações, acidentes geográficos, pode ainda tratar da classificação (...) de uma população em um espaço, mostrando suas características étnicas, sociais, econômicas, e de saúde, educação, alimentação, entre outras. (PRADO FILHO E TETI, 2013)

Isto vem de encontro ao pensamento de Rolink (1989) que difere a cartografia de um mapa geográfico que representa um todo estático, enfatizando se tratar de um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem psicossociais que também podem ser cartografáveis. A cartografia acompanha e se faz ao mesmo tempo de um desenho que se concretiza concomitantemente ao “desmanchamento” de certos mundos, e mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos que vão se tornando obsoletos no universo vigente. Sendo tarefa de o cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias.

A cartografia não se refere somente a territórios, mas diz respeito também ao campo das relações, movimentos, ações e sentimentos.

Rolink (1989) explica a prática de um cartógrafo diz respeito, fundamentalmente, às estratégias das formações do desejo no campo social. E pouco importa que setores da vida social ele tomem como objeto. O que importa é que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar: desde os movimentos sociais, formalizados ou não, as mutações da sensibilidade coletiva, a violência, a delinquência (...) até os fantasmas, inconscientes e os quadros clínicos de indivíduos, grupos e massas, institucionalizados ou não.

Cartografando o processo de produção do cuidado através do acompanhamento dentro e fora do CnR, que contou com a ajuda das profissionais do consultório, sendo uma equipe multidisciplinar que atua em todos os atendimentos prestados às pessoas em situação de rua.

É preciso reforçar que as frequentes idas ao Consultório na Rua, para trabalhar nas oficinas despertaram uma vontade de descrever as minhas impressões que começaram a ser descritas em um diário de campo, relatando o convívio com os profissionais e a usuária do serviço M.S. Estes relatos não estão fundamentados somente em estudos técnicos, mas na minha percepção no campo dos sentimentos.

Lima (2007) explica que com a cartografia buscamos estudar o território e acompanhar algumas linhas que emergiram de cada um dos campos em direção aos

outros. Essas linhas são obras, trajetórias e experimentações na fronteira entre todos campos, construídas por artistas, 'doentes', loucos, médicos e terapeutas. Nise da Silveira sustentou sempre um diálogo aberto com o campo das artes, expondo uma excepcional capacidade de articulação e apoiando em questão a univocidade da fala e do Saber médicos sobre a loucura.

A despeito disso, buscou-se utilizar as oficinas de arte com a participação da usuária do serviço no período da tarde, a partir de um cronograma pré-elaborado para estes encontros, mas que foram sendo alterados a partir da minha observação e do interesse de M.S.

Nestas oficinas com arte, ocorreram conversas sobre a história de vida de M.S., suas angustias, magoas e relatos sobre os cuidados recebidos pelos serviços de saúde onde estava vinculada.

É importante salientar que o trabalho **Saúde Coletiva Arte em Saúde Mental**, passou pela aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em uma reunião com M.S., foi esclarecido o projeto de pesquisa, o local, horário e datas das oficinas, após compreender e concordar na sua participação no projeto foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para garantir o sigilo da participante foi mencionado somente as iniciais do seu nome, e quando ocorrer transcrições das conversas estas serão apresentadas na mesma linguagem utilizadas pelas participantes.

Para as estratégias utilizadas para a avaliação de desempenho das oficinas realizadas foram utilizados a análise do prontuário, a participação da paciente nas atividades propostas e as reuniões com os profissionais envolvidos no acompanhamento terapêutico de M.S..

7 PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR

Campos (2007), resalta o “Método Paidéia”, que objetiva fazer clínica, saúde pública e gestão em busca de uma síntese representada pelo respeito ao saber técnico e ao popular, mas acordando os interesses e o desejo dos agrupamentos, combinando lógicas distintas, colocando os objetivos institucionais em questão, mas nunca impedindo o comportamento social em defesa da vida. O método da Paidéia tem como principal objetivo o aumento da capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos tomados como objetos pelas organizações de saúde.

Segundo Monteiro, o movimento conseguiu a intenção de alterar a situação de desigualdades na assistência à saúde da população brasileira, com atendimento gratuito a todo cidadão.

Paim (2006) evidencia que a Saúde Coletiva trata-se de um campo de saber, âmbito de práticas e área de exercício profissional, articulando um conjunto de práticas ideológicas, científicas, técnicas, políticas e econômicas, vinculadas a diferentes correntes de pensamento no contexto da reforma em saúde. No âmbito da produção de conhecimentos, proporciona reflexão teórico-epistemológica sobre o campo e suas disciplinas, a investigação científica e o desenvolvimento conceitual. No âmbito da ação política, associa-se a vetores como os movimentos sociais.

