

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO RENÉ RACHOU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: A
CONSTITUIÇÃO DO PROJETO ARTE DA SAÚDE – ATELIÊ DE CIDADANIA**

Maíra Porã Santos

Belo Horizonte
2021

DISSERTAÇÃO M/SC-IRR

M. P. SANTOS

2021

Maíra Porã Santos

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: A
CONSTITUIÇÃO DO PROJETO ARTE DA SAÚDE – ATELIÊ DE CIDADANIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, na linha de pesquisa Políticas Públicas, Programas e Serviços de Saúde como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Celina Maria Modena

Coorientadora: Ana Regina Machado

Belo Horizonte
2021

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB 6 3740/00

S331p
2021

Santos, Máira Porã.

Práticas de cuidado em saúde mental infanto-juvenil: a constituição do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania / Máira Porã Santos. – Belo Horizonte, 2021

IX, 113 f., il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 81-89

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre Saúde em Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Políticas Públicas, Programas e Serviços de Saúde.

1. Assistência à Criança. 2. Psiquiatria Preventiva. 3. Intervenções Baseadas em Equidade. I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Machado, Ana Regina (Coorientação).

CDD – 22. ed. – 362.7

Maíra Porã Santos

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: A
CONSTITUIÇÃO DO PROJETO ARTE DA SAÚDE – ATELIÊ DE CIDADANIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, na linha de pesquisa Políticas Públicas, Programas e Serviços de Saúde como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Celina Maria Modena

Coorientadora: Ana Regina Machado

Banca Examinadora

Dr^a. Celina Maria Modena – IRR/FIOCRUZ MINAS (Orientadora)

Dr^a. Ana Marta Lobosque – Psiquiatra/Psicanalista (Titular)

Dr^a. Regina Celi Fonseca Ribeiro – UFMG (Titular)

Dissertação Defendida em Belo Horizonte aos 06 de agosto de 2021

AGRADECIMENTOS

Imensamente grata às parceiras de jornada, professoras Celina Modena e Ana Regina Machado. Companheiras deste percurso, além de me guiarem no aprendizado sobre ciência e pesquisa, me ensinaram sobre acolhimento e generosidade. Mulheres potentes, iluminadas.

Também agradeço à querida Rosalina, companheira de militância, todo meu afeto e respeito. Sua realização alterou o rumo da história. Seu desejo e busca implacáveis, a utopia vívida, a realização ousada, arrojada – gratidão!

Muito obrigada aos professores e trabalhadores do IRR – FIOCRUZ que se dedicam em nossa formação acadêmica. Agradeço especialmente também às colegas das turmas do primeiro ano (2019) que tornaram mais leves, mais afetivas e mais poéticas até as mais rígidas disciplinas. Nossos saraus de poesias estarão pra sempre em minha memória.

Obrigada à Gerência da Rede de Saúde Mental, da SMSA/PBH, especialmente ao Adriano Gonçalves pelo apoio, suporte e empenho na realização da pesquisa. Agradeço também a todos aqueles que aceitaram o convite em participar desta pesquisa e contribuíram com suas entrevistas e conhecimentos sobre o Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania.

Grata aos colegas de trabalho do Cersam-Pampulha que nos momentos necessários me deram suporte e apoio para a continuidade dos estudos. Especialmente grata ao Paulo que ao longo de oito anos me auxilia, me ampara e me incentiva a melhorar, sempre em busca do melhor cuidado a ser ofertado aos nossos usuários. Obrigada também aos colegas monitores do Projeto Arte da Saúde em Venda Nova, com quem tive a honra de trabalhar e aprender. E que me impulsionaram nesta busca.

Gratidão eterna às amigas da militância – Lu Morena, Eliana, Soraia, Anna Laura, Ana Marta, Andreia, Rosalina – que são estímulo e alicerce nas construções do cotidiano de luta. Miriam, Marta Elizabete, Marta Soares e Rosimeire Silva (Presente!) que não se deixaram abater na busca por uma sociedade sem manicômios e serão sempre inspiração de força.

Muito obrigada às amigas e amigos que nos últimos dois anos estiveram ao meu lado e se fizeram presentes, fundamentais para que eu conseguisse chegar até aqui. Ao tio Ricardo, meu muito obrigada por se fazer presente na minha formação como pessoa e neste trabalho.

Por fim, mas não menos importante, todo meu amor e imensa gratidão à minha família. Meus pais que se dedicaram a nos incentivar com os estudos por entenderem que nossa liberdade viria dali. E me deram minhas irmãs, onde eu sempre me encontro depois de me perder. Vocês são onde eu sempre quero estar e pra onde eu sempre vou voltar. Obrigada por me fazerem acreditar que a vida é muito generosa comigo!

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve pra isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

RESUMO

Desde o final da década de 70 a Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial vem se consolidando em Belo Horizonte numa rede potente e única, feita diariamente através dos serviços substitutivos que a compõem, entre eles o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania. O objetivo deste estudo é compreender o processo de constituição e as práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania no contexto da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte. Este dispositivo atende a crianças e adolescentes em rota de exclusão social, busca o resgate das possibilidades de autonomia e cidadania tendo a arte como mediadora do cuidado ofertado. A proposta metodológica deste estudo se deu a partir dos pressupostos da abordagem qualitativa utilizando duas técnicas de modo complementar: a análise histórica documental e as entrevistas. Os dados coletados foram tratados conforme proposto por Bardin através da análise temática de conteúdo. Os resultados foram discutidos em sessões que exploram as categorias de análise: 1) recusa a medicalização e psicologização das crianças e adolescentes, 2) aposta na arte, na saúde e na cidadania, 3) territorialização do cuidado e 4) experimentação e invenção. Os dados levantados no decorrer da investigação nos permitiram verificar o pioneirismo das práticas de cuidado ofertadas pelo Projeto Arte da Saúde, em sua história que se inicia em 1993 a partir da crítica ao modelo de cuidado vigente. Suas práticas de cuidado se fundamentam no ideário democrático, no intercâmbio de ideais baseados nas experiências exitosas de outros países e no amadurecimento crítico das ofertas de atenção à saúde. Deste modo, o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania é norteado pelas concepções antimanicomiais do cuidado em liberdade e da cidadania, da territorialização do cuidado e do acolhimento como ferramenta de trabalho e da integralidade como diretriz de suas ações baseado na compreensão de seu serviço como parte integrante do Sistema Único de Saúde. Seu reconhecimento como um trabalho inovador e eficaz motivou importantes premiações de âmbito nacional. Assim, podemos considerar que, desde sua origem, o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania buscou produzir barreiras à habitual rota de exclusão a qual estavam submetidas crianças e adolescentes ditos “crianças-problema” e compõe de forma singular a construção do cuidado integral e a formação para o exercício da cidadania de crianças e adolescentes do município de Belo Horizonte.

Palavras-chave: criança; adolescente; políticas públicas; Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial; Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania

ABSTRACT

Since the late 70s, the Brazilian Psychiatric Reform has been consolidated in Belo Horizonte as a powerful and singular network daily built on the substitutive mental health services that compose it, among them the Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania. The purpose of this study is to understand the process consolidation and care practices of the Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania in the context of the Mental Health Policy of Belo Horizonte. This service attend to children and adolescents on a route to social marginalization, seeks rescuing the possibilities of autonomy and citizenship with art as a counter part of the offered care. The Methodology of this study was based on qualitative approach using two techniques in a complementary manner: documental analysis and interviews. The collected data was analyzed as proposed by Bardin through content analysis. The results were discussed in sessions that explore the analysis categories: 1) medicalization and psychologization refusal of children and adolescents, 2) relying on art, health and citizenship, 3) territorialization of care and 4) experimentation and invention. The data collected allowed acknowledging the pioneering of the care practices offered by the Projeto Arte da Saúde dating from 1993, built out of the criticism over the current care model. Its care practices are based on democratic concepts, ideals inspired on successful experiences of other countries and on the critical maturation of health care services. Furthermore, the Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania is guided by the concepts anti-asylums of care in freedom and citizenship, the territorialization of care and welcoming as working tools, and integrality as a guideline for its actions based on the understanding of its service as a substantial part of the Unified Health System (SUS). Its recognition as an innovative and effective work led to important awards of national scope. Thus, we can consider that, since its inception, the Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania sought to produce barriers to the usual route of exclusion to which children and adolescents known as “problem-children” were submitted, and builds up in a unique way the construction of comprehensive care and training for the exercise of citizenship of children and adolescents in the city of Belo Horizonte.

Keywords: child; adolescent; public policy; Brazilian Anti-asylum Psychiatric Reform; Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divulgação Eletrônica.....	44
Figura 2 – Crianças falam com arte.....	53
Figura 3 – Arte da Saúde.....	53
Figura 4 – Logomarca do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania na regional leste.....	66
Figura 5 – Logomarca do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania após ampliação municipal.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Oficinas por regional.....	45
Tabela 2 – Número de participantes por regional.....	45
Tabela 3 – Número de oficinas por regional garantidas pelo convênio.....	68
Tabela 4 – Valores aprovados para disponibilização anual.....	68

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAI – Centro Psíquico da Adolescência e Infância
CERSAMi – Centro de Referência em Saúde mental infanto juvenil
CEVAE – Centro de Vivência Agroecológica
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPP – Centro Psicopedagógico
DOM – Diário Oficial do Município
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Equipe de saúde da família
FMSM – Fórum Mineiro de Saúde mental
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PAI-PJ – Projeto de Atenção Integral ao Louco infrator
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
REME – Movimento de Renovação Médica
SAM – Serviço de Assistência ao Menor
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UMCA – União dos Moradores pelo Desenvolvimento Social do Bairro Céu Azul

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o cuidado antimanicomial.....	17
3.2. Infância, adolescência, sociedade e políticas públicas – uma breve compreensão.....	24
3.3. O Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania na política de Saúde Mental de Belo Horizonte.....	28
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	34
4.1. Análise Documental.....	36
4.1. Entrevistas.....	38
4.2. Análise dos dados – Análise de conteúdo.....	40
4.3. Procedimentos éticos.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1. Nascimento de uma utopia: o ateliê de uma política para crianças e adolescentes.....	46
5.2. A composição de um Ateliê de Cidadania.....	57
5.3. As ferramentas de um Ateliê de Cidadania.....	69
5.4. Produção do Ateliê de Cidadania: a arte da saúde.....	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	90
APÊNDICES.....	95

1. INTRODUÇÃO

“Ou se é cúmplice ou se age e destrói”
Franco Basaglia

A Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial vem se consolidando desde o final da década de 70, quando as condições subumanas a que eram submetidos os pacientes de hospitais psiquiátricos passaram a ser denunciadas pelos próprios trabalhadores destas unidades. Embalados pelo discurso ousado e libertador de Franco Basaglia, entre outros nomes importantes, como Michel Foucault, que inspirava as transformações imprescindíveis e eminentes que estavam por vir, iniciou-se um movimento nacional por mudanças da práxis em saúde mental.

Por um lado Basaglia (p.101, 2001) afirmava que o que marca as instituições é “a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm”. Podendo assim, se deduzir que a relação de opressão e de violência entre poder e não poder é traduzida pela subdivisão das funções, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. Para Basaglia, “a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade” (BASAGLIA, 2001, p.101).

Foucault (2002) buscava problematizar tradições que afirmavam que só pode haver saber em locais livres de relações de poder e dizia que não se explica o poder quando se procura caracterizá-lo como essencialmente repressivo. Para ele

poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essas relações de “poder-saber” não devem ser analisadas a partir de um sujeito de conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema de poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas (FOUCAULT, 2002, p. 27).

De todo modo, os debates tratavam mudanças prementes no modo de tratar os pacientes psiquiátricos que estavam fadados ao isolamento e à exclusão social, mas principalmente, se debatia de forma crítica, severa e politizada o poder biomédico e psiquiátrico, concretizado pela instituição manicômio. Mais tarde, como veremos adiante, os movimentos de luta conquistariam as primeiras mudanças que fariam jus ao lema “Por uma sociedade sem manicômios”, instituído em 1987.

Gosto de pensar que foi então em 1987, quando nasci, que minha história se cruzou pela primeira vez com a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e com os Movimentos de

Luta Antimanicomial. Certamente marcada no nome pelo mesmo ideal, Maíra Porã, que em tupi-guarani significa “*liberdade bonita*”.

Foi a partir do trabalho na rede de saúde mental de Belo Horizonte que pude ampliar perspectivas e desejos sobre o cuidado em saúde mental, o cuidado dos sujeitos que sofrem e sobre a liberdade como modo de cuidar. Mas foi principalmente através do envolvimento com os Movimentos de Luta Antimanicomial que pude vivenciar a dor e a delícia do *front*. A dor sofrida pelo cansaço daqueles que sabem que não se pode parar e pela angústia de quando nos bloqueiam o caminho de seguir. Mas a delícia por saber que nunca se vai só – Quem estará nas trincheiras ao teu lado? E isso importa? Mais do que a própria guerra. – o escritor Ernest Hemingway já advertia. A utopia cotidiana por uma sociedade sem manicômios e seus sucessores da sociedade contemporânea.

Em Belo Horizonte, uma rede potente e única se faz diariamente por meio dos múltiplos dispositivos ou “territórios da desinstitucionalização”, desde o início da década de 90. Os Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam), nomeados CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) nas portarias ministeriais, funcionam 24 horas por dia e com o Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP) garantem o atendimento de urgência à crise em saúde mental, de modo que a população do município pode prescindir aos hospitais psiquiátricos. Os equipamentos de moradia possibilitam àqueles marcados profunda e permanentemente pelos horrores dos manicômios, apartados de suas famílias e da vivência social, um lugar para viver dignamente sua cidadania. As equipes especializadas nos Centros de Saúde garantem a articulação e os cuidados essenciais prestados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), asseguram a clínica dos casos mais graves em seu território e sustentam, através dos matriciamentos e discussões de equipe, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares para cada um de seus usuários. Já os equipamentos de arte e cultura, como Centros de Convivência além dos núcleos do Projeto Arte da Saúde, em toda sua potência criativa, propiciam mudanças que se estendem ao universo coletivo do usuário, sendo capazes de promover transformações na própria sociedade.

Meu percurso profissional atravessa um destes dispositivos de arte e cultura, quando em 2017, passo a coordenar o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania na Regional Venda Nova, criado em 1993 na regional Leste. Até aquele momento minha experiência clínica havia se dado exclusivamente no atendimento à crise em um Cersam para o público adulto. O Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania é um serviço de atendimento a crianças e adolescentes, com idades entre 6 e 18 anos, em rota de exclusão social. Os atendimentos se

dão através de oficinas de arte, artesanato e atividades culturais mediadas por um monitor, sem necessariamente uma formação técnica em saúde.

As crianças e adolescentes, em rota de exclusão social, vulnerabilizadas socialmente, que prescindem ao atendimento clínico especializado, são acompanhadas por profissionais de referência do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania nos Centros de Saúde, juntamente com a coordenadora dos núcleos regionais, esta sim, com formação universitária em saúde. Os casos ainda mais graves que necessitam do atendimento clínico especializado são acompanhados nos dispositivos da rede de atenção em saúde mental do município de Belo Horizonte, quer seja no serviço de urgência por seus técnicos de referência ou pelas equipes de saúde mental nos Centros de Saúde que contam com psicólogo e psiquiatra de referência.

À época o Projeto Arte da Saúde, na regional Venda Nova, contava com cinco oficinas: Capoeira, Música, Teatro e Dança, Teatro de Bonecos e Artesanato que aconteciam, respectivamente, no Centro de Vivência Agroecológica (CEVAE) mediada por um educador físico; no Centro de Convivência por um ator, músico, estudante de teatro; no Centro Cultural de Venda Nova por um ator de teatro, cenógrafo, bailarino, estudante de gastronomia; no espaço da União dos Moradores pelo Desenvolvimento Social do Bairro Céu Azul (UMCA) por um artista da comunidade; e em um espaço cedido por uma igreja Presbiteriana um artista da comunidade usuário do Centro de Convivência.

Os desafios que encontrei naquele período passavam tanto pela construção histórica do projeto nos espaços que ocupavam e junto da comunidade até a interlocução, ou a falta dela, com outros setores, como as escolas, por exemplo. Além de questões que passavam pela condição de coordenadora do Projeto Arte da Saúde, como a participação dos Centros de Saúde na construção dos casos e questões logísticas e burocráticas do trabalho na Regional Venda Nova. Ainda que particulares essas inquietações me levaram a questionar as ações que efetivariam as potencialidades e objetivos do Projeto Arte da Saúde naquele território.

Algumas pistas surgiram a partir de uma leitura mais apurada dos textos que pude encontrar naquele momento. Rosalina Teixeira (2008), criadora do Projeto Arte da Saúde, sinaliza a direção que seguiríamos em nossas ações:

Nosso campo de trabalho ultrapassa em muito as oficinas. Mantemos um encontro semanal com os profissionais da saúde mental e monitores com o objetivo de passar informações e discutir a condução dos casos mais relevantes em cada ocasião. Temos um processo permanente de aproximação com as famílias das crianças para que se inteirem das propostas e da concepção do trabalho, bem como para que possam ser motivadas a redefinir seu investimento/atenção às crianças. Nossa participação no Fórum Regional de Atenção à Criança e ao Adolescente fornece subsídios a um melhor encaminhamento dos casos tratados. Trabalhamos, também,

com a idéia de que é preciso recuperar a capacidade da escola em lidar com os problemas e as diferenças individuais, sem que necessariamente tenha que apontar fracassos, excluir, estigmatizar. Participamos, dessa forma, da luta pela extinção das instituições manicomiais do país, que, como se sabe, ultrapassa em muito a luta por sua extinção física. Fazemos isso na tentativa de desconstrução gradativa dos aparatos segregadores e excludentes da criança e do adolescente, criando ações e serviços substitutivos ao que poderíamos chamar de um excesso de “psicologização” da criança e de suas diferenças individuais (TEIXEIRA, 2008, p.180).

As oficinas do projeto, conforme descritas por Santos (2012), deveriam proporcionar o exercício do protagonismo perdido no processo de socialização das crianças e adolescentes, tratado pelo autor como “fundamental para a manutenção da vida como sinônimo de prática de experiência, de contradições e de manutenção do jogo da pluralidade de corpos e da subjetividade, num constante cuidado de si” (SANTOS, 2012, p.99).

À frente da coordenação dos núcleos de Venda Nova pude me encantar com as histórias e as relações construídas nos espaços das oficinas. Foi emocionante produzir com adolescentes infratores novos projetos de vida que os levavam não só à independência financeira, mas que abriam um leque de possibilidades diferentes daquelas antes encontradas que os expunham a caminhos mortíferos. Adolescentes que descobriram na produção de uma arte cenográfica para a I Mostra do Arte da Saúde de Venda Nova a capacidade de reinventar suas aptidões e se reinventar como artistas, nas estampas das camisas da mais nova estamparia da região; de “pichador” a pequeno empresário, entre outras tantas histórias.

Entretanto, após quase um ano de trabalho na coordenação do Projeto Arte da Saúde permanecia a necessidade de reunir, produzir e divulgar o conhecimento sobre esta prática pioneira e ousada no cuidado ofertado a crianças e adolescentes no município de Belo Horizonte. Os avanços e desafios nesta construção me levaram a várias perguntas de modo que algumas delas vieram compor a construção deste trabalho de pesquisa: como se deu a construção do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania ao longo de quase 30 anos de existência? Quais as principais concepções norteiam esta prática? O que caracteriza suas ações e suas eventuais mudanças ao longo dos anos?

Diante da alta relevância do Projeto Arte da Saúde, reconhecido nacionalmente, tendo sido premiado diversas vezes no âmbito de suas ações, recebendo inclusive menção honrosa no “Prêmio Itaú/Unicef – Educação e Participação”, esperamos que os conhecimentos produzidos por este estudo permitam compreender aspectos históricos, sociais e políticos que favoreceram a constituição de um “ateliê de cidadania” enquanto serviço público de saúde ofertado às crianças e adolescentes. Do mesmo modo busca-se a identificação de barreiras e

entraves ao cuidado integral do público-alvo, subsidiando propostas e ações no campo da gestão da rede de atenção à criança e ao adolescente.

Além disso, não há estudos científicos voltados à compreensão de seus processos e análise de suas especificidades enquanto um serviço de saúde. Poucos estudos voltaram-se à análise de dados referentes ao Projeto Arte da Saúde (SANTOS, 2012; PITZER, 2017) e ainda há pouca produção científica relacionando este serviço à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Belo Horizonte. Alguns estudos mencionam o Projeto Arte da Saúde como dispositivo importante e estratégico da rede de saúde mental de Belo Horizonte para o cuidado de crianças e adolescentes (PASSOS, 2012; TRAJANO E SILVA, 2012; GOULART, 2015; MOREIRA, 2013). E como componente das estratégias de uma política pública, o Projeto é apenas citado em documentos de concursos e premiações nacionais no campo da administração em Belo Horizonte (COSTA, CARNEIRO E VEIGA, 1997; MISOCZKY, 2000; MISOCZKY, 1999).

Este estudo busca responder às questões anteriormente levantadas e contribuir para o enriquecimento teórico sobre o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, procurando ofertar subsídios para a continuidade de uma política pública essencialmente antimanicomial para crianças e adolescentes. A pesquisa assumiu uma abordagem qualitativa na busca pela compreensão dos processos e análise histórica, configurando esta dissertação em seis capítulos.

Após esta introdução apresentaremos os objetivos e o referencial teórico, capítulos 2 e 3 respectivamente. Na construção do referencial teórico escolhido para nortear nossas discussões e análises, buscamos reconstituir brevemente os aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do cuidado antimanicomial, das políticas públicas para crianças e adolescentes em nossa sociedade e do Projeto Arte da Saúde na política de saúde mental do município de Belo Horizonte.

No capítulo 4 apresentaremos nosso percurso metodológico. Acreditamos que a abordagem qualitativa possui os requisitos e instrumentos necessários para a compreensão do nosso objeto de estudo. Utilizamos, em nossa pesquisa, duas diferentes técnicas: a análise documental e as entrevistas. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

O capítulo 5 apresenta e discute os resultados que permitiram produzir novos conhecimentos sobre o processo de constituição, as concepções e práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania.

Nossas considerações finais são apresentadas no capítulo 6. E assim, buscamos contribuir com a oferta de um cuidado que respeite as diferenças entre as pessoas, que promova o protagonismo entre crianças e adolescentes e que possa favorecer o fortalecimento de uma política pública para este público consonante com os princípios democráticos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os ideais de liberdade e cidadania da Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Compreender o processo de constituição e as práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania no contexto da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte.

2.2. Objetivos específicos:

- I) Identificar fatores no contexto sociopolítico do município de Belo Horizonte que contribuíram para a implantação do Projeto;
- II) Compreender as principais concepções que norteiam as práticas ofertadas às crianças e adolescentes no Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania;
- III) Identificar e analisar possíveis transformações das concepções do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania ao longo de seu desenvolvimento;
- IV) Analisar as principais características do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de cidadania e das oficinas ofertadas;
- V) Identificar e analisar as relações entre o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o SUS, em seus princípios e diretrizes.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o cuidado antimanicomial

“Parece que foi ontem... A loucura invade a cidade”
Paulo Amarante

A década de 70 foi marcada pela efervescência de movimentos sociais e políticos contra a ditadura militar. No campo da saúde, os pensamentos e práticas em saúde pública começam a ser sistematizados e organizados por grupos de sanitaristas interessados em reformular os sistemas de serviços de saúde, em defesa da democracia e do direito à saúde (AMARANTE, 1997).

E é em meio a este contexto que se inicia o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira que deu origem a um novo modelo de atenção a saúde mental fortemente influenciado por experiências internacionais como a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional, a psiquiatria comunitária e, principalmente, a reforma psiquiátrica italiana (TENÓRIO, 2002). Se os tempos eram de dura violência, se fazia também forte a resistência.

As concepções que guiaram a constituição de um novo modelo de atenção foram sustentadas pelo movimento da luta antimanicomial que, em uma perspectiva ampliada e crítica, visa à desconstrução do paradigma manicomial. A aposta do movimento é a construção de um novo lugar social para o louco que se conformaria a partir do resgate de sua liberdade e cidadania, além da transformação da sociedade transpondo as barreiras da desigualdade, do preconceito e das injustiças sociais.

No ano de 1978, surge no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se torna o primeiro ator a introduzir no campo da saúde pública estratégias de desinstitucionalização no âmbito da saúde mental e das políticas públicas. Este Movimento apresentou uma série de denúncias que expunham as condições precárias a que eram submetidos os pacientes em hospitais psiquiátricos. Tais denúncias tiveram como consequência a demissão pelo Ministério da Saúde de 260 profissionais envolvidos. Em resposta a essa ação do governo, foi desencadeada a primeira greve do setor público desde a instauração do Regime Militar. O MTSM ganhou força e se expandiu por todo o país, participando de outros espaços de representação, tais como Sindicatos e Associações, com o apoio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME) (AMARANTE, 1997).

Naquele mesmo ano, em outubro, ocorreu o Congresso Brasileiro de Psiquiatria de Camboriú, que com a intervenção dos trabalhadores organizados transformou-se em um evento político, para além do caráter técnico presente em eventos anteriores. Desse modo, a

atenção à loucura deixava de ser tema de interesse apenas da comunidade técnica, mas alcançava as principais entidades da sociedade civil.

Cabe realçar que o termo Reforma Psiquiátrica só viria a ser utilizado na virada dos anos 1980 para 1990, no mesmo período em que o termo Reforma Sanitária começa a ser adotado (AMARANTE E NUNES, 2018). No entanto, foi a partir das discussões sobre um novo modelo de atenção à saúde mental que se constatou que o lugar social dado ao doente mental e a sua conseqüente forma de tratamento eram historicamente degradantes. Algumas personalidades de renome internacional estabeleceram profícuo diálogo com os militantes do MTSM, como Robert Castel, Felix Guattari e Franco Basaglia de modo a influenciarem diretamente os movimentos sociais e de luta pelo que viria a ser a Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial (DEVERA E COSTA-ROSA, 2007; AMARANTE E NUNES, 2018).

Em 1979, o MTSM organizou o I Congresso Nacional de Saúde Mental, em São Paulo, dando continuidade a articulações com outros atores do campo mais geral da saúde, por exemplo, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (AMARANTE E NUNES, 2018). Destaca-se ainda o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, no final deste mesmo ano, em Belo Horizonte, que marcou para Minas Gerais uma virada histórica – começa a ser estudada e discutida, para a realidade brasileira, a estratégia de desmonte do paradigma produtor da exclusão, começando pelo seu eixo estruturador, o manicômio. Assim, a última visita de Basaglia ao Brasil, no ano de 1979, com forte repercussão na mídia, instigou importantes produções, como a coletânea de crônicas *Nos porões da loucura* de Hiram Firmino, publicadas no jornal *Estado de Minas*, e o premiado curta-metragem *Em nome da Razão* de Helvécio Ratton (CAMPOS, 1997; GOULART, 2015; AMARANTE E NUNES, 2018).

