

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**Luiza da Veiga Padilha**

**ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES  
NOS CAPS PARA ADULTOS DO MUNICÍPIO DE IJUÍ-RS**

Santa Maria, RS  
2021

**Luiza da Veiga Padilha**

**ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS CAPS  
PARA ADULTOS DO MUNICÍPIO DE IJUÍ-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer

Santa Maria, RS

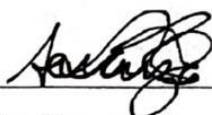
2021

**Luiza da Veiga Padilha**

**ESTUDO SOBRE A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES NOS CAPS PARA ADULTOS DO MUNICÍPIO DE IJUÍ-RS**

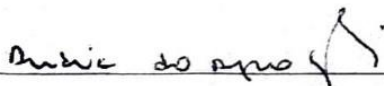
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Terapia Ocupacional, da  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)  
como requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Terapia Ocupacional.

**Aprovado em 19 de março de 2021:**



---

**Ana Luiza Ferrer, Dra. (UFSM)**  
(Orientadora)



---

**Andrea do Amparo Carotta de Angeli, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2021

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer por todo apoio e orientação ofertados para a realização desse trabalho, principalmente, nesse último ano, com a necessidade de realizar as supervisões de modo remoto. Obrigada por toda tua disponibilidade e paciência em me atender virtualmente.

Obrigada também a Prof<sup>a</sup> Andrea do Amparo Carotta de Angeli, não apenas por aceitar fazer parte dessa banca, mas também por todo o apoio que me ofertou nesse último ano, durante o estágio. Tenha certeza que todo a sabedoria passada em nossos encontros se refletiu de alguma forma nesse trabalho.

Também agradeço imensamente a equipe de profissionais dos CAPS II Colmeia e CAPS AD Vida com Dignidade, de Ijuí-RS, especialmente a Márcia, Andressa, Silvana e Angélica por todo o suporte ofertado para a realização das entrevistas. Graças a disponibilidade de vocês, consegui dar prosseguimento a pesquisa, em meio a esse contexto de pandemia.

Por fim, agradeço também aos meus pais, por toda a parceria, carinho e apoio de sempre, e as (os) minhas (meus) colegas e professoras (es) da faculdade por todo o conhecimento e bons momentos compartilhados nesses últimos quatro anos.

## RESUMO

### ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS CAPS PARA ADULTOS DO MUNICÍPIO DE IJUÍ-RS

AUTORA: Luiza da Veiga Padilha

ORIENTADORA: Ana Luiza Ferrer

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são um conjunto de abordagens terapêuticas que foram regulamentadas no Brasil em 2006, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Na assistência à saúde mental, as PICS são abordagens que podem contribuir para a diversificação das estratégias de cuidado, mas ainda possuem pouca expressividade nos serviços, em especial nos CAPS. Diante disso, este trabalho buscou compreender como está ocorrendo o desenvolvimento das PICS em dois CAPS para adultos do município de Ijuí-RS, a partir da relação que os usuários e usuárias estabelecem com elas e, também, a partir da avaliação de gestora e trabalhadoras de cada instituição. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e com uma abordagem qualitativa, pautada pela hermenêutica filosófica de Gadamer. A coleta das informações foi através de entrevistas semiestruturadas, que ocorrem por chamadas de vídeo e ligações telefônicas, em respeito as medidas sanitárias decorrentes da pandemia de Covid-19. Todas as entrevistas foram gravadas por um aparelho de celular e, posteriormente, transcritas. A partir da análise das entrevistas foi possível constatar que as PICS são reconhecidas pelos (as) usuários (as) e profissionais da equipe como estratégias importantes para o cuidado nesses serviços, contribuindo para promoção do bem-estar e qualificação do atendimento no CAPS. Por outro lado, também foi possível identificar que as PICS apresentam algumas dificuldades nesses serviços, principalmente com relação a disposição de materiais e recursos humanos especializados.

**Palavras- chave:** Terapias Complementares. Serviços de saúde mental. Assistência à Saúde Mental.

## ABSTRACT

# **STUDY ABOUT THE COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE PRACTICES IN CENTERS OF PSYCHOSOCIAL CARE TO ADULTS IN THE CITY OF IJUÍ-RS**

**AUTHOR:** Luiza da Veiga Padilha

**ADVISER:** Prof. Dra. Ana Luiza Ferrer

The Complementary and Integrative Practices (PICS) are a group of therapeutic approaches that were regulated in Brazil in 2006, through the National Politic for Complementary and Integrative Practices (PNPIC). In mental health assistance, PICS are approaches that may contribute to diversify care strategies, but there is still little expressiveness in its services, specially CAPS. Therefore, this work aimed to comprehend how the development of PICS in two CAPS for adults is occurring in the city of Ijuí-RS, from the relationship that users stablish with them and also from the evaluation of the gestor and the works of there institutions. It's a field and exploratory research with a qualitative approach, based on Gadamer's philosophical hermeneutic. The data collect was made through semi-structured interviews, that happened through videocalls and telephonic calls, respecting the sanitary measures due to Covid-19 pandemic. All interviews ere recorded by a mobile phone and subsequently transcribed. From the analysis of the interviews, it was possible to conclude that PICS are recognized by users and professionals as important strategies to care in these services, contributing to the promotion of welfare and attending qualification on CAPS. However, it was also possible to identify that PICS present some difficulties in these services, specially when it comes to the arrangement of material and specialized human resources.

**Keywords:** Mental health assistance. Mental health services. Complementary therapies.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ASSAMI	Associação de Saúde Mental de Ijuí
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CASA-AMA	Casa de Apoio-Mútua-Ajuda
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
MT	Medicina Tradicional
MCA	Medicina Complementar/Alternativa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBAAT	União Brasileira de Associações de Arteterapia
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
2.1 O que são as Práticas Integrativas e Complementares? .....	14
2.2 Práticas Integrativas e Complementares na assistência à Saúde Mental .....	17
2.3 O que é Arteterapia? .....	20
2.4 O que é Horticultura Terapia?.....	26
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	31
3.1 Campo de estudo .....	31
3.2 Sujeitos.....	33
3.3 Coleta das informações .....	34
3.4 Considerações éticas .....	37
3.5 Análise do material .....	39
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
4.1. Conhecendo as PICS implementadas nos CAPS para adultos do município de Ijuí-RS..	41
4.2 Os usuários e usuárias das PICS nos CAPS.....	46
4.3 Motivos, percepções e os efeitos das PICS para a saúde e bem-estar .....	49
4.4 As potencialidades das PICS para o CAPS.....	54
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	65
<b>7. ANEXOS</b> .....	73
7.1 ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários e usuárias das PICS nos CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS II Colmeia.....	73
7.2 ANEXO B – Formulário eletrônico com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as gestoras do CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS II Colmeia.....	75
7.3 ANEXO C: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos .....	78
<b>8. APÊNDICES</b> .....	82
8.1 APÊNDICE A – Roteiro para entrevista com usuários (as) das PICS nos CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS II Colmeia .....	82
8.2 APÊNDICE B - Roteiro para entrevista com gestor (a) do CAPS .....	83
8.3 APÊNDICE C- Roteiro de entrevista com a artista plástica do CAPS II Colmeia.....	84



## 1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são um conjunto de abordagens terapêuticas também denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicina Tradicional (MT) ou Medicina Complementar/Alternativa (MCA). As PICS foram regulamentadas no Brasil em 2006, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 971 de 03 de maio, que aprovou a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006a).

Antes da aprovação da PNPIC, algumas PICS já estavam sendo desenvolvidas nos serviços de saúde do SUS, mas desde a sua regulamentação elas têm ganhado cada vez mais espaço na saúde pública. De acordo com o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em 2008, foi identificada a ocorrência das PICS em 967 estabelecimentos de saúde (AMADO, 2016), já em novembro de 2018, o “Relatório de uma sistematização dos dados nacionais de PICS para o 1º semestre de 2017” apontou que 15.991 estabelecimentos de saúde ofertavam PICS, sendo 92% deles da atenção primária, 7% da atenção especializada e 1% da atenção hospitalar (BRASIL, 2018, p. 3).

De forma menos expressiva, os serviços especializados em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), também têm incorporado essas práticas em seus atendimentos, sendo identificado, em 2017, a oferta de PICS em 218 CAPS, dos 2.897 estabelecimentos existentes naquele ano (BRASIL, 2018). De acordo com Sampaio, Oliveira e Bedani (2018) a oferta de PICS nos CAPS é uma estratégia interessante para ampliação e inovação da oferta terapêutica disponibilizada aos usuários (p. 12).

A inserção das PICS nos serviços de saúde mental vai ao encontro de uma perspectiva de assistência à saúde mental que começou a ser delineada com a Reforma Psiquiátrica, em 1970, e principalmente, com a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que preconiza a diversificação das estratégias de cuidado em saúde mental, a partir de abordagens multiprofissionais e interdisciplinares, pautadas pela atenção integral, humanizada e que garantam a autonomia e liberdade das pessoas (BRASIL, 2011).

Esse modelo de assistência à saúde mental também “busca promover a valorização das tecnologias leves e relacionais como componentes da prática nos serviços de saúde mental, aliada à perspectiva emancipatória de operar cuidado” (BEZERRA et al., 2016, p. 149). Nesse sentido, tem-se valorizado a organização de grupos terapêuticos e oficinas nos serviços, por exemplo, com o intuito de ampliar as práticas de cuidados de base não farmacológica (FILHO et al., 2018, p. 643). Do mesmo modo, a oferta de PICS nos serviços de saúde mental caracterizam-se como estratégias de cuidado

que vão ao encontro dessa proposta e possibilitam a promoção de saúde e bem-estar através de “tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”(BRASIL, 2006b, p. 10).

Em uma revisão de literatura, Sampaio, Oliveira e Bedani (2018) constatam que a utilização das PICS nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contribui para

“o empoderamento dos usuários, a corresponsabilização e adesão ao tratamento, a reabilitação psicossocial e a inclusão social. Outros pontos compartilhados pelas práticas em CAPS são a concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção integral do cuidado (corpo, mente e espírito), sobretudo o autocuidado. (SAMPAIO; OLIVEIRA;BEDANI, 2018, p. 29)

Desse modo, percebe-se que as PICS são estratégias relevantes para a assistência em saúde mental, pois compartilham “o objetivo de fornecer um suporte terapêutico não invasivo e condensação da medicalização preexistente, a fim de proporcionar meios de tratamento que visem o bem-estar do indivíduo (FILHO et al., 2018, p. 648).

Todavia, ainda que a PNPIC tenha sido aprovada há mais de uma década, as PICS ainda não são práticas consolidadas nos serviços do SUS (TESSER, 2012, p. 341). Santos e Tesser (2012) apontam que a falta de profissionais capacitados, de financiamento adequado, de espaços para a realização dessas práticas, além das questões culturais e científicas dificultam o estabelecimento das PICS no SUS. Além disso, a hegemonia do modelo biomédico nos serviços de saúde do ocidente também contribui para a desvalorização dessas práticas como abordagens eficientes para o cuidado em saúde, uma vez que elas não respondem a lógica cartesiana da biomedicina.

Na saúde mental, as propostas de cuidado preconizadas pela Reforma Psiquiátrica visam justamente a superação do paradigma biomédico como o único modo legítimo de assistência à saúde, buscando a ampliação das estratégias de cuidado, através da incorporação de outros saberes e o desenvolvimento de ações que fomentem a participação social, o vínculo comunitário e territorial (BRASIL, 2011). Nesse sentido, Tesser e Sousa (2012), com base em Costa-Rosa (2000), apontam que:

“as referências epistemológicas e técnicas na atenção psicossocial são plurais e envolvem um agregado de valores [...], saberes, técnicas, práticas e filosofias de cuidado de várias profissões e atividades, com perspectiva de transformação profunda do cuidado, da cultura e da sociedade (p. 341)”.

Dessa forma, as PICS adquirem legitimidade na atenção psicossocial ao colaborar para a pluralidade na oferta de cuidados, proposta pela RAPS, e ao contribuir para a inovação nos serviços

de saúde mental. Para Bosi et al (2011) a construção de práticas inovadoras em saúde mental é baseada em três dimensões: Epistêmica, Ética-Política e Ecológica. A primeira diz respeito a necessidade de se fazer rupturas com o modelo biomédico tradicional, como possibilidade de construção de um novo conhecimento e de novas relações entre os sujeitos, baseada “na desconstrução, na criatividade, na afetação” (p. 1241).

A segunda dimensão compreende a produção do cuidado como expressão de aspectos ético-políticos de um modelo, os quais podem operar a favor da exclusão e do estigma, como a perspectiva manicomial. Para promover a inovação seria necessário, segundo as autoras, a “experimentação e invenção de práticas de cuidado que envolvam a disponibilidade de afetar e ser afetado” (BOSI et al., 2011, p. 1241), pautado pelo reconhecimento e conscientização de aspectos históricos, valorização das experiências cotidianas e das “virtudes populares” (BOSI et al., 2011, p. 1243), que se referem as relações de solidariedade entre as pessoas, e também a “circularidade do cuidado” (BOSI et al., 2011, p. 1243), que diz respeito a valorização de cuidadores(as) que já vivenciaram a experiência de ser cuidado. A terceira e última dimensão a se refere a consideração da espiritualidade e dos diversos saberes médicos, crenças populares e concepções de saúde e doença para a formulação das práticas de cuidado. Segundo as autoras, a dimensão ecológica possibilita o aprendizado de uma nova perspectiva de subjetividade, provocando “intensas mudanças na forma de pensar e sentir o universo, e de entender a pessoa em sua totalidade e responsabilidade no que concerne tecer as infinitas tramas para seu próprio destino, do qual passa a ser sujeito” (BOSI et al., 2011, p. 1247).

Assim, considerando que as PICS são um conjunto de práticas de diferentes vertentes e origens históricas, que compartilham de uma concepção ampliada sobre o ser humano e sobre saúde, e que buscam a promoção integral do cuidado, principalmente o autocuidado (TELESSI JÚNIOR, 2016, p. 101), é possível perceber que elas vão ao encontro das três dimensões do processo de inovação nos serviços de saúde mental, apontada por Bosi et al (2011), principalmente no que se refere a possibilidade inclusão de diferentes saberes e tecnologias de cuidados em saúde.