Dentro destas novas propostas apresentadas o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, pois em função de um sujeito singular e junto com ele, é determinada a ação de saúde a ser ofertada para alcançar o objetivo de produzir saúde. Deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema. Além disso, será preciso explorar exaustivamente a capacidade de pensar e de criar novas realidades. (Ministério da Saúde, 2007)

O projeto terapêutico singular caracteriza-se pela maneira de pensar em saúde mental no Consultório na Rua, os atores envolvidos (profissionais e pacientes) interagindo a cada momento em fluxos, através de atividades, encontros e fazendo uma análise das entradas e saídas da paciente pela busca do atendimento para a solução de suas dúvidas, angústias e necessidades.

A partir do desenho do fluxograma foi possível perceber a linha de cuidado da paciente do serviço, os profissionais e a família, até mesmo a sua possível saída. O CnR

funciona como porta de entrada para a rede dos serviços de saúde.

No que se refere a reorganização de um sistema de referência entre profissionais e usuários seria composta por equipes básicas de referência, recortadas segundo objetivo de cada unidade de saúde, a característica de cada local e a disponibilidade de recursos, e estas equipes obedeceriam a uma composição multiprofissional, variável conforme o caso de se estar operando em atenção primária, hospitais, especialidades (CAMPOS, 1999).

A despeito disso é importante visitar alguns conceitos relacionados a essa temática do cuidado singularizado, como por exemplo, apoio matricial, e as equipes de referência e sistemas de cogestão coletiva.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a saúde, trata-se de um trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto a retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS, 2007).

E como estes dois campos da saúde coletiva e mental podem articular-se na saúde e do conhecimento com uma nova visão, da política pública. .

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica (CAMPOS, 2007).

No que se discute, a precária integração das redes de cuidado da saúde, é neste contexto que o projeto terapêutico singular no campo da saúde coletiva e mental, partiu da minha observação dos serviços envolvidos no cuidado dos pacientes com sofrimento psíquico, e o trabalho dos profissionais envolvidos, a centralização das práticas do profissional de referência, apoio matricial e o acolhimento dos usuários em situação de rua que utilizam os demais serviços da rede de saúde.

Apoio matricial e equipe de referência são ao mesmo tempo, arranjos

organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde (CAMPOS, 2007).

Ainda nesta mesma linha estas propostas de mudanças no processo de trabalho do sistema de saúde, que trabalha com unidades de produção as quais possuem equipes de referência, com núcleos diversos (multidisciplinares), atuantes em um determinado campo. O apoiador (matricial ou institucional) é um profissional especializado que pode atuar na co-gestão e auxiliar as equipes nos seus vários problemas e situações contraditórias é neste campo que o sanitarista pode atuar

Isto vem ao encontro de Gustavo Cunha, que defende a ideia que o espaço da saúde é um território vivo à produção e à variação, portanto, faz-se necessário que as equipes promovam avaliações constantes no seu cardápio de recursos e respectivos impactos.

Foram identificados pontos fortes e fragilidades no que concerne à formulação de projeto terapêutico singular, gestão e organização em equipes de referência, e atuação no sofrimento psíquico, a articulação com a rede básica de saúde. É importante ter um plano de ação, as decisões precisam disparar as práticas de inclusão social e na qualidade de vida do paciente.

7.1 Fluxograma do Projeto Terapêutico

A cartografia do projeto terapêutico da paciente do CnR e a construção do fluxograma deste projeto singular mostram as possibilidades de acesso da paciente nos serviços até sua provável saída.

O Consultório na Rua (CnR) trabalha como porta de entrada para atenção básica de saúde é um dispositivo do serviço para o atendimento à saúde da população em situação de rua, procurando criar o vínculo permanente deste grupo com os serviços.