Figura marcante para a Psiquiatria Democrática e Reforma Psiquiátrica Italiana, precursora da Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial, Basaglia inspirou muitas das transformações que sofreria o modelo de atenção à saúde mental no Brasil nos anos seguintes. Para Basaglia (1979) o reconhecimento da loucura como “doença mental” não anula a tentativa de controle da razão sobre a desrazão pelo meio da punição, mesmo que atenuada pelo sistema de idéias médico que a disfarça. Assim,

aquilo que antes era apenas crua punição da desrazão (cárcere, prisões, suplicios) adquire – por causa da intervenção médica que a reconhece como doença – o aspecto da piedade, da solicitude, do tratamento; piedade, solicitude e tratamento que, mediante a identificação e a implícita confirmação definitiva da incomunicabilidade da linguagem da loucura em relação à racionalidade do poder,

se traduzem novamente em punição, adotando as mesmas medidas segregativas e os mesmos juízos de valor que envolvem todos os fenômenos da desrazão, que a razão quer conter e controlar. O fato de a loucura tornar-se “doença mental”, com sua dignidade e estatuto, não impede que a razão, para afirmar seu domínio e sua diversidade, continue a separá-la e segregá-la por trás dos mesmos muros e com as mesmas correntes que a libertou (BASAGLIA, 1979, p.265).

Para a desconstrução dessa lógica punitiva e opressora, Basaglia defendeu o fim dos manicômios e instituições de enclausuramento, não apenas concretamente derrubando os muros visíveis, declarando a liberdade como terapêutica, mas também os muros que construímos socialmente dentro de nós. Em 1979, numa de suas Conferências pelo Brasil, está em São Paulo, Basaglia afirmou:

No momento em que entramos neste hospital [em Gorizia], dissemos um não, não à psiquiatria, mas sobretudo a miséria. Vimos que a partir do momento em que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente de posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar. Havíamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava. Precisava ter respostas reais para o seu ser. Precisava de dinheiro, de uma família e de tudo aquilo que nós como médicos que os tratávamos também precisamos. Essa foi a nossa invenção. O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades (BASAGLIA, 1979, p. 17).

O amadurecimento crítico ao modelo asilar segregador desenvolvido na década de 80 consolida características cruciais ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial ampliando os atores sociais envolvidos nos processos, iniciando a reformulação legislativa e apresentando as primeiras experiências institucionais substitutivas aos manicômios (TENÓRIO, 2002).

Determinante na reformulação da assistência à saúde em nosso país, a 8ª Conferência Nacional de Saúde revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas (PAIVA E TEIXEIRA, 2014 *apud* AMARANTE E NUNES, 2018). Entre os inúmeros importantes desdobramentos da *Oitava*, como ficou conhecida, foram realizadas a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no Rio de Janeiro, embora não sem enfrentar dificuldades, inclusive políticas, uma vez que não tinha o apoio do Ministério da Saúde naquele momento. O encontro do MTSM na CNSM convoca então um II Congresso Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em dezembro de 1987, na cidade de Bauru (AMARANTE E NUNES, 2018).

O encontro em Bauru institui o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” para uma luta que viria se “transformar” em um movimento social, contando com o ativismo não apenas

dos trabalhadores, mas unidos aos próprios loucos, seus familiares e outros militantes dos direitos humanos que consagrariam o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Constituiu-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial como o dia 18 de Maio e o MLA foi organizado em núcleos nas principais grandes cidades do país.

Com base nas ações do Ministério da Saúde, até meados da década de 80, o perfil de atuações no campo da saúde mental ainda fez prevalecer o modelo hospitalocêntrico assistencial privatista, médico-centrado e medicamentoso predominantemente financiado pelo Estado (DEVERA E COSTA-ROSA, 2007). No entanto, foi a partir de então que começaram a se articular movimentos políticos e sociais, destacados a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, em ações mais efetivas de mudanças paradigmáticas. Neste contexto, o MLA se afirma como um dos principais fatores de coesão nas agendas de luta da saúde mental, liderando mobilizações em defesa de mudanças legislativas e “reafirmando a potência deste movimento como catalizador da organização da militância política no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (GULJOR E AMARANTE, 2017, p. 640). O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em 1993, ocorre em Salvador, neste contexto de repensar o movimento social como uma organização autônoma em relação aos partidos políticos, administrações e ao próprio Estado, no sentido de dar também sustentação ao instituído pelo Encontro de Bauru em sua palavra de ordem “Por uma Sociedade sem Manicômios” (LOBOSQUE, 2001; LUCHMANN E RODRIGUES, 2007).

O cenário político da década de 90 no Brasil é de redefinição do papel do Estado, de modo que são estabelecidas novas relações entre os movimentos sociais e o próprio Estado. Amarante e Diaz (2012) afirmam a criação de “vários fóruns de negociação e participação, onde as demandas populares tomam forma nas políticas públicas” (AMARANTE E DIAZ, 2012, p.84). A cidadania ampliada no campo democrático de discussão evidencia seu antagonismo ao projeto de Estado mínimo e neoliberal de mercado. Porém, em função de seus aspectos econômicos, afetivos e ideológicos, a proposta da desinstitucionalização ganha ressonância na sociedade, embora não sem resistência, inclusive de associações de usuários, familiares e técnicos, com variadas composições, que temem a desassistência e o abandono dos doentes pelo Estado. Entre aqueles apoiadores do processo de desinstitucionalização “a idéia central é o conceito de cidadania e a conquista dos direitos civis por parte desta população excluída. Há uma proximidade entre o ideário que une esse grupo e as políticas públicas em implantação pelo Estado” (AMARANTE E DIAZ, 2012, p.86).

No cenário internacional, Zanardo, Leite e Cadoná (2017) apontam também a Declaração de Caracas como importante marco para criação de condições e efetivação de uma

nova Política de Saúde Mental. O documento da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde indica as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Suas propostas visam: a reestruturação da assistência psiquiátrica propondo modelos alternativos, centrado nas comunidades e redes sociais; revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; a garantia dos direitos humanos e da dignidade pessoal; o uso racional e tecnicamente adequado dos recursos; o ajuste nas legislações dos países garantindo o cuidado comunitário e o respeito aos direitos humanos; a capacitação dos recursos humanos de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; e o encorajamento para que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam com as mudanças necessárias para a reestruturação proposta de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990).

No âmbito legislativo, o Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do deputado federal Paulo Delgado, lançado em 1989, suscitou discussões bastante relevantes quanto aos aspectos legais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (TENORIO, 2002). Durante a tramitação deste projeto entre Senado e Câmara Federal, ao longo da década de 90, foram aprovadas as primeiras leis estaduais da Reforma Psiquiátrica¹, que tratavam da regulamentação de uma rede integrada de atenção a saúde mental, além de determinarem a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por novos serviços substitutivos (ZANARDO, LEITE E CADONÁ, 2017). Assertivamente “pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada” (TENÓRIO, 2002, p. 36).

A implementação da Lei Federal 10.216/2001, que promulga o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental visando à reinserção social do paciente e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental, proporciona alguns avanços significativos e decisivos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Destaca-se entre eles a Política de Saúde Mental do Brasil, adotada entre os anos 2001 e 2015, que permitiu a regulamentação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em território nacional, o Programa de Volta para Casa e o fomento à abertura de Serviços Residenciais Terapêuticos que permitiram efetivar recursos para a substituição concreta do modo asilar manicomial (ZANARDO, LEITE E CADONÁ, 2017).

¹ Minas Gerais: Lei nº 11.802/1995 e Lei nº 12.684/1997; Rio Grande do Sul: Lei nº 9.716/1992; Ceará: Lei nº 12.151/1993; Distrito Federal 975/1995; Pernambuco: Lei nº 11.064/1994; Rio Grande do Norte: Lei nº 6.758/1995; Espírito Santo: Lei nº 5.267/1996

Para Devera e Costa-Rosa (2007) as Conferências Nacionais de Saúde Mental, as portarias ministeriais e a Lei Federal 10216/2001 representam os dispositivos maiores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, este último construído ao longo de mais de uma década em disputas político-ideológicas. No âmbito das Conferências, Amarante e Nunes (2018) enfatizam o papel de destaque do MLA “nas edições municipais, estaduais e nacionais de saúde mental. O campo da saúde mental passa a praticar uma radicalidade da proposta de participação social, muito além do formalmente previsto na legislação do SUS, acerca da participação dos usuários pela Lei 8.080/90” (AMARANTE E NUNES, 2018, p. 2069).

Na Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a partir de 2001, uma série de portarias possibilitaram a implantação de serviços e ações da Reforma Psiquiátrica (DEVERA E COSTA-ROSA, 2007), de modo que um importante avanço foi a publicação da Portaria nº 3.088 2011/2013, no ano de 2011 (com sua última revisão publicada em 2013) que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011/2013). Em seu texto amplia-se a concepção de saúde instituindo a rede de cuidados como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando a gama de fatores que constituem o humano. A legislação afirma aspectos que envolvem a vida no meio sociocultural como parte dos processos de saúde e doença. Ainda em relação à Portaria nº 3.088 2011/2013 destaca-se a atenção para os usuários de drogas, demarcando o “desafio para as políticas públicas em saúde em criar estratégias de cuidado levando em consideração a cidadania das pessoas usuárias de drogas” (ZANARDO, LEITE E CADONÁ, 2017, p.8).

Uma observação importante refere-se às recentes alterações no âmbito das políticas públicas de saúde mental, estabelecidas a partir da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e da Portaria nº 3.588/2017. Tais alterações refletem a conjuntura neoliberal de contrarreforma do Estado atualmente. Altera a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial, retirando as estratégias de dispositivos de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais além de incluir hospitais psiquiátricos como ponto de atenção (SILVA E SILVA, 2020). Ressalta-se o caráter autoritário de tais medidas, realizadas sem a aprovação das instâncias formais de controle social do SUS, e que reabre “as portas para os interesses da ‘indústria da loucura’” (SILVA E SILVA, 2020, p.115). Para as autoras, são necessárias mudanças que alterem as concepções e a realidade social a partir de “uma análise contínua das condições históricas e das determinações em que se efetiva sua operacionalização”, além da criação de novos dispositivos e do importante fechamento de hospitais psiquiátricos (COSTA, 2017 apud SILVA E SILVA, 2020, p.115).

Para alguns autores a cidadania passa a ser um ponto fundamental do movimento nessa luta pela mudança do modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental (TENORIO, 2002; DELGADO, 2011; ZANARDO, LEITE E CADONÁ, 2017). Para Tenório (2002), a Reforma Psiquiátrica é fruto da atuação de diferentes atores e caracterizada por processos de ordem cultural, clínica, política, social e jurídica, portanto configura-se em um campo heterogêneo, de modo que a cidadania passa ser o foco de todos processos. Ademais,

Guattari (1990) propõe o exercício da prática diária dos profissionais pautado em uma lógica disposta a romper com códigos pré-estabelecidos e com padrões, em meio a uma ética que é pura criação, que não dá espaço para a reprodução. Nessa lógica, toda ação é uma ação política engajada. Conforme escreve Amarante (2007), é importante começar a pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não como um modelo, mas sim como um processo, um movimento social em constante transformação (ZANARDO, LEITE E CADONÁ, 2017, p.8).

Para Amarante (1997), os serviços devem ser compreendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, produzindo subjetividades enquanto locais de sociabilidade. Em Princípios para uma Clínica Antimanicomial, Lobosque (1997) propõe os princípios da singularidade, do limite e da articulação como apontamentos para operar uma prática clínica contrária ao movimento de exclusão. Por singularidade entende que o sujeito “não é único nem idêntico a si mesmo” (LOBOSQUE, 1997, p.22), este princípio é um convite à ratificação de seu estilo enquanto sujeito, à sustentação das diferenças sem apartar-se do social. O limite, segundo Lobosque (1997), nos convida a tomar a intervenção de forma lógica e não como um “imperativo moral”, de modo a fazer caber ao buscar um contorno, não pelo viés da autoridade, não pelo viés da exclusão. Quanto à articulação, propõe a “interlocação interdisciplinar, ou seja, deve manter-se atenta às descobertas mais recentes de diferentes disciplinas, sem confundir-se ou subordinar-se a elas” (LOBOSQUE, 1997, p. 24).

Amarante (1997) afirma que os serviços de atenção psicossocial, portanto, comprometidos com a não exclusão social dos usuários, a promoção da autonomia e da cidadania, devem atuar principalmente no território. Quanto mais extensas suas relações com recursos existentes no âmbito comunitário, maior a base territorial do dispositivo psicossocial. Herança da experiência italiana, a inclusão se dá a partir das trocas sociais, ou seja, a luta pela liberdade se dá para além da libertação dos aparatos do hospital psiquiátrico, mas na mudança das relações sociais de poder. Serviços como as residências terapêuticas, cooperativas de trabalho, atividades de lazer e cultura vinculadas com a comunidade ampliam significativamente a rede de assistência sanitária, convocando a invenções e novos

movimentos nos serviços e de seus trabalhadores de modo a romper com o paradigma dominante da psiquiatria tradicional (BUENO, 2020). Nesta perspectiva basagliana, “o desmantelamento do hospital e a sua “reforma” no fora, no território onde a vida pulsa, é a base da reconstituição dos direitos e possibilidades de recuperar a autonomia das pessoas, se elas a tiveram algum dia” (BUENO, 2020, p. 120).

3.2 Infância, adolescência, sociedade e políticas públicas – uma breve compreensão

A noção de infância foi configurada em um processo histórico multifatorial e complexo do mundo moderno. Envolve novas representações sociais sobre a criança e a reorganização dos modos de vida e do cotidiano, mas, principalmente, a constituição de instituições voltadas ao cuidado e à educação infantil.

Ou seja, na construção da sociedade moderna ocorreu uma progressiva institucionalização educativa da infância. Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2002) descreve o “disciplinamento” das crianças desde o início da idade moderna, a partir de seu “adestramento” militar, passando pela “ramificação dos mecanismos disciplinares” nas escolas de província onde essas tendem a compor pequenos observatórios sociais para exercer um controle regular inclusive sobre os adultos – “o mau comportamento de uma criança, ou sua ausência, é um pretexto legítimo para se ir interrogar os vizinhos, principalmente se há razão para se pensar que a família não dirá a verdade” (FOUCAULT, 2002, p. 174).

Sobre o processo de constituição do poder disciplinar, Foucault (2002) ainda levanta seu debate quanto ao positivismo científico do século XVIII em que saber e poder se retroalimentam a partir do atravessamento das disciplinas pelo limiar “tecnológico”. Assim,

o hospital primeiro, depois a escola, mais tarde ainda a oficina, não foram simplesmente “postos em ordem” pelas disciplinas; tornaram-se, graças a elas, aparelhos tais que qualquer mecanismo de objetivação pode valer neles como instrumento de sujeição, e qualquer crescimento de poder dá neles lugar a conhecimentos possíveis (FOUCAULT, 2002, p.184);

Para Foucault (2002) aparentemente a retificação dos mecanismos das disciplinas se dá através dos instrumentos empíricos tais como testes, interrogatórios, consultas e desta forma ele defende que

a psicologia é encarregada de corrigir os rigores da escola, como a entrevista médica ou psiquiátrica é encarregada de retificar os efeitos da disciplina de trabalho. Mas não devemos nos enganar: essas técnicas apenas mandam os indivíduos de uma instância disciplinar à outra, e reproduzem, de uma forma concentrada, ou

formalizada, o esquema de poder saber próprio a toda disciplina (FOUCAULT, 2002, p. 186).

Apesar da produção de um conceito de infância na modernidade, Sarmiento, Fernandes e Tomas (2007) apontam que os espaços sociais condicionados e controlados por adultos destinados a crianças produziram, de modo geral, um entendimento de que crianças não poderiam exercer direitos políticos, de modo que as crianças passam a ser vistas mas não ouvidas – sujeitos sem cidadania.

No dicionário online² cidadania significa “condição de quem possui direitos civis, políticos e sociais, que garante a participação na vida política. Estado de cidadão, de quem é membro de um Estado. Exercício dos direitos e deveres inerentes às responsabilidades de um cidadão...”, ou seja,

cidadania corresponde, por definição, a um estatuto político, confinado ao espaço nacional, embora o cidadão veja reconhecida a sua pertença à comunidade não apenas pelo vínculo que com ela estabelece e que lhe permite o usufruto de direitos cívicos e políticos, mas também em consequência da sua própria condição individual, que lhe atribui direitos individuais de natureza social (proteção, alimentação, educação, saúde, etc.). O estatuto de membro da comunidade impõe, ao mesmo tempo, obrigações e deveres do cidadão para com a comunidade (SARMENTO, FERNANDES E TOMAS, 2007, p.186).

Deste modo, associando-se a visão paternalista e adultecêntrica de controle das crianças, expressas na imagem social da infância, ao silenciamento das crianças, enquanto indivíduos socialmente imaturos, ocorre a recusa ao estatuto político da infância.

No Brasil, as mudanças na política de assistência à infância e adolescência foram marcadas por diversas experiências pouco exitosas na área. Até 1927 essa assistência era ofertada basicamente por casas de caridade, instituições filantrópicas e religiosas. A primeira legislação brasileira instituída para crianças e jovens foi o chamado Código de Menores, em 1927, destinado a aqueles que não se adequavam a ordem pública, não sendo, portanto uma normativa voltada para todos, mas apenas para aqueles que se encontravam em alguma situação irregular, cabendo ao Estado resgatar os valores e princípios da sociedade para estes meninos e meninas (SILVA, 2011).

Durante muito tempo as principais ações de amparo à infância no Brasil destinavam a manter a “limpeza das cidades” sendo o recolhimento e a reclusão de crianças a principal forma de “assistência” prestada. Neste sentido, o governo brasileiro criou o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) que tinha como objetivo executar uma política nacional de

²<https://www.dicio.com.br/>

assistência, em 1941, através das Escolas de Reforma. Em 1942, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), pela então primeira-dama Darcy Vargas, tornou-se referência no que diz respeito ao desenvolvimento de programas no âmbito da assistência social como estratégia político estatal. A prática de parcerias público-privadas na área da assistência social favoreceu sua expansão em todo território nacional (SOUZA, 2008). Diante de seu fracasso, no enfrentamento de uma crise financeira, a partir da mudança do regime político do país, em 1964, foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Com a compreensão de que uma instituição poderia abarcar em seu interior todos os recursos para o que se entendia como reeducação, foi criada a FEBEM. E o que se observou foi o aumento da delinquência e das constantes rebeliões internas, ineficácia e o fracasso do modelo (SILVA, 2011).

Em Minas Gerais, legitimado pelo regulamento da Lei de Assistência a Alienados surgiu no Manicômio Judiciário de Barbacena um pavilhão, dividido por sexo, destinado a crianças “delinquentes e anormais”. Surgiram também pavilhões para o atendimento de crianças no antigo Instituto Neuropsiquiátrico de Belo Horizonte, Minas Gerais, fundado em 1922, atual Instituto Raul Soares (CIRINO, 1992).

Com a finalidade de acolher as centenas de crianças do estado que ainda se encontravam nos hospitais de doentes mentais adultos, foi criado em Belo Horizonte o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, primeiro hospital psiquiátrico infantil de Minas Gerais, em 1947. E quase 30 anos mais tarde, em 1973, foi criada uma unidade psicopedagógica que foi incorporada ao Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, no final da década de 70. O Hospital de Neuropsiquiatria Infantil passou a chamar-se Centro Psicopedagógico (CPP) e em 2007 foi renomeado Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), sendo, até 2019 o único hospital psiquiátrico voltado para o tratamento especializado de crianças e adolescentes em Minas Gerais (SILVA, 2011). Atualmente o CEPAI está incorporado à rede de saúde mental do município de Belo Horizonte estabelecendo-se como um Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil (CERSAMi) desde 2019.

Foi apenas na década de 80 que um novo paradigma apontava para mudanças mais substanciais, que mais tarde veio a configurar-se numa política nacional de saúde mental infanto-juvenil no Brasil (CUSTÓDIO, 2008; SILVA, 2011). A “proteção integral da criança e do adolescente” se firmou com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), destinando-se a toda e qualquer criança e adolescente, independente da sua cor ou situação social, de modo que a criação legislativa impõe o compromisso ético, jurídico e político com a concretização da cidadania infanto-juvenil. Os princípios

estruturantes dos direitos das crianças e adolescentes expressos na Constituição Federal e também no ECA incluem a proteção integral, a universalização, o caráter jurídico-garantista que assegura a efetivação dos direitos fundamentais como dever da família, da sociedade e do Estado e o interesse superior da criança (LIMA, 2001 *apud* CUSTODIO, 2008).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, expõe a “(...) deformação conceitual vigente, que considera menores sem lar, ‘meninos de rua’, como futuros delinquentes ou psicopatas” (BRASIL, 1988, p.25) e propõe mudanças na atenção infanto-juvenil congruentes com o modelo antimanicomial. Portanto, só foi possível uma nova lógica de cuidado das crianças e adolescentes adoecidas psiquicamente e violadas em seus direitos fundamentais a partir das proposições da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A primeira vez que, oficialmente, crianças e adolescentes, ditos “loucos” ganharam visibilidade nas políticas públicas de saúde mental do país foi com a publicação da Portaria GM Nº 336/2002 (BRASIL, 2002) a partir da constituição dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) (SILVA, 2011; COUTO, DUARTE E DELGADO, 2008). Os primeiros serviços territoriais destinados a crianças e adolescentes foram implantados apenas em 1993, em Betim (MG) e em 1998 e 2001 no Rio de Janeiro (RJ) (MORAIS, 2018).

Os CAPSi foram criados como dispositivos “estratégicos na construção da rede de atenção psicossocial e não como serviços assistenciais especializados” (COUTO E DELGADO, 2015, p. 35) e seu

[...] duplo mandato – terapêutico e gestor – representa a principal inovação na oferta de CAPSi pelo SUS por incorporar em um único dispositivo ações terapêuticas e gestoras das demandas territoriais, implicando de modo indissociável o território, a intersetorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas para realizar o desafio de expandir o acesso e qualificar o cuidado (COUTO; DELGADO, 2015, p. 35).

Contemporaneamente há uma nova lógica de assistir e cuidar das crianças e adolescentes adoecidos psiquicamente e violados em seus direitos fundamentais. Com a finalidade de construir uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades desses usuários, são desenvolvidas ações em direção à implantação de uma política de saúde mental específica, integrada à política geral de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Santos et al. (2011) a implantação de serviços de saúde mental infanto-juvenil no SUS e a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência a esta população

configuram-se como as duas principais ações em curso nos últimos anos direcionadas a esta clientela.

No entanto, quanto aos adolescentes em especial, Raupp e Miniltsky-Sapiro (2005, p.64) defendem que “a maior parte dos programas destinados aos adolescentes tem como objetivo prevenir ou tratar alguma espécie de risco, como se a adolescência, em si, constituísse uma fase patológica portadora de potenciais riscos sociais”, contribuindo desta forma para a produção de respostas discriminatórias por parte da sociedade.

Sendo assim, a rede pública ampliada de atenção em saúde mental à criança e ao adolescente pressupõe a articulação de serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, como condição mínima para organização da cobertura (TEIXEIRA, COUTO E DELGADO, 2017). O estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro por estes mesmos autores pondera que são raras as ações de saúde mental para crianças e adolescentes nas Equipes de Saúde da Família. Quando ocorrem, tais ações estão condicionadas a voluntariedade dos trabalhadores e não compõem o conjunto de pactuações entre a gestão da saúde/saúde mental e os serviços. Além disso, o matriciamento não atuava na direção do compartilhamento, gerando aumento na demanda por especialistas e por consequência adiando o cuidado, burocratizando o referenciamento e provocando descrença dos trabalhadores na real possibilidade de parceria para o acolhimento e cuidado compartilhado (TEIXEIRA, COUTO E DELGADO, 2017). O cuidado em saúde mental infanto-juvenil que atenda os pressupostos do paradigma psicossocial suscita novas práticas que contribuem para o fortalecimento das ações neste cenário, de modo a promover um cuidado amplo, contínuo, tendo em vista o fortalecimento da rede de atenção psicossocial.

3.3 O Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania na política de Saúde Mental de Belo Horizonte

A década de 1990 viu amadurecer e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da reforma psiquiátrica brasileira (TENORIO, 2002; AMARANTE E DIAZ, 2012; DEVERAS E COSTA-ROSA, 2007). Em Minas Gerais, Lobosque e Abou-yd (1998) fazem referência importante ao Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental que participavam ativamente da reorganização da assistência no Estado, quer seja promovendo encontros regulares como também participando ativamente da cena política. Duas experiências marcaram em especial os rumos para um novo modelo de assistência no projeto de cuidado do Estado e de alguns municípios, entre eles a capital Belo Horizonte. Quais sejam, a auditoria realizada pelo poder público nos hospitais psiquiátricos do estado de Minas

Gerais, constatando-se “a violência intrínseca ao aparelho manicomial e a vital necessidade de sua extinção” (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998, p. 249) e também a visita à cidade de Santos para conhecer de perto a experiência inovadora de criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico local, a Casa de Saúde Anchieta (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998).

Outro movimento social de destaque na cena mineira e belo-horizontina assume importante papel na conjuntura nacional em 1993 – o Fórum Mineiro de Saúde Mental – que adquire existência jurídica para assumir a primeira Secretaria Executiva Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (LOBOSQUE, 2001). Nas palavras da mesma autora,

o Fórum se apresenta como uma entidade da sociedade civil, que articula usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental na luta pela extinção da lógica manicomial. Tal como a entendemos, as questões em jogo na exclusão social da loucura não se resolvem pelo assistencialismo; nem apenas, ou principalmente, pelo desenvolvimento no âmbito das teorias ou das técnicas. Dependem da organização da sociedade civil, envolvendo neste processo de construção de cidadania os próprios excluídos; exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na cidade (LOBOSQUE, 2001, p. 164).

Especificamente na capital mineira, a conjuntura política na primeira metade da década de 90 propiciou largamente as primeiras mudanças que favoreceram a criação de uma rede robusta e potente de atenção em saúde mental. A vitória eleitoral da Frente BH Popular (1993-1996) beneficiou o diálogo com o movimento dos trabalhadores que pode apresentar as propostas para a construção de um novo projeto de saúde mental para o município em consonância com o novo paradigma antimanicomial (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998; MOREIRA, 2013). Na construção desta relação entre administração municipal e movimento social, se fez indispensável o respeito mútuo, bem como a civilidade e a firmeza diante dos impasses, muitas vezes de natureza burocrática que atravancavam a reestruturação da assistência (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998).

Os princípios que sustentaram a tessitura desta rede de cuidado foram descritos por Lobosque e Abou-yd (1998): o resgate da cidadania dos sujeitos considerando sua singularidade e subjetividade a partir do fazer clínico e do exercício político; o compromisso com a defesa do SUS e logo, seus princípios e diretrizes; a extinção dos hospitais psiquiátricos e seus similares, promovendo a transformação da lógica assistencial; a firme interlocução com movimentos sociais organizados; o investimento em ações intersetoriais favorecendo intervenções no âmbito da cultura e mudanças que impactam as relações entre sociedade e loucura.

