



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

LARA ROSA COBUCCI

ENTRE A CRISE E A CRIATIVIDADE:

Oficinas Expressivas como Estratégia de Cuidado em Enfermaria
de Saúde Mental em Hospital Geral

SÃO CARLOS -SP
2025

LARA ROSA COBUCCI

ENTRE A CRISE E A CRIATIVIDADE:
Oficinas Expressivas como Estratégia de Cuidado em Enfermaria de Saúde Mental
em Hospital Geral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos, para qualificação, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Larissa Campagna Martini Barbosa

SÃO CARLOS -SP
2025

Cobucci, Lara Rosa

Entre a crise e a criatividade: oficinas expressivas como estratégia de cuidado em enfermagem de saúde mental em hospital geral / Lara Rosa Cobucci -- 2025.
108f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Larissa Campagna Martini Barbosa

Banca Examinadora: Marília Gonçalves, Maíra Bonafé

Sei

Bibliografia

1. Saúde Mental. 2. Arte. 3. Psicanálise Winnicottiana. I. Cobucci, Lara Rosa. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Lara Rosa Cobucci, realizada em 03/09/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Larissa Campagna Martini Barbosa (UFSCar)

Profa. Dra. Marília Gonçalves (UFSCar)

Profa. Dra. Máira Bonafé Sei (UEL)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

Dedico a todas e todos nós que, diante das diferentes cores e dores das vida,
continuamos brincando e criando o mundo e a nós mesmas.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, minhas tias Aucelia, Cici, Clélia, Gláucia, Nicéa e meu tio Lúcio, por estarem sempre presentes, me ensinando, com gestos e histórias, sobre amor, diferenças, pertencimento e coletividade. Com vocês aprendi que a vida exige luta, mas também é feita de risadas, afeto e arte. Obrigada pela presença e incentivos sempre.

Ao meu companheiro Rafael, que me acompanha com liberdade, carinho e presença. Obrigada por embarcar comigo e me incentivar em cada loucura e arte que invento, por apoiar meus processos com leveza e verdade. Sua parceria é impulso e acolhimento.

Às minhas amigas e amigos de tantas fases da vida. As que apareceram há tempos e se mantêm presentes mesmo com as mudanças e a distância. Os que cruzaram meu caminho e deixaram marcas em quem eu sou. Os que nasceram no trabalho e tornam os dias mais leves, apoiando na rotina e nas lutas. E os que conheci através da arte, que me ensinaram a importância da expressão e da criação como formas de ser e estar no mundo. Sou grata por cada troca, incentivo e presença.

Aos professores, mestres e colegas que encontrei ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional, obrigada por despertarem inquietações, ampliarem meu olhar e compartilharem saberes que atravessaram não apenas minha formação, mas minha forma de ver o mundo.

À minha orientadora Larissa, que chegou trazendo arte ao meu campo de trabalho e me ajudou a transformar nossa criação em pesquisa. Obrigada por enxergar potência em mim e neste trabalho desde o início, pela escuta disponível, pelo acolhimento, pelo apoio e orientações em cada passo deste processo.

E aos usuários que se dispõem a compartilhar suas histórias e vivências. Obrigada por permitirem que eu os acompanhe em seus processos de reinvenção. E à UFSCar e HU UFSCar por possibilitarem e facilitarem a realização deste projeto.

E haverá outro modo de salvar-se? senão o de criar as próprias realidades?

CLARICE LISPECTOR

RESUMO

A assistência em saúde mental historicamente foi marcada pela segregação, institucionalização e medicalização, negligenciando a individualidade e os direitos dos sujeitos. A partir da reforma psiquiátrica, tem-se buscado um cuidado humanizado, com priorização de tratamentos em serviços abertos, sendo que os leitos em hospital geral destinam-se apenas para casos agudos, com foco em internações breves e a reinserção social. Neste contexto, destaca-se a importância do uso de estratégias de cuidado para além das medicamentosas, que estimulem a singularidade e autonomia. Dentre tais abordagens, estão as oficinas expressivas, que consistem na oferta de atividades artísticas, com espaço de expressão plástica, corporal, musical e verbal. Diferentes autores destacam a importância da arte e cultura para o desenvolvimento humano, sendo um deles o psicanalista Winnicott, que define a criatividade como forma de amadurecimento e expressão pessoal, permitindo ao indivíduo experimentar e explorar o mundo de maneiras únicas e significativas, descobrindo o próprio eu. Embora a literatura aponte para a importância de oficinas expressivas nos cuidados em saúde mental, há uma lacuna de pesquisas sobre a aplicação de tais atividades no contexto de internação em enfermaria de saúde mental em hospital geral. Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo investigar a percepção de usuários e profissionais de saúde sobre oficinas expressivas realizadas neste cenário, analisando seu impacto nos processos de cuidado e na reabilitação psicossocial. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas com usuários internados e questionários aplicados à equipe de saúde. Os dados foram interpretados por meio da análise temática, sendo os achados discutidos à luz da psicanálise winnicottiana. Os resultados apontaram que as oficinas promovem expressão emocional, interação social e estímulo à autonomia, contribuindo para um cuidado humanizado e com foco no sujeito. A análise conceitual indicou que as oficinas podem se dar enquanto espaço de cuidado, colocando-se como ambiente suficientemente bom que, ao oportunizar a geração do espaço transicional, podem favorecer o brincar e estimular a criatividade e a subjetivação. Desta maneira, tais atividades podem favorecer a retomada do amadurecimento rumo à independência, podendo-se relacionar à ideia de reabilitação psicossocial. Sendo assim, este estudo endossa o debate acerca da importância do reconhecimento e ampliação do uso de tecnologias leves de cuidado, incluindo a arte e cultura, como essenciais na reabilitação psicossocial, buscando a garantia dos direitos e da subjetividade das pessoas em sofrimento psíquico.

Palavras chave (DeCS): Saúde Mental; Arte; Psicanálise; Hospitais Gerais; Reabilitação.

ABSTRACT

Mental health care has historically been marked by segregation, institutionalization and medicalization, often neglecting the individuality and rights of those receiving care. With the advancement of psychiatric reform, there has been a shift toward more humanized approaches, prioritizing treatment in community-based services. In this model, psychiatric beds in general hospitals are designated for acute cases, emphasizing short-term admissions and social reintegration. Within this context, the use of non-pharmacological care strategies becomes crucial, particularly those that foster individuality and autonomy. Among these strategies are expressive workshops, which involve artistic activities and offer spaces for plastic, bodily, musical, and verbal expression. Various authors highlight the importance of art and culture for human development, including psychoanalyst Donald Winnicott, who defines creativity as a means of personal growth and expression. For him, creativity enables individuals to experience and explore the world in unique and meaningful ways, leading to the discovery of the self. Although the literature points to the relevance of expressive workshops in mental health care, there is still a gap in research on their application during inpatient treatment in psychiatric wards within general hospitals. Therefore, this study aimed to investigate the perceptions of both users and health professionals regarding expressive workshops conducted in this setting, analyzing their impact on care processes and psychosocial rehabilitation. A qualitative approach was adopted, using semi-structured interviews with hospitalized users and questionnaires administered to the health team. Data were interpreted through thematic analysis, and the findings were discussed in light of Winnicottian psychoanalysis. Results indicated that the workshops promote emotional expression, social interaction, and the stimulation of autonomy, contributing to more humanized and person-centered care. The conceptual analysis suggested that workshops can serve as a space for care, functioning as a “good-enough” environment that, by fostering transitional space, encourages play, creativity, and subjectivation. These activities may thus support the resumption of emotional development toward independence, aligning with the concept of psychosocial rehabilitation. This study reinforces the importance of recognizing and expanding the use of light care technologies, such as art and culture, as essential tools in psychosocial rehabilitation, ensuring the rights and subjectivity of individuals experiencing psychological distress.

Keywords (DeCS): Mental Health; Art; Psychoanalysis; Hospitals, General; Rehabilitation.

LISTA DE IMAGENS

Figura 1. Distribuição de faixa etária.....	36
Figura 2. Nuvem de palavras do Tema 1- “Mente vazia oficina do diabo”.....	42
Figura 3. Nuvem de palavras do Tema 2- “Uma troca”.....	45
Figura 4. Nuvem de palavras do Tema 3- “Uma nova forma de cuidado”.....	47
Figura 5. Nuvem de palavras do Tema 4- “Momento de Expressão”.....	50
Figura 6. “A Liberdade”- Usuário R.M.L.....	61
Figura 7. “Saudade”- Usuário A.H.M.....	63
Figura 8. “Para quem foi”- Usuário W.A.A.D.M.....	64
Figura 9. “Doutora Espetáculo”- Usuário H.L.S.....	67
Figura 10. “A Estrada da Vida”- Usuário R.S.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos participantes.....	35
Tabela 2. Dados Socioeconômicos.....	37
Tabela 3. Caracterização das internações.....	38
Tabela 4. Caracterização da equipe de saúde.....	39
Tabela 5. Temas por entrevista com usuários.....	39
Tabela 6. Temas por questionário com equipe de saúde.....	40
Tabela 7. Incidência dos temas.....	41
Tabela 8. Trechos relacionados ao Tema 1- “Mente vazia oficina do diabo”.....	42
Tabela 9. Trechos atribuídos ao Tema 2- “Uma troca”.....	45
Tabela 10. Trechos relacionados ao Tema 3- “Uma nova forma de cuidado”.....	47
Tabela 11. Trechos atribuídos ao Tema 4- “Momento de Expressão”.....	50

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO PESSOAL E MOTIVAÇÃO.....	13
2 INTRODUÇÃO.....	15
2.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	15
2.2.1. Saúde Mental no Hospital Geral.....	18
2.2.2. Cuidado e Humanização em Saúde Mental.....	19
2.2. ARTE E SAÚDE MENTAL.....	20
2.3. DIÁLOGO COM A TEORIA WINNICOTTIANA.....	23
2.3.1. Teoria do Amadurecimento e outros conceitos essenciais.....	24
2.3.2. Saúde, Criatividade e Cultura.....	28
2.4. ENTRE A CRISE E A CRIATIVIDADE.....	32
3 JUSTIFICATIVA.....	34
4 OBJETIVOS.....	36
4.1 OBJETIVO GERAL.....	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
5 MÉTODO DE PESQUISA.....	37
5.1 CENÁRIO.....	37
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	40
5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES.....	41
5.3.1 Entrevista semiestruturada com usuários.....	41
5.3.2 Consulta aos Prontuários Multiprofissionais dos Usuários.....	42
5.3.3 Questionário semiestruturado com os profissionais.....	42
5.3.4 Participantes.....	43
5.4 ANÁLISE DE DADOS.....	44
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
6 RESULTADOS.....	48
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	48
6.1.1 Usuários.....	48
6.1.2 Equipe de Saúde.....	51
6.2 MAPEAMENTO TEMÁTICO.....	52
6.1.1 Tema 1- Mente vazia oficina do diabo: arte enquanto ocupação e enfrentamento às privações.....	55
6.1.2 Tema 2- Uma troca: arte como ponte para as relações.....	58
6.1.4 Tema 3- Uma nova forma de cuidado: arte enquanto ferramenta de humanização.....	60
6.1.4 Tema 4- Momento de Expressão: arte como criatividade e amadurecimento.....	63
7 DISCUSSÃO.....	69
7.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	69

7.2. EXPLORAÇÃO DOS TEMAS EMERGENTES.....	72
7.2.1. Tema 1- Mente Vazia, Oficina do Diabo: Arte enquanto Ocupação e Enfrentamento às Privações.....	72
7.2.2. Tema 2- Uma Troca: Arte como Ponte para as Relações.....	76
7.2.3. Tema 3- Uma Nova Forma de Cuidado: Arte enquanto Ferramenta de Humanização.....	79
7.2.4. Tema 4- Momento de Expressão: arte como criatividade e amadurecimento.....	81
8 CONCLUSÃO.....	85
9 IMPACTO SÓCIO-POLÍTICO.....	88
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
11 PRODUTOS TÉCNICOS.....	91
11.1 ACERVO.....	91
11.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA EM FORMATO DE CATÁLOGO.....	91
12 PUBLICAÇÕES ASSOCIADAS.....	92
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXO 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM E TEXTO E RESPECTIVA CESSÃO DE DIREITOS.....	100
ANEXO 2 - TCLE Usuários.....	101
ANEXO 3 - TCLE Profissionais de Saúde.....	104
ANEXO 4 - Entrevista Semi-Estruturada com Usuários.....	107
ANEXO 5 - Questionário Semi-Estruturado com Profissionais.....	108

1 APRESENTAÇÃO PESSOAL E MOTIVAÇÃO

Meu nome é Lara, sou nascida em São José dos Campos e fui criada em uma família em que a arte sempre esteve presente, seja no tricô da minha mãe, no bordado e costura das tias ou nos desenhos do meu tio. Fui uma criança bem ativa, sempre interessada por esportes e curiosa pelas conversas e histórias das pessoas ao meu redor, talvez por isso tenha escolhido cursar psicologia.

Mudei-me para São Carlos para realizar minha graduação na UFSCar, onde me interessei por pesquisa e pela psicanálise, encantando-me especialmente ao entrar em um grupo de estudos sobre Winnicott. Durante os estágios, comecei a ter contato com a área hospitalar e da saúde, o que me levou a buscar cursar uma residência multiprofissional em saúde da mulher na UNIFESP, em São Paulo. Esse período me proporcionou uma ampla vivência prática, lidando com os mais diversos casos. Paralelamente, senti a necessidade de aprofundamento teórico e, por isso, realizei um curso de formação inicial em psicanálise no Instituto de Psicanálise Lacaniana.

Após a residência, retornei à minha cidade natal e iniciei minha atuação como psicóloga hospitalar no recém-inaugurado Hospital Regional. Pouco tempo depois, fui convidada a assumir a coordenação da equipe psicossocial, o que me aproximou do universo da gestão hospitalar, SUS e da comissão de humanização, aprofundando meus conhecimentos nessa área. Apesar de valorizar essa experiência, sentia falta da atuação direta com os pacientes, o que me levou a prestar o concurso da EBSERH para o Hospital Universitário da UFSCar, onde estou desde 2019. No HU, trabalhei em diferentes setores, mas acabei me dedicando à enfermagem de saúde mental. Mantendo o interesse pela psicanálise, continuei estudando, especialmente a vertente winnicottiana, por meio de cursos breves.

Em paralelo ao trabalho, sempre busquei manter a prática de atividades físicas e de lazer. E foi quando entrei em uma aula de dança, logo após retornar à São Carlos, que passei a ter um contato mais próximo e pessoal com o mundo da arte. Diferente das experiências com esporte que tive na infância, comecei a notar como a dança me estimulava não só física, mas também mental e emocionalmente.

Percebi que os exercícios de improvisação, de reconhecimento corporal e conexão com o grupo me permitiam um contato comigo mesma e um desenvolvimento da minha criatividade, de forma diferente do que já tinha experimentado com outros tipos de atividades. Assim, comecei a refletir em como poderia integrar o campo da arte em minha prática profissional.

Foi quando, ao encontro de minhas intenções, recebi um convite para participar de um Projeto de Extensão chamado “Conteúdos Emergentes”, que se propunha a trazer oficinas artísticas aos usuários internados na enfermaria de saúde mental, além de realizar exposições das produções. O projeto era coordenado pela professora Larissa Martini, hoje minha orientadora, que, ao perceber meu interesse em retomar os estudos, me incentivou a ingressar no Mestrado Profissional em Gestão da Clínica, onde estou desde 2023.

Assim, ao refletir sobre um tema de pesquisa, pude unir três grandes interesses que me acompanharam ao longo da minha trajetória pessoal e profissional: psicanálise, arte e saúde mental. Desta forma elaborei o atual projeto, que se propõe a analisar, sob o referencial teórico da psicanálise winnicottiana, a potencialidade do uso da arte no cenário de uma internação em saúde mental em hospital geral.

2 INTRODUÇÃO

2.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A compreensão do conceito e os cuidados relacionados à saúde mental evoluíram significativamente ao longo da história, refletindo mudanças culturais, científicas e sociais. Tanto no Brasil quanto no mundo, sabe-se de uma trajetória complexa, envolvendo práticas coercitivas, segregacionistas e excludentes, que aos poucos foram substituídas por abordagens mais integradas e humanizadas, processo que segue em andamento, passando por retrocessos e avanços, exigindo um olhar crítico e esforços contínuos dos atores envolvidos.

Segundo Foucault (1978), a loucura não é uma condição natural, mas uma construção social que varia de acordo com o contexto histórico e cultural, sendo vista como o oposto da razão. Em sua obra, o autor descreve a maneira que sociedades antigas enxergavam a loucura, passando da visão mitológico-religiosa à patológica, e como foram desenvolvidas formas de confinamento e disciplina para lidar com ela. Neste contexto, surgiram os asilos psiquiátricos que, marcados pela opressão, violência e condições precárias, foram usados como forma de controle social e de exclusão de indivíduos considerados desviantes.

Esses espaços, que mais tarde passaram a ser conhecidos como manicômios, tinham como principal propósito recolher e segregar os chamados loucos, bem como outras minorias marginalizadas. Justificavam suas práticas sob o pretexto de promover uma espécie de limpeza social, exercendo a função de disciplina de corpos e comportamentos, em busca da razão e normalização (NUNES, TORRENTÉ e CARVALHO, 2022). Neste contexto, marcado por condições precárias e insalubres, eram utilizados tratamentos morais e disciplinadores como a aplicação de práticas laborais perigosas e abusivas, além do uso abusivo de psicofármacos como ferramenta de controle e silenciamento, sem qualquer respeito aos direitos e individualidade dos internos (PÁDUA e MORAIS, 2010).

Diante de tal cenário que se repetia em diferentes locais, após a segunda guerra mundial, começaram a surgir, na Europa e Estados Unidos, movimentos

contrários a esta forma de tratamento da loucura, defendendo perspectivas humanistas em relação aos cuidados em saúde mental (FIGUEIRÊDO, DELEVATI e TAVARES, 2014).

Resultante da insatisfação com as condições precárias e violências presentes nas instituições psiquiátricas e fortemente influenciada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, emergiu no Brasil na década de 1970, o Movimento da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial, iniciando uma transformação no cuidado em saúde mental (GORCHINSKI, 2022). Contando com a participação de uma ampla gama de atores, incluindo profissionais de saúde mental, usuários de serviços psiquiátricos, familiares, estudantes e coletivos sociais, tal movimento social promoveu conferências, manifestações e campanhas de conscientização, buscando sensibilizar a sociedade sobre a necessidade de desinstitucionalização e criação de políticas públicas que garantissem os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais (AMARANTE e NUNES, 2018).

Assim, a reforma manicomial propôs uma série de mudanças em busca de alternativas que valorizassem a autonomia, a reintegração social e o respeito à diversidade, incluindo a criação de serviços de atenção psicossocial em comunidades, a desinstitucionalização dos pacientes e a valorização do tratamento ambulatorial, baseado na atenção integral, na participação dos usuários e na inclusão social (AMARANTE, 1995).

Como marco importante desta luta, em 2001, foi promulgada a Lei 10.216, também chamada de “Lei Antimanicomial”, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, instituindo a Política Nacional de Saúde Mental. A lei propõe a criação de uma rede de serviços comunitários de saúde mental, com a oferta de tratamentos diversificados e a colocação dos usuários como protagonistas do processo terapêutico. Segundo Peres (2022), esta lei consolida os avanços do movimento da luta antimanicomial, trazendo uma substituição progressiva dos antigos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários e territorializados, que passaram a oferecer um cuidado mais humanizado, centrado na busca da autonomia e cidadania dos usuários.

Para promover melhor organização, resolutividade e acessibilidade dos serviços em saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011 por meio da Portaria nº 3.088 e atualizada pela Portaria GM/MS nº 757 em 2023. A RAPS objetiva atender às demandas apresentadas por pessoas com transtornos mentais ou problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como seus familiares. É composta por seis eixos de diferentes complexidades, que devem atuar de forma integrada. São estes: Atenção Primária em Saúde; Atenção Especializada; Atenção às Urgências e Emergências; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

O modelo proposto indica que os tratamentos ocorram preferencialmente em serviços ambulatoriais e abertos, como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Hospitais Dias. Já o componente de Atenção Hospitalar deve funcionar como retaguarda aos demais pontos da rede e é indicado apenas para o tratamento de quadros agudizados, quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. Nestes serviços devem ser ofertadas internações de breve duração, com vistas à reinserção social, participação familiar e articulação para continuidade do cuidado em outro ponto da RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Peres (2022), analisou os vinte anos da lei da reforma psiquiátrica brasileira, desde a implantação da Lei Antimanicomial. Segundo o autor, ao longo dessas duas décadas, o Brasil experimentou avanços significativos na desinstitucionalização e na construção de uma política de saúde mental mais inclusiva e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, destaca que permanecem desafios, como a resistência de alguns profissionais e a ocorrência de retrocessos políticos, especialmente com a implementação da chamada “Nova Política de Saúde Mental”, marcada pela Portaria nº 3.588/2017, que voltou a priorizar internações psiquiátricas e favoreceu interesses mercadológicos, ameaçando os princípios da reforma.

Apesar disso, a luta antimanicomial permaneceu ativa, com a participação dos trabalhadores do SUS, usuários e familiares, sendo que em 2023 a portaria foi revogada pelo Ministério da Saúde, restaurando as diretrizes da reforma psiquiátrica, fundamentais para assegurar os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a continuidade de uma assistência baseada na liberdade, dignidade e

inclusão social (OLIVEIRA e GARCIA, 2024). Tal situação ilustra que a reforma psiquiátrica e a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico não pode ser dada por encerrada, mantendo-se presente nos dias atuais e nos diferentes cenários de cuidado.

A próxima seção trará um aprofundamento acerca do componente do hospital geral dentro da RAPS, cenário alvo do presente estudo, abordado sobre suas potencialidades e fragilidades. Em seguida, será discutido sobre diferentes ferramentas terapêuticas e a humanização em saúde mental, assim como sua interface com a Política Nacional de Saúde Mental.

2.2.1. Saúde Mental no Hospital Geral

Segundo da Silva (2025), a internação em leitos de saúde mental em hospitais gerais se dá como importante alternativa à internação em hospitais psiquiátricos tradicionais, pois oferece uma abordagem mais integrada e menos estigmatizante. Para tanto, colocam que deve haver uma atuação integrada e uma participação da comunidade no cuidado e na reintegração do usuário após a alta hospitalar.

Para Cruz (2019), as internações costumam ser indicadas em momentos de crise, o que a autora define como um quadro de desorganização e desequilíbrio do indivíduo em relação ao considerado normal em determinado momento sócio histórico, de maneira que o usuário, familiares ou sociedade demandem cuidados imediatos. Conforme preconizado pela RAPS, tais internações devem ocorrer em leitos de hospital geral, sendo de curta e curtíssima duração, com vistas ao restabelecimento das condições clínicas e o seguimento do acompanhamento em outros pontos da rede.