Dessa maneira, compreende-se que fomentar discussões, pesquisas e avaliações sobre as práticas que já estão ocorrendo nos serviços públicos de saúde mostra-se muito importante para a produção de conhecimento nessa área e o fortalecimento dessas ações nesses espaços, principalmente quando essas práticas carecem de regulamentação a nível municipal, como ocorre no município de Ijuí, na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Esse aspecto pode representar um prejuízo para o desenvolvimento dessas práticas dentro do sistema público de saúde do município, pois sem o respaldo legislativo os serviços podem ficar desassistidos do fornecimento adequado de insumos, de

mecanismos de financiamento, de incentivo a qualificação em PICS por parte dos profissionais, do controle e participação social e acompanhamento e avaliação dos benefícios, custos e as dificuldades de manutenção dessas práticas (BRASIL, 2006b).

Por isso, acredita-se que esse estudo mostra relevância na medida em que possibilita uma maior visibilidade sobre essa temática, podendo também atuar como um instrumento de análise das práticas que estão sendo disponibilizadas nos CAPS para adultos do município de Ijuí, conforme expõe aos usuários e usuárias, aos (as) profissionais de saúde, aos(as) gestores(as) e a comunidade em geral as repercussões da implementação dessas prática na a promoção de saúde e na qualificação dos serviços.

Ademais, a escolha por esse campo do estudo – Centros de Atenção Psicossocial- é devido ao entendimento que esses serviços possuem uma posição de destaque dentro da Rede de Atenção Psicossocial. De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n° 336, de 23 de dezembro de 2011, o CAPS compartilha junto com a Atenção Primária a responsabilidade de serem ordenadores do cuidado, desempenhando a cogestão e o acompanhamento longitudinal dos usuários e usuárias (BRASIL, 2011). Onocko Campos e Furtado (2006) consideram ainda o CAPS como um ponto estratégico da rede pois articulam ações junto aos três níveis de atenção à saúde mental, “como as de cuidado básicos, ambulatorios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial” (p. 1054).

Os CAPS também se destacam pela sua equipe multiprofissional bastante abrangente (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, terapeutas ocupacionais, pedagogos, artesãos, técnico educacional, entre outros), que contribui para um atendimento interdisciplinar e a construção de um Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2011). Além disso, no CAPS os atendimentos são diversificados, através de atendimentos individuais, em grupos, com a família, atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso, atividades comunitárias e sociais, oficinas e visitas domiciliares (BRASIL, 2004, p. 21-22). Essa ampla oferta propicia um vínculo maior entre o(a) usuário (a) e o serviço, visto que recebe atendimento durante um ou dois turnos diários e até cinco dias por semana.

Diante disso, percebe-se o quanto o CAPS é um serviço relevante a assistência à saúde mental e, por isso, incentivar o aprimoramento de seus serviços e a diversificação de suas atividades pode ser importante para a qualificação da assistência prestada.

Desse modo, considerando que as PICS não são regulamentadas no município de Ijuí-RS e considerando o papel importante que elas podem desempenhar para a diversificação das estratégias

de cuidado em saúde mental, principalmente nos serviços especializados, esse estudo realizou uma pesquisa em dois CAPS para adultos do município de Ijuí-RS, a saber: Centro de Atenção Psicossocial II Colmeia e Centro de Atenção Psicossocial AD II Vida com Dignidade, com o objetivo de compreender como está ocorrendo o desenvolvimento dessas práticas nesses serviços, a partir das experiências dos usuários e usuárias que utilizam essas práticas e da avaliação das gestoras desses serviços.

De modo mais específico, esse estudo teve o intuito de conhecer os motivos que levaram os (as) usuários (as) a utilizarem as PICS nos CAPS, bem como os significados atribuídos a essas práticas e os efeitos terapêuticos identificados. Além disso, também teve o objetivo de compreender qual é a avaliação das gestoras desses serviços sobre as PICS, principalmente no que diz respeito aos benefícios e desafios encontrados na sua implementação.

Para realizar essa pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os usuários(as) e as gestoras desses dois CAPS, cuja análise ocorreu a partir de uma abordagem qualitativa, apoiada pela hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer.

Para isso, esse trabalho foi organizado em cinco capítulos, sendo o primeiro referente a introdução e contextualização do tema, que também trouxe a apresentação dos objetivos e relevância da pesquisa. No segundo capítulo está apresentada a revisão de literatura, que teve o intuito de conceituar as Práticas Integrativas e Complementares, resgatando sua trajetória e regulamentação no contexto internacional e brasileiro, bem como sua inserção na assistência à saúde mental, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial. Além disso, também foi apresentado a história e o conceito das duas PICS inseridas nos CAPS para adultos do município de Ijuí.

O terceiro capítulo trata sobre a metodologia utilizada nesse trabalho, no qual está exposto mais detalhadamente o tipo de pesquisa, a técnica de coletas das informações, o campo de estudo, a perspectiva teórica que fundamentou a análise do material e as considerações éticas, além de uma contextualização sobre os caminhos trilhados para desenvolver essa pesquisa diante dos obstáculos impostos pela pandemia de Covid-19.

No quarto capítulo estão apresentados os resultados e a discussão, o qual está dividido em quatro subitens. No primeiro está exposto uma contextualização sobre o processo de inserção das PICS nos CAPS para adultos do município de Ijuí-RS, a partir da discussão dos relatos de três trabalhadoras desses serviços. O segundo subitem introduz a percepção e relação dos usuários e usuárias com as PICS nos CAPS, o qual será complementado pelo terceiro subitem que discute os motivos e efeitos terapêuticos dessas práticas para os mesmos e mesmas. Finalizando o capítulo, o

quarto subitem trata sobre a potencialidade das PICS na atenção à saúde mental, principalmente nos CAPS, com base na percepção dos usuários e usuárias entrevistados e nas discussões encontrados na literatura.

No quinto capítulo está apresentada as considerações finais, que retomam brevemente a discussão realizada no trabalho e traz algumas reflexões provocadas por essa pesquisa.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O que são as Práticas Integrativas e Complementares?**

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são um conjunto de abordagens terapêuticas também denominadas pela Organização Mundial da Saúde como Medicina Tradicional (MT) ou Medicina Complementar/Alternativa (MCA). De acordo com o documento “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023” a MT refere-se a

“los conocimientos, capacidades y prácticas basados em las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales”, enquanto a MCA “aluden a um amplo conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de um país dado ni están totalmente integradas em el sistema de salud predominante” (OMS, 2013. p. 15).<sup>1</sup>

É importante destacar essa diferenciação pois no documento anterior (“Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”), a OMS (2002) destaca que o termo “Medicina tradicional” é usado quando se faz referência a África, América Latina, Sudeste Asiático e/ou Pacífico Ocidental, aonde a Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda e a Medicina Indígena, por exemplo, são as abordagens terapêuticas majoritariamente utilizadas por serem originárias dessas regiões. Já o termo “Medicina Complementar e Alternativa” é utilizado quando se faz referência a Europa, América do Norte e Austrália, onde a medicina alopática é predominante e essas abordagens são tidas como complementares ou alternativas ao tratamento.

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a expressão “Práticas Integrativas e Complementares” pois segundo Nascimento et al (2013) engloba tanto racionalidades médicas quanto abordagens terapêuticas isoladas do seu contexto de significados de origem. Com relação as “racionalidades médicas” os autores apontam que se refere a “sistemas médicos complexos e

---

<sup>1</sup> “Os conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências próprias de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais”, enquanto a MCA “refere-se a um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde, as quais não fazem parte da medicina tradicional ou convencional de uma país e nem estão totalmente integradas ao sistema de saúde predominante”. (OMS, 2013, p. 15)”

terapêuticos tradicionais e complementares” (NASCIMENTO et al, 2013, p. 3596) que envolvem seis dimensões: a morfologia humana, que se refere a estrutura e organização do corpo; dinâmica vital humana, que identifica as causas e origens do desequilíbrios do corpo; sistema de diagnose, que define a presença do adoecimento; sistema terapêutico, que compreende os mecanismos de intervenção; a doutrina médica, que define o que é saúde ou doença; e a cosmologia, que se refere a concepção filosófica de cada racionalidade médica (NASCIMENTO et al, 2013, p. 3597). Nesse sentido, a Medicina Tradicional Chinesa e a Biomedicina, por exemplo, são consideradas racionalidades médicas, pois são aplicadas considerando essas seis dimensões. Já a Terapia de Florais e o Reiki, por exemplo, são consideradas práticas terapêuticas isoladas, pois não englobam todas essas características (TESSER; MADEL, 2008, p. 196).

Com relação a regulamentação dessas práticas no SUS, o Ministério da Saúde tem inserido cada vez mais práticas na tabela de procedimentos oferecidos pelo sistema. Inicialmente, a PNPIC possuía diretrizes para a implementação da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica nos serviços do SUS. Em 2017, através da Portaria GM/MS nº 849, acrescentou-se a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reike, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2018a, p. 09). Em 2018, a Portaria MS/SAS nº 1.988, acrescentou mais dez práticas: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais, totalizando vinte e nove práticas regulamentadas para o SUS (BRASIL, 2018b).

Essas Portarias foram importantes para ampliar a institucionalização no sistema público de práticas que já possuíam amplo destaque nos serviços privados, no entanto não são suficientes para garantir ampliação da oferta e do acesso a essas práticas no SUS. Além das questões de regulamentação, há fatores que dificultam a ampliação da oferta das PICS como a “necessidade de formação profissional em PICS para o SUS; a estruturação das PICS nos serviços; o acesso e a aceitação de PICS por usuários do SUS; o baixo conhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC e as dificuldades no registro de informações sobre as PICS (HABIMORAD, 2015 *apud* BRASIL, 2008, p. 9). Ademais, Ischkanian e Pelicioni (2012) apontam que as principais dificuldades para a adoção das PICS estão relacionadas às suas diferenças em relação ao modelo biomédico, cujas práticas ainda são hegemônicas em nosso sistema de saúde.

A Organização Mundial da Saúde destaca a utilização da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) a partir de três perspectivas: 1) utilização da MTC como principal sistema de atenção à saúde, pois o acesso a serviços biomédicos são limitado, como nos países maior vulnerabilidade econômica; 2) utilização da MTC devido a influências culturais e históricas, em que o acesso aos tratamentos biomédicos são consolidados mas a população ainda recorre a medicina tradicional do país, como nos países Asiáticos; e 3) utilização da MTC como complementar aos tratamentos biomédicos convencionais, sendo predominante nos países da América do Norte e Europa. Além disso, há as motivações individuais como o desejo por conhecer opções diferentes de tratamento, a insatisfação com os serviços de saúde convencionais ou ainda o interesse pela abordagem holística e integral que essas práticas apresentam (OMS, 2013, p. 27).

Souza e Luz (2009) destacam também que a procura por práticas alternativas tem sido motivada por mudanças nas representações de saúde e doença na sociedade. Segundo os autores, há uma busca por terapias baseadas em uma concepção holística do sujeito, considerando todos os seus aspectos subjetivos, que geralmente são negligenciados pela assistência biomédica. Nesse sentido, Souza e Luz (2009) utilizam-se de Joubert (1993) para apresentar “a presença de um mal-estar difuso em grande parte da população urbana trabalhadora, desempregada ou aposentada. Essa síndrome caracteriza-se por dores imprecisas, depressão, ansiedade, pânico, males de coluna vertebral, etc.” (SOUZA; LUZ, 2009, p. 397). Esse mal-estar não estaria ligado a questões fisiológicas, mas decorrentes do modo de produção capitalista que valoriza o individualismo, a competitividade e o consumo como forma de status social (LUZ, 1997, p. 18 apud SOUZA; LUZ, 2009, p. 397). Dessa forma, o tratamento biomédico convencional não “curaria” esse mal-estar, pois os sintomas possuem causas que extrapolam os protocolos desse modelo.

Ao mesmo tempo, os autores também apontam que estaria ocorrendo uma “crise na medicina”, pois ao focar apenas na doença e nas desordens fisiológicas esse modelo não consegue detectar outras possíveis causas para esse mal-estar e por isso prescreve-se tratamentos que nem sempre apresentam resultados para os sujeitos. Por isso, as terapias consideradas alternativas “suprem uma demanda social, pois oferecem outras formas de solução ou alívio para a questão do sofrimento, sendo esse o principal motivo de seu incentivo, ainda que apenas pela sociedade civil” (SOUZA; LUZ, 2009, p. 402).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014 apud CONTAROTE et al, p. 3264, 2015) o aumento da procura pelas terapias alternativas pode ser relacionado ao alto custo dos tratamentos biomédicos e a insatisfação com esses serviços, ao aumento das doenças crônicas e ao



desejo dos indivíduos de utilizar práticas que tenham uma abordagem mais holística, que promovam a qualidade de vida, principalmente quando não há possibilidade de cura para a doença.

Dessa forma, apesar de ainda não ser consolidada no sistema público de saúde brasileiro, percebe-se uma grande procura pelas terapias alternativas e complementares pela população devido a diversos motivos, mas principalmente por causa de sua abordagem mais humanizada, com foco no sujeito e seu contexto. Por isso, é interessante incentivar a inserção dessas práticas no sistema público, com o intuito de ampliar as possibilidades terapêuticas ofertadas, possibilitando que o usuário possa escolher a que mais se identifica.

## **2.2 Práticas Integrativas e Complementares na assistência à Saúde Mental**

A partir dos movimentos de luta antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica e Movimento Sanitário, que marcaram os anos 1970 e 1980 no Brasil, começou-se a reivindicar um novo modelo de atenção à saúde mental, com o intuito de se contrapor ao tratamento oferecido pelos manicômios e todas as violências e privações de direitos presentes nessas instituições.

Essas reivindicações culminaram na aprovação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispôs sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo de atenção em saúde mental, para uma assistência baseada no reconhecimento e respeito aos direitos humanos e de caráter comunitário (OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020, p. 17). A criação dos CAPS, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, se configurou como uma estratégia para substituir a lógica hospitalocêntrica que até então estava sendo desenvolvida no Brasil, com o objetivo de

“oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13)

Dessa forma, novas abordagens de cuidado foram sendo implementadas como as oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, psicoterapia, grupos de convivência, atividades artísticas, orientação e acompanhamento sobre o uso da medicação, atendimento com os familiares e no domicílio, entre outras possibilidades (BRASIL, 2004, p. 17).

Alguns estudos trazem também da inserção das PICS dentro dos serviços de saúde mental como estratégia de ampliação do cuidado. Filho *et al.* (2018) ao realizarem uma revisão de literatura sobre as práticas de cuidado não farmacológicas na assistência à saúde mental, identificaram o uso

de diversas práticas não biomédicas nos serviços, com destaque para a Musicoterapia e a Terapia de Florais, que apresentaram benefícios relacionados a diminuição do estresse, ansiedade e nervosismo e melhora na qualidade de vida.