Ao longo de mais de três décadas de construção, a materialidade da política de saúde mental em curso se constituiu em grande parte pela implantação dos serviços substitutivos, quais sejam, os Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam), em outros municípios nomeados como CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), incluindo Cersam – Álcool e Drogas (Cersam-AD) e Cersam – infanto-juvenil (CersamI), o Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP), os Centros de Convivência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Equipes de Saúde Mental na Atenção Primária e as Equipes Complementares específicas para o atendimento ao público infanto-juvenil nas Unidades Básicas de Saúde. Porém, cabe ressaltar que estes dispositivos não esgotam as ações e estratégias da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte. Somam-se a eles outros dispositivos de ação estratégica como os Consultórios de Rua, o Projeto de Atenção Integral ao Louco infrator (PAI-PJ), a Suricato – Associação de Trabalho e Produção Solidária, e o Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania. Este último abordado atentamente mais a frente tratando-se do objeto de nosso trabalho.

Como buscamos elucidar na sessão anterior, a desconstrução da lógica pautada pelo assistencialismo e segregação infanto-juvenil, bem como a sua reestruturação a partir de uma nova compreensão da criança enquanto sujeito de direitos é bastante recente em nosso país. E ainda cabe ressaltar a complexidade das proposições sustentadas por Foucault (2002) ao apresentar o processo de docilização dos corpos a partir do que ele nomeia como “poder disciplinar”. Para o mesmo autor, “o sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame” (FOUCAULT, 2002, p.143), sendo deste modo, que a medicina passa a objetificar saúde e doença com base no surgimento de uma racionalidade científica.

Capturada pelo processo medicalizante, a escola traz para o âmbito da saúde a incapacidade de aprendizado da criança, de modo que esta dinâmica se apresenta claramente em um dos grupos sociais mais presentes na vida das crianças (SANCHES E AMARANTE, 2014). Os autores destacam o que Moysés (2001 apud SANCHES E AMARANTE, 2014) chamou de medicalização do fracasso escolar:

Para essa autora, o fracasso escolar e seu reverso – a aprendizagem – vêm sendo medicalizados em grande velocidade. A medicalização é fruto de um processo que transforma questões sociais e humanas em questões biológicas, reduzindo-se os problemas humanos ao mundo da natureza (MOYSÉS, 2001). Para Moysés, o que acontece no processo de medicalização é mais perverso do que considerar as pessoas como um corpo biológico, descontextualizadas de seu mundo. Por esse processo,

apaga-se a subjetividade do sujeito, que passa a ser um objeto inerte, menos que um corpo biológico, um corpo sem vida (MOYSÉS, 2001 apud SANCHES E AMARANTE, 2014, p. 509).

Com base na crença de que o aluno e seu adoecimento são responsáveis pelo próprio fracasso escolar, movimenta-se um grande mercado corporativista que não raras vezes fragmenta aspectos do humano, buscando pela existência de uma doença, anulando sujeitos e suas relações.

No contexto da medicalização infantil, Sanches e Amarante (2014, p. 512) ponderam que “todo o processo de escolarização está inserido em um momento histórico, social e político”. Neste sentido, observam que a preponderância de se considerar a priori um distúrbio neurológico na criança agitada, por exemplo, para a análise da medicalização escolar, não corresponde à existência real de uma doença. Além disso, nos serviços de saúde são buscadas soluções pessoais para indivíduos que sofrem diante de questões de extrema complexidade, como a violência. Não obstante o tratamento farmacológico é a alternativa escolhida para silenciar a dor e o sofrimento envolvidos no luto e tristeza (SANCHES E AMARANTE, 2014).

Em Belo Horizonte, o público escolar vinha sendo sistematicamente encaminhado aos serviços de saúde mental no início da década de 90, geralmente crianças refratárias ao sistema educacional, conhecidas como “crianças-problema”. Além da procura pela solução medicamentosa, buscavam também laudos psicológicos que lhes conduzissem às escolas especiais. Foi sob o impulso dessas ações, na busca por alternativas eficazes de atenção à criança e ao adolescente, que nasceu o Projeto Arte da Saúde no município, que “buscou, sobretudo, interromper esse fluxo que leva do fracasso escolar à escola especial ou à clínica de atendimento neuropsiquiátrico” (TEIXEIRA, 2008, p. 178).

O Projeto Arte da Saúde busca criar alternativas de participação social e de convivência, considerando especificidades e a diferença enquanto valor e não como falha. Deste modo permite a constituição de projetos de vida a partir do resgate da auto-estima e da consciência de cidadania agregada a partir de uma formação política. Neste sentido, além do público escolar são atendidos também crianças e adolescentes em situação de violência, abuso sexual, trabalho infantil e psicoses e neuroses graves acolhidos pelos serviços substitutivos do município (TEIXEIRA, 2008). Ressalta-se aqui o trabalho intersetorial, inscrito na articulação de diferentes campos, saúde, educação, assistência social, cultura.

Para a efetivação do objetivo de afirmar a criança e o adolescente como protagonistas de sua própria história, fora dos traçados da marginalização da infância, encontra-se a arte

como artifício de intervenção no espaço social. A arte, aqui colocada, como uma das possibilidades de mediação em que se componha um território relacional potente, consistente e criativo para crianças e adolescentes (TEIXEIRA, 2008; SANTOS, 2012). Em um ambiente de grupo, com histórias semelhantes a sua própria biografia, promove-se o exercício da cidadania em um processo de politização – os ateliês de cidadania. Nas palavras da própria autora do Projeto Arte da Saúde, Rosalina Teixeira,

cada criança pega do seu jeito e vai em frente. O fato é que têm ali um novo encontro, uma outra possibilidade do fazer no coletivo, como se cada um pudesse e tivesse a chance de com as próprias mãos tecer um pouco do seu destino. Como se essa mágica do fazer com as próprias mãos e idéias fosse também um paulatino construir da cidadania. É a isso que se prestam nossas oficinas (TEIXEIRA, 2008, p. 179).

Ao longo de sua socialização, crianças e adolescentes tiveram suspensos o seu protagonismo, respondendo passivamente aos modos de disciplinamento e dominação impostos pela sociedade. Ao recusarem se submeter a este processo, seus corpos e comportamento respondem evidenciando tal recusa, tornando-se “crianças-problema”. As oficinas de arte e demais atividades desenvolvidas, como por exemplo, os passeios pela cidade, visitas a museus e cinemas, no Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania possibilitam novos modos de subjetivação descritos por Santos (2012):

Na tentativa de que as atividades fossem possibilidades de criação e não de cópia de um modelo, os materiais eram dispostos na mesa, e cada um os usava da forma que quisessem. À medida que o processo de criação se desenvolvia e porventura demandava alguma orientação, o monitor auxiliava. Entretanto, para algumas atividades, como objetos de missangas e papel machê, a estrutura e a forma eram ensinadas e a cor era desenvolvida de forma singular. As conversas permeavam a confecção dos objetos. Conversas sobre escola, amigos, família, namoros, novelas, filmes, desenhos, drogas, religião, e tudo o que surgia no momento fazia também parte do processo de criação. Eles sabiam que as conversas que ali tínhamos não iam ser levadas aos pais ou responsáveis e, portanto, aquele era o nosso território (SANTOS, 2012, p.97).

Portanto, como protagonistas, capazes de transformar seus percursos escolares e sociais, através de suas conquistas individuais, cada uma dessas crianças e adolescentes resgatam suas possibilidades de autonomia e cidadania. Para Teixeira (2008),

é na atenção especial que lhes damos que se abrem a essas crianças as chances de uma nova significação do sujeito, num deslocamento da subjetividade que se opera a partir da redescoberta da estima própria e de seu engajamento como produtor de cultura – um cidadão que em seu porvir possa alinhar projetos e os executar, como

quem constrói um sonho sem medo de persegui-lo. Como uma criança feliz (TEIXEIRA, 2008, p.181).

Assim sendo, nos próximos capítulos deste estudo buscaremos compreender o processo de constituição e as práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania no contexto da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A proposta metodológica deste estudo foi construída a partir da consideração da adequação da abordagem qualitativa para a realização de nossa pesquisa que tem como objeto a constituição e as práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde. De acordo com Minayo, a pesquisa qualitativa serve ao “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p. 57).

Para Padilha e Borenstein (2005) a natureza da história é narrativa e pode surgir dentro de abordagens tanto quantitativas quanto qualitativas. O método da pesquisa histórica caracteriza-se como uma abordagem sistemática por meio de coleta, organização e avaliação crítica de dados que têm relação com ocorrências do passado. E, desta forma, ao investigar o passado, pretende-se compreender o presente e projetar algumas questões futuras. Com o objetivo de demonstrar os sucessos, fracassos, fatos gerais ou acontecimentos no âmbito de interesse do pesquisador, o modo pelo qual são enfocados os problemas e se buscam as respostas determinam a metodologia a ser empregada na pesquisa histórica (PADILHA E BORENSTEIN, 2005).

Ao abordar a metodologia da pesquisa social em saúde, Minayo (2014) aponta alguns princípios que precisam ser considerados em seu desenvolvimento. O primeiro deles é a consideração do objeto como ‘histórico’, assim as sociedades humanas “vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro que em si traz, dialeticamente, as marcas pregressas, numa re-construção constante do que está dado e do novo que surge” (MINAYO, 2014, p. 39). Outro princípio diz respeito à ‘consciência histórica’ dos indivíduos. Deste modo, o sentido que é dado ao trabalho não se apresenta apenas através do pesquisador, mas também os grupos e a própria sociedade lhe dão significado e intencionalidade e interpretação das construções e ações. A ‘identidade entre o sujeito e o objetivo’ da pesquisa é o terceiro princípio apresentado por Minayo (2014). Citando Lévi-Strauss (1975), ela esclarece que numa ciência onde o observador e o objeto de pesquisa são da mesma natureza, o observador se torna parte de sua observação (LÉVI-STRAUSS, 1975 apud MINAYO, 2014). Neste sentido, outro aspecto relevante é a natureza ‘intrínseca e extrinsecamente ideológica’ das ciências sociais em saúde, ou seja, a subjetividade e os interesses diversos atravessam a construção e o desenvolvimento da pesquisa. Assim faz-se necessário o investimento radical na ‘objetivação’ do conhecimento, de modo que, um instrumental teórico e metodológico cuidadoso favorece a aproximação e a construção da realidade sem que se perca a crítica

quanto às condições de compreensão do objeto. Por último, mas não menos essencial, Minayo (2014) defende que o objeto da pesquisa social e em saúde é essencialmente ‘qualitativo’. Portanto, “significa enfrentar o desafio de manejar ou criar (ou fazer as duas coisas ao mesmo tempo) teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória” (MINAYO, 2014, p. 42).

Considerando o objetivo geral deste estudo, a análise qualitativa se apresenta como a abordagem mais adequada para seu desenvolvimento, uma vez que

para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos (MINAYO, 2012, p. 623).

Assim, tentamos aprofundar esta análise a partir das propostas de Minayo (2012; 2014), baseando-nos na sistematização sugerida pela autora. Primeiro, conhecer os termos estruturantes, ou princípios, das pesquisas qualitativas. Em seguida, definir a pergunta e o objeto do estudo buscando teorizá-lo e esboçando as primeiras estratégias de campo. Inicialmente observa-se o cenário e seus processos de modo informal, porém sem perder de vista a análise crítica durante todo percurso. Para Minayo (2012, p.623), “num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações”. É preciso que o pesquisador vá ao campo munido de teorias e/ou hipóteses, mas disposto a questioná-las. Em seguida o material coletado deve ser ordenado e organizado para que o pesquisador se impregne das informações e observações do campo e possa construir a tipificação do material coletado, correlacionando-o com a elaboração teórica prévia. Novas leituras aprofundadas do material devem dar origem às categorias empíricas que, por sua vez, devem receber novo processo de teorização, produzindo um texto fiel ao que foi encontrado no campo, contextualizado e acessível. Além disso, é primordial assegurar critérios de fidedignidade e de validade.

Considerando-se estes pressupostos foram utilizadas duas técnicas da análise qualitativa de modo complementar: a análise histórica documental e as entrevistas.

4.1. Análise Documental

Em um estudo documental, os registros analisados devem ser compreendidos como “meios de comunicação”, pois a informação neles contida foi elaborada com finalidade e propósito, na maioria das vezes com um destinatário específico. Assim, para além de “contêineres de informação”, eles apresentam versões de um evento, sendo possível compreender quem o produziu, sua finalidade e intencionalidade (KRIPKA, SCHELLER E BONOTTO, 2015).

Apesar de apresentarem o mesmo objeto de investigação, a pesquisa documental não deve ser confundida com uma pesquisa bibliográfica. Sendo assim, para a análise documental se utilizam documentos ou fontes primárias de informação, aquelas que não receberam nenhum tratamento analítico sistemático a priori.

Para Cellard (2012) trata-se de documento “tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho [...] pode tratar-se de textos escritos, mas também de documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, ou qualquer outro tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano, elementos folclóricos, etc.” (CELLARD, 2012, p. 296).

A leitura repetida e atenta é tida por metodologistas como uma forma eficiente de perceber semelhanças, relações e diferenças entre os conteúdos dos dados que pode levar a uma reconstrução confiável dos fatos. A fim de estabelecer configurações significativas é importante extrair e comparar os elementos presentes nos documentos coletados (CELLARD, 2012).

4.1.1. Coleta de dados

Nesta etapa foram coletados diferentes documentos de natureza técnica, administrativa, jurídica, artística, textuais ou iconográficos, no período compreendido entre junho e dezembro de 2020. No primeiro momento foram considerados 38 documentos cedidos pela autora do Projeto Arte da Saúde, Rosalina Martins, de seu acervo pessoal. Também foram obtidos 275 documentos eletrônicos e impressos arquivados pela Gerência de Saúde Mental de Belo Horizonte e 67 publicações no Diário Oficial do Município (DOM), coletadas a partir do dispositivo de busca da página eletrônica com a expressão “Projeto Arte da Saúde”.

4.1.2. Análise dos dados

4.1.2.1. Análise preliminar dos documentos

Inicialmente todos os documentos coletados foram separados conforme sua origem – acervo pessoal da autora do Projeto Arte da Saúde; acervo da Gerência de Saúde Mental; documentos publicados Diário Oficial do Município – em seguida foi realizada uma etapa preliminar de análise com intuito de selecionar os documentos relevantes ao estudo. Para tanto, consideramos a proposta de Flick (2009) para esta seleção seguindo quatro critérios: 1) autenticidade: verificação da origem e veracidade; 2) credibilidade: verificação de possíveis erros ou distorções do documento; 3) representatividade: verificar se trata de um documento característico para seu tipo, se não for, analisar qual extensão desta não tipicidade; 4) significação: verificar a clareza e inteligibilidade do documento. Deste modo buscamos garantir a confiabilidade deste estudo.

Apenas dois documentos foram excluídos por terem passado por sistematização e análise anterior³. Alguns documentos não eram representativos e continham informações indeterminadas e incompletas. Além dos critérios definidos acima para a seleção final dos registros que compuseram este estudo, a análise preliminar também considerou o contexto, o propósito e a finalidade. Desse modo documentos em que tais informações não puderam ser identificadas foram excluídos.

Assim, após análise preliminar dos 380 documentos, foram considerados um total de 112, sendo 28 impressos cedidos pela autora do Projeto Arte da Saúde, Rosalina Martins Teixeira, de seu acervo pessoal; 60 eletrônicos e impressos arquivados pela Gerência de Saúde Mental de Belo Horizonte; e 24 documentos publicados no Diário Oficial do Município (APÊNDICE A).

4.1.2.2. Análise dos documentos

Com objetivo de favorecer a análise dos documentos, foi elaborado um instrumento de coleta de dados para extração das principais informações contidas no material selecionado (APÊNDICE B).

³ Versão digitada e impressa do capítulo: TEIXEIRA, R.M. Projeto Arte da Saúde: Ateliê de Cidadania. In: NILO, K. et al. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

Versão impressa: TEIXEIRA, R.M. A questão da adolescência numa perspectiva “antimanicomial”. In: KOLLER, S.H. Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

As informações coletadas a partir do roteiro para análise documental (APÊNDICE B) foram avaliadas à luz da proposta de Bardin (2016) a partir da análise de conteúdo, que será explicitada mais adiante.

4.2. Entrevistas

Entrevista é definida por Minayo (2014) como técnica privilegiada de comunicação, dedicada a construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa, abordando temas relevantes ao objetivo da mesma. Para Minayo (2014) as entrevistas, como fonte de informação, fornecem dados de natureza objetiva e subjetiva. Os dados objetivos são aqueles possíveis de serem obtidos em outras fontes de pesquisa, tais como, estatísticas, registros, atestados, entre outros. Os subjetivos são dados obtidos exclusivamente a partir daquele indivíduo entrevistado e dizem respeito à sua representação da realidade (MINAYO, 2014). A história é uma construção do sujeito, este reconstrói o passado, atribui-lhe um sentido, sob a influência de suas crenças, valores, convicções e idéias (PADILHA E BOREINSTEIN, 2005).

4.2.1. Entrevistas Semi-estruturadas

Esta modalidade de entrevista obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador como forma de obter apoio para a seqüência das questões, facilitando o diálogo e assegurando que todos os pressupostos serão abordados na conversa (APENDICE C). Como forma de buscar informações relevantes aos entrevistados, de modo que pudessem expressar livremente suas opiniões e conhecimentos, procuramos explorar, quando pertinente, outros temas relevantes que compunham os discursos, ainda que não previamente estabelecidos no roteiro de entrevista (MINAYO, 2014).

4.2.1.1. Participantes

A fim de designar a amostra para este estudo, foi utilizada a técnica de amostragem nomeada “bola de neve”. Uma forma de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referências. Ou seja, utiliza-se de documentos ou participantes-chave, a fim de localizar outros sujeitos envolvidos com o objeto da pesquisa ainda desconhecidos pelas pesquisadoras. Sucessivamente as pessoas ora indicadas podem indicar novos participantes, de modo que a amostragem cresce a cada entrevista, de acordo com a saturação dos dados ou mesmo dos participantes, quando já não são indicados novos participantes (VINUTO, 2014).

Para diminuir o viés das argumentações semelhantes, aumentando a variabilidade das narrativas, foram selecionados participantes-chave para cada segmento de trabalhadores

envolvidos na construção histórica do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania. Ou seja, profissionais atuantes na gestão local ou regional (coordenador regional), no nível central de gestão à época de implementação do Projeto na Regional Leste e também à época de sua expansão para todo município, além de monitores de oficinas.

Conforme sugerido por Minayo (2017), o principal critério para amostragem não foi numérico, mas sim o aprofundamento e a abrangência no processo de compreensão do objeto de estudo. Assim, foram realizadas nove entrevistas semi-estruturadas, sendo os entrevistados: participante-chave 1, a inventora do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, Rosalina Martins Teixeira que nos autorizou anunciá-la. Também foram entrevistadas uma ex-coordenadoras regional, participante 2; participante 3, ex-funcionária da Cáritas Brasileira à época da ampliação do Projeto para todo município; participantes 4,5,6, e 7 monitores e ex-monitores do Projeto Arte da Saúde; participantes 8 e 9 trabalhadores do nível central de gestão de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O critério utilizado para suspensão das entrevistas foi o ponto de saturação dos dados.

4.2.1.2. Coleta de dados

As entrevistas foram feitas entre setembro de 2020 e março de 2021, a partir de roteiro apropriado, previamente elaborado pelas pesquisadoras (APÊNDICE C) com questões disparadoras que permitissem a análise e compreensão dos discursos de acordo com o objetivo proposto pelo estudo. A opção pela entrevista semi-estruturada se deu porque esta facilita a abordagem e assegura às pesquisadoras que os pressupostos do objeto de estudo serão cobertos na conversa, uma vez que apresenta apoio claro na sequência das questões, sem, contudo, limitar as reflexões dos indivíduos entrevistados (MINAYO, 2014). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, favorecendo a confiabilidade do estudo proposto.

4.2.2. Questionário

Com o objetivo de obter informações recentes que permitissem caracterizar as oficinas e o funcionamento do Projeto Arte da Saúde no município, foi aplicado um questionário que nas palavras de Minayo e Costa (2018),

no caso da investigação qualitativa, os questionários têm um lugar de complementaridade em relação às técnicas de aprofundamento compreensivo e dialético. Pois, enquanto na abordagem qualitativa, o foco é no entendimento da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, os estudos quantitativos se dedicam a conhecer e a explicar a magnitude de tais fenômenos. As duas dimensões

são importantes, particularmente quando combinadas (MINAYO E COSTA, 2018, p. 143).

4.2.2.1. Participantes

Foram convidadas a participar desta etapa do estudo todas as coordenadoras das nove regionais do município de Belo Horizonte, por entendermos que as informações prestadas por elas seriam as mais fidedignas, fornecendo um panorama atualizado de cada uma das oficinas nos nove núcleos do Projeto Arte da Saúde. Todas nove coordenadoraa aceitaram o convite e responderam ao questionário.

4.2.2.2. Coleta de dados

Os questionários com perguntas estruturadas foram elaborados pelas pesquisadoras (APÊNDICE D) e os dados coletados no mês de junho de 2021. O contato com as participantes foi realizado em um primeiro momento por e-mail, onde os objetivos do contato foram explicitados, bem como disponibilizado em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

4.3. Análise dos dados – Análise de conteúdo

Os dados coletados neste estudo, a partir dos documentos e das entrevistas semi-estruturadas, foram tratados de acordo com proposto por Bardin (2016) por meio da análise de conteúdo. Esta se constitui pela análise da comunicação através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O foco da análise de conteúdo é a dedução de conhecimentos, recorrendo a indicadores (quantitativos ou não), procurando construir sentido aos discursos a partir das informações subjacentes as palavras às quais se pesquisa.

A proposta metodológica de Bardin (2016) para análise de conteúdo sugere três etapas fundamentais que foram empregadas no material coletado para estudo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Durante a pré-análise se deu o processo de organização dos dados coletados, bem como outros materiais que ajudassem a compreender o fenômeno estudado. Para a segunda etapa, de exploração do material reunido, o mesmo foi estudado de forma aprofundada e orientada pelas hipóteses e pelo referencial teórico.

A partir desta análise foi possível identificar composições coincidentes ou divergentes de idéias. Além disso, emergiram do material estudado quatro categorias de análise, sendo, 1) Recusa a medicalização e psicologização das crianças e adolescentes; 2) Aposta na arte, na

saúde e na cidadania; 3) Territorialização do cuidado; 4) Experimentação e invenção. O tratamento dos resultados ou “interpretação referencial” é a fase de análise propriamente dita, em que se estabelecem relações entre a realidade e os materiais empíricos (SILVA, GOBBI E SIMÃO, 2005).

4.4. Procedimentos éticos

Todas as etapas do presente estudo estiveram em concordância com a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Minas Instituto René Rachou e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, conforme parecer consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa número 4.081.192 (ANEXO A).

Em função da impossibilidade de realização das entrevistas de forma presencial devido à pandemia COVID-19, estas ocorreram de forma on-line. No momento da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE E) foi lido, as dúvidas relacionadas puderam ser respondidas e a entrevista se deu após a concordância dos participantes. A voluntariedade de sua participação foi enfatizada dando-lhe liberdade de retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa e o direito a indenização caso ocorra algum dano relacionado ao estudo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os projetos, programas e ações de atenção e assistência substitutivos ao hospital psiquiátrico do estado de Minas Gerais são ressaltados por Goulart (2015) enquanto uma construção diversificada de estratégias enfatizando aquelas que não afastam o usuário do seu território e que vão além do empenho exclusivamente técnico, medicamentoso e/ou psicoterapêuticos. Neste sentido, “as mudanças possíveis têm necessariamente que ser protagonizadas pelos sujeitos do sofrimento, nos diferentes sentidos do termo sujeito, e também pelos trabalhadores identificados com os mesmos interesses, valores e necessidades” (DEVERA E COSTA-ROSA, p.76, 2007).

No campo da infância e adolescência, Belo Horizonte protagoniza mudanças substanciais na formatação da atenção a este público por meio de duas experiências, o Projeto Arte da Saúde e os Fóruns Regionais ainda na década de 90. Um fator fundamental para validação de tais mudanças foi a constituição dos Fóruns Regionais de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, com a participação de profissionais de diferentes setores, além de membros dos Conselhos Tutelares e outras instâncias comunitárias. Essenciais para fundamentar a construção de outra abordagem às questões da infância, a partir do diálogo criaram a possibilidade de substituir a reclamação pela responsabilização de cada setor envolvido, bem como o reconhecimento das questões tangenciais de cada um (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998).

Medidas foram sendo discutidas nestes fóruns regionais para as questões pautadas. Algumas se concretizaram no campo dos serviços públicos a partir de ações da gestão municipal, como por exemplo, a composição de equipes de atendimento infantil, formadas por psiquiatra infantil, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, em alguns centros de saúde, para os casos clínicos que de fato demandavam atendimento especializado (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998). Desta maneira, as mesmas autoras afirmam a transformação da lógica assistencial que vinha ocorrendo já nos primeiros anos da década de 90, em Belo Horizonte, no campo da infância e adolescência, “área que propicia, de forma muito particular, o trabalho intersetorial e a intervenção na cultura” (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998, p. 255).

Nesta proposta do campo artístico e cultural da cena de serviços substitutivos do município de Belo Horizonte, surge em 1993 o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania. Inicialmente criado para ofertar cuidado a crianças e adolescentes refratárias ao sistema educacional, essas “crianças-problema” poderiam através da arte e da convivência com um grupo de pares com histórias semelhantes às suas, constituir novas saídas para seu sofrimento e, portanto, driblar o fado do fracasso ao qual estavam submetidas enquanto crianças

diferentes destinadas às “escolas especiais”. Neste sentido a proposta de Rosalina Teixeira Martins, autora do Projeto Arte da Saúde, é lidar com a criança “especial” em um sentido positivo do termo “especial”. Como crianças que tem uma carga maior de sofrimento e ainda assim resistem e podem se destacar na construção de seus projetos pessoais a partir da participação social em um espaço que as provoque na busca pela autonomia, protagonismo e auto-estima. Nas palavras da autora,

acreditamos que num universo simbólico menos viciado e com menos estigmatizações demarcadas, a criança pode lançar mão de seus códigos, exercer seus talentos e aptidões. E é nesse ponto que entra esse efeito meio mágico da subjetividade, da redescoberta da auto-estima, do gosto pelo conhecimento, pela competência própria, e, porque não, pela afirmação (TEIXEIRA, 2008, p. 179).