No entanto, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados neste contexto, como a falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com pacientes com transtornos mentais, a falta de estrutura física adequada nos hospitais gerais, a desarticulação entre os diferentes serviços de saúde mental e a falta de humanização (DIAS, GONÇALVES e DELGADO, 2010; ECHEBARRENA e SILVA, 2021). Além disso, em geral o tratamento ainda costuma se dar através de

um modelo de assistência biomédico e fragmentado, com foco na medicalização e com subutilização das demais terapias (PAES et. al., 2013).

No mesmo sentido, Cruz (2019) defende que as formas de tratamento frente às situações de crise em saúde mental podem se revelar como um diagnóstico do modelo de atenção à saúde psíquica no Brasil, questionando se este cuidado é realizado por meio de uma resposta manicomial ou promotora de saúde mental e direitos. A pesquisadora conclui que, em geral, as terapêuticas ofertadas neste contexto tem um enfoque no modelo biomédico, com priorização de medicação excessiva e controle de sintomas, suprimindo a autonomia e negando a participação ativa dos usuários, de maneira contrária ao preconizado pela reforma psiquiátrica e RAPS. A seguir será abordado sobre diferentes ferramentas de cuidado utilizadas no campo da saúde mental, assim como sua interface com a humanização.

2.2.2. Cuidado e Humanização em Saúde Mental

Buscando uma compreensão acerca das diferentes formas de cuidado e com olhar crítico em relação à centralidade do modelo biomédico, Merhy e Feuerwerker (2016) descrevem três tipos de ferramentas utilizadas no campo da saúde: tecnologias duras, leve-duras e leves. A primeira refere-se a intervenções biomédicas e procedimentos técnicos, com fins diagnósticos e terapêuticos, envolvendo equipamentos complexos e seus operadores. A segunda é caracterizada pelos saberes científicos, mediada pelo raciocínio clínico. Por fim, as tecnologias leves se focam no cuidado e no estabelecimento de relações interpessoais entre profissional e usuário.

Franco e Merhy (2012) apontam que o modelo assistencial hegemônico prioriza as tecnologias duras, porém, faz-se necessária uma inversão, com maior valorização de tecnologias relacionais. As tecnologias leves, centradas no acolhimento, escuta e construção de vínculos e participação ativa do usuário, permitem uma abordagem de cuidado e uma relação horizontalizada entre profissionais e usuário, superando modelos assistenciais mecanicistas e promovendo práticas humanizadas em saúde (FRANCELINO e BREGALDA, 2020).

A humanização na área da saúde se trata de um conjunto de princípios e práticas que buscam garantir um atendimento mais acolhedor, respeitoso e centrado

no sujeito, reconhecendo sua singularidade e promovendo autonomia. No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, estabelece diretrizes para qualificar o cuidado e a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada em princípios como a equidade, a integralidade e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários.

Desta forma, a Política Nacional de Saúde Mental e a PNH estão intimamente relacionadas, envolvendo a criação de vínculos, intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade e valorização da subjetividade dos sujeitos, visando a garantia de direitos humanos dos usuários e o combate a práticas de exclusão e violência institucional (DA SILVA SANTOS e LIMA, 2017). Para Da Costa Lima (2021), a inserção da humanização nos cuidados de saúde mental deve ocorrer através do acolhimento, autonomia, protagonismo e corresponsabilidade de cada indivíduo, considerando as dimensões emocionais, sociais e culturais do usuário.

Neste cenário, inserem-se diferentes ferramentas de cuidado e humanização, consideradas tecnologias leves, como é o caso da arte. O próximo capítulo irá abordar sobre arte e saúde mental, explorando a potencialidade de tal prática no contexto terapêutico, social e cultural de pessoas em sofrimento psíquico.

2.2. ARTE E SAÚDE MENTAL

A interlocução entre arte e loucura está longe de ser novidade. Segundo Foucault (1978), a música, dança e espetáculos já eram utilizados como formas de intervenção e cura nos hospitais voltados aos loucos desde o século XII no mundo árabe e na Europa renascentista. Já com o surgimento dos hospícios e a priorização do tratamento moral e medicamentoso, tais práticas passaram a ser abandonadas e silenciadas, porém sendo aos poucos retomadas.

Lima e Pelbart (2007) traçam um histórico desta interface entre arte e saúde mental, trazendo três principais momentos: 1- Até o final do século XIX, a arte aparece enquanto forma de expressão espontânea e não direcionada das pessoas institucionalizadas, revelando as tensões entre normalidade e desrazão; 2- Nas primeiras décadas do século XX, a partir de um interesse da psicanálise e

psiquiatria, a arte passou a ser utilizada como ferramenta diagnóstica e prática terapêutica com foco na remissão de sintomas, ocupando uma função clínica e social, sendo usada para acessar o inconsciente; 3- Nas décadas de 1940 e 1950, período marcado pelo trabalho de Nise da Silveira, a arte ganhou uma função transformadora e terapêutica mais profunda, passando a ser vista como um caminho para acessar e transformar o mundo interno dos pacientes, promovendo não apenas a cura, mas também a criação de novas subjetividades e o contato com a cultura.

A médica psiquiatra alagoana Nise da Silveira foi pioneira na forma como propôs a utilização da arte como recurso terapêutico em hospital psiquiátrico. Considerada inovadora e revolucionária, Nise via a arte como instrumento que permitia que os pacientes desenvolvessem vínculos e se conectassem com suas emoções e com sua criatividade, ajudando-os em sua recuperação e reinserção social (MELO, 2009).

Para Amarante (1995), as práticas culturais e artísticas no contexto da saúde mental podem ajudar a promover a expressão de sentimentos e emoções, permitindo que as pessoas lidem com suas dificuldades de forma mais criativa e saudável, além de contribuir para a construção de uma sociedade mais inclusiva e democrática. Neste sentido, segundo Lima e Pélbart (2007), desde a reforma psiquiátrica a arte não se dá apenas como uma ferramenta para controle e remissão de sintomas, mas passa a ser empregada como estratégia de expressão e promoção de vida e saúde, relacionando-se à cultura.

Especialmente nos CAPS, uma das principais modalidades de cuidado é a oferta de Oficinas Terapêuticas, que consistem em atendimentos em grupo com vistas à expressão, socialização e integração social. São categorizadas em três tipos: Oficinas Geradoras de Renda, que promovem aprendizado de atividades laborais e geradoras de renda; Oficinas de Alfabetização, focadas na escrita e leitura para reconstrução da cidadania em usuários que não frequentaram a escola; e Oficinas Expressivas, que envolvem a oferta de atividades artísticas, com espaço de expressão plástica, corporal, verbal, fotografia e teatro (BRASIL, 2004).

Lima (2004) descreve as oficinas expressivas como espaços versáteis e flexíveis, que promovem a auto expressão, autoconhecimento, redução do estresse

e ansiedade, melhoria da autoestima, desenvolvimento de habilidades sociais e estímulo à criatividade. Além disso, a autora aponta que as oficinas proporcionam elaboração e integração de experiências vividas na instituição e além dela, permitindo a construção de uma narrativa pessoal da qual o sujeito pode apropriar-se.

Em consonância, as autoras Pádua e Morais (2010) pontuam que as oficinas expressivas podem contribuir para a inclusão social de pessoas com transtornos mentais ao promover a produção de novas subjetividades. Além disso, essas atividades propõem a inclusão de múltiplas singularidades e um acolhimento às diversas formas de linguagem, não apenas aquelas restritas ao verbal, contribuindo a quebrar barreiras sociais e culturais que muitas vezes excluem pessoas com transtornos mentais.

Assim, a arte passa a ser aplicada não apenas com fins terapêuticos relacionados ao controle de sintomas, mas como oportunidade de os sujeitos expressarem suas experiências, seu sofrimento e sua visão de mundo, ganhando uma dimensão ética e política (CAVALLINI, 2020).

Tal pensamento é compartilhado por Rivera (2023), que faz uma ressalva em relação ao uso termo “cuidado”, descrevendo que o ato de cuidar implica em uma relação de poder e está relacionada à ideia de controle de sintomas. Nesta perspectiva, a autora defende que deve-se realizar uma prática crítica do cuidado, onde há uma priorização da relação horizontalizada, salientando que o campo da produção artística deve ser tomado como um local de construção de realidade, onde “cada um encontra o outro e encontra-se como outro” (RIVERA, 2023, p. 41).

Nesse sentido, Amarante (2012) destaca a produção artística como uma ferramenta de valorização da identidade e da diversidade das pessoas com sofrimento psíquico, promovendo autonomia e contribuindo para a transformação do imaginário social sobre a loucura. Como um exemplo de tal aplicação, cita-se a realização da oficina “Loucos pela Diversidade: da Diversidade da Loucura à Identidade da Cultura”, que aconteceu em 2007 promovida pelo Ministério da Cultura, com o objetivo de construir propostas de políticas públicas culturais voltadas para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social. O relatório da oficina descreve sobre o caráter artístico-cultural da proposta,

valorizando a arte enquanto forma de produção cultural, geração de inclusão e valorização das singularidades (BRASIL, 2008).

Hinkel e Soler (2022) realizaram um levantamento crítico da produção científica acerca de ações de reabilitação psicossocial relacionadas à arte, publicada entre 2008 a 2018. Os autores apontam para uma pluralidade de ações, destacando benefícios que vão além do aspecto terapêutico, alcançando estratégias que promovem autonomia e criatividade dos sujeitos. Por outro lado, indicam que muitas experiências se mantêm restritas ao contexto institucional, desfavorecendo o protagonismo dos usuários. Vale destacar que a pesquisa não traz nenhuma ação ou estudo realizado no contexto hospitalar.

Diante das interlocuções entre arte e saúde mental descritas, evidencia-se a importância das práticas artísticas enquanto ferramenta terapêutica, cultural e de expressão da criatividade dos sujeitos no campo da saúde mental. Buscando uma compreensão em profundidade de tais fenômenos, este estudo optou pelo referencial da psicanálise, especificamente a linha winnicottiana, considerando a possibilidade de diálogo e aproximação com tema proposto. A seguir, serão abordados alguns dos principais construtos do autor, assim como uma proposta de interlocução entre seus conceitos, a saúde mental e a arte.

2.3. DIÁLOGO COM A TEORIA WINNICOTTIANA

Donald Woods Winnicott (1896-1971) foi um pediatra e psicanalista britânico cujas contribuições para a psicanálise e a psicologia enfatizaram a importância do ambiente e da relação mãe-bebê para a constituição do sujeito. Sua abordagem se destaca da psicanálise clássica ao priorizar o papel do ambiente no amadurecimento emocional, bem como a criatividade e o brincar como fundamentos da subjetividade humana (ZIMERMAN, 1999).

Considerando a amplitude de sua teoria, é importante destacar que este capítulo não se propõe a abordá-la em sua totalidade, mas sim a destacar os conceitos que estabelecem maior relação com o tema desta pesquisa. Assim, serão explorados aspectos que contribuem para a discussão da interface entre arte e o cuidado no contexto da saúde mental.

A primeira seção tratará sobre a teoria do amadurecimento, assim como conceitos essenciais para sua compreensão, tais como ambiente facilitador, fases do desenvolvimento e os fenômenos transicionais. Em seguida, será abordado sobre saúde, criatividade, brincar e cultura, propondo uma interlocução com a arte e o cuidado.

2.3.1. Teoria do Amadurecimento e outros conceitos essenciais

A teoria do amadurecimento pessoal é considerada a espinha dorsal do trabalho de Winnicott. Para o autor, todo ser humano é munido de uma tendência inata ao amadurecimento que, na presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons, permite que o indivíduo se integre em um ser unitário e caminhe rumo à independência (DIAS, 2003).

Segundo o psicanalista inglês, o ambiente facilitador ou ambiente suficientemente bom acontece quando a mãe ou cuidador consegue adaptar-se e satisfazer as necessidades do bebê conforme elas aparecem, sem falhas ou frustrações maiores do que ele pode tolerar naquele momento do seu desenvolvimento (WINNICOTT, 1954/2021). Por outro lado, o ambiente insuficiente aconteceria quando não há uma adaptação ao bebê, fazendo-o reagir e perturbando sua continuidade de seguir vivendo. Assim, o desenvolvimento inicial satisfatório implica em um “continuar a ser”, isto é, o indivíduo segue por uma linha de desenvolvimento, desde que continue a não ser perturbado (WINNICOTT, 1954/2000).

Inicialmente o indivíduo ainda não é uma unidade, ele está não-integrado, estado natural a partir do qual, através do cuidado adequado e da sustentação, se produz a integração (WINNICOTT, 1988/1990). Para o autor, o desenvolvimento emocional se inicia após a concepção do bebê e segue por toda a vida; não acontece linearmente, ao contrário, tem muitas idas e vindas, mas pode ser dividido em três etapas: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência (WINNICOTT, 1958/2022).

Na fase de dependência absoluta não há uma diferenciação entre bebê e ambiente. Imediatamente após o nascimento, a mãe ou cuidador, que desejavelmente encontra-se em um estado de identificação com o bebê chamado

de “preocupação materna primária”, consegue entender e satisfazer suas necessidades de forma contínua (DIAS, 2003). Assim, caso o ambiente seja suficientemente bom, as necessidades do lactente são supridas à medida que ele as sente, o que gera a experiência ilusória de que ele criou os objetos que recebe, existindo uma sobreposição entre o que necessita e o que ambiente lhe entrega (WINNICOTT, 1954/2000). Nesta condição o bebê pode experimentar sua criatividade originária e, através do gesto espontâneo, sentir que criou o mundo, encontrando aquilo que necessita (DIAS, 2003).

Como um exemplo é citado o ato de mamar, no qual o neonato se move em direção ao seio e de fato o encontra, gerando a sensação de tê-lo criado (WINNICOTT, 1987/2020). Desta forma, o bebê tem uma ilusão de que tudo é criado por ele próprio e começa a formar um mundo interno em que tudo acontece quando ele precisa, processo chamado de ilusão de onipotência (DIAS, 2003). Com a formação desse mundo interno ele começa a desenvolver o *self*, que será o núcleo de sua personalidade. Nesta fase, o cuidador é sentido pelo lactente como parte dele mesmo e os objetos com os quais se relaciona são denominados objetos subjetivos, isto é, que são sentidos como criados por si (WINNICOTT, 1954/2021).

Neste estágio inicial do desenvolvimento, o bebê deve completar três tarefas: integrar-se no tempo e no espaço (integração); alojar a psique no corpo (personalização); e iniciar as relações objetais, isto é, o contato com o mundo externo e a realidade (realização) (WINNICOTT, 1954/2000). Para o avanço satisfatório de cada uma dessas etapas, são necessários cuidados específicos:

À integração no espaço e no tempo corresponde ao segurar ou sustentar (*holding*); o alojamento da psique no corpo é facilitado pelo manejo (*handling*), que é um aspecto mais específico do sustentar, relativo aos cuidados físicos; o contato com os objetos é propiciado pela apresentação de objeto (*object-presenting*) (DIAS, 2003, p. 161).

Após algum tempo, a mãe ou o cuidador começa a impor alguns limites na onipotência do bebê e apresenta pequenas falhas, sendo que vai havendo uma intercalação entre sua presença e ausência, que não pode ser maior do que ele pode suportar (DIAS, 2003). Até que a criança começa a perceber que o leite (seio/

mundo) não é criado por ela, mas vêm de fora, através de alguém que está sempre ali, o que é chamado de primeira desilusão (WINNICOTT, 1987/2020).

Na fase de dependência relativa, o bebê começa a reconhecer que há um ambiente separado dele, iniciando um contato com a realidade. A criança começa a perceber que está com o outro, mudando a forma de se relacionar e brincar e desenvolvendo um interesse por coisas além de si mesmo e da mãe/ cuidador (WINNICOTT, 1958/2022). Neste processo passa a experienciar uma forma intermediária de realidade, entre o subjetivo e o objetivo. Winnicott (1975) introduz os termos “objeto transicional” e “fenômeno transicional” como uma terceira área de experiência, correspondente a uma zona intermediária entre a realidade interna e externa, o que define como área de experimentação.

Winnicott (1975) descreve objetos transicionais como a primeira posse do bebê, citando como exemplos um ursinho, ponta de cobertor ou travesseiro, que são elegidos pelo lactente como substitutos do cuidador nos momentos de desamparo e desilusão presentes na passagem da dependência absoluta para a relativa. Isto é, o objeto transicional coloca-se não como algo totalmente externo, mas como uma representação deste, que não é mais plenamente unida com o bebê. Assim, a transicionalidade marca o início da quebra entre a fusão mãe-bebê, aparecendo um espaço intermediário, chamado de espaço potencial, no qual a criança experiencia tanto a união como a separação (DIAS, 2003).

Os objetos transicionais darão origem à simbolização, que é atingida quando o bebê passa das relações com objetos subjetivamente percebidos aos objetos objetivamente percebidos, demonstrando avanço na jornada de experimentação (WINNICOTT, 1975). A partir deste progressivo contato com a realidade, é dado início ao estágio do uso do objeto, quando estes começam a ser vistos na perspectiva da objetividade, isto é, como “coisa em si mesma” de maneira externa e separada da criança (DIAS, 2003).

O avanço desta etapa faz com que o bebê prossiga para o estado do “eu sou”, quando se dá a conquista de um eu integrado, isto é, a criança separou-se da mãe e conquistou o sentimento de ser real e de existir como identidade. Para o sucesso do processo de diferenciação entre bebê e ambiente, ele deve ser capaz de experimentar sua agressividade voltada ao objeto transicional e à mãe. Quando

o objeto e o cuidador sobrevivem a sua destruição, o lactente percebe que estes não estão sob controle de sua onipotência, dando espaço para vê-los de forma externa e se perceber como uma pessoa inteira (WINNICOTT, 1958/2022).

A sobrevivência da mãe/ cuidador à sua agressividade permite que o bebê integre sua ambivalência, se responsabilize pelos seus sentimentos e atitudes e perceba sua capacidade de reparação, gerando a capacidade de concernimento, isto é, de preocupar-se com o outro. Assim, o indivíduo pode seguir com o desenvolvimento da autonomia emocional e a capacidade de lidar com frustrações, aspectos que marcam a fase de rumo à independência e independência relativa (DIAS, 2003).

Para o autor, o desenvolvimento emocional nunca está completo, sendo passível de idas e vindas não apenas na infância, mas durante toda a vida, a depender do contexto ambiental e situações vivenciadas. Além disso, Winnicott (1954/2021) defende não haver uma fase de independência absoluta, apontando que mesmo na maturidade existe uma dependência em relação ao ambiente, destacando que seria nocivo um isolamento e uma sensação de independência total.

Segundo a teoria winnicottiana, quando há fracasso na conquista de alguma etapa do desenvolvimento, um distúrbio emocional pode se estabelecer, sendo que a natureza do distúrbio está relacionada com seu ponto de origem na linha do amadurecimento. Falhas importantes durante as fases iniciais do desenvolvimento, especialmente na dependência absoluta, levam a quadros psicóticos, onde o indivíduo não conseguiu integrar-se e adquirir o contato com a realidade externa; enquanto os quadros neuróticos e depressivos patológicos estão relacionados a momentos posteriores à conquista da identidade unitária, associados à culpa perante dificuldades da mãe/ ambiente em sobreviver à agressividade do bebê (DIAS, 2008).

Assim, embora reconheça o impacto dos fatores genéticos, Winnicott (1954/2021) coloca o ambiente como determinante para a saúde a presença de uma mãe/ cuidador que se adapte ao bebê/ indivíduo e acompanhe seu desenvolvimento, apontando para um papel essencial do ambiente na construção do psiquismo humano, conforme será explorado no tópico a seguir.

2.3.2. Saúde, Criatividade e Cultura

Segundo a teoria winnicottiana, saúde psíquica acontece quando, a partir da presença de um ambiente facilitador, o indivíduo consegue cumprir a aquisição básica da integração e desenvolver a capacidade da manifestação do gesto espontâneo e da criatividade, de forma a poder seguir vivo e amadurecendo ao longo da vida (DIAS, 2008). Para o autor, saúde não é caracterizada pela ausência de doença ou sintomas, mas pela correlação entre a fase do desenvolvimento atingida e a maturação do sujeito, permitindo a continuidade do ser (WINNICOTT, 1958/2022).

Esta noção se assemelha em partes com o postulado pela OMS, que define saúde não apenas como ausência de doença, mas como estado de completo bem estar físico, mental e social. Tal definição, embora busque trazer um olhar abrangente, é alvo de críticas por seu aspecto positivista e irrealista, deixando pouco espaço para a dimensão da subjetividade, da autonomia e diferenças dos sujeitos em relação às próprias vidas (SEGRE e FERRAZ, 1997). Já Winnicott, também valoriza a importância dos fatores biológicos e ambientais, mas apresentando uma visão mais complexa e menos determinista, apontando para uma flexibilidade na saúde relacionada às variações presentes no processo de amadurecimento (DIAS, 2003).

Conforme apresentado, o desenvolvimento saudável depende diretamente das provisões ambientais adequadas, sendo que falhas no cuidado podem gerar reações defensivas que buscam a preservação do *self*, tais como o aparecimento de distúrbios psíquicos e o desenvolvimento do falso *self* (CAMBUÍ, NEME e ABRÃO, 2016). Segundo Winnicott (1958/2022) o verdadeiro *self* refere-se à expressão autêntica e espontânea da individualidade, que ocorre quando a criança encontra um ambiente suficientemente bom, capaz de responder adaptativamente às suas necessidades, permitindo com que explore o gesto criativo. Em contraste, o falso *self* surge como uma defesa contra ambientes invasivos ou não responsivos, se manifestando como uma adaptação excessiva às expectativas externas e resultando em um modo de existir que encobre a autenticidade do indivíduo. Este estado defensivo pode variar em gravidade, desde adaptações sociais consideradas

saudáveis até formas patológicas marcadas pela submissão, levando a um estado de alienação, perda da autenticidade e vazio existencial, afetando a capacidade criativa e a vivacidade psíquica do sujeito.

Assim, Winnicott desassocia os conceitos de saúde e normalidade, sendo que a última aconteceria com um desenrolar previsível e preestabelecido, enquanto a primeira se daria através de um processo dinâmico, singular e vinculado à experimentação (FRANÇA e PASSOS, 2014). Neste sentido, para o autor, pode haver saúde mesmo na doença, já que esta pode se dar como um movimento em direção ao resgate da vida saudável. Como exposto, saúde está relacionada à continuidade de ser, experiência que é possível quando o indivíduo encontra um ambiente que se adapte a ele, permitindo-o existir e não reagir, desenvolvendo o gesto espontâneo e a criatividade. Por outro lado, diante de um ambiente falho, o indivíduo tende a se defender, congelando ou regredindo seu processo de amadurecimento que, no entanto, pode ser retomado quando volta a encontrar um ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 1988/1990). Assim, a regressão ou estacionamento do amadurecimento podem funcionar como parte do processo de cura, sendo que o crucial é que o indivíduo mantenha a esperança pelo (re)encontro de um ambiente favorável, preservando a busca pela saúde, de forma a reestabelecer o fluxo vital, o gesto espontâneo o amadurecimento e a possibilidade de ter sentido na vida (RODRIGUES e JUNIOR, 2017).