Santana e Nascimento (2016) apontam que o uso das PICS nos cuidados de saúde mental são importantes pois favorecem a integralidade do cuidado, ao reconhecerem os sujeitos para além do seu processo de adoecimento e ao desenvolver ações que consideram cada ser como uma união corpo e mente. Além disso, apontam as práticas corporais, como o Yoga e Meditação, importantes para o cuidado em saúde mental, pois podem propiciar a diminuição do estresse e ansiedade.

Souza e Souza *et al.* (2017) realizaram uma revisão de literatura com o intuito de compreender a utilização e os efeitos das PICS nos cuidados de saúde mental, identificando estudos que tratavam sobre o uso da Acupuntura, Homeopatia, Musicoterapia, Terapia Comunitária, além da prática corporal Lian Gong, que faz parte da Medicina Tradicional Chinesa. Os autores concluem que as PICS são importantes ao romperem com o modelo biomédico de cuidado, apresentando benefícios com relação a diminuição da ansiedade, relaxamento, melhora no humor e maior interação usuário/usuária e terapeuta.

Machado e Tertuliano (2017), através de uma revisão sistemática sobre o uso das PICS no cuidado à saúde mental por pessoas idosas, identificaram principalmente a utilização da Acupuntura, Aromaterapia, Fitoterapia, Meditação, Musicoterapia e Reiki, sendo seus benefícios associados a redução da ansiedade, sintomas depressivos e uso de medicamentos; estabelecimento de laços afetivos, relaxamento e bem-estar.

Alguns estudos citam ainda o uso de práticas de cuidado que não são regulamentadas pela PNPIC mas que compartilham da mesma perspectiva de cuidado das PICS, que consideram o sujeito em sua integralidade e singularidade, além de atuarem na perspectiva da promoção da saúde. Souza e Miranda (2017), por exemplo, trazem uma revisão de literatura sobre o uso da Horticultura como uma terapia de cuidado à saúde mental. Os estudos encontrados demonstram que essa terapia foi importante para o desenvolvimento da interação social, habilidade para resolução de problemas e trabalho em equipe, além do resgate da autoestima e sentimento de pertencimento ao grupo.

Especificamente com relação as PICS no CAPS há o estudo de Oliveira e Ponte (2019) que traz a ocorrência da Terapia Comunitária Integrativa e a Dança Circular, em um CAPS de Belém, no Pará. Entre os benefícios dessas práticas no serviço as autoras apontaram a maior aproximação entre os profissionais e usuários, devido a relação horizontal preconizada por essas práticas; a ampliação de trocas afetivas e transformação pessoal.

Carvalho *et al.* (2013) também trazem sobre o uso da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) em um CAPS III do município de João Pessoa, na Paraíba. Em seu estudo concluíram que a TCI foi importante para o desenvolvimento de novos comportamentos e modos de lidar com o sofrimento mental, contribuindo para a melhora na sua condição de saúde e relação com a família; além de fomentar processos de inclusão social.

Ainda há poucos estudos que tratam especificamente sobre a inserção das PICS nos CAPS, em sua maioria os artigos trazem um panorama geral sobre o uso das PICS nos diversos serviços de saúde mental. Entretanto, já se pode perceber que as PICS têm sido abordagens utilizadas na assistência à saúde mental, principalmente, devido a sua concepção ampliada de saúde e visão de ser humano integrado ao meio ambiente e seu contexto social (BRASIL, 2006, p. 10).

Tesser (2012) traz uma importante reflexão sobre as afinidades entre a Atenção Psicossocial e as Práticas Integrativas e Complementares. De acordo com o autor, a convergência entre esses dois campos está relacionada, principalmente, ao desejo da atenção psicossocial em romper com a hegemonia das abordagens biomédicas, focadas nos sintomas e na doença, e aos benefícios que as PICS proporcionam, no que diz respeito ao cuidado integral e contextualizado do sujeito. Dessa forma, a atenção psicossocial e as PICS são campos convergentes por serem consideradas pelo autor como práticas contra-hegemônicas que visam ampliar as referências e estratégias de cuidado. Além disso, o autor destaca que as afinidades entre a atenção psicossocial e as PICS estão na *concepção de objeto de trabalho*, no qual em ambas o cuidado está centrado no sujeito e seu contexto; na *concepção dos meios de trabalho*, que refere-se a diversificação das estratégias de cuidado, sendo as PICS um conjunto de práticas que englobam várias abordagens, como o uso de plantas medicinais, práticas corporais, espirituais, energéticas, entre outras; na *concepção dos fins*, na qual ambas buscam promover o cuidado de modo abrangente, visando também a prevenção de adoecimento e promoção de saúde.

O autor ainda traz apontamento com relação a *forma de organização e relação com as pessoas atendidas*, na qual tanto a atenção psicossocial quanto as PICS desenvolvem ações multiprofissionais e práticas comunitárias, que “almejam transcender a relação de passividade do doente ou usuário, reconstruir relações de parceria solidária e corresponsabilização, além de intenso vínculo emocional (fundador de relações de cura e ajuda em geral)” (TESSER, 2012, p. 345). E, nesse sentido, as PICS e a atenção psicossocial possuem uma afinidade ético-política ao facilitarem o processo de empoderamento psicológico e comunitário, ao considerarem os sujeitos também como responsáveis pelo cuidado de sua saúde, desenvolvendo ações que fomentam a autonomia e autocuidado.

Por último, Tesser (2012) traz sobre o *caráter desmedicalizante* da atenção psicossocial e das PICS, uma vez que, na abordagem biomédica há uma ênfase no tratamento medicamentoso como proposta principal para o cuidado em saúde mental e, nesse sentido, “a medicalização transforma sofrimentos e vivências que antes eram administrados autonomamente em problemas médicos, doenças ou transtornos (Tesser, 2010a)” (TESSER, 2012, P. 346). O investimento na intensa prescrição de medicamento inibe novas formas de cuidado, pautados na escuta acolhedora, na análise do contexto sociocultural de cada sujeito, na promoção de ações de autocuidado e no envolvimento com a comunidade, assim como ocorrem nas PICS.

Dessa forma, as PICS demonstram-se estratégias importante para o cuidado em saúde mental pois contribuem para a formulação de uma clínica ampliada e para a humanização dos modos de cuidado, uma vez que “ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde”(BRASIL, 2018, p. 8), assim como preconiza a Rede de Atenção Psicossocial e a Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2011).

No município de Ijuí-RS foi encontrada a oferta de duas PICS no CAPS para adultos, sendo a Arteterapia no CAPS II Colmeia e a oficina de Horta e Arteterapia, no CAPS II AD Vida com Dignidade. A horticultura como estratégia de cuidado em saúde é também reconhecida como Horticultura Terapia ou Hortoterapia, e tanto essa prática, quanto a Arteterapia, serão melhor detalhadas nos próximos capítulos.

### **2.3 O que é Arteterapia?**

De modo geral, Arteterapia representa o emprego das atividades expressivas com objetivo terapêutico, moderado (a) por um (a) profissional especializado em arteterapia. De acordo com a Associação Americana de Arteterapia (AATA, 2003),

“A arteterapia baseia-se na crença de que o processo criativo envolvido na atividade artística é terapêutico e enriquecedor da qualidade de vida das pessoas. Arteterapia é o uso terapêutico da atividade artística no contexto de uma relação profissional por pessoas que experenciam doenças, traumas ou dificuldades na vida, assim como por pessoas que buscam desenvolvimento pessoal. Por meio do criar em arte e do refletir sobre os processos e trabalhos artísticos resultantes, pessoas podem ampliar o conhecimento de si e dos outros, aumentar sua autoestima, lidar melhor com sintomas, estresse e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutar do prazer vitalizador do fazer artístico. (American Association of Art Therapy, 2003 apud CIORNAI, 2004, p. 8)

Nessa abordagem, a arte não é empregada com objetivos estético e técnico, mas como uma ferramenta de expressão livre, que permite a manifestação da criatividade, emoções e sentimentos. A arteterapia ocorre através de diferentes modalidades expressiva como as artes plásticas, o teatro, a dança e a música, sendo as mais recorrentes a colagem, o desenho, a pintura, a modelagem em argila, a tecelagem, a criação de personagens através de confecção de bonecos, máscaras, encenações fotográficas e a escrita criativa, por exemplo (COZZOLINO, 2012).

A Arteterapia é fundamentada por diferentes perspectivas teóricas, como a Gestalt- terapia, as linhas Humanista, Sistêmica, Transpessoal e Psicanálise, por exemplo (UNIÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE ARTETERAPIA), mas grande parte dos trabalhos encontrados são orientados pela Psicologia Analítica de Carl Jung e a Gestalt-terapia.

Pela perspectiva Jungniana, a Arteterapia é entendida como

“[...] um processo terapêutico decorrente da utilização de modalidades expressivas diversas, que servem a materialização de símbolos. Estas criações simbólicas expressam e representam níveis profundos e inconscientes da psique, configurando um documentário que permite o confronto, no nível da consciência, destas informações, propiciando “insights” e posterior transformação e expansão da estrutura psíquica” (PHILIPPINI, 1998, p. 1)

Para a perspectiva Gestáltica, a Arteterapia

“[...] é uma abordagem processual na qual tanto o fazer da arte quando o processo de elaboração e reflexão sobre o que é produzido são considerados como tendo potencialmente valor terapêutico. [...] arteterapeutas não interpretam os trabalhos de seus clientes, mas sustentam-se na crença de que as pessoas podem ser agentes da própria saúde e de seus processos de crescimento, encontrando, em seus trabalhos e criações, sentidos que sejam pessoalmente relevantes e significativos” (CIORNAI, 2004, p. 15).

De acordo com Ciornai (2004) a Arteterapia se consolidou como um campo de conhecimento específico na década de 1940, nos Estados Unidos, com o trabalho da artista plástica e psicóloga Margareth Naumburg. Margareth era arte-educadora e, influenciada pelo método Montessori e a Psicanálise, fundou, em Nova Iorque, a Escola Walden: uma instituição de ensino considerada inovadora ao implementar atividades livres e de expressão artística no currículo escolar. Naumburg compreendia que as atividades artísticas possibilitavam a expressão do conteúdo do inconsciente, e acreditava que esse efeito era importante para a educação e o desenvolvimento das crianças. A partir dessa compreensão, Naumburg passou a utilizar as expressões artísticas como um recurso em seus atendimentos psicoterápicos e incentivava que seus pacientes realizassem uma leitura sobre seus trabalhos, buscando identificar algum significado implícito que pudesse estar relacionado ao inconsciente (CIORNAI, 2004, p. 26).

Contemporânea a Naumburg, a arte-educadora austríaca Edith Kramer tinha um entendimento diferente sobre a Arteterapia e defendia que a expressão artística não era um recurso da psicoterapia,

mas era é a própria terapia. Além desse embate, houve também uma terceira vertente proposta pela artista e psicóloga norte-americana Janie Rhyne. Ao contrário das duas primeiras que eram influenciadas pela psicanálise, Rhyne era alinhada a Gestalt-terapia e compreendia que o valor terapêutico das atividades artísticas está tanto no momento da criação quanto no processo de interpretação e reflexão sobre o conteúdo expresso nas obras (CIORNAI, 2004, p. 28-9).

Essas três proposições foram muito importantes para a consolidação Arteterapia na segunda metade do século XX, mas a vinculação entre arte e saúde mental é um pouco mais antiga, sendo que no século XIX, alguns médicos psiquiatras analisavam os trabalhos artísticos realizados por pessoas com transtornos mentais institucionalizadas, com o intuito de reconhecer em seu conteúdo um “registro sintomático” (ANDRIOLO, 2006, p. 45), que pudesse ser utilizado como critério de elaboração de diagnóstico. O médico psiquiatra francês Max Simon, por exemplo, em 1876 produziu estudos relacionando algumas expressões artísticas a “melancolia, mania crônica, megalomania, paralisia geral do louco, demência e imbecilidade” (ANDRIOLO, 2006, p. 45). Outro exemplo foi o psiquiatra italiano Cesare Lombroso (1835-1909), que comparava as expressões artísticas de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais àquelas desenvolvidas pelos primeiros povos a colonizar a África e a Oceania, considerando ambas as produções como “primitivas”. A partir dessa interpretação e com apoio da teoria da degenerescência, Lombroso considerava as pessoas com transtorno mental como “degeneradas” e seus trabalhos artísticos eram a representação de sua “mentalidade primitiva ou infantil” (ANDRIOLO, 2006, p. 46).

No século XX, essa perspectiva continuou a se perpetuar, mas também surgiram novas proposições teóricas, como a do psiquiatra austríaco Sigmund Freud (1856-1939), que desenvolveu reflexões sobre a possibilidade de utilizar a arte como forma de manifestação do inconsciente. Influenciado por essa perspectiva, o psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961), começou a utilizar a expressão artísticas em seus atendimentos e, na década de 1920, solicitava que seus clientes pudessem fazer desenhos livres de situações de vida, sentimentos, sonhos, entre outros (UNIÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE ARTETERAPIA, 2020). Para Jung, a Arteterapia “é uma forma de se alcançar o *self*, ou o conteúdo inconsciente do indivíduo, que se manifesta por meio das palavras, escritas e faladas, mas também de símbolos e muitas vezes por meio de sinais ou imagens não tão descritivos” (VASQUES, 2009, p. 31-32).

Na mesma época, no Brasil, o médico psiquiatra Osório César (1895-1979), influenciado pela Psicanálise, desenvolveu estudos sobre as expressões artísticas dos pacientes internados no Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo. César fez diversas publicações sobre a “psicologia da arte” e

elaborou um “método de leitura das obras” (ANDRIOLO, 2003, p. 74). O psiquiatra também se destacou ao organizar a I Exposição de Arte do Hospital de Juquery, que ocorreu no Museu de Arte de São Paulo, em 1948.

Na década de 1940 também teve destaque a médica psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999), que trabalhava no Centro Psiquiátrico Pedro II, antigo Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Influenciada pela Psicologia Analítica de Jung e o desejo de se contrapor aos tratamentos psiquiátricos tradicionais, Nise introduziu as expressões artísticas nos cuidados aos e as pacientes internados. A médica era diretora da Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação –STOR da instituição e, por isso, nomeava suas ações com as atividades artísticas como uma prática terapêutica ocupacional. Para aquela instituição, o entendimento que se tinha de Terapia Ocupacional era relacionado a prescrição de atividades para manter os e as pacientes ocupados e, por isso, encaminhava-os (as) para esse setor para que realizassem atividades de limpeza, como varrer o chão ou carregar roupas sujas. Quando assumiu a direção desse setor, Nise aboliu essas atividades e inseriu práticas de expressão artística, por influência dos estudos desenvolvidos por Jung e Osório César e também por um contexto artístico favorável no Brasil, que incentivava a livre expressão (MELO, 2009).