Durante 15 anos, o Projeto Arte da Saúde funcionou com oficinas concentradas apenas na Regional Leste da capital, pioneira na implantação de projetos inovadores voltados para a Saúde Mental de crianças e adolescentes (PASSOS, 2012). O Convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Cáritas Brasileira- Regional Minas Gerais, em 2008, garantiu a expansão do Projeto para um total de 45 oficinas espalhadas pelas nove regionais do município de Belo Horizonte.

Atualmente, são garantidos recursos financeiros para manutenção de 51 oficinas a partir da renovação sistemática dos convênios firmados junto à Cáritas Brasileira. Atualmente, algumas atividades habitualmente realizadas estão temporariamente suspensas, como passeios e visitas a outros espaços públicos, por exemplo. Outras atividades, como as próprias oficinas, estão adaptadas ao modo virtual de realização devido ao período de pandemia (TABELA 1).

Os desafios enfrentados no atual momento indicam a ampliação de alguns obstáculos, tais como a manutenção do vínculo e do interesse das crianças com o projeto, adequação do uso de recursos financeiros, orientação dos monitores para tarefas áudio-visuais, divulgação do projeto e articulações dos monitores com serviços intersetoriais e com a comunidade. Entre os desafios relatados,

Nesse momento de Pandemia, manter o vínculo com as crianças e adolescentes tornou-se nosso grande desafio e como coordenadora o maior desafio tem sido manter a equipe motivada diante de uma nova forma de trabalho. (COORDENADORA 1)

Manutenção das atividades remotas em tempos de Pandemia; manutenção do interesse e vinculação dos nossos usuários encaminhados e antigos nas propostas de oficinas virtuais; construir a equipe de Referencias dos Centros de Saúde do Arte da Saúde (...);

divulgação do Projeto no formato Virtual nesse momento de Pandemia; (COORDENADORA 2)

Muitas crianças e adolescentes saíram dos grupos e os encaminhados durante a pandemia de Covid-19 têm dificuldade em se vincular, portanto os grupos têm uma alta rotatividade de participantes, o que prejudica o estabelecimento de vínculo e cuidado a longo prazo. Há também um desgaste no formato tendo em vista o tempo em que ele ocorre e a sobrecarga de atividades nesse formato por outras políticas, equipamentos públicos, cultura e lazer. (COORDENADORA 3)

FIGURA 1: DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA



FONTE: Questionário do estudo

Algumas estratégias de enfrentamento foram construídas e apresentadas pelas coordenadoras. A figura 1 (Divulgação Eletrônica) foi veiculada pela Regional Venda Nova como forma de divulgação do projeto entre os equipamentos de atendimento às crianças e adolescentes na pandemia. A organização e ampliação dos profissionais de referência nos Centros de Saúde são apontadas como forma de favorecer um maior número de encaminhamentos. A diversificação das atividades também foi destacada como forma de favorecer o engajamento e participação das crianças e adolescentes,

pensando nessas questões na [regional] elaboramos um material complementar impresso que é enviado às crianças e adolescentes (...) (COORDENADORA 3).

Além disso, a readequação das rubricas do recurso financeiro tem permitido a compra de kits de atividades que estão sendo enviados às crianças e adolescentes participantes do projeto como forma de diversificar as propostas de atendimento.

Tabela 1: Oficinas por regional

Regional	Nº de oficinas	Atividades realizadas virtualmente
Barreiro	5	Arte e Artesanato; Expressão Corporal e Artesanato; Musicalização e artes visuais; Taekwondo; Artesanato e Artes Visuais
Centro-Sul	5	3 Oficinas de Artes; Teatro; Circo
Leste	7	4 Oficinas de Artesanato; 2 Oficinas de Modelagem em argila; Música
Oeste	5	Artes manuais e teatro; Artes manuais e culinária; Artes visuais e audiovisual; Musicalização; Jogos e Esportes
Nordeste	6	Musicalização, composição e construção musical; Artesanato e pintura; Artesanato em tecido e culinária; Arte e teatro; Desenho, pintura e grafite; Audiovisual
Noroeste	6	4 oficinas de artesanato e artes Visuais; Grafite e Rap; Música
Norte	7	Teatro; Capoeira; Artesanato; 2 oficinas de Grafite; 2 oficinas de música
Pampulha	5	Artesanato; Contação de Histórias e Brincadeiras; Poesia e Culinária; Teatro e Musicalização; Música;
Venda Nova	5	Capoeira; Teatro; Música; Graffit; Dança

FONTE: elaborada pela pesquisadora com base nos questionários

A tabela 2 apresenta o atual número de participantes nas oficinas por regional.

Tabela 2: Número de Participantes por regional

Regional	Nº de crianças	Nº de adolescentes	Total
Barreiro	20	44	64
Centro-Sul	33	44	77
Leste	41	91	132
Oeste	57	24	81
Nordeste	18	64	82
Noroeste	40	76	116
Norte	42	54	96
Pampulha	71	49	120
Venda Nova	47	54	101
Total	369	500	869

FONTE: elaborada pela pesquisadora com base nos questionários

Nos próximos tópicos deste capítulo, vamos nos aprofundar quanto ao processo de constituição e as práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania no contexto da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, a partir da análise de quatro categorias que emergiram do exame crítico e sistemático dos dados apoiados pela análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2016). Quais sejam: 1) Recusa a medicalização e

psicologização das crianças e adolescentes; 2) Aposta na arte, na saúde e na cidadania; 3) Territorialização do cuidado e; 4) Experimentação e invenção; incorporadas nas sessões a seguir.

Com base nestas categorias buscamos ilustrar a construção de um “ateliê de cidadania”. Apresentamos inicialmente seu nascimento, contextualizando o desejo pessoal de sua genitora, mas também as conformações sócio-políticas que permitiram sua incubação e deu contorno ao seu propósito enquanto uma recusa a medicalização e psicologização das crianças e adolescentes. Assim, a artesã e seu desígnio. Em seguida buscamos apresentar os componentes deste ateliê. Caracterizando-o e apresentando os principais facilitadores e desafios que o operam tratamos de equipá-lo com peças, elementos e participantes ativos na aposta cotidiana na arte, na saúde e na cidadania. Depois, trazemos suas ferramentas. Ferramentas que guiam o trabalho e ordenam o cuidado no território. Por fim, buscamos apresentar a invenção deste ateliê a partir daqueles que o experienciam e são por ele afetados, tentando transcrever sua potencia nas manifestações de sua arte.

5.1 Nascimento de uma utopia: o ateliê de uma política para crianças e adolescentes

“A alegria e a coragem de se fazer política.”
Adriana Magalhães de Castro

A Constituição de 1988 desenha para o Brasil a construção de um projeto de Proteção Social e afirma pelo artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). No entanto alguns autores defendem que já na década de 90 os desafios à concretização deste projeto são agravados pelos ajustes da política neoliberal introduzida naquele momento, incluindo um pensamento privatista sobre o setor saúde (NORONHA E SOARES, 2001; SILVA, 2001).

No campo da saúde mental observa-se que a organização dos movimentos sociais e a ocupação estratégica nos espaços de gestão e fóruns de negociação da política pública (TENÓRIO, 2002; AMARANTE E DIAZ, 2012) favoreceram mudanças efetivas na rede de cuidado e assistência pública em saúde mental, especialmente do público adulto, com a ampliação dos serviços de atenção diária de base territorial (CAPS e NAPS) e diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2002).

Em Minas Gerais, mais especificamente em sua capital Belo Horizonte, o fortalecimento e ampliação dos movimentos da luta antimanicomial e a parceria entre poder público e movimento social já nos primeiros anos da década de 90 propiciaram a reconfiguração e ampliação da rede de saúde mental regida pelos princípios da singularidade e o consentimento e participação do usuário em seu tratamento (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998).

O investimento numa rede de cuidado orientada pela lógica da atenção básica favoreceu a construção de equipamentos integrados aos territórios. Para além dos essenciais Cersams, que garantiam o atendimento de urgências em saúde mental, nasceram os Centros de Convivência, equipamentos de arte e cultura que permitiam às pessoas que o frequentavam a ressignificação de seu sofrimento e a construção de novos horizontes a partir da arte, da cultura e da troca de experiências advindas da convivência social produtiva.

Dentre as prioridades assistenciais definidas para o projeto de saúde mental do município de Belo Horizonte destaca-se a reformulação da atenção à criança e ao adolescente (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998). Foi estabelecida interlocução, até então inexistente, entre saúde mental e educação, promovendo a transformação da lógica assistencial a partir do trabalho intersetorial e alternativas culturais. Este último explorado com a criação do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, objeto de nosso estudo, que se tornaria mais tarde um modelo de cuidado a ser ofertado a crianças e adolescentes de todo município.

O Projeto Arte da Saúde começa a se configurar diante da necessidade de reduzir o impacto causado pelo excesso de demanda a partir dos encaminhamentos de crianças e adolescentes para tratamento de todo tipo de sintomas nas equipes de saúde mental, desde déficits cognitivos a alterações de comportamento, que não raras vezes convergiam ao fracasso escolar (TEIXEIRA, 2008). Num contexto em que se multiplicavam os encaminhamentos de crianças para “escolas especiais”, entra em cena nossa artesã de cuidado, psicóloga e artista plástica por formação, Rosalina Teixeira Martins.

Foi no Centro de Saúde Alto Vera Cruz, no começo da década de 90, que se deram as primeiras mudanças e intervenções a partir da proposição de pequenas alterações no fluxo de encaminhamentos, já desgastado e ineficaz, das demandas em saúde mental para atendimentos psiquiátricos e psicológicos ambulatoriais. Trabalhadora deste Centro de Saúde, Rosalina recebia com estranheza os encaminhamentos de crianças com pedidos de relatório para serem incluídas nas chamadas escolas especiais.

Porque nestas idas e vindas das crianças que iam para a Ana Marta⁴, iam para mim, na época existia um pedido das escolas para o psicólogo encaminhar para a escola especial. E aí eu comecei a atender e achando a coisa mais esquisita porque eu sabia que a escola especial era para meninos deficientes, meninos com síndrome de Down, todas as deficiências orgânicas seriam na época para a escola especial. (PARTICIPANTE 1 – ROSALINA MARTINS TEIXEIRA)

Numa perspectiva epistemológica o estranhamento permite uma crítica ao que se apresenta como tradicional. Para Lopes e Caregnato (2016), o núcleo do estranhamento está no desacomodar e o movimento de estranhamento é justamente o questionamento daquilo que é tradição e ao se estranhar permite-se uma libertação das amarras tradicionais. Para estes mesmos autores prender-se a tradição e naturalizá-la pressupõe pensamento não questionador e não-reflexivo, portanto sem autonomia no pensar e agir (LOPES E CAREGNATO, 2016). Foi a partir do estranhamento diante do excesso de demanda pelo atendimento especializado e de encaminhamentos para “escolas especiais” e clínicas de atendimento neuropsiquiátrico, realizadas por familiares e profissionais das escolas, que se viu a necessidade de ampliar o diálogo com estes atores, rompendo o trajeto de exclusão ao qual estavam anteriormente fadadas as “crianças-problema” (TEIXEIRA, 2008).

Foucault (2002) apresenta em *Vigiar e Punir* uma “rede de estabelecimentos” – escolares, médicos, jurídicos – destinados ao sequestro e controle das funções dos sujeitos a eles submetidos e neles incluídos. Estes sujeitos perdem assim o domínio de seu tempo, seu corpo e de seu próprio saber. Ciente de seu papel político, Rosalina desnaturaliza o fluxo cotidiano de encaminhamentos, psicologização e medicalização da vida e da infância construindo numa sala improvisada do Centro de Saúde uma oficina de xilogravura, o projeto piloto para um ateliê de cidadania.

E aí eu comecei a questionar, porque para você falar que uma criança é deficiente tem vários sintomas, o distúrbio do comportamento é um deles. A deficiência mental no sentido de atraso intelectual é outro. E por aí vai e são dois outros que eu não me lembro agora. E o que é que eles faziam? Eles pegavam um dos sintomas e taxavam o menino como deficiente e mandava para escola especial. E isso tirava o menino da escola e aquilo que a gente já sabe. Aí eu comecei a questionar e tive uns moldes do pensamento antimanicomial, o serviço substitutivo para não ter esta institucionalização da criança eu pensei em fazer algo parecido com o que a gente estava fazendo no centro de convivência. (PARTICIPANTE 1 – ROSALINA MARTINS TEIXEIRA)

Nos anos de 1992 e 1993 os primeiros grupos de oficinas de arte aconteciam dentro do Centro de Saúde Alto Vera Cruz (FMSM, [2003?]), onde os varais para a secagem das

⁴Ana Marta Lobosque, psiquiatra, militante da luta antimanicomial, protagonista da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, escritora, doutora em filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

xilogravuras nos corredores denunciavam a presença da arte impactando a medicalização da vida. Estes pequenos grupos de convivência propiciavam a experimentação de novos modos de estar no mundo, novas experiências que afastavam essas crianças e adolescentes da rotina do fracasso. Apresentava-se, enfim, uma recusa empírica à medicalização e psicologização da infância e adolescência.

Os resultados iniciais desta experiência foram apresentados no Seminário da Atenção Básica promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, recebendo apoio da gestão local e apreço dos colegas trabalhadores. Foi também para apresentação neste Seminário que o Projeto recebeu seu nome Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania.

Lá no Santa Inês, nas reuniões já percebíamos este trabalho interessante da Rosalina e já ia para o lado dela e falei com ela: Rosalina eu quero fazer isso no centro de saúde do Santa Inês, que também tem esta demanda e eu gostaria muito de participar disso também. E aí foram sendo criadas as oficinas. A primeira foi no Vera Cruz, depois foram surgindo outras oficinas, até que conseguimos criar uma oficina no centro de Saúde do Santa Inês também. (PARTICIPANTE 2)

O crescente interesse pelos excelentes resultados, demonstrados nos retornos dos professores, dos pais e na evolução das crianças na escola, promoveu a ampliação de uma oficina para seis oficinas distribuídas pela Regional Leste, ofertadas em espaços cedidos pela comunidade, dentre as quais pintura, confecção de bonecas, teatro, escultura e modelagem, artesanato e papier marché.

Iniciou-se então o trabalho de ampliação do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, que conta hoje com 51 núcleos espalhados pelo território das nove regionais do município. Trabalhando na captação de recursos para sua manutenção e ampliação, foi possível em 1993 estabelecer o primeiro convênio com a Prefeitura de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, que propiciou a compra de insumos básicos e a contratação dos primeiros monitores. Com suporte da gestão distrital para provimento dos primeiros mobiliários, se iniciaram as oficinas de artesanato, pintura e teatro, conduzidas por monitores, artistas usuários da rede de saúde mental que frequentavam o Centro de Convivência, em espaços cedidos pela comunidade,

Porque se você pede emprestada uma sala de uma igreja, aquele padre de alguma forma vai ter que se envolver com o projeto. Ele não vai emprestar para o Zé ninguém e fechar o olho, ele vai lá para ver o que está acontecendo, o que eu estou propondo. Você imagina eu estar lá na igreja dele falando de outras coisas, de guerra, de violência. E então cada um que eu pedi emprestado era um envolvimento a mais, um conhecimento do projeto e uma divulgação. E um compromisso. E então, quando a gente fala território, não é ocupação do território, porque eu estou lá no

território, é este envolvimento com o território. As pessoas do território estão ali comigo. (PARTICIPANTE 1 – ROSALINA MARTINS TEIXEIRA)

Para receber as primeiras possibilidades de financiamento que custearia a contratação dos monitores, Rosalina contou com a participação da Associação dos Pais do Alto Vera Cruz, que possuía como tal um CNPJ. Essa parceria finalizou-se devido a dificuldades administrativas e logísticas para manutenção das prestações de contas à Secretaria de Municipal de Políticas Sociais, que à época financiava o Arte da Saúde através do Programa de Socialização infanto-juvenil – 6 a 14 anos. De modo que o Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM) assumiria o Projeto enquanto uma de suas ações. Surgido em 1994 no âmbito do Movimento da Luta Antimanicomial, o Fórum é integrado por profissionais de saúde, usuários, familiares e simpatizantes em torno desta causa. Este coletivo tem por finalidade a promoção continuada e sistemática da luta antimanicomial e a defesa da saúde como direito de todos. Ao assumir uma função executiva de serviço, o FMSM garantiu a continuidade do Projeto Arte da Saúde através do recebimento de recursos financeiros que custeavam parte das despesas, entre elas o pagamento mensal de seus monitores.

Ao integrar organizações sem fins lucrativos era possível ao Projeto também concorrer a financiamentos em concursos e estar apto a outros tipos de financiamento público, por exemplo. A Secretaria Municipal de Abastecimento ofertava o lanche para as crianças nas oficinas e os demais custos eram viabilizados por doações individuais ou coletas em concursos e captação de recursos por parceiros institucionais como o próprio FMSM e entidades da comunidade local dos bairros da regional Leste.

Nos anos 2000 ocorrem algumas mudanças que impactariam o futuro do Projeto Arte da Saúde. Em 2001, na Conferência Municipal de Saúde Mental em Belo Horizonte, a plenária final inclui entre as propostas do eixo de modelo assistencial “implantar oficinas para crianças e adolescentes em consonância com a política de atendimento em saúde mental, numa perspectiva da construção da cidadania (arte, cultura e política), por exemplo, o Projeto Arte da Saúde, em todas as regionais” (BELO HORIZONTE, 2001). Um relatório construído pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) cita ainda a Conferência Estadual de Saúde Mental de 2001 e a Conferência de Direitos da Criança e do Adolescente em 2005, nas quais o Arte da Saúde foi indicado a se tornar uma política de atendimento em saúde mental (DOMINGUES et al., 2014). Tenório (2002) acerca da regulamentação legal e normativa destaca que “a reforma psiquiátrica tem sido feita no Brasil, ao longo dos últimos vinte anos, paralelamente à tramitação da revisão legislativa e sem dela depender para alcançar resultados já significativos” (TENORIO, p.54, 2002). Nesta

perspectiva, o Arte da Saúde começa a se afirmar como prática de atenção à criança e ao adolescente, antes mesmo de ser normatizado como política pública em Belo Horizonte.

Em 2003, a Resolução 021/03 do Conselho Municipal de Assistência Social publicada no DOM divulga a solicitação do Fórum Mineiro de Saúde Mental da rescisão do convênio com a Secretaria Municipal de Política Social (BELO HORIZONTE, 2003). De modo que em 2004 a Cáritas Brasileira Regional de Minas Gerais passa a ser a nova conveniada da mesma Secretaria que receberia os recursos disponibilizados pelo atendimento de 120 crianças nos núcleos do Projeto Arte da Saúde na regional Leste de Belo Horizonte.

Em 2005 um documento da Coordenação de Saúde Mental da SMS propõe a ampliação das oficinas, sugerindo cinco novos núcleos na regional Oeste. Seriam adotados os mesmos critérios e metodologias do projeto iniciado na Leste, respeitando as especificidades do novo território quanto à escolha de monitores, locais de funcionamento, parcerias na comunidade e tipo de atividade a ser desenvolvida. Também foi proposto estabelecer um Programa de Atendimento em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, com base na experiência exitosa do projeto na regional Leste, “*detentor de excelentes resultados a partir de uma prática fundada no protagonismo infanto-juvenil e de um processo de participação dos familiares e educadores da comunidade*” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2005).

A proposta de ampliação apresentada neste referido documento previa a manutenção das parcerias com organizações da sociedade civil, como o FMSM e a Cáritas Brasileira. O FMSM manteria sua participação enquanto colaborador na captação de recursos, produção teórica e disponibilização de equipamentos para as oficinas.

À Secretaria Municipal de Saúde compete neste momento os esforços para torná-la uma política pública municipal. Seu papel será assim o de estabelecer uma agenda de prioridades, a partir das demandas por atendimento em saúde mental desse público-alvo e viabilizar a implantação desse programa nas diversas regionais de BH. Isso significa dar suporte financeiro, via convênio com uma instituição que se incumba da contratação administrativa do quadro de pessoal necessário à efetivação do programa (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2005).

No entanto, foi apenas em 2008 que se deu de fato a expansão do Projeto Arte da Saúde, então celebrada para todas as nove regionais de Belo Horizonte a partir da manutenção e ampliação do convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais (processo: 01.114704.08.04). Conforme consta na justificativa apresentada no Plano de Trabalho do Convênio:

Após 15 anos de prática, o Arte da Saúde tem hoje o desafio de consolidar-se como política pública municipal. Não se trata mais de criar uma experiência modelo e de desenvolver uma metodologia adequada à realidade municipal, mas de replicá-lo nas diversas regionais, consolidando uma resposta municipal à questão da demanda à saúde mental de crianças e de adolescentes em rota de exclusão social (BELO HORIZONTE, 2008).

Deste modo, o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania passa a identificar-se como serviço substitutivo da rede de saúde mental para todo o município, sendo garantidos recursos para a contratação de 45 monitores que ministrariam oficinas em comunidades das nove regionais de Belo Horizonte. Metas e critérios estabelecidos no plano de trabalho envolveram:

- 1- *Implantar nas nove regionais da cidade um padrão de atendimento semelhante à experiência piloto do Arte da Saúde, assegurando o atendimento de mais 900 crianças e adolescentes/mês;*
- 2- *Capacitar os profissionais contratados, assegurando uma sistemática anual de reciclagem e troca de informações entre diversos monitores e coordenadores;*
- 3- *Realizar um encontro mensal de avaliação e treinamento, reunindo todos os coordenadores;*
- 4- *Acompanhar e avaliar, juntamente com as escolas de origem das crianças, o processo de formação de cada criança. (BELO HORIZONTE, 2008)*

Importante marcar o reconhecimento social, em especial da mídia, ainda na década de 90. Reportagens de jornais impressos noticiavam a experiência que vingava na Regional Leste. Em 1996, a repórter Márcia Siqueira, para o jornal Estado de Minas, anunciava “Crianças falam com arte”:

Quem circular pelos bastidores do Seminário poderá conhecer os resultados de uma experiência inédita em BH. É que estarão expostos os trabalhos de arte produzidos pelas crianças do Projeto “Arte na Saúde”, desenvolvido na comunidade do Alto Vera Cruz, região Leste (SIQUEIRA, 1996).

O evento citado na reportagem se trata do “Seminário Autismo e Psicose na Infância”, uma iniciativa dos Fóruns Regionais e da Coordenação de Saúde Mental da SMSA/SUS-BH de 1996. Lobosque e Abou-yd (1998) afirmam que a realização de Seminários de Saúde Mental nos vários distritos foi uma importante iniciativa daquela gestão que tinha como desafio equalizar a capacitação, o nível de discussão e a receptividade para as novas propostas de cuidado em saúde mental.

A fotografia de Renato Weil (FIGURA 2) escolhida para estampar o jornal Estado de Minas identifica bem os elementos da arte e da infância. Sua legenda afirma “Arte é uma

alternativa que vem sendo usada para crianças com problemas de aprendizagem e necessidades de integração social” (SIQUEIRA, 1996).

FIGURA 2: CRIANÇAS FALAM COM ARTE



FONTE: Siqueira, 1996

Um pouco do funcionamento das oficinas naquele momento foi contado ao Jornal Diário da Tarde em 1999 que estampou a jovem Rosalina Teixeira enfatizando o baixo custo financeiro deste Projeto aos cofres públicos naquele momento: R\$20 por criança. A foto de Euler Junior (FIGURA 3) mostra a interação das crianças com o material de pintura, mas também com seu monitor, afirmando que “através da arte as crianças resgatam sua dignidade e auto-estima” (GOMES, 1999).

FIGURA 3: ARTE DA SAÚDE



FONTE: Gomes, 1999

Telma Gomes, na reportagem intitulada “Arte da Saúde – Projeto cria oficinas para crianças com dificuldade de aprendizagem”, retoma um dos motivos da criação e sustentação deste Projeto no trecho:

Para evitar que crianças mentalmente saudáveis acabassem sendo encaminhadas indevidamente às escolas de ensino especial ou até mesmo para centros de psiquiatria, o projeto estabeleceu a criação de oficinas de arte alternativas, com monitores capacitados a dar aulas de teatro, pintura e artesanato – como a de confecção de bonecas, agendas e de esculturas –, para evitar a segregação social dos garotos (GOMES, 1999).

Neste sentido cabe ressaltar os monitores como membros da própria comunidade, favorecendo a geração do vínculo e referência para as crianças e adolescentes. Muitos deles eram artistas usuários da rede de saúde mental de Belo Horizonte, participantes do Centro de Convivência que inspirou o Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, os Centros de Convivência. Na notícia ao Caderno de Reportagem, no ano 2000, a jornalista Valéria de Paula enfatiza a participação destes artistas:

Hoje, Vicente diz que recupera o que perdeu. Em 1993, começou a freqüentar o Centro de Convivência Arthur Bispo, que está inserido no movimento de luta antimanicomial. Lá aprendeu pintura, escultura e cerâmica e, em 95, passou a ser monitor de pintura do Projeto Arte da Saúde. Construiu uma casa e diz que está dividindo os benefícios do projeto com os alunos: “estamos resgatando a cidadania deles e a minha também”. O resultado deu positivo: “Não tive mais nenhuma crise depois que entrei no Projeto”, conta (PAULA, 2000).

A inserção dos usuários dos Centros de Convivência como trabalhadores da rede de saúde mental foi mais um avanço pioneiro deste Projeto. Os Centros de Convivência são dispositivos de acolhimento ao usuário, que oferecem espaços de experimentação, criação e trocas sociais, tendo a arte como eixo orientador. Considerada meio de conhecimento e transformação, a arte se apresenta em conjunto de técnicas que permitem ao usuário a produção de sua própria vida e o gerenciamento de sua liberdade (NOVAES et al., 2008; LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998). Estes dispositivos permitem intervenções na cidade “contribuindo na construção de um outro lugar social para os ditos loucos, o que produz efeitos que se percebe nas ruas, nas praças, cinemas e teatros da cidade, olhares antes fechados no medo e no preconceito (NOVAES et al., 2008, p.165), como relata um dos primeiros monitores, hoje há 25 anos no Projeto:

...em 97 veio a Rosalina. Conheci ela e falei ‘esta mulher é doida’, pensei assim. E aí ela falou do Projeto e não fazia nada ainda não, era só mesmo experimental. E a

Rosalina me entrevistou e falou: você pode começar amanhã? Posso. E comecei, tinham 16 meninos de manhã e 16 à tarde. E eu fui e ela vinha e dava força e entrava na justiça e eu já estava treinado na arte, bem treinado e envolvi eles com a arte. Mas a Rosalina, eu digo, Dona Esmeralda e Rosalina foram anjos da guarda na minha loucura e foram encaminhadas por Deus na minha vida, as duas. Rosalina foi encaminhada por Deus na minha vida. Me ensinou a dar aulas. Tem as reuniões até hoje, às segundas-feiras, que eu participo com alguns psicólogos e também às vezes os meninos da referência, para saber o que foi que ele pensou, o que ele falou, como ele se comportou. Fazer o estudo da memória do menino, do estágio do menino, faz com o psicólogo dele e o encaminhador (PARTICIPANTE 4).