Esse mesmo raciocínio fundamenta o trabalho terapêutico na perspectiva winnicottiana. O analista, assim como a mãe/ambiente suficientemente bom, deve adaptar-se às necessidades do indivíduo, indo ao seu encontro e ofertando aquilo que necessita no momento do amadurecimento em que está, o que envolve o desenvolvimento de confiança e da relação interpessoal (WINNICOTT, 1954/2021). Para o autor, a terapia é a área de intersecção entre “o brincar do analista” e o “brincar do paciente”, destacando a importância do manejo no *setting* analítico, como forma de facilitar com que o paciente retorne a seu processo de amadurecimento e integração, aproximando-se da saúde (DIAS, 2023).

Dessa forma, a saúde mental, segundo o psicanalista inglês, está intimamente ligada à possibilidade de se expressar criativamente, brincar e de viver de acordo com o verdadeiro *self*. Winnicott (1975) define criatividade como forma de

expressão pessoal, que permite ao indivíduo experimentar e explorar o mundo de maneiras únicas e significativas. O autor situa a criatividade em contraponto à submissão à uma realidade externa. Para ele, viver criativamente é o estado saudável e faz com que o indivíduo sinta que a vida é digna de ser vivida. Já a submissão, onde o mundo e seus pormenores colocam-se como algo a que ajustar-se ou adaptar-se, está relacionada a um sentido de inutilidade e não importância da vida, sendo considerada a base para um viver doentio.

Winnicott (1975) compreende o brincar como uma experiência essencial para o desenvolvimento psíquico e emocional, que acontece em um espaço intermediário entre a realidade interna e externa, o chamado espaço potencial. É através do brincar que o indivíduo exerce sua criatividade, experimenta, simboliza e atribui significados às suas vivências e concepções imaginativas, podendo, assim, avançar no amadurecimento e na integração do *self*. Para o autor “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar a sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (WINNICOTT, 1975, p. 80).

Desta maneira, o brincar leva à experiência cultural, onde será desenvolvido o contato com as artes e demais domínios da herança humana, como mitos, filosofia e religião (WINNICOTT, 1954/2021). Segundo Winnicott (1975) a experiência cultural acontece num campo de realidade compartilhada, nem interna, nem externa, isto é, no espaço potencial entre criança e mãe/ cuidador, quando foi desenvolvida uma confiança daquela na permanência desta.

Assim, a cultura está relacionada aos fenômenos transicionais. Para Winnicott, a chamada “terceira área de experiência”, inaugurada nas primeiras fases do desenvolvimento, deve ser mantida durante toda a vida, chegando ao terreno da arte e cultura em geral, como forma de trazer um significado pessoal à realidade “nua e crua”:

Mesmo quando o indivíduo já acedeu ao mundo compartilhado, e mesmo quando, por talento, torna-se capaz de criação artística, a criatividade continua sendo, em primeiro lugar, um fenômeno de vida; ela diz respeito ao modo como a pessoa torna-se capaz de se relacionar com a realidade externa, sem perder o sentido da existência (DIAS, 2003, p. 223).

Diante disso, pode-se verificar a relação estabelecida por Winnicott entre saúde e a capacidade para viver experiências culturais, o que leva à reflexão sobre a potencialidade do uso da arte e cultura como recursos terapêuticos em situações de adoecimento e sofrimento psíquico.

Especialmente em contextos nos quais a psicoterapia clássica de longa duração não é viável, como é o caso de internações, evidencia-se a potencialidade da aplicação de diferentes dispositivos e recursos mediadores (AIELLO-VAISBERG, 2017). Neste sentido, Winnicott (1971/2023), apresenta o conceito de Consultas Terapêuticas, modelo de intervenção breve, que, por meio de um ou poucos encontros com utilização de recursos lúdicos, desenho e escuta, proporciona a criação de um espaço transicional onde o paciente pode se expressar de forma criativa, proporcionando acesso à conteúdos emocionais e elaborações profundas. Como outro recurso, Winnicott (1994) descreve o uso do “Jogo do Rabisco” que consiste em uma estratégia terapêutica na qual paciente e analista realizam traços e rabiscos intercalados de forma a completar o desenho um do outro, propiciando a emergência de um espaço transicional com potencial transformador, no qual o paciente consegue expressar questões a partir da experiência compartilhada do brincar com o outro.

A partir do exposto, destaca-se a potencialidade do uso de recursos artísticos aparentemente simples e de baixo custo, como jogos, papel, lápis e tintas, com conduções livres ou estruturadas, que, a partir da possibilidade do encontro terapêutico, favoreçam a expressão criativa e a saúde (DOS SANTOS, 2022), o que será explorado na presente pesquisa.

2.4. ENTRE A CRISE E A CRIATIVIDADE

Conforme descrito, Winnicott associa saúde à capacidade do gesto espontâneo e da criatividade, que depende da presença de um ambiente facilitador, tanto na infância quanto ao longo da vida. Por outro lado, indivíduos que encontram ambientes falhos, tenderiam a desenvolver reações defensivas e experienciar quadros de adoecimento, que aqui pode-se chamar de crise, na qual a criatividade encontra-se paralisada. Nestes casos, como apontado, o sujeito aguarda o reencontro de um ambiente suficientemente bom, que, ao acolher sua criatividade, favoreça uma retomada do processo de amadurecimento e da saúde (WINNICOTT, 1988/1990).

Para Winnicott, o processo terapêutico pode se dar como este reencontro, situando-se como ambiente facilitador que promove, através da sustentação e manejo, um espaço seguro e acolhedor que possibilite a emergência da criatividade e da espontaneidade, essenciais para o amadurecimento emocional e a saúde psíquica (WINNICOTT, 1954/2021). Dentro do espectro terapêutico, incluem-se diferentes ferramentas, como consultas terapêuticas e o desenvolvimento de oficinas, que se estabelecem enquanto ambientes seguros de expressão e contato consigo mesmo e com o outro, permitindo o aparecimento do verdadeiro *self* (BOTELHO-BORGES e AIELLO-VAISBERG, 2011).

Nesse contexto, a arte pode se tornar um recurso privilegiado, proporcionando encontro entre paciente e profissional e funcionando como um espaço transicional que permite ao indivíduo simbolizar suas experiências internas, elaborar conflitos e experimentar novas formas de ser, colocando-se como um espaço potencial de transformação.

Considerando o contexto de usuários internados em leitos de saúde mental em hospital geral, que encontram-se em momentos de sofrimento gerados pelas crises psíquicas agudizadas, questiona-se sobre a possibilidade do uso de oficinas expressivas como geração de um ambiente suficientemente bom que possa propiciar um gesto criativo e assim, favorecer a retomada do amadurecimento, a independência e a saúde.

Em uma intersecção teórica, reflete-se sobre a prática da arte em tal contexto enquanto instrumento que promova a construção de vínculos, a valorização da subjetividade e singularidade e o estímulo ao protagonismo e autonomia dos sujeitos, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Saúde Mental.

Desta forma, com o atual estudo pretendeu-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: qual a percepção dos usuários e da equipe de saúde quanto a aplicação de oficinas expressivas em uma enfermaria de saúde mental em hospital geral?

Hipotetizou-se que as oficinas expressivas dentro de uma enfermaria de saúde mental promovessem um espaço de convivência, construção de vínculos e comunicação verbal e não verbal, estimulassem a organização psíquica e maior autonomia e favorecessem o desenvolvimento da criatividade e retomada do amadurecimento, contribuindo, então, para uma melhora do quadro e consequente alta breve e responsável e a reinserção social.

3 JUSTIFICATIVA

Embora o componente de leitos de saúde mental em hospital geral seja preconizado pela RAPS para tratamento de quadros agudizados decorrentes de agravos psiquiátricos ou uso de álcool e outras drogas, tal dispositivo segue sendo pouco disponibilizado na rede. Além disso, quando está disponível, frequentemente não condiz com as diretrizes de humanização e não promove tratamento e reabilitação adequados, apresentando fragilidades como a falta de profissionais qualificados, perpetuação de preconceito e o estigma sobre a pessoa com transtorno mental, estrutura inadequada e a aplicação de modelos de assistência fragmentados, pautados em uma visão biomédica, preconizando em demasia os tratamentos medicamentosos, com pouca exploração do potencial das demais terapias (BARRETO e FIGUEIREDO, 2019; PAES et. al., 2013).

Conforme exposto anteriormente, estudos apontam para a importância do uso de oficinas expressivas nos cuidados em saúde mental (AMARANTE, 2012; CAVALLINI, 2020; LIMA, 2004; PÁDUA E MORAIS, 2010), porém observou-se que há uma carência de pesquisas específicas sobre a aplicação de tais atividades como forma de instrumento de cuidado no contexto de internação em enfermaria de saúde mental em hospital geral (HINKEL e SOLER, 2022).

Além da lacuna literária, o atual projeto se entrelaça com a experiência profissional da pesquisadora principal deste projeto, que atua como psicóloga em uma enfermaria de saúde mental de um hospital geral. Neste contexto, também se depara com o desafio da garantia de um cuidado qualificado e humanizado, com ações terapêuticas que favoreçam a saída da crise, a reinserção na comunidade e a continuidade dos cuidados em serviços abertos. De maneira similar à descrita na literatura, são observados como principais obstáculos o número reduzido de profissionais, a falta de qualificação específica em saúde mental e carência de instrumentos de trabalho.

A atuação desta profissional se dá com os usuários internados e seus familiares, por meio de atendimentos psicológicos individuais e em grupo, incluindo a realização de grupo de oficinas expressivas. Ao longo dos anos de atuação, foi possível contemplar os impactos positivos desta atividade aos usuários, tanto por

observação direta, como por relato dos mesmos. Pela percepção desta pesquisadora, as oficinas expressivas se configuram como uma potente ferramenta terapêutica e cultural, ao promover um espaço de expressão e compartilhamento de memórias, sentimentos e vivências, tanto de forma verbal, como pela própria atividade artística. Além disso, presumiu-se que as oficinas estimulassem maior autonomia e singularidade e promovessem maiores interações sociais e trocas, gerando redução do sofrimento psíquico e favorecendo a recuperação e alta breve. Assim, as experiências práticas levaram ao questionamento sobre a importância e potencialidades da aplicação de tais oficinas dentro contexto de internação hospitalar em saúde mental.

Desta forma, a realização deste estudo pode oferecer elementos para a ampliação do debate a respeito da oferta de oficinas expressivas como uma estratégia de cuidado no contexto de uma enfermagem de saúde mental em hospital geral. A pesquisa tem, ainda, o potencial de contribuir com o trabalho multi e interdisciplinar da equipe, podendo qualificar ações de cuidado em situações de crise, oferecer subsídios para a identificação de necessidades de saúde e contribuir para a organização dos processos de alta responsável.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as percepções da equipe de saúde e dos usuários internados em enfermaria de saúde mental do Hospital Universitário da UFSCar quanto à aplicação de oficinas expressivas enquanto estratégia de cuidado.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Identificar as percepções dos usuários quanto suas vivências nas oficinas expressivas;
- 2- Compreender como a equipe de saúde percebe a relação entre oficinas expressivas e o cuidado em saúde mental durante a internação;
- 3- A partir da perspectiva dos usuários e da equipe de saúde, discutir, à luz da psicanálise winnicottiana, se as oficinas expressivas podem se configurar como uma estratégia de cuidado.

5 MÉTODO DE PESQUISA

O estudo teve um delineamento transversal e uma abordagem qualitativa, incluindo dois processos de coleta de dados, sendo um junto aos profissionais da equipe e outro abordando a experiência de usuários que participaram de oficinas expressivas.

A pesquisa qualitativa é uma abordagem metodológica que enfatiza a profundidade da compreensão, do contexto e das experiências subjetivas de indivíduos ou grupos. Envolve técnicas que utilizam linguagem, observação e empatia para explorar fenômenos sociais complexos, explorando as perspectivas e experiências dos participantes (MINAYO e COSTA, 2019). Assim, o método qualitativo foi empregado para acessar com maior profundidade a experiência dos usuários participantes no estudo e dos profissionais de saúde inseridos na equipe de trabalho.

5.1 CENÁRIO

O estudo foi realizado na enfermaria de saúde mental do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos.

O Hospital Universitário da UFSCar (HU-UFSCar) é um hospital de ensino localizado na cidade de São Carlos, interior de São Paulo, Brasil. Trata-se de um hospital público de pequeno porte e média complexidade, que atende casos referenciados de São Carlos e região (DRS III). Atualmente conta com os serviços: pronto atendimento, unidades de internação de clínica médica, pediátrica e de saúde mental, UTI adulto e pediátrica, ambulatórios e centro cirúrgico.

Em relação aos serviços da RAPS da região, a cidade de São Carlos dispõe atualmente de CAPS IJ, CAPS AD e CAPS II. Dos demais municípios da DRS III, os aparatos variam conforme recursos e dimensão dos territórios, sendo que alguns têm CAPS I e II, enquanto outros contam apenas com ambulatórios de saúde mental ou serviços de atenção básica de saúde. Conforme determinado pela RAPS, os leitos em hospital são ofertados para momentos de crise, quando outros recursos da rede mostram-se insuficientes.

A enfermaria de saúde mental do HU-UFSCar dispõe de oito leitos mistos (feminino e masculino) para internação de adultos e adolescentes a partir de 12 anos. São ofertadas internações de breve duração a pessoas com quadro clínicos agudizados decorrentes de sofrimento ou transtorno mental ou do uso de álcool e outras drogas. O tempo de internação varia de acordo com a evolução do quadro clínico e psiquiátrico, sendo em média de duas a quatro semanas. O objetivo do tratamento prestado é de promover um cuidado à crise aguda, garantindo condições de reinserção social mais breve possível e seguimento do tratamento em unidade extra hospitalar, como o CAPS ou outros pontos da RAPS.

Em relação ao espaço físico, a enfermaria é um espaço fechado, com entrada através de sistema de abertura eletrônica por crachás, composta por: quatro quartos, com dois leitos cada, um quarto de estabilização, uma sala de atendimentos individuais e em grupo, um consultório para atendimentos e reuniões familiares, uma sala de convivência e uma área externa pequena e gradeada, além de áreas administrativas utilizadas para prescrição, reunião de equipe e preparo de medicamentos. Os usuários têm livre acesso aos quartos e sala de convivência, enquanto os demais espaços são utilizados com acompanhamento de membros da equipe de saúde.

Esta enfermaria conta com equipe de referência de médicos psiquiatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além da equipe matricial multiprofissional, com atuação de psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudióloga, farmacêutica, entre outros. Durante o período de internação, são ofertados atendimentos individuais, em grupos e familiares uni e multiprofissionais, além de reuniões entre a equipe, familiares e com demais pontos da rede.

Além disso, duas vezes por semana são realizadas visitas multiprofissionais, com discussão de caso de todos os usuários internados e elaboração do Projeto Terapêutico Singular. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como um conjunto articulado de propostas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo, resultado de discussões interdisciplinares. Praticado em conjunto com o usuário e familiares, o PTS é um dispositivo de coprodução e cogestão terapêutica que busca atender às necessidades específicas do usuário, considerando não apenas aspectos clínicos, mas também o contexto social, cultural e subjetivo da pessoa,

promovendo assim um cuidado integral, autonomia e reinserção social (DE FATIMA DEPOLE et al., 2022).

Dentre as atividades ofertadas na enfermaria, estão as “Oficinas Expressivas”, objeto de estudo deste projeto. Tal atividade foi iniciada a partir da realização de um Projeto de Extensão vinculado à UFSCar, denominado “Conteúdos Emergentes”, que tem como escopo a realização de atividades artísticas, principalmente pinturas, com os usuários internados na enfermaria. O projeto conta com a participação de estudantes, bolsistas e voluntárias, além de docente e profissionais do hospital.

As oficinas expressivas ocorrem semanalmente, com oferta de atividades em grupo, que favorecem a expressão verbal, não verbal e artística, utilizando diferentes recursos e estímulos, como tintas, pincéis, telas, música, textos, movimentos corporais, etc. As atividades artísticas costumam ser livres, não havendo temas ou indicações diretivas, objetivando proporcionar espaço de experimentação de diferentes materiais e técnicas, além da interação entre usuários e com os profissionais. Além da atividade artística em si, são intermediadas rodas de conversa, com estímulo para que os usuários nomeiem e discorram sobre suas produções, apresentando-as aos demais participantes, assim como relatem sobre suas impressões em relação ao grupo. A oficina é conduzida pela psicóloga da enfermaria e/ou a docente responsável pelo projeto de extensão, podendo contar também com a presença de alunos bolsistas, voluntários e outros membros da equipe de saúde. Os grupos têm duração de uma hora e meia, com dias e horários pré definidos e fixos. A atividade é prioritariamente conduzida em ambiente externo da enfermaria, proporcionando um ambiente acolhedor e humanizado.

Ao final de cada encontro, os usuários maiores de 18 anos são convidados a expor suas obras, tanto em mural permanente no hospital, quanto em outros locais de exposição físicas e virtuais. Caso aceitem, estes assinam o “Termo de Autorização do Uso de Imagem e Texto e Respectiva Cessão de Direitos” (Anexo 1), concordando com a exposição e divulgação das obras. Todas as obras com autorização são fotografadas e armazenadas em acervo digital, contendo as iniciais do usuário, nome da obra dado pelo usuário e data da oficina. As obras físicas

podem ser levadas pelos usuários no momento da alta. Porém, caso optem por não levá-las, estas ficam armazenadas em acervo físico.

A participação nas oficinas é aberta a todos os usuários internados, assim como a seus familiares e acompanhantes presentes no momento da ação, independente da idade ou da participação no estudo. Além disso, o convite para participação na pesquisa independe da autorização do uso da imagem e texto, sendo que os critérios de inclusão e exclusão no estudo estão descritos a seguir.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Usuários:

Foram convidados a participar do estudo usuários internados na unidade de saúde mental, maiores de 18 anos e que tivessem participado ao menos uma vez do grupo de oficina expressiva. Não fizeram parte do estudo pessoas legalmente interditadas e usuários que apresentaram quadro de desorganização psíquica ou agitação psicomotora aguda que impedisse a participação na atividade e na entrevista, conforme avaliação da equipe de saúde.

Destaca-se que, independente da participação no estudo, todos os usuários internados são convidados a participar das oficinas expressivas. Porém, só foram utilizados no estudo os dados referentes aos usuários que preencheram os critérios de inclusão e que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os usuários puderam participar do estudo independente de terem autorizado a divulgação das imagens produzidas.

Profissionais de saúde:

Foram chamados para participar da pesquisa todos os profissionais de saúde inseridos na enfermaria de saúde mental do hospital, independente da formação, tempo de vinculação, turno de atuação no serviço e de conhecerem ou já terem participado das oficinas expressivas. Todos aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram, pelo próprio formulário eletrônico, o TCLE.

5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES

Os dados foram obtidos a partir de: realização de entrevistas semiestruturadas com os usuários que participaram nas oficinas expressivas; consultas aos prontuários multiprofissionais para levantamento dos dados sociodemográficos, perfil dos usuários e sua participação nas oficinas expressivas; e aplicação de questionários semiestruturados aos profissionais da equipe de saúde. Cada um desses procedimentos será melhor detalhado a seguir.

5.3.1 Entrevista semiestruturada com usuários

Considerando que os indivíduos internam em contexto de crise, podendo apresentar desorganização psíquica, as entrevistas foram realizadas quando havia uma melhora do quadro, isto é, quando o usuário estava próximo de receber alta hospitalar.

Assim que a equipe dava início à discussão para programação de alta, conforme PTS elaborado em visita multiprofissional, todos os usuários que preencheram critérios para participar do estudo foram convidados para uma entrevista semiestruturada.

Antes do início de cada entrevista, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sanar possíveis dúvidas e esclarecer os objetivos da pesquisa e procedimentos de coleta de dados, incluindo o levantamento de dados de prontuário e realização da entrevista. Todos aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente, em sala de atendimento da enfermagem, garantindo conforto e sigilo ao usuário. As entrevistas tinham previsão de duração média de 10 minutos e foram conduzidas por uma pesquisadora que não estava vinculada ao serviço, para minimizar constrangimento ou vieses. O roteiro da entrevista pode ser consultado na íntegra no Anexo 4. Para os usuários que concordaram, a entrevista foi gravada em áudio. Para aqueles que não se sentiram confortáveis com a gravação, foram feitas anotações ao longo da entrevista.

A escolha pelas entrevistas individuais se deu por se tratar de um grupo de usuários com quadros psíquicos heterogêneos e com diferentes períodos de internação, dificultando possibilidades de coleta de dados grupais.

5.3.2 Consulta aos Prontuários Multiprofissionais dos Usuários

Para complementar a entrevista foram coletados, a partir do prontuário multiprofissional, os seguintes dados:

- Dados sociodemográficos: idade, gênero, cor, religião, escolaridade, ocupação laboral, município de procedência, hipótese diagnóstica e duração da internação.
- Participação nas oficinas expressivas: foram consultados os conteúdos referentes à participação do usuário nos grupos. Tais registros são efetuados ao final de cada encontro pelas pesquisadoras em forma de “Evolução”, na qual há uma descrição do grupo, materiais e recursos utilizados, interação do usuário e principais impressões.

5.3.3 Questionário semiestruturado com os profissionais

Para acessar a percepção dos profissionais, estes foram convidados a preencher um formulário online, com um questionário semiestruturado. A escolha pelo questionário online se deu pela possibilidade de abranger um maior número de profissionais dentre os diferentes turnos de trabalho, além de garantir a anonimidade dos participantes.

A aplicação do questionário ocorreu ao final da coleta de dados com os usuários, para viabilizar o acompanhamento do processo de realização dos grupos e para manter o recorte do estudo no mesmo intervalo de tempo. Cada profissional pôde responder apenas uma vez. O convite para participação no estudo foi feito pela pesquisadora principal, em reunião de equipe.

Todos aqueles que se interessaram em participar da pesquisa receberam o link em contato de preferência (email ou whatsapp) ou acessaram via QR code que ficou disponível em cartaz em mural na sala de prescrição da enfermaria.

O formulário continha duas partes. Na primeira, o participante tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso concordasse em participar do estudo, também acessava o mesmo documento, no formato eletrônico, assinado pelas pesquisadoras, para salvar ou imprimir. Na segunda parte, o participante era direcionado ao questionário, que continha questões abertas e fechadas, abordando as principais impressões quanto às oficinas expressivas e sua relação com o processo de cuidado no espaço da enfermaria.