Orientada pela Psicologia Analítica, Nise acreditava que as imagens produzidas e a forma que os e as pacientes desenvolviam as atividades representavam manifestações do inconsciente, que era constantemente reprimido e produzia sofrimento. Dessa forma, a atividade artística poderia ser uma ocupação terapêutica, na medida em que possibilitava a expressão desse conteúdo inconsciente e, desde que, fosse uma criação livre e de espontânea vontade do sujeito (MELO, 2009).

Dentro do ambiente hospitalar, essa nova postura de atendimento à saúde mental causou grande inquietação para os médicos psiquiatras da época, que se recusavam a reconhecer o valor artístico das obras, e também gerou comoção em muitos profissionais ligados ao campo da arte, devido a qualidade estética apresentada nos trabalhos. Mesmo não sendo a preocupação principal, Nise reconhecia que as obras possuíam muita qualidade e investiu na construção de uma exposição, no Ministério da Educação, no Rio de Janeiro, em 1947, e posteriormente na criação do Museu de Imagens do Inconsciente, em 1952, que tinha o intuito de preservar os trabalhos produzidos e também possibilitar a ressignificação do lugar e do estigma associado à loucura (CASTRO; LIMA, 2007). Dessa forma, o trabalho desenvolvido por Nise foi muito importante para se delinear uma nova forma de cuidado em saúde mental, pautada pela “experimentação, invenção, criatividade, pelo afeto,

cuidado, pela compreensão e construção de passagens para a autonomia” (CASTRO; LIMA, 2007, p. 373).

Na década de 1980, surge o primeiro curso de Arteterapia no Brasil, no Instituto Sedes Sapientae, em São Paulo e um curso de formação em Arteterapia pela perspectiva Jungniana, na Clínica Pomar, no Rio de Janeiro. Em 1990, o Instituto Sedes Sapientae implantou uma especialização em arteterapia pela perspectiva da Gestalt-terapia (REIS, 2014, p. 147).

É importante destacar que a Arteterapia é um campo específico de atuação e deve ser coordenado por um (a) terapeuta especializado, com estudo na área de Psicologia e Neurologia (VASQUES, 2009, p. 19). Para além um momento terapêutico, a Arteterapia tem o intuito de “propiciar mudanças psíquicas, a expansão da consciência, a reconciliação de conflitos emocionais, o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal, [...] a resolução de conflitos interiores e o desenvolvimento da personalidade” (UNIÃO BRASILEIRA...). Para isso, é necessário uma formação específica na área, na qual o(a) profissional receberá respaldo e conhecimento sobre as diferentes perspectivas teóricas da Arteterapia.

Em 27 de março de 2017, a Arteterapia foi incluída à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), através da Portaria nº 849 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), representando o reconhecimento dos benefícios dessa prática na promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com o regulamento, a Arteterapia “estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo” (BRASIL, 2017). Além disso, a expressão artística possibilita a ressignificação de alguns conflitos, ampliando a percepção que os sujeitos têm de si e do mundo e fomentando novas formas de manejar momentos de estresse e experiência traumáticas (BRASIL, 2017).

Em grande parte dos trabalhos encontrados, a Arteterapia está inserida no contexto da saúde mental, fazendo parte, principalmente, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, a União Brasileira de Associações de Arteterapia (UBAAT, 2020) defende que o(a) profissional de arteterapia pode ser inserido(a) em toda a Rede de Atenção Psicossocial, atuando no acolhimento, processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e contribuindo para a humanização do atendimento em Saúde Mental. De acordo com a UBAAT, a Arteterapia pode ser considerada uma estratégia de cuidado em saúde mental, na medida em que a arte proporciona a expressão de emoções e percepções e “poderá propiciar novos modos de ser, sentir e de agir, sendo facilitador da auto-organização, bem como facilitador na formação e/ou reconstituição de vínculos familiares, com as



equipes multidisciplinares nos diversos componentes da RAPS e com outros pares” (UBAAT, 2020, p. 9).

Em uma pesquisa realizada com um grupo de arteterapia de um CAPS no município de Cruz Alta- RS, Facco et al (2016) identificaram que a prática possibilitou mudanças no hábito de vida dos usuários e usuárias, marcado principalmente pela maior disposição e desejo para realizar as atividades domésticas e de lazer. Além disso, a prática possibilitou a melhora na autoestima, bem-estar e na criação de vínculos entre os integrantes do grupo (FACCO et al, 2016).

A partir de suas experiências com um grupo de arteterapia desenvolvido em um CAPS da cidade de Fortaleza-CE, Coqueiro, Vieira e Freitas (2010) apontam que a Arteterapia promove o bem-estar, na medida em que proporciona “mudanças nos campos afetivo, interpessoal e relacional, melhorando o equilíbrio emocional ao término de cada sessão” (p. 862). Identificaram também que a prática contribui para amenizar momentos de angústias, medo e conflitos dos usuários e usuárias e que expressão artística se tornou um meio de “canalizar” as questões relacionadas ao sofrimento psíquico e outros conflitos (COQUEIRO, VIEIRA, FREITAS, 2010, p. 862).

Andrade e Veloso (2015) também apontam a possibilidade de a arte ser uma ferramenta de promoção de autonomia social e reflexão crítica. Através do estágio em Psicologia em um CAPS para adulto de Campina Grande-PB, as autoras realizaram oficinas utilizando o Teatro do Oprimido e recursos audiovisuais na elaboração de uma documentário, em que os usuários e usuárias puderam encenar suas próprias histórias de vida. A autoras apontam que “o trabalho coletivo e a troca de experiências, aliados ao processo de criação, têm desdobramentos que se ampliam para além da produção do documentário” (p. 85), pois permitiu que as pessoas se apropriassem de suas próprias histórias e as transformassem em “imagens do mundo”. Além disso, o projeto também fomentou o diálogo e a organização coletiva, na medida em que todas as decisões eram tomadas em conjuntos e forneceu visibilidade para as histórias de sofrimento vividas pelos usuários e usuárias nas cenas do documentário. Para as autoras, todo esse processo de idealização e construção da produção audiovisual também estimulou a autonomia e o protagonismo social daqueles sujeitos, incentivando-os a desenvolver uma posição mais “ativa e crítica na sociedade”.

Desse modo, percebe-se que a Arteterapia é uma abordagem muito oportuna para o cuidado em saúde mental e encontra terreno fértil para seu desenvolvimento no Centros de Atenção Psicossocial, uma vez que nesses serviços costuma-se a encontrar práticas que envolvem as diferentes expressões artísticas.

## 2.4 O que é Horticultura Terapia?

A Horticultura Terapia ou Hortoterapia é considerada uma prática de promoção de bem-estar humano através do cultivo das plantas (PENA, 2011, p.36). Para Rigotti (2011) a Horticultura Terapia também pode ser definida como “um processo de terapia que usa as plantas, tendo como instrumento as atividades hortícolas e o mundo natural, a fim de promover melhorias através dos sentidos do tato, mente e espírito” (p.7).

De acordo com Pena (2017), os fundamentos dessa prática estão pautados pelo sentimento de conexão despertado nos seres humanos ao entrar em contato com a natureza. Para o autor essa conexão é provocada pelo conceito de “Biofilia”, que se refere à “demanda genética evolutiva de estímulos oriundos dos ambientes naturais para a manutenção da saúde física e emocional, bem como para a realização pessoal (GARDNER; STERN, 2002 apud ANDRADE; PINTO, 2017, p. 35). Esse conceito foi criado pelo biólogo e professor da Universidade de Harvard, Edward Osborne Wilson, o qual compreende que há uma necessidade inata do ser humano em estar em contato com a natureza. Por estar na ordem de nossos genes, esse interesse pelo ambiente natural permanece se manifestando no ser humano, de forma hereditária, mesmo com todo o processo de urbanização e a vida na cidade (ANDRADE; PINTO, 2017, p. 35).

Essa hipótese não possui comprovação científica mas tem incentivado muitas pesquisas sobre os efeitos do contato ou contemplação da natureza e justificando intervenções que envolvem a interação com plantas, como a horticultura (RIGOTTI, 2011, p. 9).

De acordo com Rigotti (2011) a associação entre o cultivo e a contemplação de plantas e promoção da saúde é bastante antiga, sendo que as primeiras evidências dessa prática remontam ao Egito Antigo, no qual eram prescritos passeios pelo jardim como tratamento médico. No entanto, de acordo com a Associação Americana de Horticultura Terapia (AHTA) foi apenas no século XIX, que o médico considerado “Pai da Psiquiatria Americana”, Benjamin Rush, fez o primeiro documento mostrando os efeitos positivos que a jardinagem produzia em pessoas com transtornos mentais (AHTA, 2020). Também no início desse século, na Espanha, alguns hospitais começam a enfatizar o uso da agricultura e horticultura no tratamento de pessoas com transtorno mentais e, a partir de então, começa-se a incluir jardins na maioria dos centros psiquiátricos da Europa central (PENA, 2011, p. 34).

No século XX, começa-se a introduzir o uso da horticultura nos tratamentos para reabilitação física, sendo um recurso muito presente na atuação da Terapia Ocupacional. Devido a isso, em 1936, na Inglaterra, a Associação de Terapeutas Ocupacionais reconhece o uso da horticultura no tratamento

para desordens físicas e psíquicas (McDonald, 1995 apud PENA, 2011, p. 35) e em 1942, o programa de Terapia Ocupacional da Faculdade Milkwaukee Downer, em Wisconsin (EUA) incorpora a Horticultura como um recurso terapêutico para o curso (SOUZA, 2017, p. 5).

Na década de 1940 a horticultura foi muito utilizada no tratamento de soldados veteranos da 2ª Guerra Mundial, com o intuito de recuperar seu bem-estar físico, psicológico e social (PFEFFER, 2007, p.23). Esse fato contribuiu para maior aceitação da prática nesse segmento, expandindo o uso da horticultura para além do cuidado em saúde mental (AHTA). A expansão da prática nesse período culminou na criação do termo “horticultural therapy”, em 1948, pela norte-americana Ruth Mosher Place e na sistematização dessa prática. A partir disso, surge uma diferenciação conceitual entre “horticultural therapy” (Terapia Horticultural) e “therapeutic horticulture” (Horticultura terapêutica), pois a primeira refere-se “the use of plants and gardening activities as vehicles in professionally conducted programs in therapy and rehabilitation” (DAVIS, 1994 apud PFEFFER, 2007, p.5), ou seja, é uma prática conduzida por um terapeuta especializado em Horticultura, que irá formular um plano de tratamento com objetivos específicos, visando que o indivíduo possa desenvolver determinadas habilidades ou capacidades consideradas comprometidas, como o componente cognitivo, físico, emocional, entre outros (PENA, 2011, p. 36).

Já a “therapeutic horticulture” não se refere a uma prática com objetivos específicos, mas aos benefícios que os indivíduos podem obter a partir do envolvimento em atividades de horticultura, através de uma participação ativa, que seria o cultivo de plantas de fato, ou passiva, que poderia ser apenas a contemplação e o convívio com as plantas. (PFEFFER, 2007, p. 4) Nesse caso não há a necessidade de um(a) terapeuta especializado em Terapia Horticultural, pode ser aplicada por profissionais com conhecimento em horticultura (PENA, 2011, p. 36). No Brasil os trabalhos encontrados não fazem essa diferenciação e, comumente, se usa o termo “Hortoterapia” “Horta Terapêutica” “Horticultura Terapia”.

Na década de 1950, a terapeuta Alice Burlingame e Eleanor Mccurdy implantaram um dos primeiros programas reconhecidos como Terapia Horticultural em um Hospital, em Michigan (EUA) e nesse mesmo período foi implantado o primeiro programa de mestrado em Terapia Horticultural, na Michigan State University, cujo currículo envolvia conteúdos de horticultura e psicologia. No anos 1970, outras universidades norte-americanas implementaram a prática nos programas de curso de graduação e, a partir de então, a Terapia Horticultural começou a se consolidar ainda mais enquanto prática, e nas décadas seguintes destaca-se criação de associações de terapeutas e realização de

simpósios, na América do norte, países da Europa e também Austrália (PFEFFER, 2007, p. 25; PENA, 2011, p. 35).

No Brasil, a Terapia Horticultural parece não ter sido implementada da mesma maneira como ocorreu nesses países, visto que os estudos encontrados apontam mais a implementação de hortas terapêuticas, de forma menos sistematizada, através de iniciativas pontuais de profissionais de saúde, gestores, usuários (as) ou projetos de extensão de universidades. Mesmo já estando inserida em muitos serviços, a Horticultura Terapia ainda não é regulamentada pelo Ministério da Saúde como uma Prática Integrativa e Complementar para o SUS.

Em alguns países europeus e nos Estados Unidos a prática está bem mais consolidada, e tem se implantado programas de horticultura em escolas, hospitais, centros de reabilitação, residenciais terapêuticos e presídios, por exemplo (SOUZA, 2017, p. 6). É desses mesmos países que também são publicados muitos estudos verificando os efeitos do cultivo das plantas na promoção da saúde e bem-estar.

Nos estudos sobre horticultura em língua inglesa comumente usa-se o termo “gardening”, que traduzido para a língua portuguesa significa “jardinagem, horticultura” (MICHAELIS, 2008, p. 151), para se referir as atividades de horticultura. Apesar de ambas se referirem ao cultivo de plantas, na língua inglesa, “gardening” e “horticulture” possuem significados diferentes, sendo que de acordo com o Dicionário Cambridge (2020), a primeira refere a “the job or activity of working in a garden, growing and taking care of the plants, and keeping it attractive<sup>2</sup>” e a segunda refere a “the study or activity of growing garden plants<sup>3</sup>”. Percebe-se que a horticultura é um conceito um pouco mais amplo e segundo Relf (1992 apud PFEFFER, 2007) engloba pessoas atuando de maneira ativa ou passiva no cultivo de plantas, cuja relação oferta benefícios para si, para a comunidade e para a cultura que estão inseridas. Além disso, as diferenças culturais entre os países anglo-saxões e latino-americanos, por exemplo, produzem diferentes interpretações e compreensões sobre os termos, dificultando o uso do conceito em sua tradução livre. Nesse trabalho, será exposto o termo “jardinagem” conforme está escrito nos estudos, mas refere-se a toda atividade horticultura e não necessariamente ao cultivo de plantas ornamentais e/ou flores, conforme entendemos os jardins no Brasil.