As ações de saúde do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras

Drogas estão inseridas no âmbito da formação da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. As ações de saúde (eixo cuidado) do Plano estão articuladas com ações de assistência social, prevenção, formação e segurança (políticas comunitárias) coordenadas entre União, Estados e Municípios. (BRASIL, 2010)

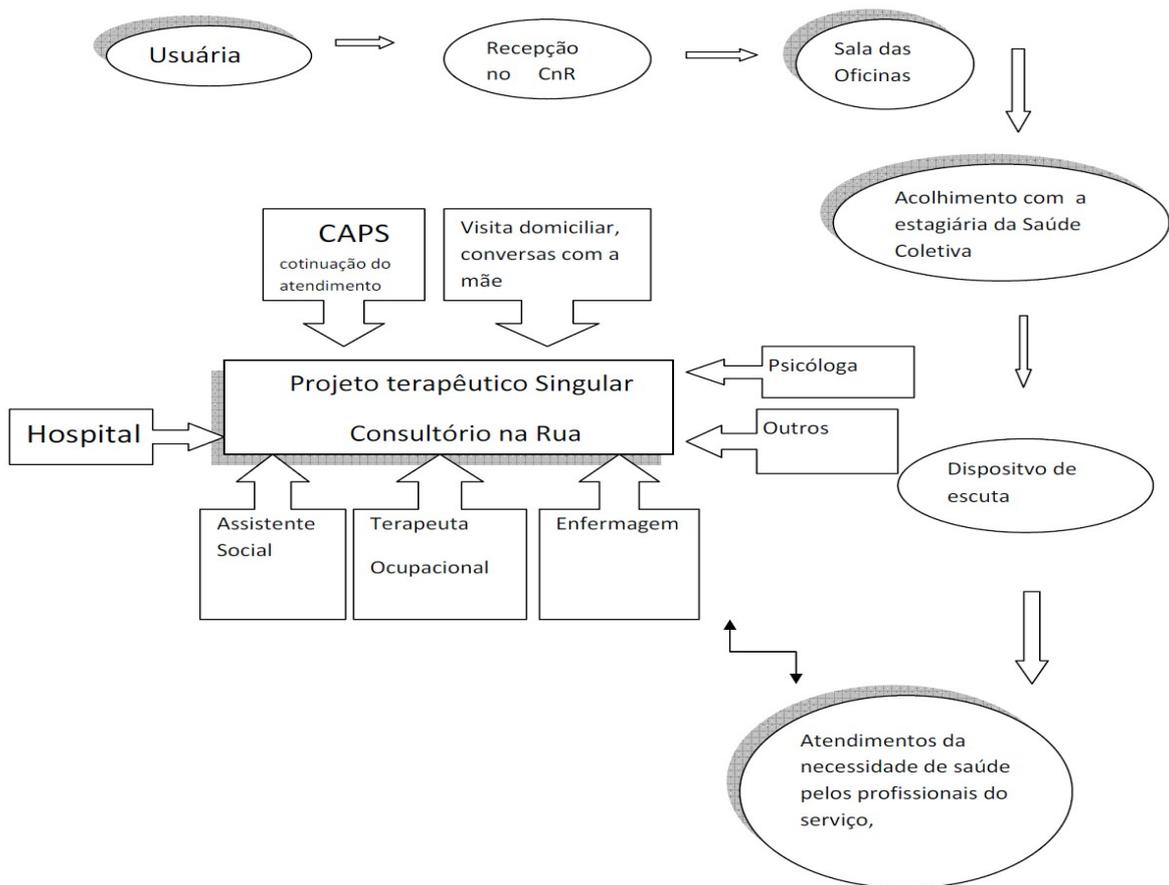
Como ação de funcionamento do serviço a vantagem do trabalho em rede, ou seja, compreende a atenção integral em saúde mental por meio de uma gestão partilhada.

A configuração dos fluxos do atendimento nos serviços de saúde está pautada com a rede de apoio, a demanda e a sua ligação. Por isso, cada usuário precisa ter a rede de cuidados, considerando seu território, trabalho, lazer, relações afetivas. A entrada do usuário no serviço do CnR, ele é acolhido pela equipe que o avaliará e identificar quais são as suas necessidades de saúde e fará o encaminhamento aos outros serviços da rede.

A necessidade de rever as ações de cuidado, visando a práticas mais articuladas e centradas nas verdadeiras necessidades dos usuários. Destaca-se a compreensão de linhas de cuidado, cuja proposta fundamenta-se na organização da gestão e de práticas assistenciais centradas na inserção de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde (Ceccim e Ferla, 2006).

Ao participar de algumas reuniões para discussão do caso, percebi que estas reuniões só serviam para tratar do comprometimento da paciente com o tratamento, nunca foi um projeto único, cada serviço tinha a sua dinâmica com a usuária. A mãe só estava integrada na parte do incentivo e comprometimento de cuidar da usuária. Não notei nenhum movimento para o tratamento psicológico para mãe e mesmo para filha que poderá voltar ao convívio familiar.