O tempo médio para preenchimento do questionário foi de 10 minutos. O formulário ficou aberto para respostas por um período de 30 dias, sendo que a equipe foi orientada a preencher o formulário fora de seu horário de trabalho no HU UFSCar, de forma a não impactar a assistência. Por se tratar de uma equipe pequena, não foram coletados dados sociodemográficos e informações pessoais dos profissionais, pois a divulgação desses dados poderia comprometer a anonimidade dos participantes. O questionário está disponível na íntegra no Anexo 5.

5.3.4 Participantes

Usuários:

A coleta de dados com os usuários foi realizada ao longo de três meses, período escolhido para procurar a garantia de uma amostragem representativa, que abrangesse diferentes momentos do funcionamento da enfermaria de saúde mental, considerando variações sazonais no perfil dos usuários atendidos.

Profissionais de saúde:

Em relação aos profissionais, a amostragem proposta foi por exaustão, isto é, incluindo todos os indivíduos disponíveis, estratégia utilizada quando o número da população é suficientemente reduzido, de modo que se torna viável incluir todos os seus elementos na pesquisa (MOURA, 2021).

Assim, foram convidados a participar da pesquisa todos os membros da equipe de saúde da enfermaria de saúde mental do HU UFSCar, composta no

momento da coleta por 27 profissionais: 5 médicos psiquiatras, 6 enfermeiros, 12 técnicos em enfermagem e 4 integrantes da equipe multiprofissional.

5.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos - dados sociodemográficos dos usuários e as questões fechadas preenchidas pelos profissionais - foram submetidos à análise descritiva. A análise descritiva de dados é um procedimento de resumo e descrição de dados através do uso de tabelas, gráficos e medidas resumidas, tais como médias, medianas, desvios padrão, entre outros indicadores relevantes. A análise descritiva é crucial para a exploração inicial dos dados, a detecção de padrões, tendências e valores atípicos (MATTAR e RAMOS, 2021).

Já os dados qualitativos coletados a partir do prontuário, das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os usuários e das questões abertas preenchidas no formulário pelos profissionais foram submetidos à Análise de Conteúdo, especificamente à técnica de Análise Temática.

A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de pesquisa qualitativa utilizada em diversas áreas, que visa analisar o conteúdo de mensagens de forma sistemática e objetiva, através de procedimentos de identificação, codificação e interpretação de padrões e significados do conteúdo analisado, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (TEODORO e DE OLIVEIRA, 2021).

Dentre diferentes técnicas de Análise de Conteúdo, a Análise Temática é a mais antiga e mais utilizada na prática, destacando-se por sua aplicação rápida e eficaz (BARDIN, 1977). Tal técnica funciona através do desmembramento do texto em unidades e categorias por meio de reagrupamentos analógicos, com base na frequência de presença ou ausência de itens de sentido (OLIVEIRA, 2008).

A Análise Temática, conforme descrita por Minayo (2007), envolve três etapas principais: pré-análise, exploração do material ou codificação e interpretação dos resultados. Na pré-análise, o pesquisador realiza a leitura flutuante do material, constituindo o corpus, formulando e reformulando hipóteses e elaborando indicadores para fundamentar a interpretação final. Durante a exploração do

material, o pesquisador busca encontrar categorias significativas para organizar o conteúdo das falas, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos relevantes para análise. Por fim, na interpretação dos resultados, o pesquisador realiza a classificação e agregação dos dados, propondo inferências e interpretações que se relacionam com o quadro teórico inicialmente desenhado ou sugerem novas dimensões teóricas e interpretativas.

Os dados quantitativos e qualitativos foram sistematizados separadamente, mas analisados em conjunto. Para a discussão, os resultados foram interpretados à luz do referencial teórico da psicanálise winnicottiana, assim como outros autores correlatos.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à avaliação ética no HU UFSCar e no Comitê de Ética e Pesquisa da UFSCar, aprovado com nº CAAE: 79002824.5.0000.5504. Para garantia da ética na pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando a dignidade e os direitos dos participantes, foram seguidas as diretrizes estabelecidas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 e pela Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A Resolução nº 466/2012 estabelece diretrizes éticas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Ela destaca a importância do respeito à dignidade e autonomia dos participantes, exigindo que estes forneçam consentimento livre e esclarecido. Além disso, a resolução enfatiza a necessidade de equilíbrio entre os benefícios esperados da pesquisa e os potenciais riscos para os participantes, assegurando medidas para minimizar danos e garantir assistência integral em caso de complicações. Essas diretrizes visam garantir a ética e a integridade dos estudos científicos, promovendo a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa.

Trazendo atualizações e adaptação às particularidades da área, a Resolução nº 510/2016 estabelece princípios éticos e diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos em Ciências Humanas e Sociais. O documento busca valorizar a

diversidade teórico-metodológica e a relação entre pesquisador e participante como um processo não hierárquico. Dentre as inovações trazidas, destaca-se a importância das etapas preliminares da pesquisa para agilizar processos de avaliação e amplia-se a comunicação do Consentimento Livre e Esclarecido, reconhecendo formas variadas de expressão adaptadas às características dos participantes. Desta forma, essa Resolução busca promover uma abordagem ética e inclusiva, reconhecendo a complexidade das experiências humanas e respeitando a diversidade de perspectivas e práticas metodológicas no campo das Ciências Humanas e Sociais.

Já a Resolução nº 580/2018 regulamenta as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). O documento ressalta a importância da distinção clara entre pesquisa e atendimento de saúde nas instituições do SUS, enfatizando que as pesquisas devem seguir rigorosos padrões éticos e de responsabilidade pública. Destacam-se requisitos essenciais, como o consentimento informado dos participantes, a aprovação ética por parte dos Comitês de Ética, além da não interferência nas atividades assistenciais e profissionais dos trabalhadores da saúde. A divulgação transparente dos resultados das pesquisas e a garantia de sigilo e confidencialidade dos dados dos participantes também são pontos-chave destacados, visando assegurar a integridade dos envolvidos e a qualidade das pesquisas realizadas no contexto do SUS.

Conforme as diretrizes citadas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início das entrevistas, coletas de dados do prontuário e do preenchimento do formulário online. Ao participante é resguardado o direito ao anonimato, bem como uma possível recusa em responder questões ou abordar temas que possam lhe infligir constrangimentos de qualquer natureza, sendo a participação voluntária. Todos os dados foram acessados apenas pelos pesquisadores responsáveis, sendo garantido o sigilo de todo o processo. Nas publicações não haverá divulgação de dados que possibilitem a identificação dos sujeitos, conforme está previsto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei no 13.709/2018). Com relação aos dados gerados em formulário eletrônico para avaliação das impressões da equipe de saúde, vale ressaltar que todos os dados

computados em nuvem foram armazenados em dispositivos externos e apagados da nuvem, conforme orientação da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS. No entanto, mesmo com estratégias para controle de acesso aos dados, existe a possibilidade, ainda que remota, de vazamento de informações.

A participação na pesquisa não ofereceu riscos imediatos, porém existiram riscos subjetivos, já que as perguntas e temas abordados poderiam gerar desconforto, sentimentos ou lembranças desagradáveis ou um leve cansaço. Nestes casos, o participante podia optar pela suspensão imediata da participação na pesquisa. Além disso, em relação ao questionário online, ressalta-se como possíveis riscos para a realização de atividades em ambiente virtual a possibilidade de instabilidade da rede e de violação da confidencialidade dos dados.

Os participantes não receberam nenhuma compensação financeira ao participar do estudo e teriam direito a indenização por qualquer tipo de dano ou gasto resultante da sua participação na pesquisa. Como benefícios, as oficinas expressivas puderam trazer estímulo à criatividade, momentos de convivência e integração social, construção de vínculos, comunicação e expressão. Já a participação na entrevista e questionário pôde promover espaço de escuta e reflexão sobre esta experiência aos usuários e sobre as práticas de trabalho e cuidado à equipe de saúde.

Além disso, os participantes puderam colaborar com a produção de dados científicos, podendo impactar na qualificação de tecnologias e estratégias de cuidado. Os resultados dessa pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos, podendo ser utilizados para elaboração de artigos científicos e para apresentações em Congressos Nacionais e Internacionais. Como forma de devolutiva aos participantes, será disponibilizado a todas as pessoas e instituições envolvidas no estudo, via email ou telefone, as publicações técnicas e científicas derivadas do estudo.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

6.1.1 Usuários

A coleta de dados com os usuários ocorreu nos meses de setembro, outubro e novembro de 2024. Neste período ficaram internados 24 usuários na unidade de saúde mental. Destes, dois não preencheram o critério de inclusão por serem menores de idade e um por quadro de desorganização psíquica. Dos 21 que preencheram os critérios de inclusão, cinco não chegaram a ser convidados para participar da pesquisa pois receberam alta hospitalar sem programação prévia, não havendo tempo hábil para realização da entrevista: um teve transferência hospitalar, dois tiveram alta por solicitação própria e dois tiveram alta no final de semana, sem planejamento anterior. Assim, 16 usuários foram convidados e aceitaram participar da pesquisa, um total de 76% da amostra possível.

Dentre os 16 participantes da pesquisa, quatro eram do gênero feminino (25%) e doze masculino (75%). Em relação à cor, 9 pessoas (56%) consideram-se brancas, enquanto 7 (44%), pardas. Quanto a religião, 9 usuários (56%) são evangélicos, 3 (19%) são católicos, 2 (13%) não tem religião, 1 (6%) é candomblecista e 1 (6%) declara crer em Deus.

Já sobre o município de procedência, a maioria (9 usuários, 56%) é de São Carlos, seguida por Araraquara (3 usuários, 19%), Américo Brasiliense (2 usuários, 13%), Matão e Porto Ferreira (1 usuário, 6% cada). A Tabela 1, abaixo, compila os dados de caracterização geral dos participantes.

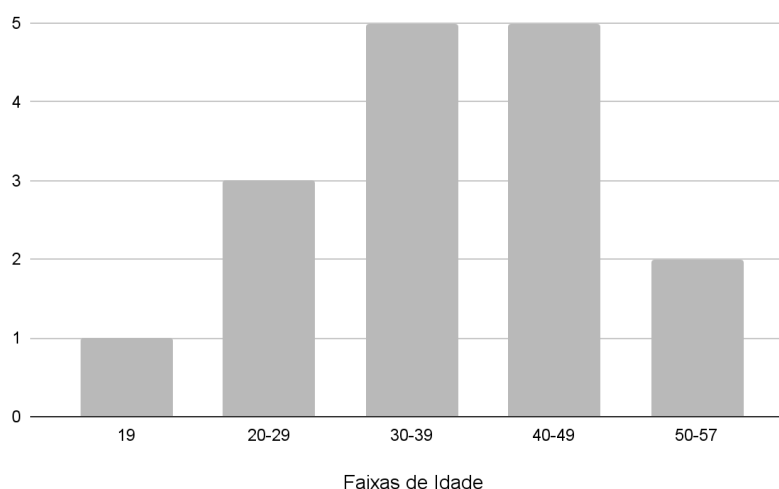
Tabela 1. Caracterização dos participantes

		Número de Participantes	Percentual
Gênero	Masculino	12	75%
	Feminino	4	25%
Cor	Branca	9	56%
	Parda	7	44%
Religião	Evangélica	9	56%

	Católica	3	19%
	Sem religião	2	13%
	Candomblé	1	6%
	Crê em Deus	1	6%
Município	São Carlos	9	56%
	Araraquara	3	19%
	Américo Brasiliense	2	13%
	Matão	1	6%
	Porto Ferreira	1	6%

A média de idade dos participantes foi de 37 anos, sendo o mais novo com 19 e o mais velho com 57 anos. A figura abaixo ilustra a distribuição das faixas etárias dos participantes da pesquisa.

Figura 1. Distribuição de faixa etária



Quanto ao grau de escolaridade, a maior parte dos usuários estudou até o ensino fundamental, seguido pelo ensino médio completo e incompleto. Especificamente, 2 (13%) tem ensino fundamental incompleto; 4 (25%), ensino fundamental completo; 3 (19%), ensino médio incompleto; 3 (19%) ensino médio completo; 2 (13%) tem ensino técnico; 1 (6%) tem ensino superior incompleto e 1 (6%) tem ensino superior completo.

Em relação à ocupação laboral, a maioria dos usuários encontra-se

desempregada ou no ramo de serviços e produção. Numericamente, 7 (44%) encontram-se desempregados, 2 (13%) são auxiliares em produção, 1 (6%) é técnico em informática, 1 (6 %) é caixa em supermercado, 1 (6 %) é repositor em supermercado; 1 (6 %) é ajudante em obras, 1 (6 %) é frentista em posto de combustível, 1 (6 %) é do lar e 1 (6 %) é estudante. A Tabela 2, abaixo, apresenta os dados socioeconômicos.

Tabela 2. Dados Socioeconômicos

		Número de Participantes	Percentual
Escolaridade	EF Incompleto	2	13%
	Ensino Fundamental	4	25%
	EM Incompleto	3	19%
	Ensino Médio	3	19%
	Ensino Técnico	2	13%
	ES Incompleto	1	6%
	Ensino Superior	1	6%
Ocupação	Desempregado	7	44%
	Auxiliar de Produção	2	13%
	Técnico em informática	1	6%
	Caixa em supermercado	1	6%
	Repositor em supermercado	1	6%
	Ajudante em obras	1	6%
	Frentista	1	6%
	Estudante	1	6%
	Do lar	1	6%

Quanto ao diagnóstico, estratificado segundo o Código Internacional de Doenças- CID 10 (OMS, 1993), a maioria dos participantes (7 usuários, 44%) internou por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (TUS), seguido por quadros de esquizofrenia (3 usuários, 19%), episódios depressivos (3 usuários, 19%), transtorno afetivo bipolar (2, 13%) e transtorno obsessivo compulsivo (1 usuário, 6%).

O tempo de permanência na internação foi em média de 30 dias, sendo o mínimo de 14 e o máximo de 59 dias. As internações foram longas nos quadros de esquizofrenia, seguidos por aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Em média, os usuários foram convidados a participar de 3 oficinas, participando de fato, em média, também de 3 encontros. A caracterização da internação, diagnósticos, média de permanência e participação nas oficinas encontra-se na Tabela 3, abaixo.

Tabela 3. Caracterização das internações

Diagnóstico (CID-10)	Número de Participantes	Percentual	Média de Permanência (dias)/ CID	Média de Convite para Oficina/ CID	Média de Participação em Oficina/ CID
TUS	7	44%	28	3	3
Esquizofrenia	3	19%	50	5	4
Depressão	3	19%	25	2	2
TAB	2	13%	25	3	3
TOC	1	6%	15	2	2
TOTAL	Média de Permanência (dias)			30	
	Média de Convites para Oficina			3	
	Média de Participação em Oficina			3	

As entrevistas tiveram uma média de duração de 8 minutos. Das 16 entrevistas realizadas, 14 foram gravadas e depois transcritas, enquanto 2 foram registradas via anotações, por preferência dos usuários. O conteúdo das entrevistas será descrito na sessão de Análise Temática.

6.1.2 Equipe de Saúde

Os 27 membros da equipe foram convidados a participar da pesquisa, através de convite verbal em reuniões da equipe e de divulgação de cartaz e QR da pesquisa impresso e disposto na unidade, via email e em grupos de trabalho online. Destes, 10 pessoas responderam ao questionário, atingindo uma participação de 40% dos membros da equipe.

Dos membros da equipe que participaram da pesquisa, a maioria trabalha na enfermagem há menos de um ano. Todos referiram ter conhecimento sobre a ocorrência das oficinas expressivas e metade já chegou a participar de um destes encontros, conforme Tabela 4, a seguir.

Tabela 4. Caracterização da equipe de saúde

		Número de Participantes	Percentual
Tempo de Atuação na Enfermagem	Menos de 1 ano	6	60%
	1 a 2 anos	2	20%
	Mais de 2 anos	2	20%
Tem conhecimento sobre a oficina	Sim	10	100%
Já Participou da oficina	Sim	5	50%
	Não	5	50%

6.2 MAPEAMENTO TEMÁTICO

Tanto as entrevistas realizadas com os usuários, como as respostas das perguntas abertas do questionário aplicado à equipe foram submetidas à Análise Temática. A partir desta análise, emergiram quatro temas principais, enumerados em ordem crescente de forma inversamente proporcional à incidência observada: 1. “Mente vazia oficina do diabo”: arte para ocupação; 2. “Uma troca”: arte como ponte para as relações; 3. “Uma nova forma de cuidado”: arte enquanto ferramenta de humanização; 4. “Momento de Expressão”: arte, criatividade e amadurecimento. Os nomes dos temas foram criados a partir de trechos das falas dos participantes, acompanhados por um subtítulo explicativo.

Nas entrevistas com os participantes, o tema com maior incidência foi o Tema 4, presente em 15 das 16 entrevistas. Já os Temas 1, 2 e 3 apareceram em 11 entrevistas cada, conforme Tabela 5, abaixo.

Tabela 5. Temas por entrevista com usuários.

	TEMAS				
Participante Usuário	1. Mente vazia oficina	2. Uma troca	3. Uma nova forma de	4. Momento de	Total

	do diabo		cuidado	Expressão	
U1		x	x	x	3
U2	x	x	x	x	4
U3	x		x		2
U4	x			x	2
U5	x	x	x	x	4
U6			x	x	3
U7	x	x		x	3
U8	x		x	x	3
U9		x		x	2
U10		x		x	2
U11	x	x	x	x	4
U12		x	x	x	3
U13	x	x	x	x	4
U14	x	x	x	x	4
U15	x			x	2
U16	x	x	x	x	4
TOTAL	11	11	11	15	48

De maneira similar, nos questionários respondidos pela equipe, o tema que mais emergiu foi o tema 4 (7 questionários), seguido pelos temas 2 e 3 (6 questionários cada) e tema 1 (4 questionários), conforme ilustrados na Tabela 6, a seguir.

Tabela 6. Temas por questionário com equipe de saúde.

Participante Equipe	TEMAS				Total
	1. Mente vazia oficina do diabo	2. Uma troca	3. Uma nova forma de cuidado	4. Momento de Expressão	
E1		x		x	2
E2	x	x		x	3
E3			x		1
E4	x	x	x	x	4
E5	x				1
E6		x		x	2

E7			x	x	2
E8		x	x		2
E9			x	x	2
E10	x	x	x	x	4
	4	6	6	7	23

Somando os públicos participantes da pesquisa, a frequência total dos temas foi: Tema 4 (22 participantes); Temas 2 e 3 (17 participantes cada); e Tema 1 (15 participantes). A Tabela 7 traz a incidência numérica e percentual por cada tema, dentre os participantes da pesquisa.

Tabela 7. Incidência dos temas.

	TEMAS							
	1. Mente vazia oficina do diabo		2. Uma troca		3. Uma nova forma de cuidado		4. Momento de Expressão	
Usuários	11	69%	11	69%	11	69%	15	94%
Equipe	4	40%	6	60%	6	60%	7	70%
TOTAL	15	58%	17	65%	17	65%	22	85%

A sessão a seguir detalha os temas emergidos, apresentando os conteúdos relacionados e termos presentes nas entrevistas e questionários.

Como forma de ilustração e identificação dos termos mais frequentes, foram elaboradas “Nuvens de Palavras” a partir dos trechos previamente identificados e incluídos nos quadros apresentados em cada uma das categorias temáticas. Para a criação das nuvens de palavras, foi utilizado o site *wordart.com*. As figuras 2 a 5 apresentam nuvens de palavras relacionadas a cada um dos temas, ilustrando os termos mais presentes nos relatos, sendo que o tamanho da letra está diretamente relacionado à frequência da palavra.

As tabelas 8 a 11 trazem, respectivamente, os trechos referentes aos temas 1 a 4. Para tanto, os trechos das entrevistas com usuários foram identificadas como U1 à U16, enquanto as respostas da equipe foram identificadas como E1 à E10, conforme entrevista e questionário correspondente. As falas dos usuários e

respostas redigidas pela equipe foram desmembrados nos diferentes temas, assim, quando necessário para compreensão foram adicionadas palavras de contexto, identificadas entre parênteses e itálico.

6.1.1 Tema 1- *Mente vazia oficina do diabo: arte enquanto ocupação e enfrentamento às privações*

O Tema 1 foi denominado “Mente vazia oficina do diabo”: arte enquanto ocupação e enfrentamento às privações. Diz respeito à dimensão objetiva e à visão da oficina enquanto ocupação do tempo e como forma de enfrentamento às diversas privações e limitações decorrentes da internação.

Os conteúdos abordam aspectos negativos da internação, como o sentimento de tédio e a perda de autonomia. Neste sentido, os relatos apontam que as oficinas ajudam a combater a monotonia e o sentimento de aprisionamento associados ao ambiente hospitalar, oferecendo aos usuários uma alternativa criativa e produtiva para ocupar o tempo. Os participantes referem que participar das oficinas permite sair da rotina e focar em algo positivo, reduzindo a sensação de inutilidade e promovendo um senso de liberdade, mesmo dentro de um espaço restrito. Além disso, a ocupação da mente é percebida como uma estratégia para evitar pensamentos negativos e, no contexto externo, más escolhas.

Na nuvem de palavras (Figura 2), observa-se as palavras “tempo”, “ocupar” e “mente” em destaque.

Figura 2. Nuvem de palavras do Tema 1- “Mente vazia oficina do diabo”.

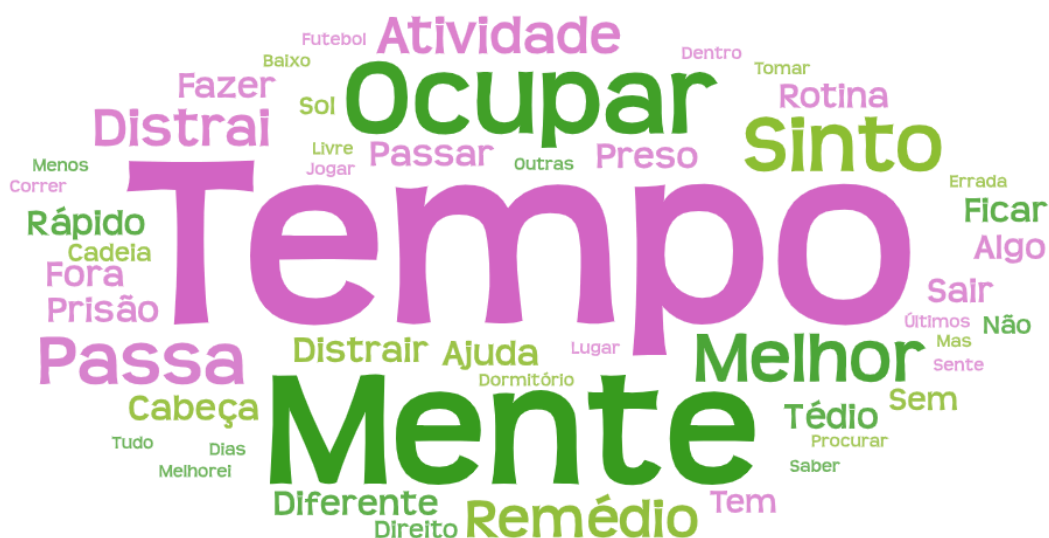


Tabela 8. Trechos relacionados ao Tema 1- “Mente vazia oficina do diabo”.