Com relação a esses estudos, muitos deles têm mostrado os efeitos positivos da horticultura para a promoção de saúde e bem-estar. Uma pesquisa realizada pelo Departamento de Horticultura,

---

<sup>2</sup> “Trabalho ou atividade de cuidado com jardins, que envolve o cultivo e ornamentação de plantas”. (Tradução livre)

<sup>3</sup> “Estudo ou atividade de cultivo de plantas” (Tradução livre)

Recreação e Floresta da Universidade do Kansas (EUA), em 2008, coordenada pelos pesquisadores Seong-Hyun Park e Richard Mattson, mostrou que os(as) pacientes que tiveram contato com plantas durante a internação hospitalar tiveram uma ingestão significativamente menor de medicamentos para controle da dor, diminuição da pressão arterial e frequência cardíaca, menos dor, ansiedade e fadiga. (PENA, 2011, p. 35). Söderback, Söderström e Schäländer (2004) realizaram uma pesquisa com 46 pacientes com sequelas neurológicas de Dandery Hospital Rehabilitacion Clinic, na Suíça, no qual foi implantado um programa de Horticultura Terapia. A prática incluía diversas atividades como imaginar e contemplar a natureza, visitas ao jardim do hospital e a prática da jardinagem de fato. Conclui-se que a Horticultura Terapia propiciou melhora nos componentes cognitivos, emocional e/ou sensório motor, aumentou a participação social, a saúde, bem estar e satisfação com a vida.

Na revisão de sistemática de Wang e Macmillan (2013), baseada em 22 artigos sobre os benefícios da jardinagem para as pessoas idosas, incluindo aquelas institucionalizadas, mostrou que todos os artigos encontrados apontaram que a prática da jardinagem (“gardening”) pode promover saúde e qualidade de vida, aumentar força física, flexibilidade, capacidades cognitivas e socialização.

Na revisão de Aldridge e Sempik (2002) também foi possível identificar estudos apontando efeitos significativos da horticultura para a melhora na autoestima, autoconfiança e interação social para pessoas com problemas de saúde mental e dificuldades de aprendizagem. Nesse mesmo estudo, também teve destaque a prática da horticultura em presídios, apontando como benefícios a possibilidade de se fomentar uma atividade com significado e como trabalho, produção de alimentos e o aprimoramento de algumas habilidades como responsabilidade, habilidades sociais e ética de trabalho, por exemplo, que são utilizadas na prática da horticultura, mas que também podem ser aplicadas em outras atividades e situações (p. 3).

No Brasil, encontra-se estudos apontando a aplicação da horticultura em serviços de saúde, principalmente nos CAPS (CAMARGO et al, 2015; FEITOSA et al. 2014; PAGASSINI et al, 2015; SOUZA, 2017) e nas Unidades Básicas de Saúde (COSTA et al. 2015, SOUZA, 2017). Dentre os benefícios encontrados apontados por esses trabalhos, destacam-se a promoção da saúde e bem-estar, aquisição de novos hábitos alimentares, estímulo à socialização e possibilidade de geração de renda com a venda das plantas cultivadas.

Com o intuito de colaborar com a qualidade de vida e o tratamento de usuários de um CAPS do município de Uberlândia-MG, Camargo et al (2015) desenvolveram uma pesquisa em parceria com o curso de Agronomia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), para a construção de uma Horta Terapêutica, em uma fazenda experimental da própria universidade. Durante 24 meses, um dia

na semana, os usuários se deslocavam para esse espaço e desenvolveram atividades de horticultura, desde a preparação da terra ao cultivo de hortaliças e ainda puderam consumir e distribuir o excedente da produção com outros usuários do CAPS que não participavam da prática. A avaliação dos resultados permitiu identificar “melhora significativa no quadro psíquico dos usuários envolvidos”, sendo que os (as) usuários (as) apontam que a horta propiciou o engajamento em uma nova atividade, desenvolvendo um apreço por todo o processo envolvido na prática, desde o deslocamento de suas casas, a interação social com os(as) participantes até o momentos de plantio, colheita e a possibilidade levar sua própria produção para casa. Nesse último aspecto também foi possível identificar o aumento de consumo de verduras por toda a família, que também passou a apoiar o participante nessa atividade, além do incentivo aos (as) participantes para construção de hortas em suas próprias casas.

Outro estudo, realizado por Feitosa *et al* (2014), em um CAPS I do município de Lavras da Mangabeira-CE, a partir da construção de uma horta junto com os usuários e usuárias, identificou-se como benefícios da prática a possibilidade de envolvimento em uma atividade significativa, a ampliação do bem-estar, incentivo a uma alimentação mais natural e saudável, a possibilidade de resgate do conhecimento popular que os(as) usuários(as) possuem e o fomento da cooperação, a partir cuidado e planejamento compartilhado da horta.

Na pesquisa de Costa *et al* (2015), realizada a partir de entrevistas com usuários (as) e profissionais de saúde de uma UBS aonde se desenvolvia uma horta comunitária, foi possível identificar benefícios da prática tanto para os indivíduos quanto para o serviço. Os resultados mostraram que a horta propiciou uma melhor interação entre os usuários (as) e esses com a equipe de saúde, configurando-se como um espaço de partilha e troca de saberes. Também foi possível identificar mudanças na alimentação dos participantes, que passaram a desenvolver uma nova visão sobre sua saúde e o alimento, propiciando melhora na sua condição de saúde, aumento da autoestima e do autocuidado. Com relação a equipe, os autores identificaram que o desenvolvimento da horta propiciou um entendimento mais holístico e integral de saúde, ressaltando a importância da educação permanente para fomentar essa concepção mais ampliada de saúde e a oferta de atendimentos que extrapolam o modelo biomédico.

Desse modo, percebe-se que mesmo sem um reconhecimento por parte da PNPIC, a horticultura tem sido utilizada como estratégia de cuidado em saúde, contribuindo para a ampliação das práticas em saúde e para o fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares nos serviços do SUS.

### **3. METODOLOGIA**

Esse trabalho é uma pesquisa de campo de cunho qualitativo realizada com os usuários e usuárias que utilizam as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) nos CAPS para adultos do município de Ijuí-RS e com as gestoras desses serviços. De acordo com Richardson (2015, p. 90 apud MARCONI; LAKATOS, 2017) a pesquisa qualitativa busca uma “compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”. Segundo Marconi e Lakatos (2017) a pesquisa qualitativa também se caracteriza por se desenvolver numa realidade natural, abordando os dados com maior riqueza de detalhes, de forma complexa e contextualizada.

Além disso, esse trabalho trata-se de um estudo exploratório, que se caracteriza por ser uma investigação que busca “desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno [...] e clarificar conceitos” (MARCONI;LAKATOS, 2003, p. 187). Nesse sentido, esse estudo teve o intuito de compreender como está ocorrendo o desenvolvimento das PICS nessas instituições, a partir da relação que os usuários e usuárias estabelecem com elas e, também, a partir da avaliação da gestora de cada instituição, sobre a implementação das PICS. Para isso, a abordagem utilizada na análise das informações foi a Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer (1900-2002), que se caracteriza pela “busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central” (GADAMER, 1999 apud MINAYO, 2014, p. 166). De acordo com Gadamer, o entendimento parte de um processo interpretativo que também considera o conhecimento produzido no passado, chamado de “tradição”. Para o filósofo, a interpretação é um diálogo constante dentro da tradição (LAWN, 2010, p. 13) e, devido a essa interação, não se é possível alcançar uma verdade única e absoluta, pois a cada nova tentativa de interpretação, surgem novos fatores e perspectivas, que permitem novas possibilidades de compreensão.

#### **3.1 Campo de estudo**

O campo de estudo dessa pesquisa foram os Centro de Atenção Psicossocial II Colmeia (CAPS II Colmeia) e Centro de Atenção Psicossocial AD II Vida com Dignidade (CAPS AD II Vida com Dignidade), do município de Ijuí-RS. Ijuí é um município localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com uma população estimada de 83.764 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). O município é sede da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a qual contempla 20 municípios da região.

Os CAPS são instituições que oferecem serviços especializados em saúde mental, sendo considerados pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). De acordo com a Portaria nº 336, 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a organização dos CAPS, esse serviço deve ofertar atendimentos ambulatoriais diários e de caráter territorial às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Além disso, os atendimentos são orientados a partir das necessidades dos usuários e usuárias, sendo possível que ocorram de forma intensiva (diariamente), semi-intensiva (frequente, mas não diário) e não intensiva (menos frequente) (BRASIL, 2002).

Os CAPS são divididos em diferentes modalidades, de acordo com suas especificidades. O CAPS I é o serviço de atenção psicossocial destinado a municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes, que funcionam durante os cinco dias úteis da semana, das 08 às 18 horas, oferecendo atendimento individual, em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a família e atividades comunitárias. O CAPS II, serviço de atenção psicossocial com capacidade de atender a população de municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, com a mesma lógica de funcionamento do CAPS I, mas com um quadro de recursos humanos ampliado e atendendo mais usuários e usuárias por dia. O CAPS III, é o serviço de atenção psicossocial com capacidade para realizar atendimentos em municípios com mais de 200.000 habitantes, que permanece disponível para atendimento ambulatoriais durante 24 horas, todos os dias da semana, inclusive os dias não úteis. Essa modalidade também desenvolve atividades de mesmo caráter que as outras duas, mas com o adicional de acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana. Também dispõe de, no máximo cinco leitos para a necessidade de repouso e/ou observação, sendo que cada usuário ou usuária pode permanecer no acolhimento noturno no máximo sete dias corridos ou trinta dias, divididos em três períodos intercalados de dez dias. Os recursos humanos também são ampliados, assim como, o limite de atendimentos diários. O CAPS I e II é o serviço de atenção psicossocial destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, para municípios com população de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional, de acordo com as necessidades visualizadas pelos gestores de municípios. Nesses serviços são ofertadas atividades individuais, grupais, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atividades comunitárias e ações intersetoriais, durante os cinco dias úteis da semana, dois turnos por dia (BRASIL, 2002).

Por fim, o CAPS ad II é o serviço de atenção psicossocial destinado a pessoas com transtornos devido ao uso e dependência de substâncias psicoativas, para municípios com população acima de 70.000 habitantes. É um serviço que oferece atendimentos individuais, em grupo, oficinas



terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento a família, atividades comunitárias e atendimento de desintoxicação durante os cinco dias úteis da semana, das 08 às 18:00, com possibilidade de um terceiro turno de atendimento, até as 21 horas (BRASIL, 2002).

De modo geral, os CAPS são serviços importantes para a superação do modelo hospitalar como única abordagem em saúde mental, preconizando o desenvolvimento de novas práticas em assistência à saúde, no Brasil (ONOCKO-CAMPO; FURTADO, 2006, p. 1054).

Com relação a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ijuí, ela é composta, no âmbito da atenção primária, por cinco Unidades Básica de Saúde (UBS) e quinze Estratégias de Saúde da Família (ESF). Na atenção secundária, há três Centros de Atenção Psicossocial: CAPS II Colmeia, CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS Infantil Ijuí, sendo os dois últimos administrados pelo Hospital Bom Pastor de Ijuí-RS, mas de responsabilidade técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Na atenção terciária há os serviços de urgência e emergência, composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; a Central Municipal de Regulação e Leitos e os leitos psiquiátricos no Hospital Bom Pastor de Ijuí-RS, hospital geral de referência para toda a 17ª CRS.

Além disso, a RAPS do município de Ijuí-RS conta com a Associação de Saúde Mental de Ijuí- ASSAMI, mantenedora da Casa de Auto-Mútua-Ajuda (Casa AMA), que é uma organização sem fins lucrativos que oferece escuta e acolhimento a pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares, cujo objetivo é ser um espaço que busca romper com estigmas relacionados ao sofrimento psíquico, contribuir para a humanização do cuidado em saúde mental, atuar na promoção da saúde, promover práticas auto-mútua-ajuda pautadas pelo princípio do “fazer junto”, inspirado na metodologia italiana de cuidado em saúde mental da Itália (REDE HUMANIZA SUS, 2009).

### **3.2 Sujeitos**

Os sujeitos dessa pesquisa foram os usuários e usuárias que utilizam as PICS nos CAPS II Colmeia e CAPS II AD Vida com Dignidade, a gestora do CAPS II AD Vida com Dignidade, a terapeuta ocupacional e a artista plástica do CAPS II Colmeia.

Com relação aos usuários (as) dos CAPS, os critérios para a inclusão nessa pesquisa foram: ser usuário (a) dos CAPS e utilizar as PICS nesse serviços e também demonstrar interesse e desejo

em participar da pesquisa. Para as gestoras, os critérios de inclusão foram: ser responsável pela gestão do serviço e demonstrar interesse e desejo em participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão para os usuários (as) foram: ser usuário (a) do CAPS e não utilizar as PICS no serviço e/ou não demonstrar interesse em participar da pesquisa. Para as gestoras, o critério de exclusão foi a profissional não demonstrar interesse em participar da pesquisa.

No CAPS II Colmeia, a gestora não desejou realizar a entrevista, mas indicou a terapeuta ocupacional do serviço para realizá-la em seu nome. A profissional demonstrou interesse e desejo de participar da pesquisa e, mesmo não se encaixando nos critérios de inclusão inicialmente estabelecidos no projeto, compreendeu-se que também seria valioso obter a contribuição de uma profissional não gestora sobre as PICS. Da mesma forma ocorreu com a artista plástica, a qual foi entrevistada por se compreender que sua participação poderia ser importante para complementar as informações da terapeuta ocupacional e também demonstrar sua percepção sobre as PICS, mesmo ela não se encaixando nos critérios inicialmente estabelecidos.

Ao total, participaram dessa pesquisa 3 usuárias do CAPS II Colmeia que utilizam a Arteterapia; a terapeuta ocupacional indicada pela gestora do CAPS II Colmeia para fazer a entrevista em seu lugar; a artista plástica e coordenadora da Arteterapia nos CAPS II Colmeia e CAPS AD Vida com Dignidade, 3 usuários(as) do CAPS AD Vida com Dignidade e a gestora do CAPS AD Vida com Dignidade.

### **3.3 Coleta das informações**

A pesquisa foi feita a partir de entrevistas semiestruturadas que foram audiogravadas por um aparelho de celular e, posteriormente, transcritas. De acordo com Marconi e Lakatos (2003) a entrevista é um conversa de caráter profissional entre duas pessoas, com o intuito de obter informações a respeito de um assunto, a qual permite “compreender as perspectivas e experiências dos entrevistados, conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana, utilizando seus próprios termos” (MARCONI;LAKATOS, 2017).