Visto que a recusa à medicalização e psicologização da infância suscitou as primeiras ações do que viria se tornar o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania e compreendido o processo de estabelecimento e ampliação do mesmo, nos cabe atentar para alguns outros aspectos de sua conformação que o tornaram referência e modelo para implantação de uma política pública para crianças e adolescentes no Município de Belo Horizonte. Quais sejam, a aposta em novos modos de conceber as crianças e adolescentes, experimentando e inventando novos modos de cuidar a partir da arte, da constituição de cidadania, em ações territorializadas, fundamentalmente intersetorializadas.

Quanto a esta última, Couto e Delgado (2016) defendem que é na dimensão da clínica dos sujeitos, diante de situações de impasses reais, que poderá se dar o reconhecimento dos limites dos setores envolvidos às crianças e adolescentes, de modo a se convocar novos atores, potencializando as ações no compartilhamento dos campos discursivos e práticas específicas (COUTO E DELGADO, 2016).

Para o enfrentamento de problemas complexos, para os quais respostas setoriais ou puramente especializadas são insatisfatórias, é consenso a necessidade de práticas intersetoriais. O Projeto Arte da Saúde alcança em sua experiência os desafios e a potência das ações intersetoriais:

O Arte da Saúde mostrou a possibilidade deste outro lugar, da inserção desta criança, deste adolescente num outro lugar onde pudessem se expressar a partir disso. Aí é a gente criar estratégias para o cuidado desta criança e deste adolescente de questões que surgem no ambiente de uma oficina do Arte da Saúde e que são extremamente diferentes do que surgem por exemplo, no contexto escolar. Questões mesmo do lugar que, às vezes, porque tem uma questão de um sofrimento psíquico ou tem uma questão comportamental e esta criança e este adolescente já vai sendo colocado num lugar ou de marginalidade ou num lugar onde ele se sente um tanto ferido mesmo nas suas questões psíquicas, neste lugar. O Arte da Saúde propicia uma outra forma de expressão. A valorização é outra, é como ele se mostra. E então esta possibilidade da gente trabalhar tanto com a escola, junto a escola, ao centro de saúde, intersetorial, outras questões que se apresentam com o Arte é muito interessante. (PARTICIPANTE 8)

Porque a escola quando encaminhava a criança esperava uma resposta da gente. Eles achavam que era medicamento ou era ser atendido pelo psicólogo. E então

quando a gente falava da oficina tinha que fazer um trabalho com a escola também. Então tinha o trabalho da gente fazer visitas para as escolas, como tinha o trabalho do fórum da criança e do adolescente, onde reunia todas as entidades que cuidavam de crianças. Era a saúde, a assistência, a educação, as ONGS, Conselho Tutelar. A gente tentava ao máximo reunir estas entidades para discutir a situação da criança e do adolescente e algum tema que estava de acordo com cada tema que acontecia naquele momento. (PARTICIPANTE 2)

Silva (2011) enfatiza o papel dos movimentos de reforma psiquiátrica na criação de fóruns regionais de atenção à criança e ao adolescente, especialmente em Minas Gerais, provocando a articulação de discussões no campo da educação, saúde e assistência social, apontando a intersetorialidade como orientador das ações ainda na década de 1990.

Desde o início, o princípio intersetorial foi estabelecido e se impôs como ponto de partida para implantação e gestão da política de saúde mental infantil brasileira. Sob a égide da atenção psicossocial, a intrínseca articulação entre política e clínica é potencializada pelo fundamento intersetorial e sua ligação às necessidades da clínica da criança e do adolescente (COUTO E DELGADO, 2016).

No roteiro apresentado à AMENCAR⁵ em busca de parceria, neste caso para o financiamento de uma nova oficina, se apresenta uma tentativa de ilustrar o alcance do Projeto Arte da Saúde em suas ações:

Para além da arte terapia, de clínica psicológica, de assistência social, o que fazemos é intervenção social no sentido mais amplo do termo: desde o resgate de direitos de cidadania ao desenrolar de um processo de desalienação de cada um dos participantes; desde a descoberta de potencialidades e talentos, antes relegados e inutilizados, ao movimento de investimento na produção cultural e na revitalização do campo de ação social de cada participante; desde a descoberta e a prática de parcerias ao desenvolvimento de uma idéia transformadora no campo de saberes tão fortemente sedimentados e equivocados; desde a possibilidade de inserção no campo da luta antimanicomial ao fornecimento de um modelo de simples aplicação do Estado e do País onde, certamente, não há escapatória ao esquema que deposita em clínicas especializadas e em escolas especiais boa parte de crianças que se destacam de um padrão pobremente traçado (FMSM, [2003?]).

Neste capítulo buscamos apresentar fatores contextuais e reconstruir o percurso que elevou uma oficina de xilogravura e “aulas de artes” ao status de política pública para crianças e adolescentes. A seguir buscaremos analisar as características do trabalho que permeiam as ações no contexto da política de saúde mental do município de Belo Horizonte, apresentando também os principais facilitadores e desafios do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania.

⁵AMENCAR: Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente, constituída em 1979, atuando na defesa, promoção e proteção de direitos humanos, em especial no direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.

5.2 A composição de um Ateliê de Cidadania

“Nada se destrói transportando as pessoas para outros lugares, ou outros manicômios. É mistificação, é absurdo. Mas a transformação virá quando, dia após dia, destruímos os mecanismos da instituição mesma. E isto deve acontecer com a participação da comunidade.”

Franco Basaglia

O arranjo político protagonizado por trabalhadores antimanicomiais permitiu o amadurecimento e a consolidação do Projeto Arte da Saúde na capital mineira, interrompendo o afluxo de crianças e adolescentes encaminhados às escolas especiais, bem como a rota de exclusão social a qual estavam sendo submetidos. Como determina Rosalina Martins Teixeira,

“Menor” não, meninos e meninas, cidadãos, que requerem um espaço de participação social e a inscrição de seus saberes, talentos e aptidões no âmbito da cultura. Crianças-problema não, meninos e meninas capazes de construir uma crítica e um conjunto de afazeres, que as afirmam enquanto atores sociais, pensantes, criativos, capazes (TEIXEIRA, 2002b).

Para Sarmiento (2014), a infância sofre os efeitos do capitalismo na modernidade, onde se inserem a globalização e o individualismo, pilares da era moderna, sendo esta a razão do maior paradoxo da infância contemporânea: a proclamação de seus direitos concomitantemente à restrição mais severa de suas condições sociais. Este autor considera haver uma norma comum muito importante expressa na Convenção sobre os Direitos das Crianças, de 1989, sendo esta que “em todas as medidas relativas às crianças, tomadas por instituições de bem estar social públicas ou privadas, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão consideração primordial os interesses superiores da criança” (ONU, 1989, p.2; SARMENTO, 2014). No entanto, problematiza a economia globalizada e o capitalismo que ampliam exponencialmente as incertezas e as desigualdades sociais, de modo que “se há mais direitos proclamados, também há mais desigualdade social e existem mais crianças que estão vivendo pior como consequência destas desigualdades sociais” (SARMENTO, 2014, p. 25)

Como estratégia possível para a viabilização de uma cidadania que busque alternativas às implicações da globalização e do capitalismo, considerando as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, o Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania se propõe a

fundar uma parceria com essas crianças, suas famílias, escolas e com a comunidade, para que se viabilize uma sociabilidade fundada não na lógica da exclusão e da negatividade sobre as diferenças individuais, mas que potencialize as

crianças em rota de exclusão enquanto atores sociais capazes e dotados de competências suficientes para afastá-las do estigma de serem apenas “problema que a escola não consegue resolver (FMSM, 2001).

Neste mesmo sentido Fernandes e Trevisan (2018) nos auxiliam a repensar o conceito de cidadania muito relacionada com o conceito de identidade e sua forte ligação com um sentido de pertencimento e participação em uma comunidade ou grupo social. Em consonância com os valores apresentados como sentido de cidadania no Projeto Arte da Saúde, valoriza-se as diferenças, as subjetividades, as diversidades, novos modos de experienciar a cidadania nos espaços em que vivem, como podemos observar nos discursos de diferentes atores, em momentos distintos do Projeto:

O Ateliê de Cidadania, a formação de cidadãos, no sentido amplo, direitos e nas questões políticas. Pensar, porque nestas campanhas da fraternidade teve a questão da mulher, teve a questão da raça, do racismo e fomos trabalhando todas as questões que apareciam, que a gente acha que é da formação de um cidadão. Esta questão da criança e família, onde ela vive, o território, saber com quem estamos lidando, quem é esta criança mesmo. Cada caso é um caso. (PARTICIPANTE 1 – ROSALINA MARTINS TEIXEIRA)

E então esta é uma das características, a característica da inserção que não é reinserção. A criança e adolescente estão inseridos e então a gente não reinsere criança e adolescente, eles estão às vezes mal inseridos na escola, mas eles estão inseridos. E então eles estão inseridos e esta condição da cidadania, do sujeito e estas são características do projeto. E coordenado por um coordenador local, as atividades desenvolvidas por este monitor. O ideal é que seja um monitor do território, que conheça este território, com a possibilidade que seja inclusive de algum usuário que já tenha passado pela oficina. Nós temos, por exemplo, um usuário que já tenha passado, por exemplo, na Leste e já foi usuário do programa e hoje é monitor. (PARTICIPANTE 8)

A ampliação das perspectivas sobre direitos, responsabilidades e deveres em sua comunidade se dá a partir da participação social ativa das crianças e adolescentes, de modo a favorecer o desenvolvimento das potencialidades e capacidades pessoais, a ampliação da autonomia, da criatividade e do espírito crítico, além da promoção de processos proativos de tomadas de decisão (SARMENTO, 2014). Um exemplo prático de possíveis ações neste viés são as atividades lúdicas que se deslocam da condição clássica de cidadania que coloca as crianças na situação de pré-cidadãos, para a constituição de uma cidadania plena:

E o que a gente fazia, depois destas entrevistas todas? A gente apresentava nos encontros da Cáritas, as coisas da votação e os meninos, os monitores faziam urnas de papelão para os meninos votarem. E então tinha o boca de urna que ficava lá vendo se os meninos estavam roubando, falando um para o outro em que votou. Mas era um teatro maravilhoso. Eu me deleitava porque era uma coisa maravilhosa ver os meninos falando do candidato, como que eles pesquisavam, do direito deles. E aí na hora que tinha confluência da criança e do adolescente, os adolescentes iam

mais e algumas crianças. Mas completamente preparados. Acabava que a questão da produção ficava em segundo plano, não era primeiro plano. (PARTICIPANTE 1 – ROSALINA MARTINS TEIXEIRA)

Não apenas um lugar de produção artística, como podemos ver, as oficinas do Projeto Arte da Saúde se apresentam também como um espaço de construção de vínculo e articulação do cuidado. Cuidado aqui constituído não apenas como atenção e assistência à saúde, mas neste sentido, apresentado por Najmanovich (2019), como um contraponto à cultura do inimigo, do enfrentamento, da objetificação e anulação do outro. Propondo um coletivo, comum e singular, de autocuidado. Um modelo em que o cuidado apresenta uma relação precisa com o que ela nomeia como “a linguagem dos vínculos”, diferenciando as políticas de cuidado, do cuidado como política. Untoiglich (2019) esclarece,

A primeira os coloca do lado do controle, da vigilância, relacionada àqueles que determinam quem tem o poder de cuidar, as formas de fazê-lo e as populações para as quais essas políticas serão direcionadas. É uma ação programada, tutelar, antropocêntrica, etnocêntrica e patriarcal. Por outro lado, o Cuidado como política é um tecido coletivo, plural e ao mesmo tempo singular que promove o bem viver e as paixões alegres, é um outro atento, disponível que afeta e é afetado no encontro com os outros, que sustenta e é sustentado (UNTOIGLICH, p.68, 2019).

Assim sendo, as oficinas do Projeto Arte da Saúde, como ponto de uma rede de atenção à criança e ao adolescente, oferece na perspectiva do monitor,

um lugar de escuta, ter um lugar para falar, ter um lugar para negociar, ter um lugar para brincar onde não precisaria ser taxado como aquele estranho ou aquele indesejável, era o que eu podia oferecer para eles. (...) De alguma maneira precisa ter uma identificação, o problema é não ter uma grande identificação com eles. Para este trabalho de monitor que eu fazia, e os outros monitores, você tem que achar um ponto que te liga com eles. (PARTICIPANTE 7)

Em saúde mental, na busca por atingir qualidade do cuidado que contemple os princípios de inclusão social, resgate da cidadania e respeito aos direitos humanos, surge a proposta de uma rede de serviços, para Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016), fundamentalmente com um conceito vincular, ou seja, a partir da linguagem dos vínculos, uma vez que redes são redes de pessoas. Assim, a construção de uma rede, que permita a vinculação do indivíduo em seus diversos dispositivos, exige a conexão entre os atores desses diversos pontos de assistência. Nesse sentido, o Arte da Saúde parece ocupar um lugar de articulação, participando não raras vezes da gestão do cuidado, através da integração da rede de cuidado e atenção intersetorial:

E então esta vinculação tem servido para a gente fazer este monitoramento dos casos e oferta para os casos que a gente tem percebido que tem a necessidade deste atendimento em saúde. Porque o Arte da Saúde não é este lugar do atendimento, mas é o lugar onde a gente está ali atento para poder compartilhar o cuidado com os pontos necessários.(PARTICIPANTE 8)

Era a escola que encaminhava para o centro de saúde e o centro de saúde encaminhava para o Arte. E aí eu via uns processos integrados porque a criança tinha direito à escola, ao lazer, à saúde, à educação. Então eu enxergava Arte como um processo de integração, sim. Eu conseguia enxergar isso. O Arte para mim é isso, é uma oportunidade que toda criança e adolescente que necessita merece ter. (...) Porque eu acho que eles precisam desenvolver alguma coisa. Eles precisam ser empoderados, precisam ser valorizados, precisam de um desafio e eles gostam de disciplina. Criança gosta disso. Então eu acho que eles não podem simplesmente serem limitados a alguma coisa, eles têm que ter oportunidade para poderem aprender. Eles podem participar do espaço que é deles. Do espaço comum de todo mundo. (PARTICIPANTE 3)

A ideologia capitalista, que instaura a alienação dos processos de reflexão crítica no cotidiano, provoca, não raras vezes, uma visão reducionista dos elementos artísticos, muitas vezes destinado apenas ao entretenimento e adorno. Neste contexto de alienação cultural, observa-se a necessidade de romper com processos hegemônicos do capital e produzir práticas libertadoras, em cenas de protagonismo que se possa tomar consciência de si como sujeito de direito (SCHERER, 2013). Ademais, o campo artístico cultural pode ser compreendido como campo capaz de fazer o enfrentamento aos paradimas estigmatizantes não apenas da psiquiatria, mas também da sociedade.

No Diário Oficial do Município de Belo Horizonte, há destaque para a arte como mediadora do cuidado ofertado a crianças e adolescentes, nas publicações sobre algumas ações do Projeto Arte da Saúde:

“Arte promove a saúde de crianças e adolescentes com dificuldades de sociabilização na região Leste” (BELO HORIZONTE, 2007)

“Parque Nossa Senhora da Piedade recebe oficina de música” (BELO HORIZONTE, 2009)

“Esquete teatral incrementa reunião do Arte a Saúde na Pampulha” (BELO HORIZONTE, 2011)

“Projeto Arte da Saúde promove protagonismo e socialização: atividade incentiva participação de crianças e adolescentes em rota de exclusão e em situação de sofrimento mental em oficinas culturais” (BELO HORIZONTE, 2015)

O mesmo também pode ser observado nas entrevistas,

Dar um suporte social, nem é social, mas cultural. A oficina ter estas crianças neste lugar como sujeitos mesmo da sua própria vida. Eu caracterizo então como um projeto de extremo apoio para estas crianças e de um apoio um tanto quanto pessoal, na minha época, um tanto quanto pessoal, único, ele era de forma extremamente único. E o trabalho era feito, a característica dele, este contato era mediado pela cultura e pela arte. Claro que o monitor faz uma grande diferença, eles se apegam, a gente se apega a eles e o que hoje eu sou um homem 30 anos de idade ainda penso neles. E então se estabelece uma relação que é uma relação com o monitor, eles sabem que eu sou o monitor e tenho autoridade, mas não sou autoritário, nem por isso eu preciso ser autoritário. (PARTICIPANTE 7)

Assim, somado às relações grupais e à formação para o exercício da cidadania, a arte é um elemento da práxis de novas perspectivas, de intervenção no ambiente social. As oficinas de arte e artesanato permitem o reconhecimento do potencial expressivo das crianças e adolescentes, “como se essa mágica do fazer com as próprias mãos e idéias fosse também um paulatino construir da cidadania. É a isso que se prestam nossas oficinas” (TEIXEIRA, p. 179, 2008).

A partir desta busca por outra sociabilidade, na qual a arte e a cultura possibilitam um maior acolhimento das diferenças, o cidadão comum do seu território, os parceiros locais se fazem fundamentais no processo de construção de uma identidade sociocultural e política, pois exprimem laços afetivos e de referência (TEIXEIRA, 2008). Desta forma, há uma preferência por pessoas da própria comunidade que pudessem se ocupar dessas oficinas, a partir de alguns critérios sendo “cidadãos que habitam a mesma região e que têm condições humanas, éticas, além de habilidades específicas no fazer artesanal, para acolher essas crianças e sustentar no coletivo a construção desses processos” (TEIXEIRA, 2008, p. 179). Como se observa,

Ela [Rosalina] criou o Arte da Saúde na Regional Leste para os meninos, não quis procurar profissionais de artes, ela queria profissionais que acreditavam que era possível uma ressocialização, profissionais que tivessem o dom da escuta e que também tivessem a capacidade de trabalhar no coletivo porque o sucesso do Arte eu acho que é este, o dom de escutar o outro, o dom de saber trabalhar no coletivo, é um dom que não é de todo mundo. E a partir daí nasceu o Arte da Saúde. (PARTICIPANTE 3)

Ressaltamos que a nossa forma de trabalhar a partir da escolha de monitores da comunidade, cuja proximidade permite a constituição de uma referência afetiva e social, tem sido fundamental para a consolidação de nossa proposta de oferecer uma “atenção especial” às crianças e adolescentes (FMSM, 2001).

No entanto, também é possível notar que esta premissa do pertencimento ao mesmo território foi se perdendo ao longo do tempo,

Nós temos, por exemplo, um usuário que já tenha passado, por exemplo, na Leste e já foi usuário do programa e hoje é monitor. E então existe esta possibilidade, claro. Mas o ideal é que seja um monitor do território. Os monitores atuais, na sua grande maioria, eles não são do território. Eu acho que isso foi algo que em determinado momento se perdeu nesta coisa da concepção do projeto, se perdeu um pouco e começou a se fazer algumas seleções para monitor muito mais da técnica da oficina do que deste conhecimento do território e do que poderia ser da produção da cidadania naquele lugar e da cidade. (PARTICIPANTE 8)

Além dos critérios apresentados não só como fundamentais, mas também fundantes para o estabelecimento das oficinas, a escolha dos monitores “representa essa busca afirmativa de inscrever na vida social alternativas de lidar com os fenômenos humanos sem a noção exclusivista de que tudo que é dificuldade e tropeço leva irremediavelmente a uma especialidade médica” (TEIXEIRA, 2008, p. 179),

[...] porque não são crianças boazinhas que sentam aí e ficam quietinhas não, é correndo, é brincando, jogando barro um no outro. Então o monitor tem que ser bem educado para isso, o desafio do monitor é saber lidar com aquela criança e não se irritar com a criança. Tratar aquela criança com amor, quanto mais bagunceiro, mais amor dê a ela. Quanto mais bagunceiro mais amor dê a ela, porque ela muda, com o passar do tempo ela muda. Não adianta a mãe trazer aqui e deixar dois ou três meses e tirar daqui. Não mudou nada, não, espera mais um pouco, mãe, deixa mais tempo. (PARTICIPANTE 3)

O que nos leva a mais um aspecto essencial ao desenvolvimento de um ateliê de cidadania: o trabalho com as famílias. No ano de 1990 ganha importância a identificação da família como grupo que necessita de suporte e de acompanhamento específico. Com a publicação do ECA, retirar crianças e adolescentes do convívio familiar e de suas comunidades deve ser invariavelmente a última alternativa. Para Rosa (2005) os processos de desinstitucionalização têm a família como parceira, como mediadora entre seus membros e a sociedade. No entanto, há um campo de tensão que se apresenta entre a perspectiva de participação familiar apresentada pelo profissional e as possibilidades reais dos familiares. Nesse sentido é salutar a sustentação da lógica de uma cidadania ampliada que se estenda do indivíduo para o grupo familiar.

No entanto, nos últimos anos da década passada, o avanço neoliberal e pela desresponsabilização do Estado em garantir os direitos básicos de seus cidadãos a partir da desconstrução das políticas públicas, torna-se ainda mais complexa a situação das famílias imersas em contextos de pobreza, as quais muitas delas residentes em territórios marcados pela violência física e simbólica (JUCÁ E FLORES, 2019). Assim, é de extrema importância a constituição de uma interface entre o trabalho desenvolvido com as crianças e uma

aproximação com seus familiares, levando em consideração o contexto de cada família. Por isso,

a família era ouvida, as psicólogas que tinham que trabalhar esta parte, porque toda semana a gente levava o relatório e tinha relatório escrito e as psicólogas iam à reunião e ficavam sabendo, olha isso, olha aquilo. Ficar sabendo como está a relação da mãe com o filho e tal. Sempre teve isso. E então isso era muito importante para ouvir a família e ouvir a criança para uma integração maior. (PARTICIPANTE 5)

Diferentes imagens podem ser construídas sobre o familiar ou cuidador pelo profissional que os atende. Em geral estabelecidas a partir de sua condição socioeconômica, de suas atitudes, de seu preparo como cuidador, e também da posição de quem analisa o seu lugar. Muitas vezes estigmatizadas como disfuncionais, têm suas histórias desconsideradas, não raras vezes marcadas pela desassistência, pela violação de direitos e pela violência do Estado como componentes importantes, situações que perpassam gerações (ROSA, 2005; JUCÁ E FLORES, 2019). Torna-se essencial uma atenção cuidadosa dirigida a essas famílias, para que não as tornemos as únicas responsáveis pela manutenção do cuidado de seus filhos, assim representada na fala da monitora:

agora a característica do projeto é uma, é cuidar da criança. É a mais importante, a criança e a família. Agora o que muda? A criança é que muda, é ela que leva esta mudança. A família leva esta mudança. Tem mãe sem paciência, é difícil demais. Mãe separa de pai fazendo guerra com o pai. Tinha pai que queria pegar a criança e não era liberado para isso. Aqui fulano, estou trazendo fulano para a oficina, mas você não deixa sair com ninguém e tinha que ficar vigiando. (PARTICIPANTE 5)

E a gente sabe também que as relações não são tão legais e ir para a oficina às vezes é um conforto, um alento para as crianças saírem do conflito, e então trabalhar esta questão familiar com as crianças. A gente teve oficina e a gente ficou um mês trabalhando isso, trabalhando as oficinas com a família. (PARTICIPANTE 9)

O contato direto com familiares, seja em grupo ou individualmente, se destaca como modo eficiente de interação com estes cuidadores das crianças e adolescentes. Os serviços substitutivos de modo geral são desafiados a implementar práticas diferenciadas com a família, a criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos (ROSA, 2005). Destaca-se esse valor tanto nos documentos pesquisados como nos discursos das entrevistas:

Mas assim, reunião [de familiares] sobre a dinâmica para explicar o que é, porque tem os evangélicos que não podem ir para o carnaval e então se você não for lá e explicar e mesmo assim você não consegue. Saber com quem você está lidando.

Festa de criança que foi num salão paroquial e não pôde ir porque tinha um santo, o evangélico pediu um padre para tirar o santo para fazer a festa.
(PARTICIPANTE 1 – ROSALINA MARTINS TEIXEIRA)

A abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e co-responsável pelo cuidado, está em processo de construção, e seus limites, potencialidades e desafios vão depender de cada contexto. Nos documentos avaliativos das oficinas, cedidos pela Gerência de Saúde Mental (2019a), duas regionais reportaram a relação entre monitores e familiares: “*Conforme retorno dos pais em nossa última roda de conversa, a oficina tem impactado de forma bacana na vida dos meninos e suas famílias, proporcionando um novo olhar e nova posição dos pais em relação aos filhos*” (REGIONAL A); “*A monitora está há muitos anos no projeto, pertence e conhece bem a comunidade, articula com diversos dispositivos. Tem boa escuta e contato com as famílias*” (REGIONAL B).

Entretanto, o documento “Orientações para execução de atividades do Projeto Arte da Saúde”, direcionado às coordenadoras regionais, orienta “*realizar reuniões periódicas com familiares ou responsáveis pelos usuários atendidos*” (GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, 2019b), buscando potencializar ações intersetoriais com o objetivo de ampliar os recursos ofertados aos participantes do projeto.

Os resultados alcançados estão intrinsecamente relacionados à abordagem de que se trata, de modo que a família pode permanecer ou não passiva como mera recebedora de informações e consumidora de um serviço, impactando nos efeitos a serem obtidos (ROSA, 2005).

Podemos identificar avanços obtidos no cuidado ofertado às crianças e adolescentes através do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, com base na análise de suas características: a aposta no protagonismo e na cidadania dos sujeitos, a participação como articulador de cuidado e na promoção de vínculos afetivos, o perfil dos monitores de arte e a arte como mediadora do cuidado, além do trabalho com as famílias. No entanto, nos cabe elencar alguns desafios apontados, especialmente nas entrevistas, para o desenvolvimento pleno de um Ateliê de Cidadania no município de Belo Horizonte, entre eles: situações técnicas administrativas, promoção de um maior envolvimento dos familiares, a divulgação e visibilidade do projeto, a interlocução com outros pontos de atenção à saúde e intersetoriais, além de questões relacionadas a recursos e financiamentos.

Documento datado de 2009, “Projeto Arte da Saúde – D.S. Pampulha” (SILVA, 2009) apontava, logo após a sua expansão, alguns desafios descritos pela coordenadora da regional Pampulha. Além da busca pelo envolvimento dos familiares no Projeto, àquela época desafios

gerenciais como, por exemplo, os relativos às prestações de contas. O que também pode ser constatado na entrevista com ex-funcionária da Cáritas Brasileira à época da ampliação do Projeto para todo o município:

Para o técnico foi difícil formar as profissionais [coordenadoras regionais] na parte financeira, porque elas não tinham noção do que era o movimento fiscal, o que era uma glosa. E então elas também tiveram este processo de formação, tiveram que aprender isso tudo porque o governo requer isso. Tudo tinha que ter, a maioria das contas tinha que ter três orçamentos e tinha que estar tudo preenchido, senão elas tinham que tirar dinheiro do bolso delas para pagar. Porque eu não podia aceitar. Então este foi um desafio para meu trabalho no começo. Mas em contrapartida eu trabalhei com pessoas que eram fáceis de lidar, de fácil comunicação, de fácil trato e foi muito bom. Aprendemos juntas porque eu também não sabia todos os processos. Este processo tinha que estar presente e então nós erramos juntas, aprendemos juntas neste processo. Acho que este foi o primeiro desafio nosso. (PARTICIPANTE 3)

O referido documento da regional Pampulha também apontava como desafio a ampliação da divulgação do Arte da Saúde “ressaltando a lógica do projeto como resposta da saúde mental para a intersetorialidade, a fim de fortalecê-lo enquanto política pública” (SILVA, 2009). Para tanto, marcou também a sugestão pela criação de um “padrão publicitário único (para todos os Distritos), como logomarca, folder, etc. para lançar o Projeto na mídia e fazê-lo conhecido e reconhecido da população”. Como pudemos constatar entre os documentos, a arte antes sustentada na Regional Leste nos anos anteriores (FIGURA 4) foi substituída mais tarde por outra nos termos do referido documento (FIGURA 5).