U 2	<p>Isso é um ato bom de a gente ocupar a mente. Para fazer as coisas boas. Por exemplo, se eu estou pintando ali, eu estou ocupando uma mente nessa atividade para não estar fazendo outras coisas erradas lá fora. Porque em um momento que você está pintando, você está ligado naquilo que está focado no desenho, na pintura. E esse momento está ocupado porque diz aquele ditado: mente vazia, oficina do diabo.</p> <p>(...)</p> <p>Então, eu acho que essa oficina ajuda a pessoa a saber que lá fora é melhor se ocupar a cabeça com outras coisas do que a coisa errada, sabe?</p>
U 3	<p>Passar o tempo, né? É bom, né? Passar o tempo.</p> <p>Ah, distrair a mente, distrair a mente. O tempo passa mais rápido, né?</p> <p>Porque ficar aqui é mó tédio, entende? É como se fosse uma prisão, só que você toma um remédio, remédio, remédio, remédio. Isso aqui pode fazer o quê? Não tem o que falar, né? Uma prisão, só que você toma remédio, remédio, remédio, remédio, remédio. Aí, tem dormitório, tá bom, tudo legal, mas é ruim é tudo remédio, remédio, remédio, remédio. Eu já melhorei já.</p> <p>Aí me sinto menos preso, quando elas estão aqui (<i>na oficina</i>). Me sinto menos preso.</p>
U 4	<p>O tempo passa mais rápido. Ter atividade ajuda o tempo a passar mais rápido aqui dentro.</p>
U 5	<p>Às vezes é bom caminhar lá fora, mas dependendo do paciente eles ficam mais restritos.</p>

U 7	Ah, eu me sinto bem, né. Porque distraio bem a cabeça, né. Você se ocupa naquilo ali e você se sente em outro lugar, (<i>como se</i>) não tá internado. Então, você se sente mais livre, né.
U 8	Que pelo menos passa o tempo, né? Se não fica aqui, não tem o que fazer aqui. Na verdade, tem hora que eu penso que é uma prisão isso daqui. Vê, agora está acabando de abrir cedo ali para a gente ir tomar um sol mais diferente. Mas antes nem abrir, não abria aquilo ali. Daí eu penso assim, se dentro de uma cadeia um preso tem direito, cometeu crime, tem direito no mínimo de duas horas de sol por dia. Não solta todo mundo no pátio junto, porque senão sai morte, né? Então solta uma equipe primeiro, depois outra equipe, foi outra, foi outra. Mas todo dia eles têm direito ao sol. Aqui não. Daí, falaram que ia abrir 3h20. Deu 3h20, deu 4h, deu 4h15 e abriu. 4h30 chegou o café. Aí já não faz mais nada.
U 11	Olha, significa algo bem assim, como eu já disse, ocupando a mente, estar participando ali, ocupando a mente, fazendo coisas diferentes.
U 13	É, pelo menos, é uma atividade que a gente faz, que distrai. E vai passar o tempo aqui, nosso também, né, que a gente fica aqui, trancado aqui. E é uma coisa divertida. (...) Significa alegre, algo alegre, algo diferente de tá fazendo, né. E como eu disse, sair da rotina.
U 14	É, sair da rotina, que é nossa rotina ficar aqui dentro, assistir televisão, ficar trancado... então a oficina é sair da rotina.
U 15	Penso em coisas boas, quando está pintando parece que está em outro mundo, se distrai, como se estivesse fora daqui.
U 16	Tudo. Porque eu estou ocupando a mente e a mente ocupada desenvolve mais do que a mente vazia. É bem melhor a gente estar fazendo algo do que estar em uma cama deitada. Eu me sinto útil, não inútil.
E 2	Algo que envolva atividade física para diminuir o tédio e a procrastinação dos usuários, estimulando também o gasto de energia que estiver acumulada. (...) Além de distrair a mente com coisas boas. (...) Minha sugestão é que a equipe multi deixe programado algumas atividades que eles possam fazer mesmo na ausência da equipe, pois nestes momentos como finais de semana por exemplo eles ficam muito entediados e algumas vezes solicitantes por medicações.
E 4	Além de servir como distrator do ambiente restrito da internação, com estímulo à criatividade e trabalho psicomotor.

Tabela 9. Trechos atribuídos ao Tema 2- “Uma troca”.

U 1	Eu, ali naquele momento, eu me sinto uma pessoa importante. Uma pessoa que possa passar para os outros aquilo que eu estou sentindo. Porque, de alguma forma, eu estou me expressando (...) Eu me sinto importante. De alguma forma eu estou sendo lembrada.
U 2	Assim, eu me sinto bem ao ser convidado para essa pesquisa. Pro grupo também, porque é bom. Eu gosto de fazer parte do mundo, sabe? Então é bom, acho bom. (...) Então me ajuda nos termos de reunião, porque ali tem conversa, tem música, tem uma música que a gente escuta, tem todo um preparação ali.
U 5	Convivência com as pessoas com outras doenças, lá fora as pessoas não são assim. Conviver com pessoas de fora, espairecer. Se não ficamos o dia todo vendo TV. No grupo a gente se sente normal de novo.
U 7	Ah, é um jeito de eu... um horário que a gente tira pra fazer uma atividade, né. Um sentimento que é gostoso, né, que vai lá, eu passo o tempo conversando, desenhando e tal, né.
U 9	<i>(sobre experiência similar)</i> Na escola, mas não é igual aqui. Aqui é mais legal. Aqui dá risada, tem música. Na escola fica só quieto, né? Faz só quietinho, aí nem se diverte. Aqui eu me diverti.
U 10	Geralmente eu não costumo pensar muito na oficina depois que ela termina, mas fica aquele sentimento legal de interação.
U 11	A harmonia, né? Ali um com o outro, no momento de pedir uma ajuda, tanto para vocês, quanto para um amigo ou um colega que está aqui internado também. Ah, me ajuda nisso, olha, como que faço isso? É um ajudando o outro, uma troca.
U 12	Significa fazer algo novo, porque eu nunca fui de guitarra, desenhar, muito menos de sentar e ficar conversando, dando risada assim sobre o meu desenho. Uma coisa que seja simples, sabe? Familiar, afetiva, legal.
U 13	<i>(Sobre o que significa participar da oficina)</i> Grupo, participar de um grupo. (...) Eu não gostava de desenho, não fazia jeito nenhum. Mas aqui eu tô, mesmo que fica feio, mas eu tô participando.
U 14	A convivência aqui no hospital, que é muito boa, né? Tá sendo muito boa.
U 16	Eu acho até que meus filhos já levaram. Eu pedi, eu falei para eles, eu fiz um quadro que está lindo. Fiz até outros desenhos também para eles. Dei um para cada um, mandei um para minha filha. Então, aí eu fico contente de eu estar fazendo algo. (...)

	<p>Melhorar? Eu estou vendo que está tudo bom, tudo legal. Eu acho que está tudo certo. Eu acho que não está faltando nada. Não está deixando nada a desejar. Quem precisa melhorar seria nós, as internas, né? Que alguns não querem participar. Se tivesse uma forma de convencer elas a participarem, né? Porque é o bem delas, né? Que nem eu já não vejo a hora de participar. Porque eu sei que faz bem para mim. E eu acredito que também faria bem para elas. Só o que poderia melhorar era isso, mas é uma coisa que não depende da gente. (...) Então, a esse ponto marcante que você tinha me perguntado, que foi o quadro. Aí vai servir, eu até como uma escola, com desenho, que eu vou levar para mim ensinar minhas netas. Aí eu vou aprender junto com minhas netas.</p>
E 1	Colabora com aumento do vínculo social.
E 2	<i>(Acredito que ajude a...)</i> melhorar a interação social.
E 4	Pode contribuir para a vinculação entre pacientes e para com a equipe.
E 6	criar vínculos com colegas de internação.
E 8	Atividades que estimulem interação entre todos, quando possível.
E 10	Promove a oportunidade de trocas, interações.

6.1.4 Tema 3- Uma nova forma de cuidado: arte enquanto ferramenta de humanização

O Tema 3 foi denominado “Uma nova forma de cuidado”: arte enquanto ferramenta de humanização. Diz respeito à qualificação do cuidado ofertado, assim como a relação paciente e equipe de saúde, trazendo a potencialidade da oficina enquanto forma de acolhimento e vinculação.

Os relatos dos usuários destacam a importância do cuidado humanizado e acolhedor durante as oficinas expressivas, promovendo uma sensação de valorização, respeito e estímulo. Esta categoria traz também a dualidade entre postura mais ativa ou passiva dos usuários frente ao cuidado e atividades ofertadas. Já nas falas da equipe, além da ideia da humanização, estão presentes questionamentos acerca dos objetivos e propostas do grupo, permitindo a discussão sobre diferentes tecnologias de cuidado.

Através da nuvem de palavras (Figura 4), alguns dos termos que se

	<i>(Sugestão para melhorar a oficina)</i> Vir mais vezes na semana e durar mais. Em relação aos materiais está bom, tem bastante material.
U 6	Significa pra mim aprendizado, né? Aprender com vocês lá, participar da atividade, dos desenhos, de vocês ensinando. (...) Durante o grupo eu sinto que sou capaz de fazer algum desenho. E depois que ela acaba eu fico feliz pela atividade que vocês fazem com a gente. Porque vocês também são muito importantes pra gente.
U 8	Ah, que é legal. Você faz uma pergunta, ela vem, responde, fica do seu lado, dá assistência. Conversa com todo mundo. Pelo jeito, ela fica se parecendo com a gente, né?
U 11	<i>(Sobre como se sente nas oficinas)</i> Valorizado. Tipo assim, as pessoas ali ensinando, vocês ensinando, dando aquela dica, me sinto valorizado. Tipo, vocês me apoiando, me valorizando nos mínimos detalhes que eu faço. (...) A equipe aqui. Estimula a gente. Conversa praticamente 24 horas.
U 12	Hoje eu queria ficar dormindo e a psicóloga me chamou de um jeito que não tive como recusar, né? (...) Então, o que passa pela minha cabeça é que se aqui dentro eu não conseguir passar por esses leves desafios, tipo assim, porque eu encaro como um leve desafio, uma coisa que eu não queria fazer. Lá fora vai ter um monte de coisas que eu não vou querer fazer, né? Que vai ser preciso fazer. Então, se eu não conseguir fazer isso aqui dentro, lá fora muito menos.
U 13	Tipo, igual vocês fizeram a pergunta pro paciente, ó, o que você acha de mudar assim? Aí, os pacientes gostam, né? Aí, a gente vai fazer algumas alterações. Vai com o grupo, unindo. Um pergunta pro outro, vamos fazer isso? Ah, legal, tá. Aí, sim.
U 14	<i>(Sobre não ter sugestão de melhorias da oficina)</i> Porque a gente participa do que vocês trazem pra gente, né?
U 16	Estou bem melhor. Cem por cento, digamos assim. Cem por cento. Estou me sentindo no hotel quatro estrelas. Eu falei, não falo cinco porque faltou a piscina. Mas todos vocês tratam a gente bem, muito bem. A gente é bem cuidado. A alimentação é muito boa. Então não tenho nenhuma reclamação. Só coisas boas.
E 3	Grupos operativos, para que os pacientes se expressem de forma verbal sobre seus sintomas, dúvidas, dificuldades. Grupos de psicoeducação sobre patologias e tratamentos em saúde mental, grupos de orientação sobre auto-cuidados (desde higiene até autonomia financeira, rotina de sono, alimentação equilibrada, atividades físicas, exercícios que ajudem na regulação emocional em uma crise- ex: exercício de respiração, apertar um objeto macio quando tiver impulso auto-lesivo etc.

	<p>(...)</p> <p>Penso que podem contribuir desde que tenham um objetivo específico como norte, por exemplo, aprender a lidar com emoções, frustrações, sintomas, conflitos interpessoais etc . Além disso, penso que os coordenadores do grupo devem ter um conhecimento mínimo sobre patologias psiquiátricas e como manejar pacientes em crise ou pedir ajuda da equipe se necessário.</p> <p>(...)</p> <p>Minha dúvida é se os grupos têm claro qual é o objetivo terapêutico do mesmo e se cada paciente tem um PTS adequado às suas necessidades.</p>
E 4	<p>Atividades de treinos de habilidades sociais.</p> <p>(...)</p> <p>Sugestão de grupo de treino de habilidades sociais e grupos baseados na psicodramatização</p>
E 7	<p>Oficinas de arte, como desenho, pintura, escultura; sessões de música ou dança; grupos de relaxamento; psico educação para controle de emoções, resolução de problemas, habilidades de expressão e comunicação a fim de trabalhar relações, autocuidado, rotina, autoestima..</p>
E 8	<p>Trazendo informações sobre alimentação, que faz parte de todas as pessoas, relacionando com memórias boas.</p>
E 9	<p>Gostaria de sugerir a inclusão da produção das oficinas em discussões clínicas, enfatizando o movimento psicodinâmico do paciente.</p>
E 10	<p>Grupos de atividades artísticas, manuais, expressivas, corporais</p>

6.1.4 Tema 4- Momento de Expressão: arte como criatividade e amadurecimento

O Tema 4 foi denominado “Momento de Expressão”: arte como criatividade e amadurecimento. Diz respeito à dimensão subjetiva e intrapsíquica, trazendo a ideia da função da oficina artística enquanto forma de contato e exteriorização de pensamentos e sentimentos. A partir da nuvem de palavras, abaixo, pode-se observar que as palavras “mente”, “grupo”, “cabeça” e “expressar” apareceram com maior frequência.

Nesta categoria, a arte é percebida como um meio de organizar pensamentos, promover autoconhecimento, reduzir ansiedade e outros sintomas e lidar com experiências pessoais. Este tema evidencia como as oficinas expressivas proporcionam um espaço para que os participantes externalizem seus pensamentos, emoções e histórias de vida por meio da arte e cultura, explorando

possibilidades criativas e transformadoras.

Figura 5. Nuvem de palavras do Tema 4- “Momento de Expressão”.



Tabela 11. Trechos atribuídos ao Tema 4- “Momento de Expressão”.

U 1	<p>(<i>Penso</i>) que eu vou conseguir me expressar, de alguma forma eu vou pôr pra fora tudo o que eu guardo aqui dentro de mim. Porque a pintura, ela pode ser até abstrata, mas é algo que o pintor está sentindo. (...) Na semana passada eu quis expressar as cores que se emanam do meu ser espírita, que estavam emanando do meu corpo. Aí, eu misturei as cores e fiz. (...) Eu poderia ter me doado mais. Mas como eu sou ansiosa, tem hora que eu quero sair da oficina. Aí tem hora que eu quero voltar para a oficina. Aí eu fico naquela. Eu sou muito estranha. Estranha. Depois que acaba a oficina, eu queria que continuasse. Sendo que, estando ali, às vezes estava me entediando. Mas eu teria vontade e daqui a pouco eu não teria mais. Por isso que eu sou estranha.</p>
U 2	<p>Aqui, por exemplo, assim, aqui dentro. Eu estando aqui dentro ainda, nos últimos dias, eu me sinto ainda pra baixo. E aí (<i>a oficina</i>) é uma coisa que ocupa a mente da gente, né? Então, eu acho que lá fora tem que procurar coisas assim pra se sentir melhor, por exemplo, correr, jogar um futebol, ocupar a mente com coisas melhores.</p>
U 4	<p>(<i>A atividade significa</i>) Expressar, só. Nada mais. Expressar o que foi proposto pela atividade. (...) Bem. Fico bem. Bom, baseado nessa que eu participei, a proposta foi interessante.</p>

	<p>Eu fiz o que foi pedido e consegui atender a minha expectativa, que era a principal, de conseguir fazer algo que fizesse sentido com o que foi proposto. E eu fiquei feliz com o resultado. Muito bom.</p>
U 5	<p>Tirar a tensão daqui de dentro. (...) Às vezes ficamos muito apreensivos com como estão as coisas lá fora e quando tem o grupo a gente consegue espairer. Me sinto bem, aliviada após o grupo. Precisamos desabafar, mas às vezes não queremos ou não conseguimos através da fala. E isso é uma forma disso. (...) Às vezes não quero conversar e essa é uma forma de se expressar.</p>
U 6	<p>Faz a cabeça da gente melhorar, tipo, fazer desenho, participar da atividade, faz melhorar a cabeça da gente. (...) A gente tem que perder um pouco da vergonha que eu tenho. Perder um pouquinho de várias coisas. Vocês são muito importantes de fazer a gente perder a vergonha. Perder a vergonha de falar. Então, me deixa mais à vontade. Me ajudou nisso. Porque eu sou muito vergonhoso nessa parte de falar e desenhar. Então, assim, vocês ajudaram muito nesse aspecto.</p>
U 7	<p>Ah, é uma hora onde você pode ocupar a cabeça, né, desligar um pouco das coisas, dos problemas, então é um passatempo pra você focar mais no objetivo. No objetivo de fazer o desenho, constroi a ocupação. Tenho um objetivo e fico concentrado nele, não fico pensando em outras coisas, distraio.</p>
U 8	<p>Eu vou extraindo na cabeça, fazendo lá, desenhando, escrevendo. O que vai vindo na cabeça, eu vou fazendo lá. (...) Porque quem não conhece, pega e fala, é, mas está em lugar de louco, você está. Diz você não é louco, por que você vai em lugar de louco? Eu falo lá não é lugar de louco, não. Lá é pra se dar uma reeducada, para ver se volta ao normal um pouco. (...) Eu fiz a primeira vez a casinha. Seria uma casinha de campo humilde que eu morei em um sítio em Sertãozinho. E era uma casinha simplesinha, o banheiro não era dentro de casa, era aquele tipo de fossa. Era gostoso, porque tinha laguinho para pescar, tinha cavalo para andar, tinha gadinho para tirar leitinho, tinha porco, tinha carneiro. Eu divertia, era criança, divertia. (...) Eu me sinto bem. Alivia um pouco o pensamento da gente. Não é fácil compartilhar com gente que... Deixa focar na gente um pouquinho mais. Tem gente que está pior que a gente. Então, me deixa um pouco mais contente.</p>
U 9	<p>Alegria. Fico alegre, fico distraído, distrai a mente, né? É muito gostoso. (...)</p>

	<p>É, porque meu pai faleceu, né, eu fiz uma (<i>pintura</i>) de luto lá. Hoje é quarta-feira e na quarta-feira passada enterrou ele. Então foi uma lembrança e eu fiz isso aí pra ele.</p> <p>(...)</p> <p>Ah, divertido, né? Agora eu tô alegre, mais leve.</p> <p>É, fico mais de boa. Agora deu vontade de tomar um banho, de assistir. Eu ficava só deitado, só. Agora se diverti. Deu vontade. Me sinto mais alegre, mais disposto.</p>
U 10	<p>Ah, significa o momento de expressão, o momento que eu tenho de colocar aquilo que está passando na minha cabeça naquele exato momento.</p> <p>(...)</p> <p>A segunda oficina, se eu não me engano, foi a oficina que a doutora S. estava participando, a psiquiatra. Eu fiz uma praia, só que na minha praia eu coloquei uma macieira. E aí ela me falou, olha, na praia não dá macieira. Então, acho que o desenho que você fez, provavelmente você está querendo expressar a situação que você está querendo viver na hora. Que você só vê areia, mas que você quer chegar na macieira. É o nível a chegar e to chegando, realmente. Eu achei fantástico, achei muito legal. Eu gosto muito de macieira, eu quero colocar macieira em tudo.</p>
U 11	<p>O que me passa é que é uma terapia, pra ocupar a mente, principalmente. E estar aprendendo mais. Eu aprendo a me expressar mais no meio do grupo, a me abrir mais com o pessoal aqui dentro, o que está acontecendo comigo, o que eu preciso, o que eu não preciso. Eu aprendo tudo isso.</p> <p>(...)</p> <p>Isso é muito bom. Ajuda, estimula a organização motora, a mente, o decorrer dos dias que a gente vai ficando aqui. Isso ajuda muito.</p>
U 12	<p>Quando eu estou fazendo atividade, eu relaxo um pouco a mente porque eu esqueço um pouco das coisas que eu sou acostumado a ficar pensando. Na hora que eu estou fazendo um desenho, na hora que eu estava fazendo um morango mesmo, eu comecei a focar no morango. Como seria a imagem de um morango.</p> <p>Então minha mente ficou nessa perspectiva. Como seria um morango? Nossa, como que eu posso... Só no morango. Saiu da minha mãe, da minha avó, do meu tio, da minha tia. E como vai ser lá fora, sabe? Todas essas informações ficam rolando na minha cabeça 24 horas por dia. Eu sou assim, não sei outras pessoas. Mas então, eu me sinto dessa forma, desacelerado.</p> <p>(...)</p> <p>É, tem muitas oportunidades, né? De ferramentas. Que eu possa usar pra me desacelerar. Que nem eu conversei com a psicóloga ontem. Tem muitas ferramentas que eu posso usar. E uma delas é essa, né? Que eu vou usar bastante. Querendo ou não. Porque eu tenho duas filhas crianças, né? Ai, vamos pintar, vamos pintar. Entendeu? Então, esse tipo de coisa me ajuda bastante.</p>
U 13	<p>Ficar lá fora um pouco e, tipo, primeiro a gente faz exercício físico, pra depois desenhar. No começo, eu não aceitava muito desenhar, até que o primeiro desenho, eu fiz a casinha, eu e minha mãe, criancinha lá e dois cachorros. E ficava meio, achava que tinha vergonha, tímido. Agora, eu tô mais livre, eu gosto de participar.</p>

U 14	<p>A gente vem tentando, vem estimulando a mente, né? Então, por conta disso, eu acho que tá dando certo. A gente fazendo os movimentos, fazendo os alongamentos a mais pra movimentar o corpo, né?</p> <p>(...)</p> <p>Ah, sinto alívio, né? Um certo alívio de, como eu disse, estar saindo da rotina. Tá saindo da rotina, fazendo coisas novas, expressando pensamentos, sentimentos. Então, eu acho que é uma coisa bem legal.</p>
U 15	<p>Que está me ajudando, gosto de pintar. Ajuda a mente, tudo.</p> <p>(...)</p> <p>Me sinto melhor. Durante a oficina me sinto mais alegre, solta. E quando termina tenho uma sensação boa.</p>
U 16	<p>Passa felicidade. Eu fico muito contente e feliz porque eu vou estar fazendo algo de bom. Eu vou estar desenvolvendo minha mente.</p> <p>(...)</p> <p>Todas foram boas, mas eu gostei muito de fazer o quadro, que foi uma obra minha. Eu nunca tinha pintado, principalmente em quadro. E eu consegui fazer uma obra, uma obra prima, que foi eu mesma que fiz. Então é uma coisa que vai ficar marcante para sempre.</p> <p>(...)</p> <p>Muito bem. Durante, está bom. Eu não quero nem que termine. E depois eu estou contente que eu terminei minha obra. Fico satisfeita com o resultado, independente. Às vezes, eu exijo muito de mim. Eu acho até que não ficou muito bom. Mas vocês sempre estão falando que está bom, que está bem feito. Porque cada um tem o seu dom. Cada um também. Então, eu não tenho o dom. Eu gosto de pintar, mas eu sei que não tenho o dom. Mas eu fico satisfeita com o que eu faço. Então, eu sempre procuro dar o melhor de mim.</p>
E 1	<p>Promove o bem estar psicológico, ameniza desconfortos mentais, auxilia na expressão dos sentimentos.</p>
E 2	<p>Acredito que ajude a expor os sentimentos reprimidos.</p>
E 4	<p>Atividades de expressão emocional.</p> <p>(...)</p> <p>Permitir expressão de conteúdos emocionais e facilitar o compartilhamento de vivências dos pacientes, o que pode auxiliar no processo de compreensão de suas pessoas e no seu cuidado.</p>
E 6	<p>Penso que há um fortalecimento emocional, um momento de extravasar angústias (...) reforçar sua identidade individual.</p>
E 7	<p>Os grupos oferecem benefícios na interação dos pacientes, expressão de sentimentos, autoconhecimento, redução de estresse e ansiedade, aumento da autoestima, explorar caminhos para resolução de conflitos, proporcionando ambiente acolhedor e transformador.</p>

E 9	<p>Atividades que os ajudem a expressar o que sentem e o que fazer com o que sentem. (...)</p> <p>Através da maneira que produzem a arte podem expressar o que sentem, seus medos, cuidados e necessidades. Na escolha do material, na inclusão ou exclusão de elementos e pessoas naquele trabalho expressam o que não conseguem verbalizar concretamente. Os pacientes permitem a discussão de questões importantes da sua vida subjetiva e dinâmica através da trajetória de sua construção artística.</p>
E 10	<p><i>(Promove oportunidades para)</i> expressividade. (...)</p> <p>Os grupos realizados tem uma notória contribuição para a promoção do bem estar do paciente durante a internação.</p>

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os principais achados da pesquisa, a partir dos dados sociodemográficos dos participantes e dos temas emergentes identificados na análise temática, estabelecendo um diálogo entre os referenciais teóricos da reforma psiquiátrica, RAPS e da psicanálise winnicottiana, além de autores correlatos, de forma a traçar uma interface entre arte, cuidado e saúde mental, especialmente no contexto de internações em hospital geral.