A escolha por essa técnica é devido ao desejo da pesquisa em aprofundar mais o assunto, compreendendo os aspectos mais subjetivos que os (as) entrevistados(as) desejarem apontar. De acordo com Marconi e Lakatos (2003) a entrevista “oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz [...]” (p. 198). Além disso,

as autoras apontam a vantagem de ser uma técnica mais abrangente ao possibilitar a realização da pesquisa tanto com pessoas alfabetizadas quanto analfabetas.

O tipo de entrevista utilizada foi a despadronizada, que permite ao (a) entrevistador(a) uma maior flexibilidade durante o processo, possibilitando que esse(a) conduza a entrevista conforme entender mais adequado para cada situação (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 197). A entrevista também foi focalizada pois havia um roteiro de questões que seriam abordadas e que direcionavam a entrevistadora na realização das perguntas, sem obedecer uma regra formal (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 197). Para Manzini (2003, p. 3) o roteiro auxilia tanto na coleta de informações básicas quanto na organização da própria entrevistadora no processo de interação com o(a) entrevistado(a).

Foram organizados dois roteiros: um destinado aos (as) usuários (as) e um destinado ao(a) gestor(a) da instituição. Excepcionalmente no CAPS II Colmeia, na entrevista com a terapeuta ocupacional CAPS II Colmeia foi aplicado o mesmo roteiro destinado as gestoras e para a artista plástica foi elaborado um terceiro roteiro. Os três roteiros possuem perguntas relacionadas a informações gerais sobre os entrevistados e perguntas mais específicas com relação as PICS. Os roteiros encontram-se detalhados no Apêndice A, Apêndice B e Apêndice C desse trabalho, respectivamente.

Em virtude da pandemia do novo Coronavírus no Brasil e em conformidade com as orientações dos órgãos oficiais de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (2020) e o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2020), que recomendam o distanciamento social como medida preventiva à Covid-19 e a disseminação do novo Coronavírus, a realização dessa pesquisa ocorreu quase totalmente de maneira remota. Desde o contato com os CAPS até a realização das entrevistas, a comunicação ocorreu através de e-mail e trocas de mensagens pelo aplicativo ‘WhatsApp’.

Com o CAPS II Colmeia, o contato inicial ocorreu por meio de trocas de mensagens no ‘WhatsApp’ com a terapeuta ocupacional do serviço, no qual foi exposto o interesse em realizar a pesquisa nesse local. Ao mesmo tempo, também foi enviado para o e-mail da instituição o projeto desse trabalho na íntegra, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e parecer de aprovação no Comitê de Ética da UFSM. No entanto, o contato via ‘WhatsApp’ acabou sendo o mais recorrente e facilitou bastante o andamento da pesquisa.

Como não havia um contato prévio com os usuários (as) do CAPS por parte da pesquisadora e não se tinha o número pessoal deles(as) para convidá-los(as) a participar da pesquisa, a terapeuta ocupacional escolheu quatro pessoas que participavam da oficina de Arteterapia no CAPS, a partir dos critérios de seleção estabelecidos na pesquisa, e ligou para as mesmas, para fazer o convite. Após

elas aceitarem participar, a profissional forneceu esses quatro contatos à pesquisadora, com autorização dos mesmos (as).

Com duas usuárias foi possível conversar sobre a pesquisa pelo próprio “WhatsApp” e combinar um horário para as entrevistas. Com um usuário que não possuía vínculo no aplicativo, realizei ligações telefônicas, mas a chamada não era concluída. Com a quarta usuária também entrei em contato por ligação telefônica, e logo nessa primeira ligação ela desejou fazer a entrevista, também por ligação telefônica.

No CAPS AD Vida com Dignidade o contato por e-mail foi mais dificultoso e foi necessário ir até o serviço para confirmar o desenvolvimento da pesquisa, mas respeitando as medidas sanitárias recomendadas, com o uso de máscara, álcool em gel e distanciamento físico. Entretanto, a realização das entrevistas ocorreu de maneira remota, por uma medida de cuidado com os usuários(as) e entrevistadora, e também por que a gravação das entrevistas poderia ficar com o áudio comprometido, devido ao abafamento do som da voz causado pelo uso da máscara.

Considerando os critérios de seleção estabelecidos pela pesquisa, a equipe do serviço escolheu dois usuários e uma usuária para realizar a entrevista, mas eles e ela não possuíam telefone celular. Por isso, foi combinado com a equipe que as entrevistas por videochamada ocorreriam pelo celular do próprio CAPS, no dia e horário da oficina de Hortoterapia.

No dia combinado, quando a ligação foi feita, os usuários e a usuária estavam organizados em uma sala junto com a profissional que coordena a atividade da horta, e que naquele momento estava responsável por manusear o celular do serviço e garantir que a ligação estava sendo efetivada. Embora o intuito fosse realizar entrevistas individuais, compreendeu-se que naquele caso a entrevista teria que ser feita daquele modo, visto que os usuários e a usuária possuíam pouca familiaridade com o celular e poderiam não se sentir confortáveis sozinhos, durante a videochamada. No decorrer da entrevista, também se percebeu que a mediação da entrevista pela profissional foi muito importante, pois os problemas com a conexão na internet eram constantes e, muitas vezes, foi necessário que ela repetisse as perguntas que os entrevistados não haviam conseguido escutar.

É evidente que uma entrevista realizada de modo coletivo influencia nas respostas oferecidas pelos entrevistados, e foi possível perceber diferenças nas entrevistas realizadas individualmente, com as três primeiras usuárias, e esses últimos. No entanto, considerando que esse estudo se trata de uma pesquisa de campo e que não só esse campo, mas toda a sociedade vive um período tão adverso, no qual as relações sociais estão sujeitas ao ambiente virtual, as entrevistas desse trabalho não poderiam escapar das intercorrências desse momento.

Além disso, considerando que essa é uma pesquisa realizada com seres humanos e que o “observador e o observado são partes integrantes do mesmo processo de temporalidades e causalidades múltiplas e simultâneas” (MINAYO, 2012, p. 2806), pode-se compreender que os fatores contextuais que influenciam a vida dos sujeitos, também irão se estender para a pesquisa.

Todas as entrevistas duraram em média 15 minutos, com exceção da entrevista com a artista plástica, que não conseguiu encontrar um horário para fazer videochamada e acabou enviando suas respostas por mensagem no “WhatsApp”. Ainda que o intuito fosse realizar uma entrevista, compreendeu-se que a participação da artista poderia ser muito importante para essa pesquisa e, por isso, foi preferido adaptar a técnica de coleta, ao invés de perder sua contribuição.

### **3.4 Considerações éticas**

Esse estudo respeitou as normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e as normas da pesquisa envolvendo a utilização de dados obtidos diretamente com o(a) participante previstas na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Ministério da Saúde. Foi garantido ao participante o respeito a sua dignidade e autonomia, assegurando seu direito de não querer participar da pesquisa ou desejar interrompê-la a qualquer momento, sem que isso lhe acarretasse algum dano ou constrangimento. Além disso, foi assegurado a confidencialidade das informações e a não identificação dos(as) participantes.

Também foi exposto aos e as participantes os benefícios e os riscos relacionados a essa pesquisa, sendo os primeiros relacionados a possibilidade desse estudo ofertar uma reflexão sobre os efeitos e significados que as PICS possuem no CAPS, não apenas para os usuários e usuárias e a equipe de profissionais desse serviço, mas também aos demais profissionais de saúde, aos gestores de saúde e a comunidade em geral. Em relação aos riscos, foi informado aos e as participantes que a pesquisa poderia gerar algum tipo de desconforto e/ou ocasionar o surgimento de sensações, pensamentos e lembranças desagradáveis. Se caso isso ocorresse, eles e elas foram orientados (as) a comunicar a pesquisadora, a qual poderia interromper a entrevista e acionar um(a) profissional de referência para um atendimento pontual, se fosse necessário.

As entrevistas só foram realizadas mediante a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e como elas ocorreram na modalidade virtual, a forma de obtenção do consentimento teve que ser adaptada, visto que não seria possível conseguir a assinatura dos (as)

participantes. Assim, a forma encontrada para obtê-lo foi realizar a leitura do TCLE ao usuário e usuária e gravar esse procedimento com um aparelho de celular. Primeiramente era informado ao sujeito que seria necessário fazer a leitura do Termo e que essa etapa precisava ser gravada, para comprovar seu consentimento. Após realizar esse informe e ter a permissão do(a) participante, realizava-se a leitura do TCLE, que está anexado nesse trabalho, no “Anexo A”. Na parte final do TCLE, aonde consta o parágrafo referente a “Autorização”, a leitura do texto foi modificada e houve a transformação desse trecho em três perguntas, sendo elas: 1) Após a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as suas dúvidas, você está suficientemente informado(a), ficando claro que sua participação é voluntária e que pode retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício?; 2) Você está ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais será submetido (a), dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade?; 3) Diante do exposto e de espontânea vontade, você concorda em participar desse estudo?. Se as três respostas fossem positivas significava que o TCLE tinha o consentimento do(a) participante e se poderia continuar com a pesquisa. Os áudios com as gravações da leitura do TCLE e autorização do(a) participante ficaram salvos na memória interna do computador da pesquisadora.

Com relação ao TCLE destinado aos (as) gestores (as), também houve uma adaptação, e esses foram transformados em um formulário do aplicativo “*Google Forms*” e encontra-se anexado nesse trabalho no “Anexo B”. No primeiro tópico desse formulário constava um texto introdutório que explicava sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos, benefícios e outras informações e o segundo e terceiro tópico solicitavam o endereço de e-mail e o nome completo do(a) participante, respectivamente. O quarto, e último, tópico continha o parágrafo final do TCLE tradicional, que refere-se a “Autorização” do(a) participante, e dispunha de duas possibilidades de resposta: 1) Concordo em participar da pesquisa e 2) Não concordo em participar da pesquisa. Após marcar uma dessas opções e enviar o formulário, o (a) participante recebia em seu e-mail uma cópia de suas respostas. Se a resposta recebida pela pesquisadora fosse a primeira opção, ou seja, que o(a) participante concordava em participar da pesquisa, significava que o TCLE tinha seu consentimento e se poderia realizar a pesquisa. As respostas ficaram salvos no próprio serviço de armazenamento do aplicativo e, posteriormente, foi feito o download das mesmas no formato de PDF, para que ficassem também armazenadas na memória interna do computador da pesquisadora.

Além disso, essa pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí-RS, através da “Autorização Institucional” e teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob parecer nº 4.266.286, de 9 de setembro de 2020.

### **3.5 Análise do material**

A análise das informações foi feita a partir de uma abordagem qualitativa, que se caracteriza por analisar o objeto de estudo de forma mais detalhada, buscando compreendê-lo a partir do contexto que está inserido (LAKATOS; MARCONI, 2017). De acordo com Minayo (2001), a pesquisa qualitativa se preocupa com informações que não podem ser quantificadas, pois revelam aspectos mais profundos e subjetivo dos sujeitos e das relações humanas (p. 21).

Além disso, essa pesquisa foi elaborada a partir da metodologia hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (1900-2002), que trata da interpretação de texto, não apenas com o intuito investigativo da palavra, mas compreendendo como parte do processo de entendimento. Gadamer compreende que qualquer entendimento é derivado de uma interpretação, e a interpretação não se restringe apenas a compreensão de textos, mas abrange qualquer movimento que busca compreender alguma situação ou objeto, podendo ser através da leitura, do olhar e do pensar, por exemplo (LAWN, 2010, p. 21-22). Por isso, para Gadamer a hermenêutica não é uma atitude específica, destinada apenas a interpretação de textos bíblicos ou literários, como é reconhecida tradicionalmente, pois ela está presente em todo entendimento, inclusive nas atividades práticas do nosso dia a dia (LAWN, 2020, p. 22). Dessa forma, o filósofo amplia a noção de hermenêutica, transformando-a em “um movimento abrangente e universal do pensamento humano” (MINAYO, 2014, p. 328)

Além disso, Gadamer compreende que todo entendimento tem um vínculo com o passado, pois foi de onde surgiu os pensamentos e ações do presente (GADAMER apud LAWN, 2010, p. 53). Para o filósofo, esse conhecimento produzido no passado, a partir de práticas costumeiras, transmitidas entre as gerações e sem uma comprovação científica, são chamados de “tradição” e fundamentaram as instituições e as atitudes da sociedade por muito tempo, até a metodologia científica questionar esse conhecimento, que não havia passado pelo crivo da razão, e criar uma divisão entre o que é racional e o que é tradição. No entanto Gadamer problematiza essa cisão, apontando que se todo pensamento parte de uma tradição, a razão não poderia querer deslegitimar ou se opor a ela, pois a própria ideia de razão foi construída a partir da tradição e não pode ser considerada neutra ou fora dessa influência (LAWN, 2010, P. 54).

Por isso, Gadamer faz uma crítica ao modo cartesiano de produção de conhecimento, que surgiu com o Iluminismo no século XVII, que considera como verdadeiro apenas aquele conhecimento que pode ser provado através do método científico das ciências naturais e subestima o valor do conhecimento presente nos saberes populares, nas artes e na literatura clássica, por exemplo, que possuem uma tradição histórica. Para o filósofo alemão, o valor das hermenêuticas filosóficas está na recuperação e valorização desse conhecimento que foi renegado pela ciência moderna, pois compreende que não existe um método único para se compreender a verdade, sendo também as tradições uma fonte legítima de conhecimento (LAWN, 2010, p. 48).

Para Gadamer “a verdade não é um método, mas simplesmente aquilo que acontece no diálogo. Atos de interpretação são dialógicos, uma conversação constante, dentro da tradição” (LAWN, 2010, p. 13). Desse modo, o filósofo compreende que não existe verdade absoluta, assim como não há uma interpretação única do fato, pois há múltiplas interpretações possíveis, a partir dos diferentes contextos históricos, sociais e pessoais que cada pesquisador (a) está imerso, ou ainda as diversas interpretações que uma mesma pessoa pode fazer, a partir de uma releitura sobre o fato.

Gadamer também recupera a noção de “preconceito”, que foi distorcido pelo Iluminismo quando esse movimento supôs que a razão possui uma neutralidade e não deve sofrer interferência dos pré-julgamentos. Para o filósofo, a razão parte justamente das noções pré-concebidas sobre os fatos que buscamos analisar, pois todos nós estamos inseridos dentro da tradição e sofremos influência dela (LAWN, 2010, p.58). Assim, o pré julgamento não é necessariamente negativo, mas é aquilo que faz o(a) pesquisador (a) desejar interpretar determinada situação.