Figura 1- Fluxograma analisador do Consultório na Rua. Usuária que já faz tratamento no CnR e acompanhamento no CAPS a (re) construção do seu projeto terapêutico.



Fonte: Elaborado pela autora

8 CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu o acesso com a realidade do território em estudo e a utilização da arte como instrumento de projetos terapêuticos, e a produção do cuidado configurando a base nas ações em saúde, a partir das redes de cuidado interligadas. Vislumbrou a perspectiva de atuação do sanitarista na realização de assistência em saúde mental e o acolhimento nas ações em saúde e qualidade de vida.

Verificou-se a utilização da arteterapia como um dispositivo de reabilitação, as oficinas como instrumentos de projetos terapêuticos, bem como ferramentas de apoio a adesão e sucesso do tratamento convencional, podendo contribuir no acompanhamento de uma paciente portadora de sofrimento psíquico, no caso o alcoolismo.

O que contribuiu para o sucesso das oficinas foi o vínculo entre a paciente e a pesquisadora que através da escuta e da arteterapia possibilitou que a usuária do CnR fosse capaz de resgatar uma maneira de expressar seus sentimentos contribuindo para sua ressocialização.

Com o auxílio da técnica da arteterapia foi perceptível sua evolução na procura da qualidade de vida, e a preocupação em querer conseguir dar andamento ao tratamento de saúde nos serviços onde está vinculada no Consultório na Rua- CnR e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Entretanto, para que estas redes de cuidados consigam na sua plenitude lograr êxito numa ação integral de saúde, é necessário vencer alguns desafios, principalmente no que se refere a atuação das equipes que precisam ser qualificadas para o trabalho junto às pessoas com sofrimentos psíquicos e estimuladas a praticar maneiras novas no cuidado junto ao paciente.

O que precisa ser recomendado é uma maior troca de informações, a comunicação entre profissionais para melhor avaliar o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico e seus familiares, que pode ser resolvido através do contato telefônico ou a comunicação direta entre os profissionais e o apoiador da equipe.

Por tanto, é preciso um maior envolvimento dos diferentes setores, já que o paciente irá acessar os diversos serviços de saúde, e atualmente existem falhas no gerenciamento e interligações das informações. Todos estes esforços irão contribuir para a permanência do paciente no tratamento de saúde, bem como focar a atenção em suas necessidades pautadas na qualidade de vida, promoção da saúde do paciente e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

ALESSANDRINI, C. D. **Oficinas criativa e psicopedagogia**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1996.

AMARANTE, P. D. de C., (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde. **Consultório de Rua do SUS** : material de trabalho a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: ESPJV/FIOCRUZ, setembro 2010. 48p. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/31/documentos/consultorio_Rua_SUS.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_Rua.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 06 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Portaria GM 224/92. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto n. 7149** de 20 de maio de 2010. Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/wp-content/uploads/2010/09/Lan%C3%A7amento.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2015.

BENETTI, Silvia P. C.; CUNHA, Tatiane R. S. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]., vol.23, n.2, pp. 399-407. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 09 dez. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]., vol.4, n.2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 dez. 2015.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseno; MATTOS, Ruben A. (Org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC,. p. 165-84. 2006.

DOHME, Vânia. **Atividades lúdicas na educação**: o caminho de tijolos amarelos do aprendizado. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde** – Rio de Janeiro: Manguinhos, v.14, n.3,p.709-735, jul.-set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300003>. Acesso em: 08 dez. 2015

GALETTI, Maria Cecília. **Oficinas em saúde mental**: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: Ed. da UCG, 2004.

MERHY, Emerson Elias; FRANC, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Global sobre Álcool e Saúde** – 2014. Genebra, Suíça, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 dez. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, p.<45-59>, jan./jun. 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2471/2743>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental, transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensarvibratil.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015

SANTOS, D. P. A. A arte de construir bonecos e contar a sua própria história. In. ALESSANDRINI, C. D. **Tramas criadoras na construção do 'ser si mesmo'**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1999.

VALLADARES, A. C. A. *et al.* Arteterapia em saúde mental. In: Jornada Goiana de Arteterapia, 2, 2008, Goiânia. **Anais**. Goiânia: FEN/UFG/ABC; 2008. cap. 13. p. 114-22.

VALLADARES, A. C. A. Arte-terapia no contexto hospitalar pediátrico. Arte-terapia: **Reflex**; 5(4):20-5, 2000/2001.