7.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

A caracterização sociodemográfica dos participantes desta pesquisa revelou um perfil predominante de pacientes do gênero masculino na faixa jovem e adulta, sendo a média de idade 37 anos. A maior parte dos participantes declarou-se branca e evangélica. Quanto à escolaridade, verificou-se que a maioria não teve o segundo grau completo, sendo que grande parte estudou até o ensino fundamental. Em relação à ocupação laboral uma parcela significativa encontrava-se desempregada ou inserida em trabalhos de baixa remuneração. Observou-se que o tempo de internação variou conforme o diagnóstico, sendo mais prolongado em casos de esquizofrenia e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Esses dados estão em consonância com os achados de estudos anteriores sobre o perfil de pacientes internados em serviços de saúde mental. Uma pesquisa realizada em 2003 nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro identificou que homens jovens, com baixa escolaridade e situação socioeconômica desfavorecida são os mais frequentemente internados em serviços psiquiátricos (DALGALARRONDO, 2003). Outro estudo mais recente, que analisou o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em uma unidade psiquiátrica no hospital geral no Paraná, trouxe dados semelhantes, também destacando a prevalência de indivíduos do gênero masculino e desempregados na frequência de hospitalizações psiquiátricas (DA SILVA et. al., 2015). Tal pesquisa indica que a maior prevalência de internações de jovens adultos coincide com o período de maior atividade laboral, o que pode implicar em impactos socioeconômicos significativos

para os indivíduos e suas famílias. Tal tendência se mantém em estudo mais atual, que também aponta a prevalência de homens jovens, com baixa escolaridade e em situação socioeconômica vulnerável em internações, discutindo sobre a importância dos determinantes sociais de saúde (CARDOSO, BAEZA e CASTAN, 2021).

A baixa escolaridade observada entre os participantes do atual estudo também é corroborada pela literatura. No estudo de da Silva e colaboradores (2015), a maioria dos pacientes não havia completado o ensino fundamental, sendo que grande parte da incidência de evasão escolar era relacionada a questões sociais. Essa baixa escolaridade pode limitar as oportunidades de emprego e acesso a serviços de saúde, contribuindo para a vulnerabilidade social desses indivíduos. Neste sentido, a fragilidade social em si pode ser observada como adocedora, considerando que saúde está relacionada ao contexto social e depende de provisões ambientais suficientes (CARDOSO, BAEZA e CASTAN, 2021; WINNICOTT, 1954/2021).

A presença majoritária de pacientes com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas no presente estudo também é consistente com estudos epidemiológicos que apontam um aumento na demanda por internações devido ao uso de drogas e álcool, muitas vezes associado a condições socioeconômicas desfavoráveis e históricos de vulnerabilidade social (BRASIL, 2015).

O tempo médio de permanência dos usuários na enfermaria de saúde mental foi de 30 dias, um período similar ao descrito em estudos sociodemográficos (ALVES e LUIS, 2020), porém relativamente longo considerando as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que recomenda internações breves. Tal dado reforça a necessidade de se discutir estratégias que favoreçam a reabilitação e a alta hospitalar responsável, bem como a continuidade do cuidado após a hospitalização.

Ao analisar as associações entre internações psiquiátricas e coberturas do CAPS e atenção básica Miliauskas e colaboradores (2019), apontam que maiores ofertas de serviços ambulatoriais e primários se relacionam a menores taxas de internações. Entretanto, Sampaio e Junior (2021), ao avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, deflagram uma insuficiência

dos serviços em face da demanda, gerando dificuldades de acesso aos usuários e uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e de urgência.

Diante destes dados, pode-se inferir uma relação entre maior período de hospitalização observado no atual estudo com fragilidades da rede, considerando que tal vulnerabilidade pode implicar em serviços ambulatoriais insuficientes, além de atrasos na disponibilidade de leitos para internações quando necessárias, gerando casos de maior gravidade e difícil estabilização. Além disso, processos de alta responsável também podem impactar no tempo de internação, considerando dificuldades nas articulações com demais pontos da rede relacionadas à carências e fragmentação da RAPS, além de baixo suporte social, muito presentes no contexto da hospitalização. Entretanto, vale ressaltar que o atual estudo não obteve informações relacionadas à rede de suporte familiar e social, atendo-se aos dados e relatos dos usuários.

Desta forma, analisando os elementos sociodemográficos, depara-se com um importante fator social, sendo evidenciada uma prevalência de usuários com fragilidades socioeconômicas, tais como baixa escolaridade, baixo índice de empregabilidade, escassa rede de suporte e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Ademais, a maior taxa de internações e adoecimento dessa população pode gerar impactos socioeconômicos, estabelecendo, de certa forma, um círculo vicioso de vulnerabilidades. Além disso, a baixa disponibilidade da rede de atenção pode implicar em quadros mais graves, gerando internações mais frequentes e longas, agravando os impactos supracitados.

Em relação à equipe de saúde, identificou-se que a maioria da equipe trabalha na enfermagem há menos de um ano e apenas metade já participou de alguma oficina realizada. Embora não tenham sido coletados dados sociodemográficos destes participantes para garantia do sigilo, tais dados podem indicar baixa experiência na área, além da priorização de terapêuticas medicamentosas como forma de tratamento.

Assim, a análise do perfil dos participantes condiz com a literatura, apontando para fragilidades do modelo de internação vigente, assim como suas interfaces com a RAPS (DA SILVA, 2025; ECHEBARRENA e SILVA, 2021; CRUZ, 2019). Esses

dados reforçam a necessidade de estratégias de cuidado que considerem não apenas o alívio sintomático, mas também a inclusão social e os direitos dos sujeitos.

7.2. EXPLORAÇÃO DOS TEMAS EMERGENTES

Os quatro temas emergidos na análise temática serão aprofundados individualmente a seguir. Ao final de cada sessão, são apresentadas obras elaboradas pelos usuários nas oficinas, relacionadas aos temas, como forma de ilustração.

7.2.1. Tema 1- **Mente Vazia, Oficina do Diabo: Arte enquanto Ocupação e Enfrentamento às Privações**

A categoria temática 1 aborda sobre privações relacionadas à internação, sendo que a ociosidade e perda de autonomia são apontadas como fatores de sofrimento, levando à angústia e sensação de tédio e vazio. As oficinas expressivas foram descritas como uma estratégia para preencher o tempo de forma significativa, promovendo bem-estar e reduzindo sentimentos negativos.

Através dos relatos desta categoria, percebe-se que a internação muitas vezes ainda coloca-se como uma prática com tom moralizante e supressora dos direitos e autonomia dos usuários, situação semelhante à descrita por Cruz (2019), ao analisar o modelo de atenção voltado às situações de crise em saúde mental atualmente.

Um exemplo está no trecho da entrevista do participante U2, em que, embora cite sobre a potencialidade da oficina, traz uma ideia moralizante da atividade: *“E esse momento está ocupado porque diz aquele ditado: mente vazia, oficina do diabo (...) Então, eu acho que essa oficina ajuda a pessoa a saber que lá fora é melhor se ocupar a cabeça com outras coisas do que a coisa errada, sabe?”*.

Os depoimentos da equipe associados a este tema também incluem a ideia da atividade ser relacionada a ocupação do tempo, de forma a evitar a ociosidade e o tédio, gerando distrações. Entretanto, a ideia da atividade aparece como uma ação passiva, não necessariamente relacionada ao protagonismo do usuário.

Cruz (2019) aponta que, embora a reforma psiquiátrica tenha trazido como princípio o resgate da participação ativa, do poder de escolha e do direito à cidadania dos sujeitos com transtorno mental, as situações de crise e internações subsequentes geram uma espécie de permissão para que tais direitos sejam suspensos, mantendo práticas supressoras da autonomia, com enfoque no modelo biomédico, com priorização de medicação excessiva e controle de sintomas, o que é reiterado na literatura (PAES et. al., 2013; DA COSTA LIMA, 2021).

O relato do participante U3, abaixo, ilustra a sensação de aprisionamento e a super utilização dos medicamentos como terapêutica, com pouca exploração das demais formas de cuidado e atenção: *“Ah, distrair a mente, distrair a mente. O tempo passa mais rápido, né? (...) Porque ficar aqui é mó tédio, entende? É como se fosse uma prisão, só que você toma um remédio, remédio, remédio, remédio. Isso aqui pode fazer o quê? Não tem o que falar, né? Uma prisão, só que você toma remédio, remédio, remédio, remédio, remédio (...) Aí me sinto menos preso, quando elas estão aqui (na oficina). Me sinto menos preso.”*

Este relato se assemelha a um trecho da música “Sufoco da Vida”, de Hamilton Assunção, do Grupo Harmonia Enlouquece, conjunto criado a partir de uma oficina de musicoterapia, formado por usuários e profissionais de saúde do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), que busca produzir novos sentidos sobre a loucura, de forma alinhada à Reforma Psiquiátrica:

“Estou vivendo no mundo do hospital, tomando remédio de psiquiatria mental. Haldol, Diazepan, Rouhypnol, Prometazina. Meu médico não sabe como me tornar um cara normal. Me amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado. Socorro, sou um cara normal asfíxiado. Minha mãe, meu irmão, minha tia e companhia me encheram de drogas e Levomepromazina. Ai, ai, ai, que sufoco da vida. Estou cansado de tanta Levomepromazina.”

Nesta letra, observam-se críticas ao modelo biomédico, no qual os usuários são submetidos a um tratamento com foco no controle de sintomas, havendo uma supressão dos direitos e da autonomia individual.

Na perspectiva winnicottiana, a submissão é descrita como um oposto da criatividade, situação na qual o mundo e a realidade se impõem ao sujeito, fazendo-o adaptar-se e sujeitar-se (WINNICOTT, 1975). Neste sentido, a internação psiquiátrica pode ser compreendida como um contexto que, ao restringir a liberdade

e impor rotinas rigidamente estruturadas, pode favorecer um estado de submissão, onde a espontaneidade e a criatividade são reduzidas.

Segundo Winnicott (1954/2021), “*o tédio resulta do tamponamento da vida criativa*”. Assim, a ausência de espaços para a expressão criativa pode gerar um sentimento de vazio e apatia, como observado nos relatos dos participantes, nos quais a ociosidade, o tédio e o excesso de medicação são descritos como fatores que intensificam a sensação de aprisionamento. No conceito de “falso *self*” de Winnicott (1958/2022), a imposição de regras e a falta de espaço para a espontaneidade podem levar o indivíduo a uma adaptação excessiva, onde ele responde às demandas externas, mas sem uma experiência autêntica de si. Esse fenômeno pode ser relacionado à maneira como os participantes relatam que a internação os obriga a ocupar um papel passivo, sendo reduzidos a receptores de orientações, medicações e condutas.

Como forma de enfrentamento às práticas manicomiais supressoras da autonomia, Cruz (2019) aponta que um caminho possível seria a utilização de diferentes saberes e práticas de cuidado, pensamento compartilhado por Amarante e Nunes (2018), que descrevem a necessidade de que as ações sejam centradas na recuperação e reintegração social. Neste sentido, estes autores descrevem a importância de uma luta contra os estigmas da loucura e defendem a necessidade da integração da política de saúde mental com outras áreas, como a educação e a cultura. Aqui podem ser inseridas as práticas culturais e artísticas, como as oficinas expressivas.

Neste eixo temático as oficinas expressivas aparecem como estratégias promotoras de um alívio e melhora da autonomia perante tais limitações. Embora mantenham-se ainda no campo da arte enquanto ferramenta terapêutica, observa-se que a proposta busca um estímulo à autonomia e resgate da centralidade dos sujeitos em seu processo de cuidado, discussão que se assemelha ao trazido por Hinkel e Soler (2022), ao analisar as ações de reabilitação psicossocial relacionadas à arte.

Dessa maneira, a partir da teoria winnicottiana, é possível compreender que a ociosidade forçada e a perda de autonomia podem contribuir para uma vivência marcada pela submissão e pela sensação de vazio, reforçando a ideia de

desamparo e privação. As oficinas expressivas, ao promoverem espaços de experimentação criativa, podem atuar como um contraponto a esse processo, permitindo que os sujeitos recuperem a capacidade de brincar, criar e se expressar de maneira autêntica, resgatando um sentido mais pleno para sua existência dentro e fora do contexto hospitalar.

Como ilustração desta categoria, apresenta-se a obra do usuário U11, abaixo (Figura 6), nomeada “A Liberdade”. A obra foi escolhida dentro do acervo, pois o tema e o título “liberdade” aparecem com frequência nas produções visuais dos usuários, remetendo a ideia de aprisionamento gerada pela internação, assim como o aguardo pela alta e por momento de maior independência.

Figura 6. “A Liberdade”- Usuário U11.



7.2.2. Tema 2- Uma Troca: Arte como Ponte para as Relações

No tema 2 foi destacada a importância das oficinas enquanto espaço de trocas entre os participantes, favorecendo a criação de vínculos e o sentimento de pertencimento, conforme relatos dos usuários e dos profissionais da saúde. Neste sentido, é citada a importância das relações interpessoais, socialização e afetividade, tanto entre os usuários, como com seus familiares e com a equipe de saúde.

Os participantes destacam a importância de sentirem-se valorizados e pertencentes, o que pode ser percebido no relato do participante U2: *“Assim, eu me sinto bem ao ser convidado para essa pesquisa. Pro grupo também, porque é bom. Eu gosto de fazer parte do mundo, sabe?”*. Já o usuário U12 descreve a atividade como *“familiar, afetiva, legal”*, destacando o valor interpessoal e lúdico da ação.

Estes relatos estão articulados com o descrito na literatura, apontando para a potencialidade das oficinas expressivas enquanto inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, permitindo formas singulares de expressão e compreensão (PÁDUA e MORAIS, 2010). Autores como Saraceno (2011) e Contiliani e colaboradores (2022) reforçam sobre a importância das trocas sociais enquanto forma de resgate da cidadania nos processos de reabilitação psicossocial, criticando o determinismo presente no modelo biomédico e destacando a importância de práticas de intervenção que estimulem a construção de identidades.

Para Winnicott (1975), o desenvolvimento emocional do indivíduo está diretamente ligado à experiência de ser reconhecido e validado nas relações interpessoais, o que pode ser observado em alguns relatos. Quando a usuária U1 afirma sentir-se *“uma pessoa importante”*, destacando sentir-se valorizada e ouvida no grupo, percebe-se o impacto do reconhecimento na construção de uma identidade fortalecida. Da mesma forma, a participante U5 refere sentir-se *“normal de novo”* ao participar da atividade, sinalizando a reconstrução do seu lugar na experiência coletiva. Esse processo pode ser compreendido à luz do pensamento winnicottiano sobre a necessidade de um ambiente que permita a expressão genuína do *self*. Para o autor, a vivência de ser acolhido pelo outro é essencial para a continuidade da existência psíquica saudável.

Outro aspecto relevante é a função das oficinas como um espaço de brincar, fundamental para o desenvolvimento emocional. Winnicott (1975) destaca que o brincar é a base da experiência cultural e da capacidade de se relacionar com o mundo de forma espontânea. Ao se envolverem nas atividades artísticas, os participantes das oficinas acessam um espaço de experimentação simbólica, no qual podem expressar emoções, testar limites e interagir com os outros sem medo de julgamento. Esse processo permite não apenas a socialização, mas também a ressignificação de experiências subjetivas, contribuindo para a recuperação da espontaneidade e da criatividade.

Além disso, é possível relacionar essas vivências às fases de independência relativa e rumo à independência descritas por Winnicott (1954/2021), etapas que marcam a aquisição da autonomia, porém que não significam a ausência de vínculos, mas sim a possibilidade de estar em relação com os outros sem a perda da individualidade. O autor aponta que a saúde psíquica não se dá na solidão absoluta, mas na construção de relações que possibilitem apoio e reconhecimento mútuo, o que pode ter sido facilitado pelos grupos, ao permitir a troca de vivências e afetos, com espaço para a expressão singular. Desta forma, ao favorecer as relações interpessoais, as oficinas podem estimular a reconstrução da identidade e da autonomia, favorecendo o sentimento de pertencimento e o fortalecimento dos laços sociais.

Para ilustração deste tema, foram escolhidas duas obras elaboradas por dois usuários no mesmo dia (Figuras 7 e 8). Pode-se observar semelhanças, indicando que houve uma troca, diálogo e compartilhamento do conteúdo, ambos sinalizando sentimentos relacionados ao contexto de vida.

Figura 7. "Saudade"- Usuário A.H.M.

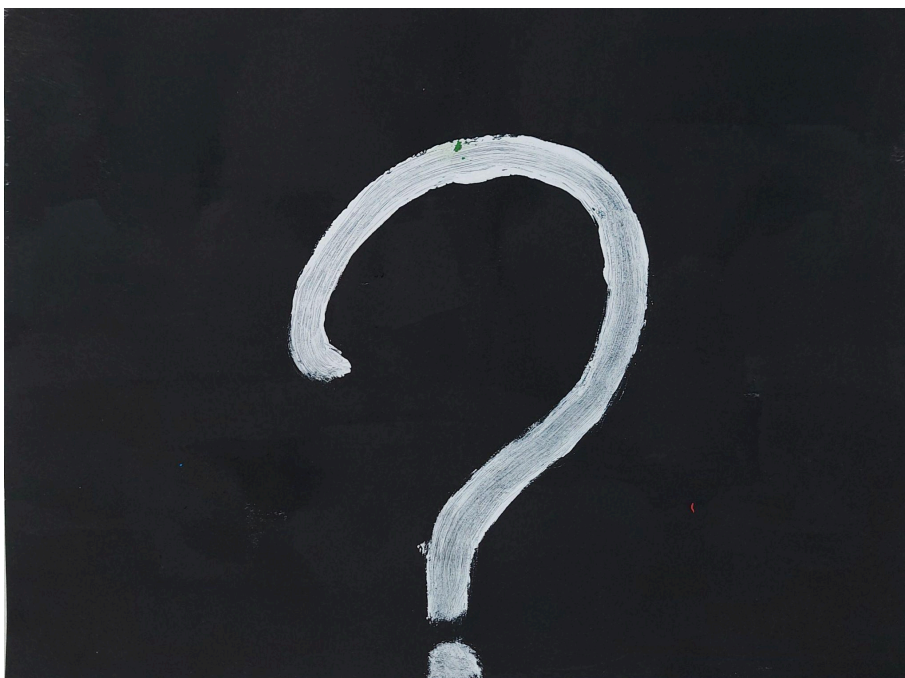
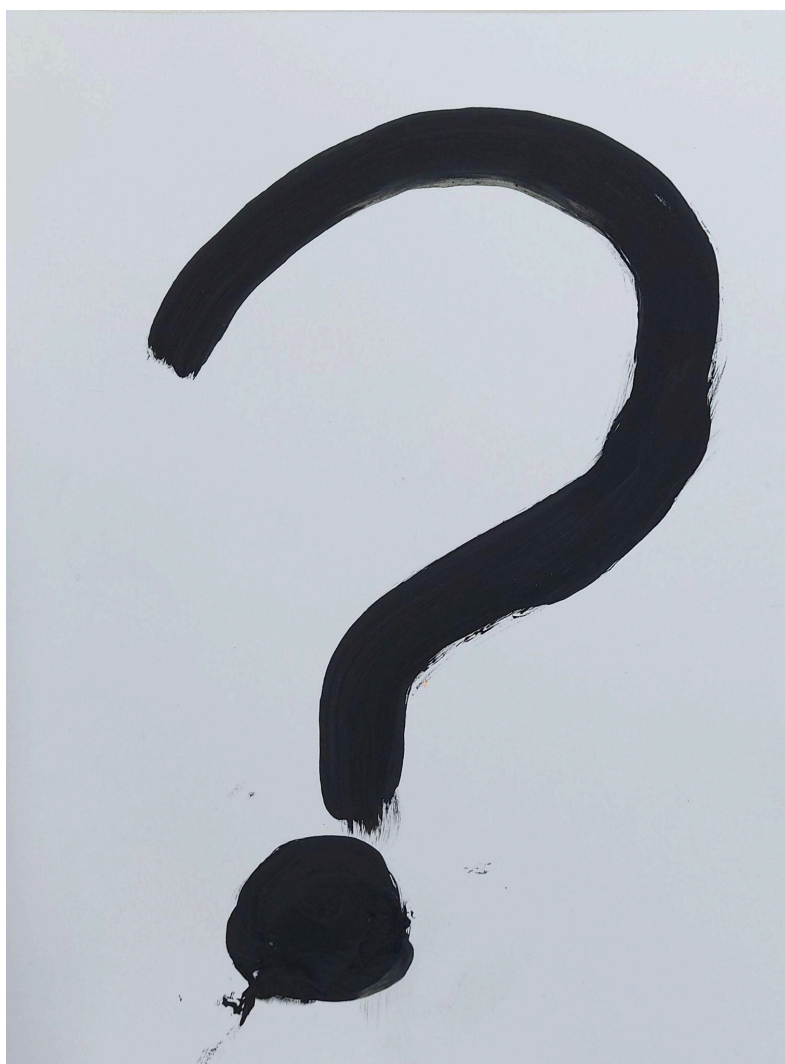


Figura 8. "Para quem foi"- Usuário W.A.A.D.M.