FIGURA 4: LOGOMARCA DO PROJETO ARTE DA SAÚDE - ATELIÊ DE CIDADANIA NA REGIONAL LESTE

Programa Arte da Saúde
Ateliê de Cidadania



FONTE: Acervo pessoal Rosalina

FIGURA 5: LOGOMARCA DO PROJETO ARTE DA SAÚDE - ATELIÊ DE CIDADANIA APÓS AMPLIAÇÃO MUNICIPAL



FONTE: Acervo institucional GRSAM

Outro desafio que se coloca é o desenvolvimento do Projeto Arte da Saúde no âmbito das relações com as equipes de Centros de Saúde e com a Equipe Complementar, percebido ainda hoje como uma dificuldade importante a ser regularmente elaborada e superada, sendo constantemente retomada:

Em relação à articulação com o território, à garantia de que cada centro de saúde tenha a referência técnica do Arte da Saúde, quando eu cheguei, isso estava um pouco perdido. Alguns territórios estavam com e outros centro de saúde estavam sem esta referência. Em alguns territórios não estava acontecendo a discussão dos casos. Então é algo de um trabalho constante com os coordenadores para eles estarem atentos nesta articulação com estes outros profissionais. (PARTICIPANTE 8)

Ptizer (2017) avaliou o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica sobre o Programa Arte da Saúde na regional Venda Nova e, apesar de 75% dos profissionais enfermeiros entrevistados possuírem vínculo com a Instituição há mais de três anos e declararem conhecer o Projeto Arte da Saúde, 56% declararam desconhecer o fluxo de encaminhamento dos adolescentes para participação no projeto. Sugerindo, portanto, que

(...) para que todos os profissionais conheçam efetivamente o Programa Arte da Saúde, torna-se fundamental a divulgação por meio de diferentes estratégias metodológicas: material impresso, informativo, documentos eletrônicos (e-mails, imagens), reuniões, eventos, formações em que são abordados sobre saúde do adolescente, dentre outros momentos nos quais se possa oportunizar a conversa sobre o Programa (PTIZER, p.24, 2017).

Em relação às também desafiadoras ações intersetoriais, Couto, Duarte e Delgado (2008) já as apontavam como uma das principais ações em curso para construção de uma política de saúde mental específica para crianças e adolescentes, não apenas em um contexto nacional, mas também internacional. Apesar do estabelecimento de diretrizes para articulação com outros setores públicos – como educação, assistência social, justiça e direitos – constituir um dos pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes, o desafio intersetorial continua como um desafio central para a rede de cuidados deste público. O estigma e a falta de qualificação profissional são alguns dos obstáculos à integração entre os serviços. Para estes autores,

(...) a intersetorialidade, portanto, não se reduz à simples presença de serviços, mas efetiva-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas. Fundamento principal da saúde mental infantil e juvenil, e imagem-objetivo do futuro da saúde mental geral, a intersetorialidade é tributária do esforço para encontrar uma direção comum, no vasto mundo das diferenças setoriais, sob a perspectiva das necessidades da saúde mental (COUTO, DUARTE E DELGADO, 2008, p. 396-397).

Recursos e financiamentos, bem como a necessidade de ampliação do número de vagas são desafios notados nas entrevistas, por monitores e gestores do Projeto:

Se a gente tivesse mais recursos, por exemplo, mensalmente a gente está entregando um kit para as crianças. Os mesmos materiais que elas têm na oficina elas têm lá. Porque uma coisa é o recurso que a gente tem e a gente trabalhar de forma coletiva. Agora trabalhar este recurso de forma individual não dá e então eu acho que se gente tivesse este recurso para trabalhar entrega de kit, que a gente poderia trabalhar nas oficinas com as crianças. A gente está fazendo isso, mas eu digo de uma maneira melhor, mais ampliada, eu acho que seria o melhor.
(PARTICIPANTE 9)

Contudo, observamos, a partir da análise dos dados contidos nos planos de trabalho dos Convênios firmados, destacando-se o “Plano de trabalho de 2008” e o “1º Termo aditivo para 2020 do processo nº 01.059176.19.79” (Convênio de 2019), a garantia de recursos para ampliação dos núcleos de atividades, de quarenta e cinco para cinquenta e uma oficinas (TABELA 3), bem como o aumento do aporte financeiro total disponibilizado anualmente (TABELA 4) (BELO HORIZONTE, 2008; BELO HORIZONTE, 2019; GERENCIA DE SAÚDE MENTAL, 2020).

Tabela 3: Número de oficinas por regional garantidas pelo convênio

Regional	Nº de oficinas em 2008	Nº de oficinas em 2020
Centro-Sul	5	5
Leste	5	6
Oeste	5	5
Norte	5	7
Nordeste	5	6
Noroeste	5	5
Pampulha	5	5
VendaNova	5	6
Barreiro	5	6
Total	45	51

FONTE: elaborada pela pesquisadora com base nos documentos coletados

Tabela 4: Valores aprovados para disponibilização anual

Ano de referência	Valor aprovado
2008-2009	R\$847.152,00
2020-2021	R\$1.954.933,06

FONTE: elaborada pela pesquisadora com base nos documentos coletados

Especificamente em relação aos insumos do convênio, principal desafio relacionado a recursos e financiamento destacado pelos participantes deste estudo, observamos que não houve uma mudança expressiva do valor empenhado em 2008-2009 para o período 2020-2021.

Olha, o que me deixa muito triste é o tipo de verba. Nós não temos uma verba. Eu trabalho às vezes com 28 crianças e tenho uma verba mensal de 135 reais para material. O que é que você compra com isso? E olha que eu trabalho a maioria das minhas coisas eu trabalho com reciclagem. É uma coisa que a gente teria que rever isso também. (PARTICIPANTE 6)

A reorganização ao longo dos anos privilegia os gastos com alimentação e transporte, além de incluir recursos importantes relativos a atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e capacitação. No entanto, reduz o aporte financeiro para recursos relacionados ao desenvolvimento de atividades como eventos e materiais de consumo. Observamos que a importante redução em material permanente notada pode dever-se ao momento de implantação, em que materiais dessa natureza precisavam ser adquiridos para o início do funcionamento das oficinas (BELO HORIZONTE, 2008; BELO HORIZONTE, 2019; GERENCIA DE SAÚDE MENTAL, 2020).

Dessa maneira, neste capítulo apresentamos as principais características, facilitadores e desafios na produção de um “ateliê de cidadania”. A seguir buscaremos analisar as principais concepções que norteiam suas práticas.

5.3 As ferramentas de um Ateliê de Cidadania

“Dito isto, é inútil determinar se Zenóbia deva ser classificada entre as cidades felizes ou infelizes. Não faz sentido dividir as cidades nessas duas espécies, mas em outras duas: aquelas que continuam ao longo dos anos e das mudanças a dar forma aos desejos e aquelas em que os desejos conseguem apagar a cidade ou são por ela destruídos.”
Ítalo Calvino

O Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania foi concebido a partir da reflexão crítica sobre a concepção lógica que admite a ideia de normalidade e que se afirma pela exclusão da diferença, pela incapacidade de lidar com as diferenças. Inserido no âmbito da luta antimanicomial, sua pretensão “*não é só clínica, não é só pedagógica, mas também política*” (TEIXEIRA, 2002a). Na compreensão de sua idealizadora,

o Projeto Arte da Saúde é essencialmente um processo de reconquista da auto-estima por meio das descobertas dos talentos e aptidões. É a busca do exercício da cidadania, que se fundamenta no exercício do direito de expressão na perspectiva de

que o predicar seja, também, uma forma de construção da subjetividade e uma tomada de posição no mundo. O Projeto visa, assim, a construção da cidadania pelo fortalecimento do protagonismo infanto-juvenil (TEIXEIRA, 2006).

Seu princípio é o estabelecimento de uma nova lógica na atenção à criança – um olhar que considere suas especificidades e diferenças enquanto valor, enquanto possibilidade e não como defeito, a partir do trabalho baseado na ampliação dos

espaços de participação social da criança e jovens na vida comunitária que foram reduzidos no decorrer da organização da vida urbana, inviabilizando o exercício de seu potencial de transformação, de animação e de produção no âmbito da cultura. [...] Todo o universo de habilidades e talentos que não são priorizados na escola deixa de ser considerado. Inúmeras crianças talentosas têm sido desqualificadas e estigmatizadas como “fracassadas”, “problemáticas” etc. devido a performance escolar (FMSM, 2003).

Forjado no início da década de 90, alimentado pelas discussões então muito recentes acerca da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, no bojo da compreensão da saúde como direito a partir da constituição do SUS, o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania apresenta uma proposta sólida, fundamentado em princípios e diretrizes constituídos no contexto da década de 80 e sustentados ao longo de seus quase 30 anos de existência. Carrega consigo as concepções antimanicomiais do cuidado em liberdade e da cidadania, sendo uma proposta substitutiva à institucionalização de crianças e adolescentes. A territorialização do cuidado e o acolhimento de seu público também norteiam as práticas de cuidado ofertadas. E finalmente, a compreensão de seu serviço como componente do SUS, tendo a integralidade como diretriz de suas ações,

[...] o Arte da Saúde parte de uma perspectiva antimanicomial para enfrentar o problema da exclusão social de crianças e adolescentes, e, por isso, realiza uma intervenção nas comunidades e instituições relacionadas a elas, [...] visa à circulação na cidade e a produção de uma outra sociabilidade que dê cabimento à criança e ao adolescente, suas diferenças e expectativas, elevando-as à condição de atores sociais, politicamente atuantes, sujeitos de suas escolhas e protagonistas na construção de práticas culturais, produção de conhecimento, etc.. [...] aposta que os processos de exclusão somente se transformarão na medida em que os próprios atores locais produzirem uma sociabilidade onde crianças e adolescentes tenham lugares sociais de produção cultural, política e de conhecimento (e para isso levá-las a circular na cidade entre salas de cinema, mostras de arte, palestras, eventos de formação) (SÍNTESE... [2007?]).

Em consonância com as principais propostas do paradigma antimanicomial, o Projeto Arte da Saúde se institui a partir da lógica de um serviço substitutivo, conformando-se como uma alternativa à institucionalização de crianças e adolescentes. Sustenta até os dias atuais

este princípio proposto a partir da dimensão político-ideológica da luta antimanicomial. Transpomos aqui a discussão de Costa-Rosa (2000) ao tratar sobre o paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar e hospitalocêntrico. Este autor assegura como determinante o ambiente sociocultural dos sujeitos. Além disso, propõe como mudança fundamental o reposicionamento deste sujeito, ou seja, que haja uma implicação subjetiva, afirmando ser essa proposta básica de mudança para os serviços substitutivos em relação aos meios típicos do modo asilar. Ainda segundo ele,

no modo psicossocial espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo durante a crise (sem alijá-lo dos elementos essenciais dela) até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte do seu compromisso na atenção e no apoio. No modo psicossocial dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo - sem perder de vista, entretanto, que muitas vezes não é a problemática com a qual ele nos chegou, a responsável pela sua saída da circulação sociocultural; por isso dá-se ênfase às formas de recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Pode-se observar a consonância dos aspectos político-ideológicos do Projeto Arte da Saúde com o “modo psicossocial” designado por Costa-Rosa (2000). O Projeto busca produzir o reposicionamento e a implicação subjetiva do sujeito, o protagonismo infanto-juvenil, a participação familiar e social, a inserção social e a cidadania dos sujeitos. Assim afirmado também no trecho da entrevista,

Mas eu acho que a concepção principal é deste cuidado em liberdade e desta produção de cidadania. Eu acho que é esta a concepção principal do projeto Arte da Saúde. E aí a gente pode pensar talvez de uma forma articulada com os profissionais que exercem o cuidado no centro de saúde. (PARTICIPANTE 8)

Outro aspecto relevante que compõe os norteadores do cuidado no Projeto Arte da Saúde é a concepção de território do cuidado da criança e do adolescente. Furtado et al. (2016) em seu estudo sobre os diversos usos do termo “território” e suas possíveis correlações na prática defende

(...) que a extinção de espaços de confinamento, tais como os hospitais psiquiátricos, não garante por si só nem a inclusão social dos excluídos, nem a sua emancipação da tutela. Contrariando as intenções e a intuição de todos aqueles que se engajaram na reforma psiquiátrica brasileira, o estabelecimento de uma rede de serviços de saúde “no território” carrega até mesmo o risco de um processo no sentido oposto, pois ele fornece ao Estado uma legitimação adicional para exercer vigilância sobre toda a população de determinada área, isto é, determinado “território”. (FURTADO et al, 2016, p.9)

Neste sentido, Almeida (2018) concorda com os autores “que o emprego do termo território no cotidiano dos serviços e também em suas produções escritas, de fato, perde muito dos seus entendimentos relativos à sua conceituação forte” (ALMEIDA, 2018, p. 92), que seria seu entendimento como espaço de exercício de poder e resistência. Neste trecho de entrevista, a idéia do território como um espaço de intervenção para além da mera localização espacial e burocrática das oficinas pode ser observado,

Tomar conta do território mesmo, esta que era a territorialidade do projeto que às vezes as pessoas não entendem. Só as oficinas do programa que estão no território. Não é não. Tem isso do empréstimo, da pessoa que está se envolvendo, de você ter esta questão da família junto. Da questão de ir lá e conhecer como o menino é, como é que ele vive. Tudo isso os monitores tinham que fazer na época. Tudo isso eu orientava a fazer. [...] Esta coisa do território a gente tem que entender, porque toda oficina quando a gente abriu foi um estudo de território, aqui a gente precisa mais, aqui é perto de centro de saúde. (PARTICIPANTE 1 – ROSALINA MARTINS TEIXEIRA)

Deste modo se busca produzir uma oposição à territorialização do cuidado como forma de controle da população, como advertem Furtado et al. (2016), mas sim potencializar as relações sociais, considerando suas consequências para cada um dos indivíduos, promovendo a inclusão nos espaços físicos e social, assim como no espaço relacional.

Entendido como um espaço de produção das relações das crianças e adolescentes como protagonistas e não como meros expectadores, na busca por promover sua participação social como cidadãos, o objetivo geral do projeto endereçado à AMENCAR buscava criar na localidade de atuação do Projeto Arte da Saúde

uma rede de relações e de parcerias capaz de assegurar a consolidação de experiência enquanto produção da própria comunidade, de modo a instituir um universo de possibilidades inclusivas, interrelacionadas com a escola, e que se estabeleça nos diversos campos de produção de conhecimento, tais como a própria escola, a produção cultural, o lazer, os esportes. Tal objetivo permite a constituição de uma sociabilidade na qual seja ressignificado o valor e as condições de participação social das crianças e adolescentes, permitindo o convívio com eles não mais como seres destituídos de saberes e de capacidade de contribuição, mas enquanto agentes de transformação, enquanto protagonistas de uma história em que eles fazem diferença (FMSM, [2003?]).

Assim, observamos que a concepção de ações territorializadas permite mais que uma proximidade geográfica, mas também uma noção de pertencimento a ser trabalhada, resgatada ou mesmo fortalecida na formação cidadã de crianças e adolescentes dentro do Projeto Arte da Saúde.

A proposta do acolhimento como ferramenta na oferta do cuidado é fortemente legitimada pelos participantes do estudo, como podemos observar,

A gente busca isso tudo também. Mostrar para estas crianças que o mundo é um outro mundo. Que o que aconteceu com elas, infelizmente, não precisa delas carregarem isso para a vida toda. Eu pelo menos demonstro isso para elas, eu falo isso para elas, que elas têm que... Eu falo sempre assim com os mais velhos: 'olha gente, levanta a cabeça e vamos embora, porque a gente não pode ficar só na tristeza do que aconteceu. É claro, aconteceu, é muito triste, mas vocês tem que ver que nós estamos aqui para ajudar vocês a saírem desta e não deixarem repetir'. (PARTICIPANTE 6)

O acolhimento da criança e do adolescente. O cuidado especial, não colocar a criança como especial, no sentido porque antes tinham as escolas especiais. O cuidado desta criança em especial para a gente, no sentido de acolher esta criança e ela ser incluída na escola, incluída na sociedade. Não psicologizar, claro que no momento certo tinha que atender esta criança sim, na clínica. Não medicalizar. Isso para mim são as bases do Arte da Saúde e usando a arte, a dança, o esporte também para direcionar esta criança para ter uma vida melhor. (PARTICIPANTE 2)

Lobosque e Abou-yd (1998) ressaltam a importância do acolhimento como ferramenta de trabalho no contexto da saúde mental, mas também da saúde pública de modo geral, considerando a imprevisibilidade da clínica, bem como sua vitalidade e sua imposição diante de diretrizes que não se pautam pelo seu cotidiano. Ao apresentarem o projeto de saúde mental do município de Belo Horizonte constituído ao longo dos quatro anos de gestão popular, entre 1993 e 1996, afirmam que “receber um cidadão num serviço público com a urbanidade e a cortesia a que tem direito, escutá-lo sobre aquilo que diz necessitar, atendê-lo ou encaminhá-lo de forma responsável conforme o caso”, entre outras ações de saúde, “em sua simplicidade, parecem indispensáveis para a ruptura efetiva com a burocratização, eterna inimiga de qualquer elemento saudável no espaço público” (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998, p. 245). Assim,

ter um lugar de escuta, ter um lugar para falar, ter um lugar para negociar, ter um lugar para brincar, onde não precisaria ser taxado como aquele estranho ou aquele indesejável, era o que eu podia oferecer para eles. (PARTICIPANTE 7)

Mais recentemente Lobosque (2020) também complementa esta noção de acolhimento associada à dimensão da demanda, esclarecendo a diferença entre acolher uma demanda e atender a um pedido, de modo que demanda e necessidades não se confundam. Assim, “um animal que dá sinais de ter sede é muito diferente de um ser humano que nos pede um copo d’água: esse último ao pedir-nos qualquer coisa, pode estar buscando, mais do que essa coisa ou outra qualquer, fazer-nos um apelo” (LOBOSQUE, 2020, p.69). Neste mesmo viés, a linha

guia de saúde mental orienta que “nosso trabalho é acolher esta demanda – ou seja, responder” (MINAS GERAIS, 2004, p. 39). Responder, neste sentido, não se trata de resolver tudo, porém, diante de uma demanda não cabe dizer tão somente que não lhe diz respeito. O acolhimento deste modo deve garantir o encaminhamento responsável da demanda e o acesso a orientações assertivas, de modo que “a resposta que damos ao usuário, seja ela qual for, costuma ser bem recebida quando se baseia numa escuta atenta e numa avaliação cuidadosa do seu problema” (MINAS GERAIS, 2004, p. 40).

Idealizado como dispositivo para interrogar processos mediadores que estabelecem relações nas práticas de saúde, buscando a intervenção resolutiva e a produção da responsabilização clínica e, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização, o acolhimento nos leva à outra concepção norteadora do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania: a integralidade do cuidado das crianças e adolescentes.

Inúmeras mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde do Brasil foram deflagradas a partir da promulgação da Lei Federal nº 8080/1990 que institui o SUS no país. Um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde é a integralidade e se destina a combinar ações direcionadas à concretização da saúde como direito e como serviço (PINHEIRO, 2008).

Integralidade pode ser concebida como uma estratégia concreta em defesa da vida, a partir de um fazer coletivo dos indivíduos. Assim, recebe um sentido mais ampliado que sua definição legal⁶ e pode ser concebida como uma ação social na oferta do cuidado de saúde resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, FERLA E JUNIOR, 2007; PINHEIRO, 2008).

O documento “Saúde Mental no contexto das unidades básicas de saúde”, trabalho premiado no Seminário da Atenção Básica promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, demonstra que

O Arte da Saúde tem apontado para a construção de práticas sociais intersetoriais absolutamente pertinentes às orientações do ECA e à proposição do PSF, especialmente no que neste programa tem destaque a comunidade como protagonista na promoção da saúde integral (TEIXEIRA, 2004).

A participante 3 ratifica a importância desta articulação,

⁶ No capítulo II, dos princípios e diretrizes, da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, integralidade é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

O Arte da Saúde começou a buscar muita proximidade com o centro de saúde. Começou a provocar o centro de saúde, as coordenadoras tinham reuniões com o centro de saúde, acho que eram de 15 em 15 dias, para buscar que o posto trabalhasse lado a lado com elas. E muitas das vezes isso não acontecia porque nós tínhamos oficinas que quase fecharam porque não tinham pessoas. E na região tinha demanda, a gente sabia que tinha porque outra oficina estava cheia na mesma regional. E tinham dificuldade de deslocamento, porque não era tão perto.
(PARTICIPANTE 3)

Corroborando com Pinheiro (2008, p. 260), reafirmamos que a integralidade “se dá pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade” na busca pela produção de uma “cidadania do cuidado”.

5.4 Produção do Ateliê de Cidadania: a arte da saúde

*“Voa menino, voa
pra sua estrela natal
Voa menino, voa
por cima do temporal
Sei dos seus sonhos perdidos nos olhos da mãe do luar
Conheço o amor infinito que deixou por lá
Eu também tive um rio que secou
Também sou guerreiro e sonhador
Eu também sei cantar pra não gritar de dor”*
Sérgio Pererê

A produção audiovisual intitulada “*Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania*”, disponibilizada em DVD, foi uma realização do Fórum Mineiro de Saúde Mental, da Prefeitura de Belo Horizonte e da Cáritas Brasileira, com produção da Carabina Produtora de Imagens. Os depoimentos abaixo compõem a construção do documentário, produzido em 2006, exibido em sete capítulos: 1) O Projeto Arte da Saúde; 2) Parcerias; 3) Protagonismo Infanto-juvenil; 4) Relação com a Comunidade; 5) Continuidade do Projeto; 6) 18 de Maio – Dia da Luta Antimanicomial; e 7) Fazendo Arte.

“Eu era um pouco chata na escola, agora eu não sou mais. Eu era um pouco nervosa, chata, arranhava muito meu rosto, agora eu não faço mais isso.” (Participante do Projeto)

“Meu nome é Wagner, estou aqui na oficina há quatro anos. Gosto muito, que lá na minha rua tinha muitas drogas, muitas coisas ruins lá. Foi me tirando da rua cada vez mais. E também vem me ajudando na escola com a disciplina, também vem me ajudando em muitas ocasiões, respeitando as pessoas, ensinando a conviver em sociedade.” (WAGNER RAMOS, participante do projeto)

“Agora, de tudo, pra mim o mais importante no projeto é ver como o projeto ajuda a criança a resgatar o amor-próprio, a autoconfiança, a autoestima que vai ajudar essa criança em termos de ser um cidadão, de ser uma

“pessoa que se sente sujeito da vida também, não só aquilo que os outros dizem dele. Eu acho demais, é muito gratificante ver a alegria dos meninos quando eles nos falam desse orgulho de ‘olha, fui eu quem fiz, eu dou conta’.” (NADIA ROSANA AGAPITO VILLEFORT, psicóloga SMSA/PBH)

“O meu início no Arte da Saúde foi da mesma forma dos meninos. Eu comecei como aluno mesmo, aluno do Ivo. (...) e o Arte da Saúde representou pra mim e atualmente também representa, um caminho pra desenvolver muitas coisas que eu nem tinha noção que eu tinha. Tanto na minha vida pessoal, como também profissionalmente.” (BRUNO HENRIQUE GOSMES SANTOS, ex-aluno e monitor da Oficina de Cerâmica)

“Eu acho que um diferencial do projeto é o acompanhamento que a gente faz mais sistematicamente na família, se a criança falta a gente procura saber porque que está faltando. Enfim, a gente faz um acompanhamento diferenciado a essa criança ou adolescente.” (WANDERLEY MOREIRA DOS SANTOS, monitor da Oficina de Artes Plásticas)

“O que eu quero falar sobre o Paulo Sérgio é que ele era um menino assim, muito revoltado, agitado, nervoso, agressivo. E eu não dava conta da situação dele. Ele virou da água pro vinho.” (MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO, familiar, avó de Paulo Sérgio)

“Estou aqui há quatro anos. Há cinco eu só ficava brigando com a minha irmã, batendo nela, ficava só indo pra rua. Minha avó foi na psicóloga, pediu uma vaga pra mim. Eu entrei aqui, estou aqui agora, melhorei tudo, melhorei na escola, não mato mais aula, não fico mais caçando confusão na escola. Só isso que eu tenho a declarar.” (PAULO SÉRGIO, participante do projeto)

“A criança participa também de exposições onde ela vai mostrar o que ela está fazendo, ou seja, mostrar o que ela está construindo, o que ela está produzindo.” (MARIA APARECIDA DAS GRAÇAS, psicóloga C.S. Santa Inês)

[Sobre o 18 de Maio] – “É um desfile que acontece na avenida, pra todo mundo ficar sabendo que é uma pessoa normal. Tipo, vê alguma pessoa com Síndrome de Down ou alguma doença, ‘ah, tal, ela é diferente’, nem chega perto dela. Eu acho que não é assim, então muitas pessoas tem preconceito sim. Ficou muito bonito as fantasias. Confere no desfile!” (Participante do Projeto)

Os relatos e percepções acerca do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania ora apresentados representam a estima daqueles que de algum modo o compõem e ilustram as experiências e reinvenções dos projetos de vida das crianças e adolescentes que dele participam. Mas também oferece elementos que nos fazem ratificar a importância da consciência política na construção do cuidado infanto-juvenil na sociedade contemporânea, e especialmente, no SUS, como defende Lobosque (2020).

Lobosque (2020) ao falar da clínica da criança e do adolescente em sofrimento mental grave, especialmente daqueles em acompanhamento no CersamI, apresenta algumas especificidades e questões que lhes são próprias. Entre elas, nas palavras da própria autora, “talvez a mais penosa, é a angústia vivida diante de pessoas muito jovens que nos parecem privadas de futuro” (2020, p. 88). Compreendendo o sofrimento daqueles que, diante da correlação de forças característica da sociedade contemporânea, são privados desta dimensão do futuro, Lobosque (2020) protesta pela urgência em

(...) enfrentar politicamente tudo aquilo que ameaça o cuidado em liberdade, com a delicadeza e a esperança que lhe são próprios. Urge enfrentar politicamente – como

militantes, como clínicos, como atores de certa prática – sejam os problemas mais amplos da desigualdade e das injustiças sociais, sejam aqueles mais locais, da hegemonia de uma psiquiatria que apenas cataloga sintomas e prescreve remédios, da postura autoritária e moralista na abordagem do uso prejudicial de álcool e outras drogas, da transferência das responsabilidades do poder público para o âmbito privado, da prevalência de uma clínica fundada no julgamento moral e na normatização (LOBOSQUE, 2020, p. 101).