Foi nesse sentido que essa pesquisa foi pensada e formulada: a partir das experiências da própria pesquisadora com as Práticas Integrativas e Complementares, floresceu o desejo de compreender como essas práticas são percebidas por outras pessoas. A escolha pelo campo na saúde mental e no SUS, também foi motivado pelos processos de busca da pesquisadora por outros tipos de terapias, quando se percebeu adoecendo, e também a partir do reconhecimento da predominância do tratamento médico-medicamentoso nesse campo.

Dessa maneira, percebe-se que, assim como propôs Gadamer, essa pesquisa está atravessada pelos valores e crenças da própria pesquisadora, sendo que o que se busca na hermenêutica filosófica é fazer uma interpretação possível da situação, considerando que essa não será a única e que não poderá haver neutralidade, uma vez que “precisamos sempre nos lembrar de que o mundo está sendo visto a partir de uma determinada estrutura e dimensão humana” (LAWN, 2010, p. 59-60).



## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com o intuito de situar o leitor ou leitora sobre o processo de implantação e desenvolvimento das PICS nos CAPS para adultos do município de Ijuí-RS, essa apresentação começará pelos resultados provenientes das entrevistas realizadas com a terapeuta ocupacional e a artista plástica do CAPS II Colmeia e com a gestora do CAPS II AD Vida com Dignidade, cujos relatos fazem uma contextualização sobre esse processo. Em um segundo momento será exposto os resultados obtidos nas entrevistas dos usuários e usuárias dos dois CAPS, explorando suas percepções e apontamentos sobre as PICS.

A discussão dos resultados será feita em conjunto com a apresentação, na qual irá se buscar fazer uma interpretação dos relatos dos entrevistados e entrevistadas e uma análise de alguns pontos importantes, a partir do que nos mostra a literatura e as políticas públicas.

### **4.1. Conhecendo as PICS implementadas nos CAPS para adultos do município de Ijuí-RS**

A inserção da Arteterapia nos CAPS para adultos do município de Ijuí, ocorreu primeiramente no CAPS II Colmeia, em 2009, a partir da apresentação de um projeto sobre Arteterapia à Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí-RS por parte da artista plástica, quando essa ainda não possuía vínculo com esse serviço.

No CAPS AD II Vida com Dignidade, a Arteterapia iniciou em 2019, a partir da contratação da mesma artista plástica que coordena a prática no CAPS II Colmeia. A gestora desse serviço aponta que os usuários e usuárias já realizavam algumas oficinas de trabalhos manuais e até faziam pinturas em telas, mas não tinha o suporte de um (a) profissional especializado na área. Já a Horticultura Terapia teve sua primeira iniciativa nesse espaço há cerca de 4 anos, quando uma estagiária do curso de Serviço Social implementou o projeto de cultivo da horta como parte de seu Trabalho de Conclusão de Curso. Mas, de acordo com a gestora, a Hortoterapia iniciou mesmo, enquanto grupo, em 2018, sob sua coordenação. Hoje o grupo é coordenado pela educadora física contratada do serviço.

Com relação ao início da Arteterapia, no CAPS II Colmeia, a artista plástica relata que iniciou coordenando pequenos grupos, que gradualmente foram se ampliando.

*“[...]Também colegas foram aos poucos se engajando, de forma que trabalhei com uma colega psicóloga. Inclusive escrevemos um projeto para um edital do Ministério da Saúde em 2013-2014, que foi aprovado e onde captamos um significativo recurso, que nos possibilitou ampliar esse trabalho no CAPS. Também com um colega psiquiatra, que já*

*tinha grupos, fizemos um trabalho com a Arte, sempre na modalidade pintura em tela e desenho.” (Artista plástica)*

Segundo a artista, seu interesse pela saúde mental se iniciou em 2008: “[...]a partir de um atendimento a uma jovem com esquizofrenia. Foi um encontro incrível loucura x arte. Comecei minha pesquisa e busca e no segundo semestre de 2009 já estava atuando no CAPS II Colmeia” (Artista Plástica). Em uma visita ao seu site pessoal, recomendado por ela, foi encontrado que suas pesquisas foram fundamentadas pela Psicologia Analítica de Carl Jung.

Apesar de não mencionar a especialização em Arteterapia, ela relata que é graduada em Artes Visuais e possui pós-graduação em Saúde Mental, além de uma vasta experiência nessa área, trabalhando não só em Ijuí-RS, mas em outros municípios da região, em serviços como CAPS AD, Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e o setor de Saúde Mental de um Hospital Geral. Atualmente ela trabalha nos dois CAPS para adultos do município e também na Unidade de Psiquiatria de um Hospital Geral de Ijuí.

Embora a União Brasileira de Associações de Arteterapia (UBAAT) compreenda que para o(a) profissional ser reconhecido(a) como arteterapeuta é necessário que se tenha uma formação específica em Arteterapia, não se pode deixar de reconhecer que a profissional desempenha um trabalho muito próximo do que é considerado arteterapia pelas entidades representativas da prática, visto que as oficinas expressivas, como as atividades de expressão plástica, corporal, verbal, musical, entre outras, são recomendações do próprio Ministério da Saúde para os CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 20). Além disso, considerando toda a experiência da profissional na área de saúde mental e os relatos das usuárias entrevistadas, é evidente que seu trabalho é muito válido para os serviços, sendo a especialização em Arteterapia uma possibilidade para ampliar ainda mais seu trabalho e fortalecer as PICS no serviço.

Sobre os grupos de Arteterapia, a artista relata que eles ocorrem semanalmente e são do tipo semi-abertos, nos quais os participantes frequentam o grupo durante três meses e após esse período busca-se dar a oportunidade para que outros usuários e usuárias possam participar, sem negar a possibilidade dos(a) participantes permanecerem ou retornarem ao grupo. A artista relata que existe “*uma espécie de “apego” especial dos usuários a esse tipo de grupo e atividade*” (Artista Plástica).

Ainda de acordo com ela, as atividades são realizadas em uma sala específica para a prática, na qual ficam disponíveis diversos materiais como tintas, pincéis, telas para pintura, papel, revistas, sucatas para reciclagem ou para a elaboração de colagens. Com relação às produções artísticas a profissional relata que algumas ficam com o próprio autor e outras permanecem no CAPS ou em outros espaços do município.

Além disso, a artista também pontua que:

*“O espaço do ateliê é um grande espaço de produção de arte e saúde psíquica. A arteterapia utilizando-se de recursos artísticos, local de fala bem como escuta. Este recurso terapêutico visa resgatar o homem em sua integralidade através de processos de autoconhecimento e transformação. Um caminho para que o sujeito possa perceber suas possibilidades de expressão, construção e re-construção de suas dificuldades de relacionar-se consigo e com o mundo. Sua essência seria a criação em prol da saúde. Não há preocupação estética e com técnicas, é privilegiada a expressão e comunicação e o resgate das possibilidades criativas.”*  
(Artista Plástica)

No CAPS AD II Vida com Dignidade, a gestora aponta que a Arteterapia foi inserida a partir do reconhecimento de sua potencialidade na promoção do relaxamento e a possibilidade de os usuários e usuárias expressarem suas emoções nas telas:

*“A Arteterapia é uma forma de eles relaxarem e também transmitir ali nas telas as emoções deles no dia, porque tem dias que eles chegam e fazem uns rabiscos ali, né? E aí é através da arte que você transmite isso para o outro, né? Como você pintou uma tela... Claro, tem telas que você não vai acabar no dia, mas tem telas que eles acabam no dia e não querem mais saber daquilo, entende? Então também transmite né? As sensações, os sentimentos...”*  
(Gestora CAPS AD)

No CAPS II Colmeia, a terapeuta ocupacional entrevistada aponta que a Arteterapia se desenvolveu no serviço a partir da boa recepção da prática pelos os usuários e usuárias.

*“Os pacientes são muito felizes com essa atividade, com essa proposta. Até mesmo assim, acontece... como é contrato, quando fica sem esse contrato, um período sem esses grupos, nossa, eles reclamam demais, para falar a verdade. Porque eles querem muito o retorno da pintura, sabe? Eles querem porque... é um trabalho muito bacana que é realizado assim... um trabalho encantador”* (Terapeuta Ocupacional)

A artista plástica também reconhece que a avaliação dos usuários e usuárias é um fator preponderante para a perpetuação da prática no serviço, pois quando questionada se percebia alguma diferença desde a regulamentação da Arteterapia como uma PICS, em 2017, no que diz respeito ao reconhecimento e avanço da prática no serviço, ela respondeu que acredita que houve diferença, mas que o retorno positivo dos usuários e usuárias foi mais importante para o reconhecimento da prática: *“[...] penso que pelo resultado e pela fala dos próprios usuários dos serviços que foi se dando uma abertura e uma valorização para essa intervenção não medicamentosa na Saúde Mental, por aquilo que ela produz [...]”* (Artista Plástica).

De acordo com a gestora do CAPS AD Vida com Dignidade, a equipe de profissionais do serviço também está sempre preocupada em ouvir as percepções dos usuários e das usuárias, sendo as assembleias um espaço em que os profissionais conseguem visualizar como o trabalho está sendo compreendido e se há necessidade de implementar mudanças, a partir dessas avaliações.

*“[...]A gente se organiza junto com os usuários, né? Porque o CAPS é um todo, não é somente os profissionais. É nós e eles, juntos. E aí a gente vai fazer um consenso.”*

*E eles trazem reclamações... trazem, às vezes, até do próprio profissional que está ministrando as aulas. Às vezes, por exemplo, a horta, eles dão ideias da Hortoterapia. Então, teve ideias, que foi se mudado bastante [A horta]. Ideias dentro da prática da Hortoterapia. Eles são bem implicados nesse sentido.*

*A equipe aceita bem essas sugestões, porque é eles que estão vindo aqui. Nós somos os profissionais que estão atendendo dessa forma. E a nossa equipe é bem coesa nesse sentido.”*  
(Gestora CAPS AD)

Desse modo, percebe-se os serviços têm buscado atender aos desejos dos usuários e das usuárias, reconhecendo seus papéis relevantes na orientação das práticas do serviço, assim como é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, p. 12, 2015). Além disso, percebe-se que esses serviços também se preocupam em ofertar práticas diversas, que possibilitam extrapolar o modelo biomédico. Para a terapeuta ocupacional do CAPS Colmeia, essas diferentes abordagens também possuem uma boa receptividade por parte da equipe de profissionais:

*“[...]a visão é maravilhosa. A gente está sempre encaminhando para a arteterapia e para outros grupos também né? Porque, assim, os pacientes, eles sempre estão solicitando essas oficinas, principalmente essas oficinas que se tem uma construção, a criação de alguma coisa. Tem outra oficina de artesanato, de desenho, de música, então, essas que eles conseguem criar alguma coisa e, principalmente, criar uma coisa que eles consigam levar para casa, para eles isso é muito satisfatório. E acho que toda a equipe vê da mesma forma essa importância [...]”* (Terapeuta Ocupacional)

Contudo, o desenvolvimento das PICS nos serviços também enfrenta dificuldades, principalmente com relação aos recursos materiais.

*“[...]o que às vezes é difícil é a questão da compra do material, pois como é... como a gente compra qualquer material do serviço é através de licitação, então a burocracia é muito grande. Às vezes demora meses para a gente conseguir uma lista de materiais. Às vezes, quando faz uma compra, tem que fazer uma compra que dure dois anos pelo menos, porque é muito demorado. A burocracia para comprar o material é grande, mas a gente está sempre correndo atrás, né? Pra não faltar material, pra a gente conseguir, pois se a gente não tem o material a gente não consegue realizar, né? Não só essa oficina como outras também.”*  
(Terapeuta Ocupacional)

*“[...]Tanto quanto a horta quanto a arteterapia, ela precisa de ter projetos para que a gente tenha o material e para que a gente consiga fazer de uma forma coesa, né? Para eles virem, chegarem até o CAPS e terem esse material para trabalhar.*

*E se tem muita dificuldade... principalmente quando a gente vai buscar doações na sociedade. Para nós, um CAPS AD...é um CAPS Álcool e Drogas, né? E a sociedade enxerga de que... Eles rotulam muito nosso paciente. E é muito mais fácil você fazer essas promoções para o CAPS infantil do que para nós, né? Eles rotulam mais...muito nossos pacientes. A gente luta para que isso não aconteça, mas infelizmente ainda se tem essa cultura. Aqui em Ijuí e acho que todo o Brasil.*

*E eles também tem outra visão sobre o CAPS. Aí quando vem as pessoas aqui para nós, eles sempre falam isso... eu sempre ouço deles: “Ai eu não pensava que fosse assim” “Eu achava que era diferente”. Por que lá eles enxergam nossos pacientes, eu nem preciso falar, né? De que forma eles enxergam, porque até a gente, às vezes, antes de entrar no CAPS ou antes de voltar a estudar a saúde mental, enfim... a gente também pensava. Talvez pela cultura...”*  
(Gestora CAPS AD)

A partir desse último relato, percebe-se que no CAPS AD a aquisição de material enfrenta dificuldades não apenas em relação às questões burocráticas e falta de orçamento, mas também devido ao estigma e preconceito relacionado a pessoa que têm problemas com relação ao uso do álcool e outras drogas. Para Goffman (2008), o estigma é uma característica atribuída a uma pessoa estranha, cujos atributos a tornam diferente dos demais e a enquadram em uma categoria ou até espécie menos desejável. A partir disso, deixa-se de considerar o sujeito como uma “criatura comum e total” (p. 12) e passa-se a enxergá-la como uma “pessoa estragada ou diminuída” (p. 12). Segundo o antropólogo, há três tipos de estigmas, sendo a dependência de substâncias psicoativas classificada como estigma de “culpa de caráter individual”, assim como os transtornos mentais e a orientação sexual, por exemplo. Os outros dois estigmas são relacionados a aversão as diferentes constituições corporais e a determinadas raças, nacionalidades ou religiões (GOFFMAN, 2008, p. 14).

De acordo com Oliveira et al (2019), “a dependência de álcool e outras substâncias foi concebida no decorrer da história como sinônimo de marginalidade e os indivíduos dependentes entendidos como sujeitos com desvio e defeito de caráter, de personalidade fraca, pecadores [...]”. Ainda segundo os autores, mesmo após o reconhecimento da dependência do álcool como um transtorno mental, na década de 1980 pela OMS, as pessoas que têm problemas com relação ao uso dessa substância continuaram sendo estigmatizadas pela mídia, autoridades, profissionais e a sociedade em geral. De acordo com Ronzani et al (2014 apud OLIVEIRA et al, 2019), esses estigmas geram grandes consequências para a vida das pessoas, como a exclusão social, o desemprego, a desigualdade social, entre outros.