7.2.3. Tema 3- Uma Nova Forma de Cuidado: Arte enquanto Ferramenta de Humanização

O tema 3 traz um aspecto mais específico dentro do contexto relacional, abordando sobre a relação entre usuário e equipe de saúde. Nesta categoria, os relatos indicam que as oficinas expressivas contribuem para um modelo de cuidado mais humanizado, centrado no sujeito, com valorização da subjetividade dos indivíduos.

Em relação às percepções da equipe de saúde, foram verificadas opiniões diversas. Alguns profissionais apresentam a ideia de que o cuidado ofertado deve ter objetivos mais claros, relacionados à psicoeducação e manejo de sintomas, relacionados à psicopatologia, noção que se assemelha ao descrito por Lima e Pelbart (2007), como forma de utilização da arte enquanto ferramenta diagnóstica e terapêutica, com função clínica, modelo mais presente no início do século XX. Por outro lado, outros profissionais descreveram as oficinas enquanto espaço potente para expressão e promoção de vinculação e a criação de novas subjetividades, aproximando-se do modelo mais recente de uso da arte e da cultura, conforme descrito pelos mesmos autores.

Já os usuários relatam serem tratados com respeito e afeto, fazendo-os se sentirem valorizados e estimulados. Neste sentido, a participante U5 descreve a oficina como *“uma nova forma de cuidado (...) Me sinto grata pelas pessoas que mesmo sem me conhecer me dão esse carinho. A forma como elas tratam a gente com respeito”*.

Desta forma, as oficinas podem se inserir enquanto ferramenta de humanização, ao promover acolhimento, criação de vínculos e valorização da subjetividade dos sujeitos, além de contribuir no combate às práticas de violência institucional e de exclusão (DA SILVA SANTOS e LIMA, 2017).

Para Cruz (2019), é fundamental no cuidado ofertado na atenção à crise que haja uma aproximação entre profissionais de saúde e usuários, que objetive a reconstrução de suas identidades e autonomia, com defesa dos direitos e a construção de vínculos interpessoais.

Nos relatos de alguns participantes observa-se a presença de uma postura mais passiva diante da atividade, atendo-se a seguir as instruções e realizar o que é

proposto, como o caso dos participantes U14, que refere “*a gente participa do que vocês trazem pra gente, né?*”; e U6, que afirma que o grupo “*Significa pra mim aprendizado, né? Aprender com vocês lá, participar da atividade, dos desenhos, de vocês ensinando.*”. Assim, destaca-se que, embora a ação esteja no campo da humanização, há a necessidade de maior incentivo ao protagonismo do usuário.

Pode-se, ainda, enquadrar as oficinas enquanto tecnologias leves de cuidado, considerando a centralidade no acolhimento, escuta e uma relação de cuidado horizontalizada entre profissionais e usuários (FRANCELINO e BREGALDA, 2020). O relato do usuário U8 destaca tal aspecto, sinalizando a aproximação e horizontalidade na relação usuário-profissional: “*Pelo jeito, ela fica se parecendo com a gente, né?*”

Winnicott (1954/2021), ao falar sobre o cuidado em saúde, descreve a importância do fornecimento de um *setting* para confiança, onde não devem haver hierarquias e deve ser priorizada a relação interpessoal:

Quando estamos face a face com um homem, uma mulher ou uma criança, somos reduzidos a dois seres humanos de mesmo nível. As hierarquias desaparecem. Posso ser médico, enfermeiro, assistente social, um parente que vive na mesma casa- ou mesmo psicanalista ou padre. Não faz diferença. Relevante é a relação interpessoal, em todos os seus matizes, ricos e complicados (WINNICOTT, 1954/2021, p. 135).

Assim, o cuidado deve ter como principal característica a confiabilidade, que se associa ao segurar (*holding*). O autor coloca que, assim como a mãe precisa se identificar com o bebê, o analista deve se identificar com o analisando para compreender suas necessidades, fornecendo o que precisa naquele momento, funcionando como ambiente facilitador ou suficientemente bom. (DIAS, 2023). Além disso, o autor destaca a necessidade do suporte, salientando a importância de o ambiente tolerar os sintomas e as especificidades do indivíduo, como forma de promoção de saúde (WINNICOTT, 1954/2021).

Desta forma, através da oferta de sustentação e manejo, pode-se interpretar que as oficinas expressivas funcionem enquanto ambiente suficientemente bom, oportunizando o aparecimento do espaço transicional, onde há uma intersecção entre o brincar do profissional e o brincar do usuário, permitindo que o último se

expresse de maneira autêntica e criativa, e possa, assim, retomar seu processo de amadurecimento e conquista de autonomia e saúde.

A obra escolhida para ilustração do tema 3, foi “Doutora Espetáculo”, elaborada pelo usuário U10, na qual o mesmo efetuou um desenho da médica de referência responsável pelo seu cuidado, indicando vínculo e identificação.

Figura 9. “Doutora Espetáculo”- Usuário U10.



7.2.4. Tema 4- Momento de Expressão: arte como criatividade e amadurecimento

Por fim, os conteúdos presentes no tema 4 evidenciam a arte como uma ferramenta para a expressão de pensamentos e sentimentos, proporcionando organização interna e autoconhecimento. Os participantes descrevem a experiência nas oficinas como um meio de alívio emocional, redução da ansiedade e fortalecimento da identidade, colocando-se como um espaço de criação e

manifestação de individualidades.

Tais relatos correlacionam-se com as potencialidades descritas na literatura, que indicam as oficinas como espaços de expressão verbal e não verbal de sentimentos e vivências relacionadas ao contexto intra e extra hospitalar, podendo favorecer melhora dos sintomas, da autoestima e da criatividade (LIMA, 2004; LIMA e PÉLBART, 2007; PÁDUA e MORAIS, 2010). Tal aspecto pode ser observado no relato da participante U5: *“Precisamos desabafar, mas às vezes não queremos ou não conseguimos através da fala. E isso é uma forma disso (...) Às vezes não quero conversar e essa é uma forma de se expressar”*.

Além disso, os discursos dos participantes evidenciam a importância da arte não apenas como ferramenta de controle de sintomas, mas como forma de expressão pessoal, podendo oportunizar que os sujeitos se apropriem de suas narrativas e favorecendo o autoconhecimento, a autonomia e o direito à cultura, indo ao encontro ao descrito por Hinkel e Soler (2022).

Segundo Amarante (2012), práticas artístico culturais se dão como forma de os sujeitos falarem de suas experiências, seu sofrimento e maneira de ver o mundo, sendo que quando há espaço para uma manifestação artística enquanto expressão pessoal, esta se configura como um movimento social cultural no sentido de favorecer a transformação sobre o imaginário da loucura.

O usuário U8 apresenta uma fala neste sentido: *“Porque quem não conhece, pega e fala, é, mas está em lugar de louco, você está. Diz você não é louco, por que você vai em lugar de louco? Eu falo lá não é lugar de louco, não. Lá é pra se dar uma reeducada, para ver se volta ao normal um pouco”*, demonstrando que as ações ofertadas podem auxiliar a desmistificar e transformar os estigmas relacionados à saúde mental.

Já o participante U9, expõe a importância do grupo enquanto forma de expressão de suas vivências e sentimentos, podendo ressignificá-los, citando que a atividade o auxiliou em seu processo de luto: *“É, porque meu pai faleceu, né, eu fiz uma (pintura) de luto lá (...) Então foi uma lembrança e eu fiz isso aí pra ele (...) Agora eu tô alegre, mais leve”*.

Dialogando com os conceitos winnicottianos, a arte pode ser compreendida como um meio para o resgate da criatividade, conceito que, segundo o autor, é

essencial para a existência humana saudável, em todas as fases da vida:

“O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando qualquer pessoa- bebê, criança, adolescente, adulto ou velho- se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa.” (WINNICOTT, 1975, p. 100).

Assim, para Winnicott, a criatividade é um elemento vital do amadurecimento emocional, permitindo que os indivíduos evitem uma adaptação passiva ao ambiente e passem a atuar de maneira espontânea e autônoma. Desta maneira, no contexto das oficinas expressivas, a possibilidade de criar e expressar sentimentos através da arte pode permitir que os indivíduos experienciem o impulso criativo e, assim, retomem aspectos fundamentais de sua subjetividade, construindo novas formas de interagir consigo mesmos e com o mundo de maneira singular.

Tal ideia pode ser articulada com a noção de que a reabilitação psicossocial deve objetivar, como garantia de direito à cidadania do usuário, a retomada da autonomia e da capacidade do indivíduo se colocar de forma ativa frente à vida, de maneira a reaver sua complexidade enquanto sujeito, muitas vezes simplificadas pelas instituições psiquiátricas antigas ou atuais (BRÉDA et. al., 2005).

Conforme descrito na seção anterior, a oficina pode se configurar como um espaço potencial, definido por Winnicott (1975) como um ambiente intermediário entre a realidade interna e externa (pessoal e compartilhada), nos quais os participantes têm a liberdade de criar sem julgamento, possibilitando a exploração de sentimentos profundos e a manifestação do verdadeiro self. Desta forma, as oficinas se enquadram como recursos terapêuticos potentes, permitindo que o indivíduo explore o brincar e a criatividade, no sentido de existência única e significativa (AIELLO-VAISBERG, 2017).

A participante U1 descreve tal aspecto em seu relato, indicando que o grupo a ajuda a *“conseguir me expressar, de alguma forma eu vou pôr pra fora tudo o que eu guardo aqui dentro de mim. Porque a pintura, ela pode ser até abstrata, mas é algo que o pintor está sentindo.”*. Já a usuária U16 destaca sobre a potencialidade da expressão artística, para além da noção estética da arte, salientando a importância da ação para si mesma: *“Então, eu não tenho o dom. Eu gosto de*

pintar, mas eu sei que não tenho o dom. Mas eu fico satisfeita com o que eu faço. Então, eu sempre procuro dar o melhor de mim”.

O fazer artístico, nesse sentido, pode ser visto como uma continuidade do brincar na infância, sendo um meio pelo qual os indivíduos expressam seus estados emocionais e reafirmam sua existência no mundo, assegurando um valor à vida, conforme o pensamento winnicottiano: *“O que importa, o que é vital, e faz a vida valer a pena, é poder continuar a criar, a partir do nada, da solidão existencial, da criatividade originária, como sempre”* (DIAS, 2003, p. 243).

Desta maneira, nas análises relacionadas a esta categoria temática, a arte pode se dar enquanto resgate da criatividade, oportunizando que o indivíduo retome seu processo de amadurecimento saudável e volte a caminhar rumo à independência, ideia que pode se relacionar à reabilitação social e ao processo de alta responsável.

Para ilustração do tema, foi selecionada a obra da participante U16, chamada “A Estrada da Vida”, por indicar a representação de um caminho, podendo ser relacionado à ideia de processos de amadurecimento e desenvolvimento presentes na vida.

Figura 10. “A Estrada da Vida”- Usuária U16.



8 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo investigar as percepções dos usuários e da equipe de saúde quanto à aplicação de oficinas expressivas em uma enfermaria de saúde mental em um hospital geral. A partir da análise dos dados e articulação com a literatura, foi possível identificar que as oficinas se configuram como espaços potentes de cuidado, promovendo expressão, socialização e construção de vínculos, além de contribuírem para a humanização do atendimento em saúde mental.

Os achados confirmam a hipótese inicial de que as oficinas expressivas favorecem a comunicação verbal e não verbal, estimulam a organização psíquica e a criatividade, além de estimularem maior autonomia aos participantes. Os relatos dos usuários evidenciam que essas atividades funcionam como um contraponto à ociosidade e à medicalização excessiva, promovendo um espaço de interação, acolhimento e expressão singular.

No que se refere à equipe de saúde, a pesquisa revelou uma diversidade de percepções. Enquanto alguns profissionais reconhecem as oficinas como estratégias potentes para um cuidado mais integral e humanizado, outros parecem manter uma visão biomédica, com foco no controle de sintomas. Assim, a análise indicou como um desafio a necessidade da reafirmação da importância de tecnologias leves, como o caso das oficinas, como parte fundamental da assistência em saúde mental.

Além disso, o perfil sociodemográfico dos usuários evidencia um público com contexto de vulnerabilidade social, baixa escolaridade e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Esses fatores reforçam a necessidade de estratégias que articulem o cuidado hospitalar com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de modo a garantir suporte contínuo após a alta, prevenindo reinternações e favorecendo a reinserção social e buscando a garantia da cidadania e direitos dos usuários.

Como limitações da pesquisa, pode-se demarcar alguns pontos. Em relação aos usuários, o estudo não coletou dados referentes ao contexto familiar e social, o que poderia trazer informações relevantes acerca da rede de apoio dos mesmos.

Outro aspecto relevante é o momento de realização das entrevistas, que ocorreram no período próximo à alta hospitalar, fator pode ter influenciado a percepção dos usuários sobre as oficinas, uma vez que suas falas podem refletir um alívio pela iminente saída do hospital e maior disposição para avaliar positivamente as experiências vivenciadas durante a internação. No tocante à equipe de saúde, destaca-se que, buscando a garantia do sigilo e confidencialidade dos participantes, não foram coletados dados sociodemográficos, o que restringe uma análise mais aprofundada sobre como diferentes perfis profissionais percebem as oficinas expressivas e seu impacto no cuidado em saúde mental. Além disso, a coleta de dados da equipe ocorreu por meio de formulários, o que pode ter reduzido a profundidade dos relatos em comparação a entrevistas individuais ou grupos focais.

Do ponto de vista teórico, os resultados reforçam o papel da arte como catalisadora do processo de reabilitação psicossocial, podendo contribuir não apenas como ferramenta terapêutica, mas também como prática cultural, favorecendo transformações acerca do imaginário da loucura e estimulando o resgate da autonomia e direito dos usuários. Em uma intersecção conceitual com a psicanálise winnicottiana, analisa-se que as oficinas expressivas podem estimular a criatividade e o amadurecimento rumo à independência, auxiliando nos processos de subjetivação e permitindo uma postura ativa e singular frente à vida.

Considerando a internação como espaço onde não é possível uma psicoterapia clássica, as oficinas expressivas podem se enquadrar como recurso terapêutico de baixo custo, de breve aplicação e com alta potencialidade. Ao propiciar um ambiente facilitador, gerando um espaço transicional, tal atividade pode estimular uma retomada do brincar, possibilitando com que os sujeitos resgatem sua criatividade e encontrem novas formas de significado para suas experiências. Assim, sob a ótica winnicottiana, a arte se apresenta como um caminho para a retomada da autonomia e da espontaneidade, aspectos essenciais para o amadurecimento emocional e para a reconstrução da identidade dos sujeitos em sofrimento psíquico em busca da saúde.

Dessa forma, esta pesquisa contribui para a compreensão da relevância das oficinas expressivas aplicadas no âmbito do contexto hospitalar, reforçando sua potencialidade como estratégia de cuidado em saúde mental. Os resultados indicam

a importância de ampliar e consolidar tais práticas, de modo a promover uma atenção mais humanizada e centrada no sujeito, conforme preconizado pela luta antimanicomial. Assim, conclui-se que as oficinas se apresentam como dispositivos capazes de promover transformações no contexto hospitalar, podendo ressignificar a experiência da internação ao possibilitar que os sujeitos transitem da crise à criatividade, promovendo não apenas alívio e acolhimento, mas também um processo de reconstrução subjetiva, fortalecimento da autonomia e busca de saúde.

9 IMPACTO SÓCIO-POLÍTICO

A atual pesquisa se insere no contexto mais amplo das discussões sobre a qualificação do cuidado em saúde mental, especialmente no âmbito hospitalar, onde o manejo do sofrimento psíquico exige abordagens inovadoras e integradas. Ao investigar as oficinas expressivas como estratégia de cuidado, o estudo dialoga com princípios da humanização e da reabilitação psicossocial, ressaltando a importância das tecnologias leves no cuidado a usuários internados.

No contexto institucional, espera-se que os achados contribuam para o aprimoramento das práticas assistenciais na enfermagem de saúde mental do HU-UFSCar, fomentando processos de educação permanente e instrumentalização da equipe de saúde, especialmente em relação às formas de manejo e cuidado ofertados, destacando a potencialidade de uma ação interventiva de baixo custo e fácil replicabilidade. Além disso, o estudo pode subsidiar a implementação de diretrizes e protocolos que incorporem ações, tais como oficinas expressivas, ao modelo de cuidado hospitalar, fortalecendo uma assistência humanizada e sensível às necessidades subjetivas dos usuários.

Em relação aos usuários, a pesquisa busca evidenciar os efeitos positivos das oficinas expressivas na construção de vínculos, no estímulo à comunicação verbal e não verbal e na organização psíquica. Essas dimensões são essenciais para promover maior autonomia e participação ativa no próprio processo terapêutico, contribuindo para reabilitações mais breves e efetivas, assim como para a construção de projetos de alta responsáveis.

Além de seus impactos diretos na prática clínica, a pesquisa tem o potencial de contribuir com a literatura científica da área e disparar discussões que podem influenciar a gestão do cuidado, ao destacar a importância dessas estratégias terapêuticas e do trabalho em equipe para o tratamento hospitalar de saúde mental, evidenciando o papel da arte e da cultura na promoção do bem-estar e na recuperação de sujeitos em situação de crise. Ademais, este estudo colabora com o arcabouço teórico, ao propor um diálogo na interface entre saúde mental, arte e a psicanálise winnicottiana.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a reforma psiquiátrica brasileira tenha ocorrido há mais de vinte anos, a luta antimanicomial não está encerrada, devendo ser mantida nos contextos macro e micropolítico, com participação ativa dos usuários, familiares e trabalhadores da saúde. Apesar dos inegáveis avanços em prol da desinstitucionalização e da reinserção social dos usuários, práticas retrógradas ainda são aplicadas dentro de cenários da RAPS, tanto por recentes retrocessos ocorridos na política de saúde mental, como resistência de alguns profissionais da área.

Especialmente no contexto de internações, que ocorrem em momentos de quadros de crises e agudização dos quadros, é comum que as atuações reproduzam práticas do modelo manicomial, com priorização do modelo biomédico e suspensão dos direitos e autonomia dos usuários. Neste cenário, se faz necessária a busca de estratégias de cuidado que não só contribuam com as terapêuticas e manejo de sintomas, mas também valorizem as subjetividades e individualidades dos sujeitos, favorecendo a retomada dos direitos e a reinserção social mais breve possível.

A presente pesquisa buscou contribuir para este debate, discutindo sobre o uso de oficinas expressivas como estratégia de cuidado em saúde mental no contexto hospitalar, ampliando a compreensão sobre suas potencialidades e desafios. A partir dos achados, observa-se que o atual modelo de atenção à crise ainda tende a operar sob uma lógica de medicalização e normatização dos corpos, muitas vezes não priorizando a participação ativa dos usuários em seus processos de recuperação. Diante disso, discute-se que ações como as oficinas expressivas podem se dar como dispositivos que desafiam tal lógica, introduzindo a arte, a cultura e a criatividade como ferramentas de enfrentamento da crise, não apenas no sentido de alívio sintomático, mas como forma de subjetivação.

Nesse sentido, esta pesquisa não apenas reafirma a potência das oficinas expressivas, mas também aponta para a necessidade de uma transformação estrutural nos modos de atenção à saúde mental, de forma que tecnologias leves, como a arte, o acolhimento e a escuta qualificada, deixem de ser tratadas como

intervenções periféricas e passem a ser reconhecidas como centrais no cuidado em saúde mental, inclusive no âmbito hospitalar. Isso exige a valorização e capacitação das equipes de saúde, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a efetiva incorporação de práticas que garantam a dignidade e o protagonismo dos usuários, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica.

11 PRODUTOS TÉCNICOS

A partir do projeto, foram desenvolvidos os seguintes produtos técnicos:

11.1 ACERVO

Sistematização de acervo das obras plásticas, especialmente pinturas, produzidas pelos usuários ao longo dos encontros de Oficinas Expressivas. Como exposto no método, após autorização de divulgação de imagem, as obras são armazenadas em acervo físico e ou digital.

Ao final do projeto, o acervo físico e digital foi sistematizado através de uma curadoria das obras nas seguintes coleções:

1. Obras do mesmo usuário produzidas em dias diferentes ao longo da internação;
2. Obras com temas similares a partir dos nomes dados;
3. Obras visualmente similares ou com temas próximos.

O acervo é utilizado para exposições culturais no hospital e em outros locais pertinentes.