Nesse sentido, Teixeira (2002b) afirma que o trabalho desenvolvido no Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania tem como premissa

(...) o fortalecimento e resgate da capacidade expressiva dessas crianças, de modo a que, ao adquirirem segurança e fortalecerem a auto-estima possam também se apropriar de sua condição de sujeitos, exercitando seus pontos de vista e escrevendo uma história capaz de alterar os rumos de sua comunidade de origem (TEIXEIRA, 2002b, p. 56).

Ao alienar o indivíduo de seu contexto social, na proposta capitalista, o homem não se reconhece como fruto de sua produção, tornando-se fragmentado e frustrado. A arte busca conectar o indivíduo com o todo social, contribuindo na construção de vínculos afetivos e engajamento em atividades culturais e sociais (SCHERER, 2013).

O uso da arte como mediador das potencialidades se fundamenta por constituir-se como um elemento de sociabilidade humana. Para Scherer (2013), como forma de expressão cultural, a arte tem a capacidade de constituir o indivíduo como um humano não fragmentado, ao se conectar com os outros homens, se funda em “busca da criação de uma consciência não alienada, isto é, formando conceitos próprios, que dizem respeito à sua realidade, assim como à sua individualidade como ser humano particular, bem como com a sua cultura, como ser social” (SCHERER, 2013, p. 95).

Por meio desta proposta, o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania cumpre com sua concepção de “*produzir cultura para além dos muros e estereotípias dos discursos normatizadores e moralizantes da saúde ou da educação*” (FMSM, 1999) e foi reconhecido em premiações de alta relevância no contexto nacional.

Em 1999, recebeu Menção Honrosa no Prêmio Itaú/Unicef, concorrendo entre 732 projetos de âmbito nacional. Em 2001, esteve entre os 150 semifinalistas da mesma premiação, em que se inscreveram 685 projetos. Já em 2009, foi premiado na categoria “instituições públicas” do Prêmio Cultural Loucos pela Diversidade, realizado pelo Ministério da Cultura em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Além destes, sua idealizadora Rosalina Martins Teixeira recebeu do Conselho Regional de Psicologia – MG, em 2007, o Prêmio Experiências Exitosas em Psicologia e Políticas Públicas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de estudar o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania se inicia na busca pela compreensão de suas práticas de cuidado, a partir da experiência da pesquisadora como coordenadora do Projeto em uma regional de Belo Horizonte, que levaram a questionar as ações que efetivariam as potencialidades e objetivos do Projeto no território que coordenava.

Além da experiência prática, observamos a grandeza deste objeto de estudo em sua evolução ao longo de seus 28 anos. No entanto, na busca por sua compreensão notamos a necessidade premente de narrar sua história e compreender aspectos relacionados à sua constituição e ao seu desenvolvimento ao longo desse período no contexto da Política de Saúde Mental do Município.

A construção do referencial teórico foi elaborada em três partes, sendo a primeira sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a proposta de cuidado antimanicomial, a segunda sobre as políticas públicas para crianças e adolescentes no contexto da era moderna e contemporânea e, por último, a contextualização do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania na política de saúde mental do município de Belo Horizonte. A partir desta conformação foi possível identificar idéias, contextos sociopolíticos e conceitos teóricos presentes na estrutura do Projeto Arte da Saúde de modo a descrever parte da conjuntura ideológica, política, social e histórica da sociedade na qual ele foi gestado e se desenvolve.

Importantes marcas desta conjuntura se manifestam nas práticas de cuidado pretendidas pelo Projeto Arte da Saúde, como os fundamentos de uma política democrática, o intercâmbio de ideais baseados em experiências de outros países, o amadurecimento crítico das ofertas de atenção à saúde, o progresso legislativo quanto ao ordenamento jurídico da saúde e de proteção social, em especial à criança e ao adolescente, afirmados então como sujeitos de direitos. Alguns conceitos permeiam a organização desta conjuntura: infância, cidadania, intersetorialidade e território.

Um fator salutar deste cenário no qual se inscreve o Projeto Arte da Saúde está no âmbito dos movimentos sociais da luta antimanicomial. Historicamente responsável pela sustentação das concepções que guiaram a desconstrução do paradigma antimanicomial, promoveram também ações que nortearam e potencializaram mudanças substanciais no aparato legislativo brasileiro. Em Minas Gerais, sobretudo em Belo Horizonte, município onde o Projeto Arte da Saúde foi constituído, destaca-se a atuação do Fórum Mineiro de Saúde Mental que congrega usuários, familiares, trabalhadores e simpatizantes na luta antimanicomial, promovendo ações de cunho político-legislativo, de organização social e formação permanente de seus integrantes. Uma de suas intervenções culturais é a organização

da manifestação político-carnavalesca do dia 18 de Maio, com o Desfile da Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam.

Observamos que a constituição do Projeto Arte da Saúde foi favorecida por diversos fatores, desde o desejo pessoal e indefectível de sua genitora, Rosalina Martins Teixeira, passando pela fecundidade teórica do momento político no contexto pós-ditadura militar, até o protagonismo de Belo Horizonte na efetivação de mudanças no contexto da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e no campo da infância e adolescência.

O Projeto Arte da Saúde norteia-se pelas concepções antimanicomiais do cuidado em liberdade e da cidadania, da territorialização do cuidado e do acolhimento como ferramenta de trabalho, além da integralidade como diretriz de suas ações, com base na compreensão de seu serviço como parte integrante do Sistema Único de Saúde.

O Ateliê de Cidadania desde sua origem buscou produzir barreiras à habitual rota de exclusão a qual estavam submetidas crianças e adolescentes ditos “crianças-problema”, mas que, efetivamente, são apenas meninos e meninas, pequenos cidadãos, em busca de um espaço para exercer seus saberes, seus talentos, se afirmando como protagonistas de sua própria existência. Através das oficinas de arte, o Projeto constituiu espaços de acolhimento e vínculo, bem como pontos de articulação que auxiliam a construção do cuidado integral e a formação para o exercício da cidadania. O financiamento do Projeto pela Secretária Municipal de Saúde, através dos convênios administrativos com a Cáritas Brasileira a partir de 2004, antes incertos e escassos, permitiu sua ampliação para todo município em 2008, e contribui para que o Ateliê de Cidadania protagonize cenas no estabelecimento de uma política de saúde para a infância e adolescência em Belo Horizonte, inclusive antecipando concepções e práticas, na década de 1990, do que viria a ser essa política dez anos mais tarde. A opção pela contratação de monitores do próprio território, ainda que tenha se mitigado ao longo do tempo, ressurge fortemente ancorada na ideia de constituição de uma referência afetiva e social que favoreça a produção de cidadania e protagonismo no território da criança e do adolescente. Não menos importante, finalmente, cabe considerar o trabalho de abordagem à família cuidadora feito tanto por monitores quanto pelas coordenadoras do projeto, continuamente em construção, cujos limites e potencialidades dependem dos contextos nos quais estão inseridas essas famílias.

Nosso percurso metodológico, apoiado pela abordagem qualitativa proposta por Minayo (2014), permitiu um mergulho aprofundado sobre o objeto de pesquisa, permitindo tanto ampliar a compreensão sobre ele quanto levantar novos questionamentos. Dado o uso complementar das técnicas de análise documental e entrevistas foi possível não só uma

apreensão do nosso objeto, buscando respostas às questões deste estudo, como também as limitações relativas à própria compreensão do mesmo em toda sua magnitude.

Deste modo, devemos considerar a necessidade de novos estudos acerca do Projeto Arte da Saúde no contexto do paradigma antimanicomial, como também estudos que permitam análises aprofundadas das relações que se estabelecem entre seus atores, o desenvolvimento do protagonismo das crianças e adolescentes que dele participam, bem como os modos de subjetivação que são produzidos a partir dele, a minúcia dos resultados efetivos ostentados pelo Projeto, dentre tantas questões que ainda não foram desenvolvidas de modo sistemático. Demarcamos, então, a importância do encontro entre academia e serviço, teoria e prática, ciência e profissão para o desenvolvimento contínuo de uma sociedade mais justa e igualitária, que zele pelo exercício da cidadania e da liberdade incondicionada e que contribua para a afirmação “Por uma sociedade sem manicômios”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Anna Laura. **Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental–CERSAM’s de Belo Horizonte**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Rene Rachou – Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, Paulo; DIAZ, Fernando Sobhie. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica/Social movements on psychiatric reform. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 83-95, 2012.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 2067-2074, 2018.

ARTE da Saúde: Ateliê de Cidadania. Fórum Mineiro de Saúde Mental; Cáritas Brasileira; Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Carabina Produções de Imagens, 2006. 1 DVD (33 min.).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASAGLIA, Franco. Loucura/Delírio. Enciclopedia Einaudi, 1979. In: AMARANTE, P. (Org). **Escritos selecionados em reforma psiquiátrica e saúde mental**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática – Conferências pelo Brasil**. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

BELO HORIZONTE. Relatório final da II Conferência Municipal de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte. Belo Horizonte. 2001.

BELO HORIZONTE. Resolução 21/03. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 25 de Novembro de 2003, edição 5691.

BELO HORIZONTE. Arte promove a saúde de crianças e adolescentes com dificuldades de sociabilização na região leste. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 1 de Novembro de 2007, edição 2961.

BELO HORIZONTE. Convenio que entre si celebram o município de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais. Processo 01.114704.08.04. Belo Horizonte, 2008.

BELO HORIZONTE. Parque Nossa Senhora da Piedade recebe oficina de música. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 30 de abril de 2009, edição 3329.

BELO HORIZONTE. Esquete teatral incrementa reunião do Arte da Saúde na Pampulha. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 21 de Junho de 2011, edição 3852.

BELO HORIZONTE. Projeto Arte da Saúde Promove protagonismo e socialização. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 27 de Fevereiro de 2015, edição 4752.

BELO HORIZONTE. Convênio que entre si celebram o município de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais. Processo 01.059176.19.79. Belo Horizonte, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 13563, 13 de julho de 1990.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde 080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 26 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 9 fev. 2002.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, seção 1, n. 12, p. 59, 13 de junho de 2013.

BUENO, Rinaldo Conde. **O pensamento de Franco Basaglia**: dos caminhos da saúde mental italiana a uma vivência prática em Trieste. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

CAMPOS, Cezar Rodrigues. **Cidadania, sujeito, Cersam e manicômios**. Metipolá - Revista do Cersam Leste, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, 1997.

CELLARD, André. A análise documental. In: Poupart, J et al. (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoque epistemológicos e metodológicos. 3a ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p.295-316.

CIRINO, Oscar. O descaminho daquele que conhece. In: **Da psiquiatria infantil à clínica da criança** - fascículos FHEMIG. Belo Horizonte: FHEMIG, 1992. vol. 7, p. 37-83.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atendimento em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2005. Impresso.

COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da. A contrarreforma na saúde e sua expressão na saúde mental: a instrumentalização do direito na saúde mental. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Org.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz; CARNEIRO, Carla Bronzo L.; VEIGA, Laura. Desafio e inovação em políticas públicas: programa para crianças e adolescentes em situação de risco. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 3, 1997.

COSTA-ROSA, Abílio da et al. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2000.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p.17-40, 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 271-279, 2016.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-8, 2008.

CUSTODIO, Andre. Teoria da proteção integral: pressuposto para compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do direito**, n. 29, p. 22-43, 2008.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DEVERA, Disete; DA COSTA ROSA, Abílio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 20-20, 2007.

DOMINGUES, Márcia et al. [Carta] 15 de out. 2014, Belo Horizonte [para] Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2014. Impresso.

FERNANDES, Natália; TREVISAN Gabriela de Pina. Cidadania ativa na infância: roteiros metodológicos. In: ALBERTO, Maria de Fátima Pereira; LUCAS, Antonia Picornell (organização). **Experiencias mundiales de ciudadanía de la infancia y Adolescência**. João Pessoa: Editora UFPB, 194p., 2018.

FLICK, Uwe. Utilização de documentos como dados. *In*: Flick, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.230-237.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Projeto Arte da Saúde: menção honrosa no Prêmio Itaú/Unicef. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 1999. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Ficha de inscrição – 2001 – Premio Itaú/Unicef. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2001. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Roteiro para apresentação de Projeto (à AMENCAR). Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [2003?]. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Centro Cultural do Projeto Arte da Saúde. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2003. Impresso.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 26ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00059116, 2016.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde. Avaliação Oficinas Arte da Saúde. Acervo institucional de Adriano de Sousa Gonçalves. Belo Horizonte, 2019a. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações para execução de atividades do Projeto Arte da Saúde. Acervo institucional de Adriano de Sousa Gonçalves. Belo Horizonte, 2019b. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Plano de trabalho Arte da Saúde – 2020-2021.pdf. Belo Horizonte, 15 de maio de 2020. 1 arquivo (800kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GOMES, Telma. Arte da Saúde: projeto cria oficinas para crianças com dificuldades de aprendizagem. **Diário da Tarde**, Belo Horizonte, 3 de Nov. 1999.

GOULART, M.S.B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. SPE, p. 194-213, 2015.

GULJOR, Ana Paula; AMARANTE, Paulo. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 242, p. 635-656, 2018.

JUCA, Vlândia; Laís FLORES, Redes de Assistência e de Proteção como dispositivos de Resistência à Institucionalização prolongada e à Tanatopolítica. *In*: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; MOYSÈS, Maria Aparecida Affonso (Orgs.). **Saúde mental infanto-juvenil**: Territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, v.14, n.2,p.55-73, 2015.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 147-69, 2016.

LEVI-STRAUSS, Claude. Aula Inaugural. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975 apud MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LIMA, Miguel M. Alves. O Direito da Criança e do Adolescente: fundamentos para uma abordagem principiológica. Tese (Doutorado em Direito) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001 apud CUSTODIO, Andre. Teoria da proteção integral: pressuposto para compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do direito**, n. 29, p. 22-43, 2008.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Editora Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Rucitec Editora, 2020.

LOBOSQUE, Ana Marta; ABOU-YD, Miriam. A cidade e a loucura: entrelaces. In: Reis, A.T. et al. (Org.), **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, p. 243-264, 1998.

LOPES, Ricardo Cortez; CAREGNATO, Célia Elizabete. O estranhamento e a desnaturalização por dentro: da educação autônoma para a educação autêntica. **MovimentAção**, v. 3, n. 5, p. 56-74, 2016.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 399-407, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental - linha guia**. Belo Horizonte, 238p, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, n. 40, 2018.

MISOCZKY, María Ceci Araujo. A relação entre cidadania ativa e administração pública municipal na configuração de uma formação político-organizacional: os casos do Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte e do Orçamento Participativo de Porto Alegre. Trabalho apresentado no *XIV Concurso de Ensayos y Monografías del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública: Administración Pública y Ciudadanía*, Caracas, 2000. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/585102/a-rela%C3%A7%C3%A3o-entre-cidadania-ativa-e-administra%C3%A7%C3%A3o---siare>. Acessado em: 16 de Novembro de 2019.

MISOCZKY, María Ceci Araujo. Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte: admitir que a loucura existe cria uma realidade. In: Fujiwara, L.M.; Alessio, N.L.N.; Farah, M.F.S. (Orgs.) *Vinte Experiências de Gestão Pública e Cidadania 1998. Programa Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 1999.

MORAIS, Rosangela Aparecida Rodrigues. **O cuidado prestado às crianças e aos adolescentes nas situações de urgência e de crise: o centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Betim**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Rene Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018.

MOREIRA, Tábata Christie Freitas. **Política de saúde mental no município de Belo Horizonte: o papel das ideias, dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização**. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2013.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola. Campinas: Mercado de Letras, 2001 *apud* SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 506-514, 2014.

NAJMANOVICH, Denise. De la pedagogía de la crueldad a la ecología de los cuidados. Palestra proferida no VI Congreso de AUDEPP e X Congreso de FLAPPSIP. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_kghQR2BZKM&t=533s>. Acessado em 25 mai 2021.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 445-450, 2001

NOVAES, Ana Paula.; ZACCHÉ, Karen; SOARES, Marta. Centros de Convivência: novos contornos na cidade. Nilo, K. et al. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**, p. 161-167, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas: OMS/OPAS, 1990.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos da Criança. 1989. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convdir_crianca.pdf >. Acessado em: 20 de junho de 2021.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; Miriam Süsskind BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, 575-584, 2005.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção., TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 2014 *apud* AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 2067-2074, 2018.

PASSOS, Isabel Friche. Construção e desconstrução de demandas: uma cartografia dos dispositivos de saúde mental infanto-juvenil da cidade de Belo Horizonte. **Cad. Bras. De Saúde Mental**, v.4, p.248-251, 2012.

PAULA, Valéria de. Projeto Arte da Saúde na Região Leste de Belo Horizonte, aposta na arte para resgatar cidadania de crianças especiais. **Caderno de reportagem**, 2000. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2000. Impresso.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 255-262, 2008.

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo; JÚNIOR, Aluisio Gomes da Silva. Integrality in the population's health care programs. **Ciencia & saude coletiva**, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.

PITZER, Gracielle Mendes Zainotte. **Avaliação do conhecimento dos enfermeiros da Atenção Básica sobre o Programa Arte da Saúde**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

RAUPP, Luciane; MILNITSKY-SAPIRO, Clary. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde e sociedade**, v. 14, p. 60-68, 2005.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 205-218, 2005.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 506-514, 2014.

SANTOS, Danielle Christine Moura et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 845-850, 2011.

SANTOS, Wanderley Moreira. Oficinas de arte com crianças e adolescentes: modos de subjetivação e cuidado de si. **Paidéia**, v.9, n.13, 2012.

SARMENTO, Manuel Jacinto; FERNANDES, Natália; TOMÁS, Catarina Almeida. Políticas públicas e participação infantil. **Educação, Sociedade & Culturas**, nº 25, p.183-206, 2007.

SARMENTO, Manuel Jacinto. 1ª Conferência: Cartas de ciudadanía de la infancia. *In*: RUBIO, Pedro et. Al. **VIII Encuentro La Ciudad de los niños: Infancia y ciudadanía**. Madrid: Acción Educativa, 2014.

SCHERER, Giovani Antônio. **Serviço social e arte: juventudes e direitos humanos em cena**. São Paulo: Cortez, 2013. Disponível em <<https://pt.scribd.com/read/472871208/Servico-social-e-arte-Juventudes-e-direitos-humanos-em-cena>>. Acessado em 14 de maio de 2021

SILVA, Ilse Gomes. A reforma do Estado brasileiro nos anos 90: processos e contradições. **Lutas Sociais**, n. 7, p. 81-94, 2001.

SILVA, Mônica Eulália. Crianças invisíveis: reflexões sobre o percurso histórico de construção da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes em Minas Gerais. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 4, n. 7, p. 61-78, 2011.

SILVA, Berenice Lira da; SILVA, Alessandra Ximenes da. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, v. 23, n. 1, p. 99-119, 2020.

SILVA, Cinthia Maria Gomes. Projeto Arte da Saúde – Relatório D.S. Pampulha. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2009. Impresso.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações rurais & agroindustriais**, v. 7, n.1, 70-81, 2005.

SÍNTESE das diferenças entre arte da saúde e programa de socialização infanto-juvenil. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [2007?]. Impresso.

SIQUEIRA, Márcia. Crianças falam com Arte. **Estado de Minas**, 1996.

SOUZA, Vanessa Teixeira. **O direito da criança à educação infantil**. Trabalho de conclusão de curso – Departamento de serviço social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.71. 2008.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Política de Saúde mental para Crianças e Adolescentes sob a ótica antimanicomial. *In*: Seminário da Infância e Juventude de Betim. Betim, 2002b. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2002a. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. A questão da adolescência numa perspectiva “antimanicomial. *In* CONTINI, Coordenação Maria de Lourdes Jeffery, et al. **Adolescência e Psicologia Concepções, práticas e reflexões críticas**, 2002b.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Saúde mental no contexto das Unidades Básicas de Saúde. *In: Seminário da Atenção Básica do Município de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 2004. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2004. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Cidadania com Arte. **Revista Diálogos**, Brasília, 2006. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2006. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Projeto Arte da Saúde: Ateliê de Cidadania. *In: NILO, K. et al. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria municipal de Saúde, 2008. 255p.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciencia& Saúde Coletiva**, v.22, p. 1933-1942, 2017.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

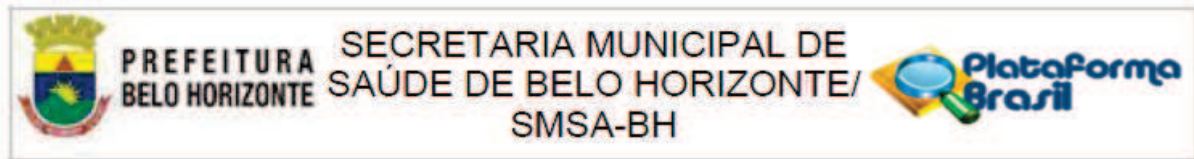
TRAJANO, Ana Rita Castro; SILVA, Rosimeire. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n.3, 16, 2012.

UNTOIGLICH, Gisela. De prevenciones y predicciones. La clínica y el cuidado como política. *In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; MOYSÈS, Maria Aparecida Affonso (Orgs.). Saúde mental infanto-juvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v.44, 2014.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; LEITE, Loiva dos Santos; CADONÁ, Eliane. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 24, p. 01-21, 2017

ANEXO A – Parecer do Conselho de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: A CONSTITUIÇÃO DO PROJETO ARTE DA SAÚDE - ATELIÊ DE CIDADANIA**Pesquisador:** Celina Maria Modena**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 29116920.3.3001.5140**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH**Patrocinador Principal:** Instituição Instituto René Rachou/FIOCRUZ Minas**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 4.081.192**Apresentação do Projeto:**

Segundo a Pesquisadora, considerando-se a relevância do Projeto Arte da Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes do município de Belo Horizonte e considerando-se o objeto de pesquisa a reconstrução histórica do Projeto Arte da Saúde, a metodologia deste estudo se dará a partir da abordagem qualitativa desenvolvida em duas etapas: 1ª) análise histórica documental; 2ª) entrevistas semi-estruturadas e questionário estruturado. Deste modo, este estudo abrange a caracterização das oficinas desenvolvidas no Projeto Arte da Saúde atualmente com intuito de descrever a atual configuração do Projeto no município de Belo Horizonte.

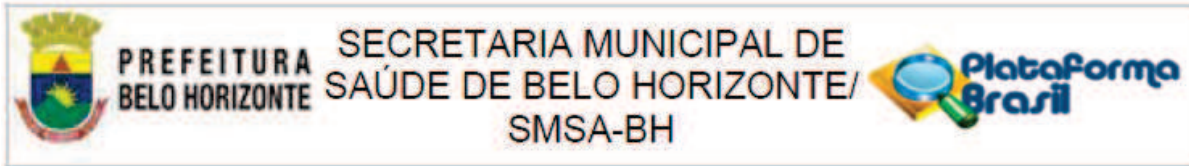
A coleta de dados neste estudo se dará a partir de três fontes de dados: a primeira documental, a segunda através de entrevistas com pessoas chave e a terceira por questionário estruturado.

Coleta de dados da primeira etapa – Análise Histórica Documental: nesta etapa serão coletados documentos de diferentes naturezas (técnica, administrativa, jurídica, artística, textuais ou iconográficos, etc.) para posterior análise.

Coleta de dados da segunda etapa: nesta etapa será utilizada a organização proposta por Minayo (2010) para o trabalho de campo, de modo que suas considerações práticas serão aplicadas nesta etapa do trabalho. O Termo de consentimento Livre e Esclarecido deverá ainda ser apresentado e explicado para obtenção do consentimento e sua assinatura dos participantes (EM ANEXO).

Entrevistas semiestruturadas: serão realizadas a partir de um roteiro de entrevista apropriado, previamente elaborado pelas pesquisadoras (EM ANEXO), com questões disparadoras que

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE**Telefone:** (31)3277-5309**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.081.192

permitam a análise e compreensão dos discursos de acordo com o objetivo proposto pelo estudo.

Questionário estruturado: a aplicação do questionário estruturado (EM ANEXO) visa obter informações de natureza descritiva sobre o Projeto Arte da Saúde. Nas pesquisas qualitativas os questionários têm um lugar de complementaridade em relação às técnicas de aprofundamento qualitativo (MINAYO, 2010). O instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras com base em bibliografia específica e na experiência de trabalho. As variáveis estudadas a partir deste instrumento incluem: quantidade de oficinas e participantes; financiamento e custos operacionais; território e rede; formação dos profissionais; família; funções organizacionais.

Critério de Inclusão:

Ser trabalhador ou gestor de serviço relacionado ao Projeto Arte da Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte desde a constituição do projeto até o momento atual que tenham interesse e disponibilidade para participar da pesquisa e assinem o TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o processo de constituição e as práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania no contexto da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte.

Objetivo Secundário:

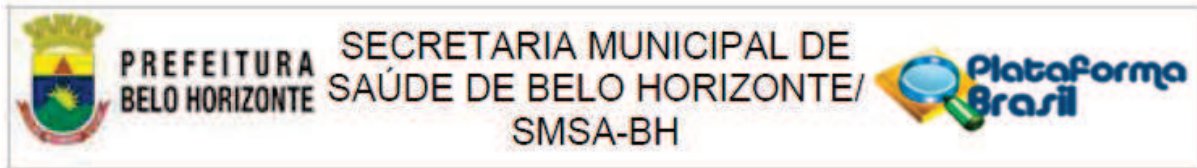
I) Identificar fatores no contexto sócio-político do município de Belo Horizonte que contribuíram a instauração do Projeto II) Compreender as principais concepções que norteiam as práticas ofertadas às crianças e adolescentes no Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania. III) Identificar e analisar possíveis transformações das concepções do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania ao longo de seu desenvolvimento. IV) Analisar as principais características do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de cidadania e das oficinas ofertadas V) Identificar e analisar as relações entre o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o SUS, em seus princípios e diretrizes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por tratar-se um estudo em que a coleta de dados se dará em local familiarizado pelos participantes, à escolha dos mesmos, com alterações mínimas de seu cotidiano, considera-se que os riscos expostos pela participação neste estudo são de magnitude mínima. Possíveis riscos físicos não se relacionam diretamente à pesquisa, dado que não serão propostas tarefas ou

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.081.192

atividades físicas, diferentes de uma entrevista. Caso haja necessidade de deslocamento para participação em coletas de dados, os riscos serão minimizados por orientações e suporte a cada participante sobre seu deslocamento do seu local de origem ao local da coleta de dados a ser definido pelo próprio participante. Possíveis riscos psicológicos, tais como, modificações das emoções, stress, irritabilidade, diminuição da autoestima, causados pela evocação da memória ou quaisquer alterações negativas na relação entre pesquisador e participante serão detectadas ao menor sinal e minimizadas a partir do acolhimento eficiente da pesquisadora trabalhadora da rede de saúde mental. Riscos sociais serão observados e devidamente contidos, tais como, proteção da confidencialidade e proteção do vínculo entre participantes da pesquisa e o Projeto Arte da Saúde, ora estudado. Não há riscos econômicos correlacionados a participação nesta pesquisa, uma vez que não gera custos ao participante. Caso haja necessidade, por ventura, de algum deslocamento adicional que gere custo ao participante este será integralmente ressarcido. Importante destacar que ao detectar qualquer risco iminente ao participante a pesquisa será interrompida até que seja garantida a total segurança do mesmo, além de ser oferecida

assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Para reduzir consideravelmente os riscos relatados acima serão adotadas algumas estratégias, quais sejam: qualificação do pesquisador participante na coleta de dados, substituição dos procedimentos de pesquisa sempre que identificado algum desconforto ao participante, acompanhamento constante dos aspectos éticos envolvidos. Benefícios:

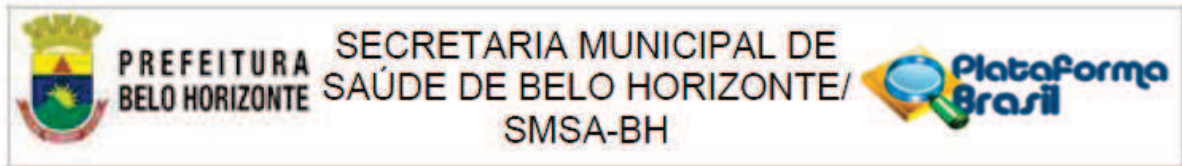
Os benefícios diretos esperados com a realização desta pesquisa aos participantes referem-se ao estreitamento de laços e ampliação de seu vínculo com o próprio Projeto Arte da Saúde, uma vez que permite ao participante uma análise rica de sua participação nos processos do Projeto e sua importância nele. Os benefícios indiretos relacionam-se a ampliação do conhecimento (dissertação; divulgação e artigo científico; relatório e

apresentação devolutiva aos serviços de saúde e participantes envolvidos) sobre a prática cotidiana de cuidado com crianças e adolescentes em vulnerabilidade. Outro possível benefício esperado é maior visibilidade e uma maior valorização do Projeto Arte da Saúde pelos gestores públicos, trabalhadores e pela própria sociedade e o resgate histórico deste projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na compreensão do processo de constituição e as práticas de cuidado do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania no contexto da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.081.192

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Celina Maria Modena e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

Após o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 3.978.892, o TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e CEPs envolvidos em sua revisão ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, verificando o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 3.978.892 e tendo o mesmo cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: A CONSTITUIÇÃO DO PROJETO ARTE DA SAÚDE - ATELIE DE CIDADANIA.

Considerações Finais a critério do CEP:

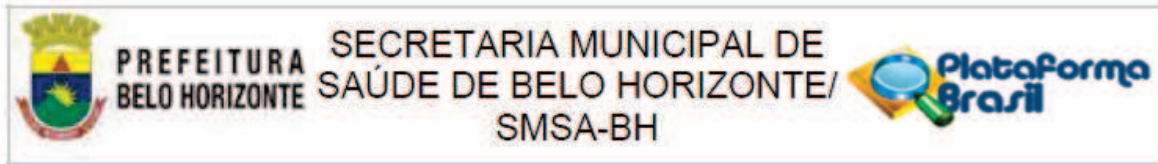
Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.081.192

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1527479.pdf	09/06/2020 12:44:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_corrigido.docx	09/06/2020 12:42:19	Celina Maria Modena	Aceito
Outros	matriz_responsabilidades.docx	14/02/2020 15:51:36	Celina Maria Modena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	12/02/2020 15:20:07	Celina Maria Modena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.docx	12/02/2020 15:19:48	Celina Maria Modena	Aceito
Outros	Termo_anuencia_PBH.pdf	12/02/2020 15:19:35	Celina Maria Modena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Junho de 2020

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

APENDICE A – Relação de Documentos que compuseram o Corpo de Análise

ARTE da Saúde: Ateliê de Cidadania. Fórum Mineiro de Saúde Mental; Cáritas Brasileira; Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Carabina Produções de Imagens, 2006. 1 DVD (33 min.).

BELO HORIZONTE. Resolução 21/03. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 25 de Novembro de 2003, edição 5691.

BELO HORIZONTE. RESOLUÇÃO Nº 006/04. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 24 de Março de 2004, edição 2083.

BELO HORIZONTE. Proposição de Lei nº 1094/04 [veto]. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 18 de Janeiro de 2005, edição 2284.

BELO HORIZONTE. Arte promove a saúde de crianças e adolescentes com dificuldades de socialização na região leste. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 1 de Novembro de 2007, edição 2961.

BELO HORIZONTE. Extratos. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 7 de outubro de 2008, edição 3193.

BELO HORIZONTE. Projeto de inclusão social inicia-se pela região. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 3 de Dezembro de 2008, edição 3233.

BELO HORIZONTE. Venda de produtos artesanais incentiva integrantes de programas sociais da prefeitura. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 27 de Fevereiro de 2008, edição 3038.

BELO HORIZONTE. Convenio que entre si celebram o município de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais. Processo 01.114704.08.04. Belo Horizonte, 2008.

BELO HORIZONTE. Parque Nossa Senhora da Piedade recebe oficina de música. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 30 de abril de 2009, edição 3329.

BELO HORIZONTE. Projeto arte da Saúde é tema no Fórum da Centro Sul. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 19 de Agosto de 2009, edição 3405.

BELO HORIZONTE. Alunos do Programa arte da Saúde fazem apresentação na Regional Norte. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 23 de Dezembro de 2009, edição 3731.

BELO HORIZONTE. Esquete teatral incrementa reunião do Arte da Saúde na Pampulha. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 21 de Junho de 2011, edição 3852.

BELO HORIZONTE. Branca de Neve ganha nova versão no Centro Cultural Jardim Guanabara. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 23 de Setembro de 2011, edição 3916.

BELO HORIZONTE. Peça “Branca de Neve, ah não!” será apresentada novamente no Jardim Guanabara. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 10 de Dezembro de 2011, edição 3965.

BELO HORIZONTE. Regional leste expõe trabalhos confeccionados por crianças e adolescentes. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 15 de Dezembro de 2011, edição 3968.

BELO HORIZONTECAC São Paulo cedia ação social. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 02 de Janeiro de 2014, edição 4468.

BELO HORIZONTE. Regional noroeste promove evento Arte da Saúde. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 2 de Janeiro de 2014, edição 4468.

BELO HORIZONTE. Apresentações de teatro gratuitas no Centro Cultural Jardim Guanabara focam o combate à dengue. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 11 de Abril de 2014, edição 4536.

BELO HORIZONTE. Projeto Arte da Saúde é tema do Fórum da Criança e do Adolescente na Pampulha. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 9 de Maio de 2014, edição 4552.

BELO HORIZONTE. Projeto Arte da Saúde Promove protagonismo e socialização. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 27 de Fevereiro de 2015, edição 4752.

BELO HORIZONTE. Crianças e adolescentes do Projeto Arte da Saúde vibram com espetáculo no mineirinho. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 30 de Junho de 2015, edição 4832.

BELO HORIZONTE. Ato de Convalidação. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 18 de Julho de 2017, edição 5335.

BELO HORIZONTE. Ata da 11ª sessão plenária ordinária. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 14 de Agosto de 2018, edição 5592.

BELO HORIZONTE. Ato de Convalidação. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 12 de Janeiro de 2019, edição 5691.

BELO HORIZONTE. Termos de Apostila. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 7 de Junho de 2019, edição 5789.

BELO HORIZONTE. Convênio que entre si celebram o município de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais. Processo 01.059176.19.79. Belo Horizonte, 2019.

BELO HORIZONTE. Convênio que entre si celebram o município de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais. Ofício do 1º termo aditivo. Processo 01.059176.19.79. Belo Horizonte, 2020.

CARVALHO, Claudia Martins; TEIXEIRA, Rosalina Martins. Projeto Pitágoras/Arte da Saúde. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [?]. Impresso.

COMISSÃO ORGANIZADORA DO PRÊMIO ITAU/UNICEF. Prêmio Itaú/Unicef 2001. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <artedasaude@bol.com.br> 01 de setembro de 2001. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [2001]. Impresso.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atendimento em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2005. Impresso.

DOMINGUES, Márcia et al. [Carta] 15 de out. 2014, Belo Horizonte [para] Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2014. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Projeto Arte da Saúde: menção honrosa no Prêmio Itaú/Unicef. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 1999. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Ficha de inscrição – 2001 – Premio Itaú/Unicef. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2001. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Roteiro para apresentação de Projeto (à AMENCAR). Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [2003?]. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Centro Cultural do Projeto Arte da Saúde. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2003. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Proposta Sócio-Educativa do Fórum Mineiro de Saúde Mental (Projeto Arte da Saúde). Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [2005? 2007?]. Impresso.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL (FMSM). Roteiro para apresentação de projeto: Programa Mutirão PE Segurança Alimentar Nutricional em MG. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2003. Impresso.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde. Avaliação Oficinas Arte da Saúde. Acervo institucional de Adriano de Sousa Gonçalves. Belo Horizonte, 2019a. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações para execução de atividades do Projeto Arte da Saúde. Acervo institucional de Adriano de Sousa Gonçalves. Belo Horizonte, 2019b. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Folder final.pdf. Belo Horizonte, 09 de fevereiro de 2015. 1 arquivo (3225 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2015. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Folder arte.doc. Belo Horizonte, 17 de junho de 2015. 1 arquivo (497 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2015. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PLANO DE TRABALHO 2015-2016.doc. Belo Horizonte, 30 de maio de 2017. 1 arquivo (74 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2017. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. 2º Termo Aditivo - Cáritas (Arte da Saúde).pdf. Belo Horizonte, 30 de maio de 2017. 1 arquivo (533 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2017. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PLANO DE TRABALHO ARTE 2017-2018 alterado em 300517.doc. Belo Horizonte, 30 de maio de 2017. 1 arquivo (140 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2017. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Justificativa para coordenadores do projeto Arte da Saúde.doc. Belo Horizonte, 11 de julho de 2017. 1 arquivo (18 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2017. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. 2018 Justificativa para continuidade do Projeto Arte Da Saúde.doc. Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2018. 1 arquivo (41 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL 28-05-18 MACDONALDS.doc. Belo Horizonte, 29 de maio de 2018. 1 arquivo (22 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Convênio - Cáritas Arte da Saúde.pdf. Belo Horizonte, 18 de junho de 2018. 1 arquivo (3516 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. 2º Termo Aditivo - Cáritas (Arte da Saúde).pdf. Belo Horizonte, 18 de junho de 2018. 1 arquivo (3314 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. 4º Termo Aditivo - Cáritas (Arte da Saúde).pdf. Belo Horizonte, 18 de junho de 2018. 1 arquivo (15344 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Minuta do Novo Convênio Arte da Saúde - 19062018.doc. Belo Horizonte, 19 de junho de 2018. 1 arquivo (121 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PLANO DE TRABALHO ARTE 2018-2019 MODIFICADO versão final.doc. Belo Horizonte, 25 de junho de 2018. 1 arquivo (198 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Aprovação CCG.pdf. Belo Horizonte, 25 de junho de 2018. 1 arquivo (255 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Planilhas em excel do novo convênio.exe. Belo Horizonte, 14 de agosto de 2018. 1 arquivo (18 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PARECER JURIDICO- 18-09.pdf. Belo Horizonte, 18 de setembro de 2018. 1 arquivo (3103 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Convênio Arte da Saúde - 151018.pdf. Belo Horizonte, 15 de outubro de 2018. 1 arquivo (85 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Perfil para contrato de monitores Arte da Saúde.doc. Belo Horizonte, 16 de outubro de 2018. 1 arquivo (13 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Resumo geral do custo Arte da Saúde (3).exe. Belo Horizonte, 25 de outubro de 2018. 1 arquivo (25 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PLANO DE TRABALHO Aprovado CCG ARTE 2018-2019 com alterações 291118.doc. Belo Horizonte, 29 de novembro de 2018. 1 arquivo (183 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2018. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Função Coordenador Geral arte da saúde.doc. Belo Horizonte, 08 de janeiro de 2019. 1 arquivo (30 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Manual Coordecadora regional arte.doc. Belo Horizonte, 24 de janeiro de 2019. 1 arquivo (64 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PLANO DE TRABALHO Aprovado CCG ARTE 2018-2019 (20-06-2018).doc. Belo Horizonte, 12 de fevereiro de 2019. 1 arquivo (48 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. 5º Termo Aditivo - Cáritas Arte da Saúde.pdf. Belo Horizonte, 13 de fevereiro de 2019. 1 arquivo (7458 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. comparativo.exe. Belo Horizonte, 13 de maio de 2019. 1 arquivo (324 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PLANO DE TRABALHO ARTE DA SAUDE - 2019 formatado em 20052019.pdf. Belo Horizonte, 20 de maio de 2019. 1 arquivo (324 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Caritas Assinado - SOLICITAÇÃO DE NOVO CONVENIO 2019.pdf. Belo Horizonte, 22 de maio de 2019. 1 arquivo (8349 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. GASTOS RUBRICAS ARTE 2019 ATUALIZADA - 02052019.exe. Belo Horizonte, 20 de maio de 2019. 1 arquivo (23 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PLANO DE TRABALHO ARTE DA SAUDE - 2019 revisado em 04062019.doc. Belo Horizonte, 05 de junho de 2019. 1 arquivo (199 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais- Arte da Saúde 2019.pdf. Belo Horizonte, 07 de agosto de 2019. 1 arquivo (12701 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Convenio Arte da Saúde 2019-2020.pdf. Belo Horizonte, 09 de agosto de 2019. 1 arquivo (12386 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. 6º Termo Aditivo - Cáritas Arte da Saúde 2019-2020.pdf. Belo Horizonte, 09 de agosto de 2019. 1 arquivo (12386 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. AVALIAÇÃO OFICINAS ARTE DA SAÚDE - LESTE.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (18 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Parecer da Gaere- Arte da Saúde - NORTE.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (17 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. AVALIAÇÃO OFICINAS ARTE DA SAÚDE - NOROESTE.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (15 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. AVALIAÇÃO Arte –Norte.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (54 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Parecer da Gaere- Arte da Saúde - LESTE.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (16 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. AVALIAÇÃO OFICINAS - PAMPULHA.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (14 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. AVALIAÇÃO OFICINAS - VENDA NOVA.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (14 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Parecer da GAERE Arte da Saúde – NORDESTE.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (1073 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PARECER ARTE SAÚDE - CENTRO SUL.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (19 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Parecer Projeto Arte da Saúde - BARREIRO.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (17 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Parecer Sobre o Arte da Saude - NOROESTE.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (16 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Parecer da Gaere-P Arte da Saúde - PAMPULHA.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (18 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Parecer da Gaere- Arte da Saúde - OESTE.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (17 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. AVALIAÇÃO OFICINAS ARTE DA SAÚDE 2 - CENTRO SUL.doc. Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019. 1 arquivo (20 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. AVALIAÇÃO OFICINAS ARTE DA SAÚDE - 2019 - NE.doc. Belo Horizonte, 30 de setembro de 2019. 1 arquivo (62 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2019. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL Acompanhamento Financeiro Caritas Arte.exe. Belo Horizonte, 10 de janeiro de 2020. 1 arquivo (175 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Plano de trabalho19.doc. Belo Horizonte, 16 de janeiro de 2020. 1 arquivo (14 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL GASTOS RUBRICAS ARTE 2019 -2020 (APOSTILAMENTO).exe. Belo Horizonte, 29 de janeiro de 2020. 1 arquivo (28 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Plano de trabalho Arte da Saúde – 2020-2021.pdf. Belo Horizonte, 15 de maio de 2020. 1 arquivo (800kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Aprovação CCG - 1º termo aditivo convenio Arte da Saúde - 02072020.pdf. Belo Horizonte, 15 de julho de 2020. 1 arquivo (147kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Função Coordenador Geral Arte da Saúde e ref. Tec Saúde mental infancia e adolescencia.doc. Belo Horizonte, 22 de julho de 2020. 1 arquivo (17 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. PROJETO PROGRAMA ARTE DA SAÚDE final (1).doc. Belo Horizonte, 2 de setembro de 2020. 1 arquivo (21 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GERENCIA DE SAÚDE MENTAL. Arte da Saúde APRESENTAÇÃO CMDCA.ppt. Belo Horizonte, 7 de outubro de 2020. 1 arquivo (21840 kb). Acervo institucional. Belo Horizonte, 2020. Eletrônico.

GOMES, Telma. Arte da Saúde: projeto cria oficinas para crianças com dificuldades de aprendizagem. **Diário da Tarde**, Belo Horizonte, 3 de Nov. 1999.

O PROJETO Arte da Saúde promove a 1ª exposição de trabalhos... Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [1998]. Impresso.

PAULA, Valéria de. Projeto Arte da Saúde na Região Leste de Belo Horizonte, aposta na arte para resgatar cidadania de crianças especiais. **Caderno de reportagem**, 2000. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2000. Impresso.

PINTO, Maria Aparecida das G. Pedrozo; TEIXEIRA, Rosalina Martins. Centro de Saúde Santa Inês – Saúde Mental. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [?]. Impresso.

SÍNTESE das diferenças entre arte da saúde e programa de socialização infanto-juvenil. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [2007?]. Impresso.

SIQUEIRA, Márcia. Crianças falam com Arte. **Estado de Minas**, 1996.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. [Carta] 8 de nov. de 1999, Belo Horizonte [para] “Prezados Senhores”, Belo Horizonte. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 1999. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. O Projeto Arte da Saúde e a Luta Antimanicomial. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2000. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Projeto Arte da Saúde busca parcerias. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, [2001?]. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Política de Saúde mental para Crianças e Adolescentes sob a ótica antimanicomial. *In*: Seminário da Infância e Juventude de Betim. Betim, 2002b. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2002. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Projeto do FMSM para Campanha da Fraternidade de 2001. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2001. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Saúde mental no contexto das Unidades Básicas de Saúde. *In*: Seminário da Atenção Básica do Município de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2004. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2004. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Cidadania com Arte. **Revista Diálogos**, Brasília, 2006. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2006. Impresso.

TEIXEIRA, Rosalina Martins. Mesa sobre políticas públicas. *In*: IV Encontro Psicologia nas Gerais: Ciência, trabalho e sociedade. 2009. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2009. Impresso.

TRABALHADORES ARTE DA SAÚDE – LESTE. [Carta] 3 de jun. de 2013, Belo Horizonte [para] Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte. Acervo pessoal Rosalina Martins Teixeira. Belo Horizonte, 2013. Impresso.

APENDICE B – Roteiro para análise documental

1. Tipo de documento: _____
2. Formato e apresentação: _____
3. Nome do documento: _____
4. Autoria ou produção: _____

5. Linguagem (formal, coloquial, imperativa): _____

6. Combinação entre imagens e discurso (adequação, elementos simbólicos)
7. Fatores contextuais relacionados ao Projeto
 - Contexto Social
 - Contexto político
 - Contexto econômico
8. Concepções que norteiam a prática.
9. Mudanças ocorridas em seu percurso histórico
10. Críticas e desafios
11. Questões éticas

APENDICE C – Roteiro para entrevista

Nome do participante: _____

Formação: _____

Função na rede de Saúde (à época de sua participação no Projeto): _____

Função atual: _____

- 1) Fale um pouco sobre sua trajetória no Projeto Arte da Saúde – desde sua chegada nele até os dias atuais ou sua saída.
- 2) Fale um pouco sobre a sua função exercida dentro Projeto. Quais as principais ações essa função exige?
- 3) O que você sabe sobre a história deste Projeto?
- 4) Quais as principais características desse projeto, em sua opinião?
- 5) Quais as principais concepções (princípios, diretrizes, entre outros) deste Projeto, em sua opinião?
- 6) Você identifica mudanças nas concepções e características do Projeto ao longo dos anos?
- 7) (*caso a resposta anterior seja sim*) Quais seriam essas mudanças e de que forma afetaram o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania?
- 8) Quais os principais desafios você enfrentou (ou enfrenta) no Projeto Arte da Saúde?
- 9) Em sua opinião, o que é necessário para enfrentar estes desafios?
- 10) Quais fatores você acredita terem favorecido a implementação do Projeto na Prefeitura de Belo Horizonte?
- 11) Quais fatores você acredita que favoreceram sua ampliação e continuidade ao longo dos anos?
- 12) Em sua opinião, qual a relação entre o Projeto Arte da Saúde e a Política de Saúde Mental da Rede de Belo Horizonte?
- 13) Quais as contribuições que o projeto tem proporcionado às crianças e adolescentes que dele participam?
- 14) Há mais algum comentário que você acha importante dizer relacionado ao nosso assunto e nossa conversa?

APENDICE D – Questionário estruturado

Regional do Município de Belo Horizonte: _____

Coordenadora: _____

Formação da coordenadora: _____

Observação: cada linha numerada corresponde a uma oficina especificamente.

Quantas e quais são as oficinas nesta Regional: _____ no total

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

Quais os locais e horários em que elas acontecem?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

Os locais em que ocorrem são cedidos pela comunidade, alugado ou próprio da PBH? Caso seja alugado, qual valor do aluguel?

- 1) _____

- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

Para cada uma delas, especifique se os territórios estão em área de alta vulnerabilidade.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

Quantas crianças e/ou adolescentes são atendidas em cada oficina atualmente? E quantas vezes por semana?

- 1) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 2) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 3) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 4) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 5) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana

- 6) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
 Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 7) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
 Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 8) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
 Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 9) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
 Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
- 10) Manhã: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana
 Tarde: _____ crianças; _____ adolescentes; _____ vezes por semana

Nome e formação dos monitores de cada oficina.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

Especifique, por favor, **quais** atividades são realizadas **com** as crianças e adolescentes além da proposta de cada oficina. (Por exemplo, atividades de lazer ou educativas, entre outras)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____

10) _____

Qual a faixa de custo mensal, no ultimo ano, para o funcionamento do Projeto nesta Regional?

- () R\$0-500
 () R\$501-1000
 () R\$1001-1500
 () R\$1500-2000
 () R\$2000-2500
 () Acima de R\$2500

Qual a média de custo mensal (aproximada), no último ano, para cada componente apresentado a seguir:

Materiais para oficinas: R\$ _____

Material permanente: R\$ _____

Alimentação: R\$ _____

Transporte: R\$ _____

Atividades externas às oficinas: R\$ _____

Limpeza: R\$ _____

Aluguel: R\$ _____

Como é a participação das famílias, de uma forma mais geral, no Projeto Arte da Saúde nesta Regional?

- () Ótima; () Boa; () Regular; () ruim; () não participam

São realizadas reuniões de familiares? () Sim; () Não

Como é a participação das famílias, nas reuniões de familiares?

- () Ótima; () Boa; () Regular; () ruim; () não participam

Cite os equipamentos da PBH ou do município que encaminham crianças ao projeto nesta regional.

Cite os equipamentos da rede de saúde que compõe a rede de acesso à saúde das crianças e adolescentes que participam do Projeto.

Especifique as principais funções exercidas pela coordenadora nesta regional.

Compras de materiais e insumos para oficinas

Discussão de casos com monitores

Discussão de caso em outros equipamentos

Organização de eventos externos às oficinas

Coordenação de reuniões internas

Participação em reuniões externas

Outros (especifique): _____

Caso deseje, comente sobre suas funções relacionadas acima: _____

Especifique as principais dificuldades relacionadas à **coordenação** deste Projeto nesta Regional.

Encaminhamentos realizados ao Projeto

Encaminhamentos para outros equipamentos de saúde

Entraves jurídicos ou legais

Financiamento e compras

- () Relação com monitor (as)
- () Relação com as famílias
- () Relações de trabalho na regional
- () Relação de trabalho junto à Coordenação de Saúde mental
- () Relação de trabalho junto às demais coordenadoras
- () Outros (especifique): _____

Caso deseje, comente sobre os problemas enfrentados relacionados acima:

APENDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados do participante da pesquisa:

Nome:

Documento de identidade:

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço:

Cidade:

Telefone:

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Práticas de cuidado em saúde mental: a constituição do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania**”, desenvolvida por Maíra Porã Santos, estudante de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (IRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Celina Modena.

O objetivo central deste estudo é compreender o processo de constituição do Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania e identificar os fatores que possibilitaram seu desenvolvimento e continuidade desde 1993, no contexto da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista individual e de um questionário. Nesta entrevista, você poderá falar suas opiniões sobre o Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania e alguns tópicos importantes (história, principais facilitadores e desafios, características e concepções do Projeto Arte da Saúde) para compreensão dos seus significados sobre o Projeto Arte da Saúde. Caso não seja possível finalizar a entrevista em uma única sessão, você será convidado(a) a participar de outra reunião.

A entrevista será gravada e os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora. Os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CPqRR.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não receberá nenhuma penalização caso decida não participar ou desistir. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final deste Termo.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

O benefício relacionado à sua participação é a produção de conhecimentos sobre a temática. Espera-se que tais conhecimentos possam contribuir para reflexões e melhorias Projeto Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania e, conseqüentemente, na prática cotidiana de cuidados em saúde mental com crianças e adolescentes.

Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pesquisador e participante: falar e não ser compreendido, falar e ser questionado, sentir algum incômodo diante de alguma pergunta ou tema. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pelos pesquisadores. Há também a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso você julgue necessário. É garantido a você o ressarcimento relativo à despesas decorrentes da participação nesta pesquisa.

Caso você sofra algum dano associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte das pesquisadoras e das instituições envolvidas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na dissertação de mestrado. Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma, onde deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como a pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IRR, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereços e telefones listados abaixo.

Eu, _____, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste Termo.

Assinatura do Pesquisador

- Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal: Celina Modena
Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto, Belo Horizonte - MG, CEP: 30.190-002
Tel.: (31) 3349-2810 E-mail: celina.modena@minas.fiocruz.br
- Endereço institucional do Pesquisador Assistente e telefone: Máira Porã Santos
Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto, Belo Horizonte - MG, CEP: 30.190-002
Tel.: (31) 99224-0427, E-mail: mairapora@gmail.com
- Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz Minas
Secretária: Bernadete Patrícia Santos
Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto, Belo Horizonte - MG, CEP: 30.190-002
Tel.: (31) 3349-7825 E-mail: cepsh@minas.fiocruz.br
Horário de Atendimento: 09:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira

Local: _____ Data: _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação da entrevista individual e com todas as questões que foram apresentadas neste termo.

Assinatura do Participante