11.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA EM FORMATO DE CATÁLOGO

Divulgação da experiência das oficinas expressivas desenvolvidas no HU UFSCar na Mostra Virtual da RAPS “Nós na Rede”, da Fiocruz, através de breve relato de experiência em formato de catálogo, com descrição das atividades e obras produzidas pelos usuários, publicada em abril de 2025 e disponível através do link: <https://brasil.fiocruz.br/nosnarede/mostra-de-experiencias/arte-no-hospital-oficinas-expressivas-em-enfermaria-de-saude-mental/>

12 PUBLICAÇÕES ASSOCIADAS

A partir da presente pesquisa e do projeto de extensão “Conteúdos Emergentes” associado, foram elaboradas as seguintes produções científicas:

- Elaboração de artigo científico sobre a pesquisa desenvolvida, com foco nas percepções dos usuários acerca da aplicação das oficinas, visando publicação em revista da área da psicologia;
- Elaboração de relato de experiência, visando ser publicado em revista de extensão, com objetivo de descrever a experiência prática da oficina, envolvendo atuação interprofissional de profissionais, estudantes e docentes;

Além dos trabalhos acadêmicos, o projeto foi divulgado através de exposições artísticas nos seguintes contextos:

- Mural localizado na parede externa da enfermaria, em corredor do hospital, atualizado semanalmente com obras dos usuários de 2022 a 2024;
- Exposição nas dependências do Hospital Universitário, após um processo de curadoria e plastificação das obras, ocorrida em dezembro de 2022 (<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/comunicacao/noticias/exposicao-no-hu-apresenta-trabalhos-desenvolvidos-por-pacientes-da-unidade-de-saude-mental>);
- XIX Semana da Psicologia UFSCar, com exposição das obras, em 2023.
- IV reENCANTO “Encontro sobre as atividades na Terapia Ocupacional: reencontros e encantamentos com as atividades humanas”, com apresentação de painel de obras: “Afeto Emergente: Sentimentos que Florescem”, em novembro de 2024;
- IV Jornada de Integração em Psicanálise “O inconsciente além da fala: alternativas de expressão em psicanálise”, com apresentação de pôster e painel de obras, em novembro de 2024;
- XX Semana da Psicologia UFSCar “Relembrar, Celebrar e Inovar: 30 anos da Psicologia UFSCar”, com o condensado de obras e apresentação oral intitulada “Horizontes internos: elaborando caminhos com a arte”, em dezembro de 2024.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Estilo Clínico Ser e Fazer: Resposta Crítico-Propositiva a Despersonalização e Sofrimento Social. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 37, n. 92, p. 41-62, 2017.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. [s.l.] Scielo - Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo et al. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 125-132, 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.

ALVES, Tarcísia Castro; LUIS, Margarita Antonia Villar. Unidade psiquiátrica em hospital geral: características de estrutura e organização. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições, v. 70, p. 225, 1977.

BARRETTO, Raquel Silva; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 124-130, 2019.

BRASIL. Lei n. 9610, de 19 de fevereiro de 1998. **Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências**. São Paulo, p. 576-594, jan./fev.1998.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Cultura. **Loucos pela Diversidade – da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório Final**. Rio de Janeiro: MinC/FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS: saúde mental. v. 5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. **Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 580**, de 22 de março de 2018. Brasília (DF): MS, 2018.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023: **Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações**. Brasília (DF): MS, 2023.

BRÊDA, Mércia Zeviani et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 450-452, 2005.

BOTELHO-BORGES, Andrea de Arruda; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Desenvolvimento de capacidades e gestualidade espontânea. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, p. 257-262, 2011.

CAMBUÍ, Heloisa Aguetoni; NEME, Carmen Maria Bueno; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 19, n. 1, p. 131-145, 2016.

CARDOSO, Maria Souza; BAEZA, Fernanda Lucia Capitanio; CASTAN, Juliana Unis. Determinantes sociais de saúde e a análise do perfil de internações de uma unidade psiquiátrica do sul do Brasil. **Revista da SBPH**. Belo Horizonte. Vol. 24, n. 2 (jul./dez. 2021), p. 142-150, 2021.

CAVALLINI, Flávia de Macedo. CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, p. 40-45, 2020.

CRUZ, Karine Dutra Ferreira da et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do NUFEN**, v. 11, n. 2, p. 117-132, 2019.

CONTILIANI, Eliana; DA SILVA, Ana Livia Jardim Justino; MACHADO, Vanessa Cristina. Arte como produção de cuidado no campo da atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 3, n. 1, p. 147-167, 2022.

DA COSTA LIMA, Deivson Wendell et al. Humanização no cuidado em saúde mental: compreensões dos enfermeiros. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 17, n. 1, p. 58-65, 2021.

DA SILVA, Marcus Macedo. LEITOS DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL: A INTERNAÇÃO QUE SE FAZ EM REDE. **BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, v. 52, n. 46, p. 1-19, 2025.

DA SILVA SANTOS, Tatiane; LIMA, Antonio Carlos Ferreira. Interfaces da política nacional de humanização de assistência à saúde de pessoas com transtorno mental. **comité editorial**, 2017.

DA SILVA, Thaise Liara et al. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 112-120, 2015.

DALGALARRONDO, Paulo; BOTEGA, Neury J.; BANZATO, Cláudio EM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 629-634, 2003.

DE FÁTIMA DEPOLE, B. et al. Projeto terapêutico singular: uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 14, n. 38, p. 01-25, 2022.

DIAS, L. O. **A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott**. São Paulo: DWW editorial, 2003.

DIAS, Elsa. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Natureza Humana-Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise**, v. 10, n. 1, p. 29-46, 2008.

DIAS, Elsa Oliveira. **Interpretação e manejo na clínica winnicottiana 2a ed.** 16 Tons, 2023.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W; DELGADO, P.G.G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de

saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

DOS SANTOS, Manoel Antônio et al. Clínica ampliada, cuidado à infância e à família no contexto da rede de atenção psicossocial: Contribuições de Winnicott. **Revista Subjetividades**, v. 22, n. 3, p. e13443-e13443, 2022.

ECHEBARRENA, Rodrigo Cunha; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 223-234, 2021.

FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT**, v. 2, n. 2, p. 131-150, 2014.

FRANÇA, Rafaela Mota Paixão; PASSOS, Maria Consuelo; ROCHA, Zeferino. Os sentidos da saúde na obra de Donald Winnicott. **Estudos de Psicanálise**, n. 42, p. 97-106, 2014.

FRANCELINO, V. C. S.; BREGALDA, M. M. Poesia, arte e sensibilidade: contribuições de um projeto de extensão para a formação de estudantes de terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 50-73, jan. 2020.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. ág. 151-163, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GORCHINSKI, Patrícia Mudrey et al. Reabilitação psicossocial e saúde mental: Um enfoque na autonomia e na cidadania Psychosocial rehabilitation and mental health: A focus on autonomy and citizenship. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 666-676, 2022.

HINKEL, Jaison; Y SOLER, Rodrigo Diaz de Vivar. Saúde mental, arte e reabilitação psicossocial: problematização da produção acadêmica brasileira (2008-2018). **Psicologia Argumento**, v. 40, n. 108, 2022.

LIMA, E. A. Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. **Oficinas terapêuticas em saúde mental-sujeito, produção e cidadania**, p. 59-81, 2004.

LIMA, E. A.; PELBART, P. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 14, p. 709-735, 2007.

LISPECTOR, Clarice. **Um sopro de vida (pulsações)**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978.

MATTAR, João; RAMOS, Daniela Karine. **Metodologia da pesquisa em educação: abordagens qualitativas, quantitativas e mistas**. Edições 70, 2021.

MILIAUSKAS, Claudia Reis et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1935-1944, 2019.

MELO, W. **Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações**. *Mnemosine*, v. 5, n. 2, 9 dez. 2009.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, v. 1, p. 59-72, 2016.

MINAYO, M.; SANCHES, O. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, v. 7, 2007.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Técnicas que fazem o uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. In: **Técnicas que fazem o uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação**. 2019. p. 63-63.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Brasília, 03 de março de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 52 p. il.

MOURA, Diego Luz. **Pesquisa qualitativa: um guia prático para pesquisadores iniciantes**. Editora CRV, 2021.

NUNES, Mônica de Oliveira; TORRENTÉ, Maurice de; CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de. O circuito manicomial de atenção: patologização, psicofarmacologização e estigma em retroalimentação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e241846, 2022.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, Edineia FA; GARCIA, Maria Lúcia T. O financiamento federal dos CAPS no Brasil: a caixa de Pandora. **Serviço Social & Sociedade**, v. 147, n. 2, p. e-6628383, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão (CID-10)**. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Edusp, 1993.

PÁDUA, F. H. P.; MORAIS, M. de L. S. E. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicologia USP**, v. 21, p. 457–478, 1 jun. 2010.

PAES, M.R., et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil/The general hospital role in the network of attention to the mental health in brazil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 407-412, 2013.

PERES, Maria Angélica de Almeida et al. Vinte anos da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira: significados para a enfermagem psiquiátrica e em saúde mental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, p. e20220045, 2022.

RIVERA, Tania. **Lugares do delírio: arte e expressão, loucura e política**. São Paulo: Edições Sesc São Paulo, 2023.

RODRIGUES, Juliana Martins; JUNIOR, Carlos Augusto Peixoto. Sobre a noção de saúde decorrente da teoria do amadurecimento emocional de Donald Winnicott. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 6, n. 11, p. 7-33, 2017.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 31, p. 538-542, 1997.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, 2011.

TEODORO, Nayara Rodrigues; DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago. Análise de Conteúdo: um método de qualitativo. **Humanidades e Tecnologia (FINOM)**, v. 46, n. 1, p. 55-62, 2024.

WINNICOTT, Donald. **Consultas terapêuticas: em psiquiatria infantil**. Ubu Editora, 2023. (Obra original publicada em 1971).

WINNICOTT, D.W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Obra original publicada em 1988).

WINNICOTT, D. W. O jogo do rabisco. **Explorações psicanalíticas**, v. 2, p. 230-243, 1994.

WINNICOTT, Donald Woods. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. 2000. (Obra original publicada em 1954).

WINNICOTT, Donald Wood; SAFRA, Gilberto. **Bebês e suas mães**. Ubu Editora, 2020. (Obra original publicada em 1987).

WINNICOTT, Donald. **Tudo começa em casa**. Ubu Editora, 2021. (Obra original publicada em 1954).

WINNICOTT, Donald. **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Ubu Editora, 2022. (Obra original publicada em 1958).

ZIMMERMAN, D. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica**. Clínica—Uma Abordagem Didática, 1999.



**ANEXO 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM E TEXTO E
RESPECTIVA CESSÃO DE DIREITOS
(Leis nº 9.610/1998 e nº 10.406/2002)**

Instituição de ensino: Universidade Federal de São Carlos

Título do projeto: “Entre a Crise e a Criatividade: Oficinas Expressivas como Instrumento Terapêutico em Enfermaria de Saúde Mental”

Pesquisadoras: Lara Rosa Cobucci (pesquisadora principal), Larissa Campagna Martini Barbosa (docente do Departamento de Medicina).

Eu, _____
_____, inscrito(a) no RG nº _____, autorizo o registro e a divulgação das obras produzidas por mim ao longo de minha participação nos grupos de Oficinas Expressivas realizados na enfermaria de saúde mental do hospital universitário da UFSCar.

Concedo também a autorização para livre utilização e divulgação da obra por mim produzida para fins acadêmicos e de comunicação social, por todo e qualquer veículo, processo, ou meio de comunicação, bem como cedo todo e qualquer direito autoral e patrimonial dela decorrente. Estou ciente de que a presente cessão é feita gratuitamente, não cabendo a mim (cedente) qualquer benefício e/ou remuneração decorrente deste ato.

Estou ciente, ainda, de que nas publicações e exposições das obras, será mantido o sigilo, sendo que não haverá divulgação de dados que possibilitem a identificação dos sujeitos, conforme previsto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei no 13.709/2018).

Fui informado que receberei uma via deste termo, assinada pelas pesquisadoras principais, onde consta o telefone e o endereço das pesquisadoras envolvidas.

Endereço para contato: Larissa Campagna Martini Barbosa, e-mail: larissacmb@ufscar.br; Lara Rosa Cobucci, e-mail: lararosa@ufscar.br.

Endereço: Departamento de Medicina - Universidade Federal de São Carlos/ UFSCar. Rodovia Washington Luís, Km 235, s/n - Jardim Guanabara, São Carlos - SP, 13565-905.

Contato telefônico: (16) 3351-8340.

São Carlos, _____ de _____ de 2024.

Lara Rosa Cobucci

Assinatura do Usuário



ANEXO 2 - TCLE Usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e 580/2018)

Instituição de ensino: Universidade Federal de São Carlos

Título do projeto: “Entre a Crise e a Criatividade: Oficinas Expressivas como Instrumento Terapêutico em Enfermaria de Saúde Mental”

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“Entre a Crise e a Criatividade: Oficinas Expressivas como Instrumento Terapêutico em Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral”**. O objetivo deste estudo é analisar a realização dos grupos de Oficinas Expressivas na Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Universitário da UFSCar e seus impactos no cuidado e tratamento aos usuários durante a internação, a partir da experiência de usuários e profissionais da saúde.

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo por ter frequentado o grupo “Oficinas Expressivas” durante sua internação na Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Universitário da UFSCar.

Sua participação acontecerá através de uma entrevista semi estruturada, que será realizada em momento previamente agendado, durante a internação. A entrevista será conduzida por uma das pesquisadoras do projeto, ocorrerá individualmente, em um espaço que garanta conforto e sigilo e terá duração aproximada de 40 minutos. Caso você concorde, a entrevista será gravada em áudio. Caso se sinta desconfortável com a gravação, as anotações serão feitas ao longo da entrevista.

As gravações serão transcritas pela pesquisadora responsável. Após finalização da entrevista, a gravação será armazenada em um dispositivo externo, como por exemplo um pen drive ou HD externo. Nenhuma informação será mantida em ambiente virtual. As informações geradas em ambiente virtual serão imediatamente deletadas da nuvem ao término da coleta dos dados. Só terão acesso às informações as pesquisadoras principais do projeto.

Para complementar a entrevista serão coletados, a partir do seu Prontuário Multiprofissional, dados sociodemográficos (idade, gênero, cor, religião, escolaridade, localidade, hipótese diagnóstica e duração da internação) e registros referentes a sua participação nas oficinas expressivas, tais como descrição da atividade, materiais utilizados e principais impressões.

Caso, ao longo das oficinas, você tenha concordado e assinado o “Termo de Autorização do Uso de Imagem e Texto e Respectiva Cessão de Direitos”, suas obras poderão ser divulgadas

nas publicações técnicas e científicas derivadas do estudo. Caso contrário, suas obras não serão divulgadas, sem nenhum prejuízo à sua participação neste estudo.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em seu tratamento, relação com a instituição ou com os pesquisadores.

A participação na entrevista não oferece riscos imediatos, porém considera-se a possibilidade de riscos subjetivos, pois alguns comentários ou lembranças podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da sua participação na pesquisa.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Porém, em caso de qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, você terá direito a indenização.

Como benefícios, sua participação nas oficinas expressivas pode trazer estímulo à criatividade, momentos de convivência e integração social, construção de vínculos, comunicação e expressão. Já a participação na entrevista pode promover espaço de escuta e reflexão sobre esta experiência.

Os resultados dessa pesquisa serão utilizados para fins científicos, podendo ser utilizados para elaboração de artigos científicos e para apresentações em Congressos Nacionais e Internacionais.

Todos os dados serão acessados apenas pelos pesquisadores responsáveis, sendo garantido o sigilo de todo o processo. Nas publicações não haverá divulgação de dados que possibilitem a identificação dos sujeitos, conforme está previsto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei no 13.709/2018). Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome ou qualquer outra informação pessoal. Quando for necessário exemplificar alguma situação específica, sua privacidade será assegurada.

Como forma de devolutiva aos participantes, será disponibilizado a todas as pessoas envolvidas no estudo, todas as publicações técnicas e científicas derivadas do estudo. Para receber tal devolutiva, você deve sinalizar seu contato de preferência ao final deste termo (email ou telefone).

Você receberá uma via deste termo, assinada pelos pesquisadores principais, onde constará o telefone e o endereço dos pesquisadores envolvidos. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou a qualquer momento do estudo.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de



Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565- 905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br. Obteve também a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da UFSCar - R. Luís Vaz de Camões, 111 - Vila Celina, São Carlos - SP, 13566-448 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3509-2400.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana): Larissa Campagna Martini Barbosa, e-mail: larissacmb@ufscar.br; Lara Rosa Cobucci, e-mail: lararosa@ufscar.br.

Endereço: Departamento de Medicina - Universidade Federal de São Carlos/ UFSCar. Rodovia Washington Luís, Km 235, s/n - Jardim Guanabara, São Carlos - SP, 13565-905.

Contato telefônico: (16) 3351-8340

Data: _____ / _____ / _____

Li, concordo com os termos dispostos neste documento e aceito participar da pesquisa

Nome do(a) participante:

Contato de preferência (telefone ou e-mail)

Pesquisadoras responsáveis:

Lara Rosa Cobucci

Larissa C Martini Barbosa



ANEXO 3 - TCLE Profissionais de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Resolução CNS 466/2012 e 510/2016)

Instituição de ensino: Universidade Federal de São Carlos.

Título do projeto: “Entre a Crise e Criatividade: Oficinas Expressivas como Instrumento Terapêutico em Enfermaria de Saúde Mental”.

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“Entre a Crise e Criatividade: Oficinas Expressivas como Instrumento Terapêutico em Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral”**. O objetivo deste estudo é analisar a realização dos grupos de Oficinas Expressivas na Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Universitário da UFSCar e seus impactos no cuidado e tratamento aos usuários durante a internação, a partir da experiência de usuários e profissionais da saúde.

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo por ser profissional de saúde atuante na Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Universitário da UFSCar. Sua participação acontecerá através do preenchimento de um formulário online (Google Forms), com um questionário semiestruturado, que contém questões abertas e fechadas, abordando as principais impressões quanto às oficinas expressivas e sua relação com o processo de cuidado no espaço da enfermaria. O tempo médio para preenchimento do questionário é de 10 minutos. Para garantia da anonimidade, não serão coletados dados sociodemográficos e informações pessoais.

Assim que concordar em participar, você irá acessar pelo próprio formulário um campo para download de uma cópia deste termo, com a assinatura das pesquisadoras responsáveis. As informações geradas pelas respostas no formulário serão armazenadas em um dispositivo externo, como por exemplo um pen drive ou HD externo. Nenhuma informação será mantida em ambiente virtual. As informações geradas em ambiente virtual serão imediatamente deletadas da nuvem ao término da coleta dos dados. Só terão acesso às informações as pesquisadoras principais do projeto.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor irá (a) decidir se deseja participar e preencher o questionário, se deseja desistir da participação durante o preenchimento do questionário ou após o preenchimento, e poderá retirar seu consentimento sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Ao clicar em “Aceito participar da pesquisa”, você irá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou solicitado ao pesquisador via endereço de e-mail fornecido, se assim o desejar. 2. Responder

ao questionário on-line que terá tempo gasto para seu preenchimento em torno de 10 minutos. Caso não concorde, basta fechar a página do navegador. Caso desista de participar durante o preenchimento do questionário antes de finalizá-lo, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pelo pesquisador e serão apagados ao se fechar a página do navegador. Caso desista de participar após ter finalizado o preenchimento e enviado as respostas do questionário, você deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização.

A participação na pesquisa não oferece riscos imediatos, porém considera-se a possibilidade de riscos subjetivos, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da sua participação na pesquisa. Além disso, vale ressaltar como possíveis riscos para a realização de atividades em ambiente virtual a possibilidade de instabilidade da rede e de violação da confidencialidade dos dados.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Porém, em caso de qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, você terá direito a indenização. Sua participação não oferecerá nenhum benefício direto, entretanto, poderá contribuir de forma indireta com reflexões sobre as práticas de trabalho e cuidado.

Os resultados dessa pesquisa serão utilizados para fins científicos, podendo ser utilizados para elaboração de artigos científicos e para apresentações em Congressos Nacionais e Internacionais.

Todos os dados serão acessados apenas pelos pesquisadores responsáveis, sendo garantido o sigilo de todo o processo. Nas publicações não haverá divulgação de dados que possibilitem a identificação dos sujeitos, conforme está previsto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei no 13.709/2018). Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome ou qualquer outra informação pessoal. Quando for necessário exemplificar alguma situação específica, sua privacidade será assegurada.

Como forma de devolutiva aos participantes, será disponibilizado a todas as pessoas e instituições envolvidas no estudo, todas as publicações técnicas e científicas derivadas do estudo. Para receber tal devolutiva, você deve sinalizar seu contato de preferência ao final deste termo (email ou telefone).

Você receberá uma via deste termo, assinada pelos pesquisadores principais, onde constará o telefone e o endereço dos pesquisadores envolvidos. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou a qualquer momento do estudo.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e



concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565- 905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br. Obteve também a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da UFSCar - R. Luís Vaz de Camões, 111 - Vila Celina, São Carlos - SP, 13566-448 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3509-2400.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana): Larissa Campagna Martini Barbosa, e-mail: larissacmb@ufscar.br; Lara Rosa Cobucci, e-mail: lararosa@ufscar.br

Endereço: Departamento de Medicina - Universidade Federal de São Carlos/ UFSCar. Rodovia Washington Luís, Km 235, s/n - Jardim Guanabara, São Carlos - SP, 13565-905. **Contato telefônico:** (16) 3351-8340.

Data: _____ / _____ / _____

Li, concordo com os termos dispostos neste documento e aceito participar da pesquisa

Nome do(a) participante:

Contato de preferência (e-mail ou telefone)

Pesquisadoras responsáveis:

Lara Rosa Cobucci

Larissa C Martini Barbosa

ANEXO 4 - Entrevista Semi-Estruturada com Usuários

“Vamos conversar sobre sua vivência nas Oficinas Expressivas, que você participou durante sua internação na enfermaria de saúde mental. Estas oficinas são aquelas realizadas às quartas-feiras pela manhã, na qual fazemos atividades artísticas, com o uso de tintas, pincéis, movimentos corporais e música. Vou te fazer algumas perguntas sobre as oficinas e você pode me responder livremente, pois não tem resposta certa ou errada.”

1. Quando você é chamado para participar da Oficina Expressiva, o que passa na sua cabeça?
2. O que significa para você participar da Oficina Expressiva?
3. Gostaria de compartilhar alguma lembrança sobre as oficinas que você participou nesta internação?
4. Como você se sente durante e depois das Oficinas Expressivas?
5. O que você recomendaria para melhorar as Oficinas Expressivas?
6. Você já participou de oficinas como essa em outros lugares? Como foi essa experiência?

ANEXO 5 - Questionário Semi-Estruturado com Profissionais

1. Há quanto tempo você atua na enfermagem de saúde mental do HU UFSCar?
(Obrigatório- menos de 1 ano; 1 a 2 anos; mais de 2 anos)
2. Você tem conhecimento quanto aos grupos e oficinas realizadas com os usuários da enfermagem?
(Obrigatório- Sim; Não)
3. Você já participou de algum grupo realizado?
(Obrigatório- Sim; Não)
4. Que tipo de atividade em grupo você considera importante de ser realizada durante o período de internação?
(Obrigatório- Aberto)
5. Dentre os grupos ofertados, são realizadas oficinas expressivas, com o uso de atividades artísticas, como pintura, música, escrita e movimentação corporal. Como você acha que esse tipo de oficina pode contribuir com o cuidado dos usuários durante a internação?
(Obrigatório- Aberto)
6. Você tem alguma sugestão ou dúvida quanto aos grupos realizados? Utilize esse espaço para escrever.
(Optativo- Aberto)