Da mesma forma, as pessoas com problemas no uso de outras drogas também sofrem as consequências dos estigmas. Segundo Ronzani, Noto e Silveira (2014), as informações equivocadas transmitidas pela mídia e a falta de conhecimento sobre o transtorno da dependência química fazem com que essas pessoas sejam vistas como perigosas e sofram com a desconfiança, estereótipos e preconceitos (p. 10).

Desse modo, percebe-se que o estigma é mais uma problemática enfrentada pelas pessoas com problemas no uso do álcool e outras drogas e, assim como foi percebido no relato da gestora do CAPS AD Vida com Dignidade, acaba também englobando os serviços que as atendem. Nesse caso, percebe-se que as PICS também auxiliam no processo de ruptura desses estigmas no CAPS AD Vida com Dignidade, na medida em que as pessoas passam a conhecer os atendimentos do serviço e os trabalhos de arte e horticultura desenvolvidos pelos usuários e usuárias e a reconhecer que por trás

dos diagnósticos há pessoas com múltiplas habilidades, as quais precisam do apoio dos serviços e da sociedade para conseguir enfrentar a situação pela qual estão passando.

Aliás, as Práticas Integrativas e Complementares também podem fomentar esse processo de descoberta de habilidades e envolvimento em novas atividades, uma vez que são abordagens que demandam um engajamento ativo dos sujeitos nas práticas. Esse aspecto pode ser percebido no relato da gestora do CAPS AD quando pontua que os usuários e as usuárias se sentem confortáveis para expor suas sugestões nas assembleias e realizar junto com os e as profissionais as mudanças que acreditam ser necessárias, assim como ocorreu na prática de horticultura. Ou ainda quando os usuários e usuárias do CAPS Colmeia reivindicam o retorno da Arteterapia, após a finalização do contrato com a profissional.

Desse modo, percebe-se que ao se envolverem em uma prática com significado, como pode ser com as PICS, os sujeitos também conseguem se deslocar da posição de apenas “pacientes” de um serviço e assumir uma postura mais ativa com relação ao seu tratamento e a instituição. Essa mudança possivelmente está muito relacionada a lógica de atendimento do CAPS, que deve preconizar a percepção dos usuários e das usuárias, mas também pode ser motivada pela implementação das PICS, visto que são estratégias que estimulam o desenvolvimento de maior autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos em relação a sua saúde e bem-estar (BRASIL, 2006).

Assim, percebe-se que as PICS são estratégias muito potentes para os CAPS, não só em relação aos possíveis benefícios à saúde de ordem fisiológica, mas ao bem-estar como um todo, compreendendo a possibilidade de os sujeitos se engajarem em novas atividades, desenvolver habilidades, autonomia, autoconhecimento e exercício da cidadania, tal como poderá ser percebido nos próximos capítulos.

## **4.2 Os usuários e as usuárias das PICS nos CAPS**

A partir desse capítulo será abordado os resultados provenientes das entrevistas com os usuários e as usuárias dos dois CAPS para adultos do município de Ijuí-RS, buscando compreender quais são suas percepções sobre as Práticas Integrativas e Complementares nesses serviços, relacionando seus relatos com a literatura existente sobre o tema e com as entrevistas das gestoras, a partir de seus pontos convergentes.

Os usuários e usuárias serão identificados (a) pelo nome de flores, sendo eles e elas: Violeta, Tulipa, Orquídea, Antúrio, Cravo e Bromélia.

Primeiramente, com relação ao perfil dos (as) entrevistados (as), três usuárias frequentam o CAPS II Colmeia e três frequentam o CAPS II AD Vida com Dignidade. Quatro usuárias se identificam com o gênero feminino e possuem idades de 64 anos (Violeta), 58 anos (Tulipa), 48 anos (Orquídea) e 54 anos (Bromélia). Dois se identificavam com o gênero masculino e suas idades são 66 anos (Antúrio) e 56 anos (Cravo).

Com relação à Prática Integrativa e Complementar que utiliza no CAPS, Violeta, Tulipa e Orquídea relataram que utilizavam a Arteterapia, sendo que a resposta de Orquídea se destacou entre as outras duas, pois relatou que participava da: *“Terapia Ocupacional que é a pintura em tela”* (Orquídea). Ela foi a única entrevistada a acrescentar a “Terapia Ocupacional” e, muito provavelmente, isso foi apenas uma associação espontânea, influenciada pela apresentação da pesquisadora como estudante de Terapia Ocupacional e também pela ligação telefônica feita anteriormente pela terapeuta ocupacional do serviço informando sobre a pesquisa. A possibilidade que ela reconheça essa prática como da Terapia Ocupacional parece ser bem pequena, visto que a oficina é coordenada apenas pela artista plástica, sem a participação da terapeuta ocupacional. Já os usuários Antúrio, Cravo e Bromélia relataram que fazem parte da Hortoterapia.

A respeito do tempo que utilizam as práticas, a maioria utiliza as PICS há cerca de 1 ano, sendo que o menor tempo foi de seis meses (Cravo) e o maior de 4 anos (Orquídea). Todos e todas apontaram que participavam apenas da Prática Integrativa e Complementar citada e não reconheciam a existência de outras PICS no serviço, apenas as práticas que são comumente ofertadas pelo CAPS, como as oficinas de artesanato e os grupos terapêuticos, por exemplo, que não são classificadas como Práticas Integrativas e Complementares, de acordo com a PNPIC.

Quando questionados (as) sobre o desejo de experimentar outras PICS no CAPS, além daquela que já faziam parte, todos e todas não conseguiram identificar outra prática que poderia ser oferecida, mas uma delas apontou a necessidade de ampliar a oferta da Arteterapia.

*“Olha... eu acho que teria que ter mais... a maioria das pessoas quer pintar, porque é uma coisa que tu acaba levando para casa, que tu aprende técnicas diferentes... a professora é maravilhosa. Eu acho que deveria ter mais espaço, mais tempo para ela ou ter mais um profissional ali, junto ali. Mas acho que mais tempo para ela mesmo, que todo mundo quer aprender com ela. E daí faltam... sempre tem uma fila de gente esperando, né?”* (Orquídea)

A questão da fila de espera também foi apontada por Tulipa em resposta a outra pergunta, na qual comentou que ficou cerca de 2 anos esperando por uma vaga na oficina de pintura, demonstrando que há um grande interesse dos usuários e usuárias pela prática e também uma dificuldade em atender todos e todas que desejam. Somando esse fato com as questões apontadas pela terapeuta ocupacional do CAPS Colmeia e a gestora do CAPS AD Vida com Dignidade, relacionada aos obstáculos na

aquisição de materiais, pode-se perceber que as dificuldades enfrentadas pelas PICS nesses serviços estão muito relacionadas a falta de recursos financeiros para manter e ampliar essas práticas.

Desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, e as mudanças na assistência à saúde mental, os CAPS foram um dos serviços extra-hospitalares que mais receberam investimentos, permitindo uma expansão significativa desse serviço em número de unidades (OLIVEIRA, 2017, p. 171). No entanto, desde 2016, a Política Nacional de Saúde Mental proposta em 2001 vem sofrendo uma crise, que coloca em risco muitos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente os serviços extra-hospitalares que estão sofrendo constantes corte de verbas em detrimento de mais investimentos nas Comunidades Terapêuticas e em Hospitais Psiquiátricos (CRUZ; GONÇALVEZ; DELGADO, 2020, p. 2)

De acordo com Oliveira (2017), mesmo que se tenha sido investido em serviços de base territorial, nos primeiros anos da década de 2000, sempre houve uma dificuldade em transgredir o “paradigma médico-hospitalocêntrico-medicamentoso” (p. 244) e a pauta da necessidade de mais investimentos em leitos psiquiátricos sempre esteve sendo colocada em discussão. Esse paradigma vem ganhando cada vez mais força desde 2016 e, constantemente, são aprovadas novas portarias que reorganizam o financiamento da saúde mental, geralmente dificultando a continuidade dos serviços de base territorial, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios de Rua, CAPS, por exemplo, e fortalecendo os serviços centrados na internação hospitalar e no tratamento medicamentoso (CRUZ; GONÇALVEZ; DELGADO, 2020, p. 2).

Ainda que os CAPS sejam considerados por essa nova política, o destaque para os serviços hospitalares e das Comunidades Terapêuticas certamente irá influenciar o financiamento dos primeiros, podendo haver mais dificuldade para oferecer um tratamento diverso, que compreenda uma equipe multidisciplinar e a inclusão de novas práticas de cuidado. Nesse contexto, é possível que as PICS estejam mais vulneráveis a essas mudanças e possam ser ainda menos implementadas ou ampliadas, visto que são um campo de conhecimento ainda muito subestimado pelo modelo biomédico, o qual tem prevalecido no nosso sistema de saúde. Se, atualmente, as práticas ainda não são efetivamente reconhecidas e pouco inseridas nos CAPS em geral, o que se apresenta é uma possível continuidade dessa realidade.

Além disso, no município de Ijuí-RS as PICS parecem ser práticas ainda pouco conhecidas pelo sistema público de saúde, não só pelos usuários e usuárias que não souberam informar alguma outra prática que poderia ser ofertada no CAPS, mas por toda a rede. Em uma pesquisa no sistema de informações sobre saúde do Ministério da Saúde, DATASUS, foi identificado o registro de apenas



quatro atendimentos com Práticas Integrativas e Complementares durante todo o ano de 2019, no município, e todos eles estão registrados como ocorridos na Atenção Primária à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Diante desses dados, pode-se inferir que as PICS não têm sido muito exploradas na assistência à saúde nesse município, e até mesmo que há uma subnotificação da ocorrência dessas práticas, visto que há a prática da Arteterapia sendo desenvolvida nos dois CAPS para adultos, mas não aparece registrada no DATASUS. Também é possível que essas práticas estejam sendo registradas na categoria de “oficinas terapêuticas”, uma vez que a Arteterapia e a Hortoterapia também se encaixam nessa modalidade. De todo modo, essas são apenas hipóteses que foram surgindo no decorrer da pesquisa e que podem ser melhor analisadas em novos estudos, visto que esse não conseguirá dar conta de compreender essas questões.

Contudo, a partir desse panorama já é possível compreender que a utilização das PICS no sistema público de saúde do município de Ijuí-RS ainda é muito incipiente e, provavelmente, os CAPS para adultos sejam os serviços que mais realizam atendimentos nessa perspectiva. No entanto, o que se percebe pelos relatos da gestora do CAPS AD e da terapeuta ocupacional do CAPS Colmeia é que as dificuldades enfrentadas por essas práticas comprometem a manutenção e ampliação dessas no serviço, refletindo na dificuldade em atender mais pessoas na Arteterapia no CAPS Colmeia ou a necessidade de recorrer ao pedido de doações no CAPS AD Vida com Dignidade.

#### **4.3 Motivos, percepções e os efeitos das PICS para a saúde e bem-estar**

A respeito dos motivos que levaram os usuários e as usuárias a experimentarem as PICS nos CAPS, duas entrevistadas que utilizam a Arteterapia responderam que foi por indicação médica e a terceira indicou vontade própria. Na Hortoterapia, todas as respostas indicaram vontade própria, pois os usuários e a usuária já haviam praticado a horticultura quando residiam em área rural ou ainda praticam em suas residências na área urbana.

*“Bem no começo foi os próprio médico... [...]Mas eu sempre queria fazer assim... achava bonito às pintura, coisa. E daí consegui!” (Tulipa)*

*“Na verdade, eu via aqueles quadros bonitos, enquanto eu participava da outra oficina né... no comecinho lá, e sempre incomodava as gurias que eu queria fazer, que eu queria fazer...” (Orquídea)*

*“Não, não, é que eu gosto. Eu vim da colônia e sempre lidei em horta, gosto muito de lidar com terra e é uma fisioterapia para mim também né? [inaudível] tira o foco do álcool. E lidar com a terra é bom até para a depressão.” (Bromélia)*

*“Ah eu me criei na lavoura e sempre adorei horta, aprendi muito com a finada minha mãe. E eu tenho muita sorte para plantar né? Eu planto, pega (risos). Então, para mim é um prazer.” (Antúrio)*

Por esses relatos percebe-se que a implementação das PICS nos CAPS foi uma oportunidade para que os usuários e usuárias pudessem vivenciar novas (ou antigas) experiências e (re)descobrir a possibilidade de se engajar em outras atividades, visto que, muitas vezes, o sofrimento psíquico acaba afastando ou limitando os sujeitos de seus fazeres.

Com relação aos efeitos terapêuticos percebidos pelos usuários e usuárias ao utilizar as Práticas Integrativas e Complementares, todos e todas apontaram apenas efeitos positivos, principalmente com relação a elevação do humor, redução do estresse, desenvolvimento de maior paciência e dissipação dos pensamentos e emoções consideradas negativas.

*“Ai eu fico calma, eu entro, chego lá tensa, deprimida. Às vezes, me dá uma tristeza, uma angústia... dá vontade de chorar, sabe? Sei lá, eu chego lá, eu sento, eu converso com ela tudo, com a profe [artista plástica]... daí vou pintar e passa tudo sabe? Parece que eu tô em outro mundo. Eu esqueço, nem vejo passar que é uma hora... eu esqueço tudo... eu me... parece que eu to vivendo... eu não sei explicar... parece que eu to vivendo outra pessoa, parece que não é eu. Ali eu não tenho nada, esqueço tudo, ali na hora. Eu fico focada naquilo ali, me sinto bem. Me dá paz, tranquilidade” (Violeta)*

*“Por que tem dias que dá muito desespero que eu não consigo me controlar. E daí chego assim, às vezes lá bem... daí a professora me ajuda. Nas pintura a gente esquece isso. Esquece tudo. É muito bom!” (Tulipa)*

*“Autocontrole... paciência... calma. Eu era sempre muito estressada, muito gritona, muito... muito: “Meu Deus do céu o mundo vai desabar, eu tenho que correr, eu tenho que fazer”. Daí eu andava, caía na rua, porque eu não tava bem... e aí desde que tô fazendo eu penso se eu posso fazer tal coisa, se eu posso ir até tal lugar a pé, por exemplo. [...]” (Orquídea)*

*“Ah eu adoro né? Gosto da enxada, do rastel... Me sinto bem, daí tenho prazer quando eu venho aqui... tá vendo o que a gente plantou, com carinho, aí eu gosto” (Antúrio)*

*“Me sinto bem. Bah, mas bem mesmo” (Cravo)*

*“Ai tudo, tudo, tudo. É o psicológico, é emocional, tudo, tudo. Tudo fica diferente..” (Bromélia)*

Todos e todas também responderam que reconhecem que a prática contribui para o seu bem-estar e algumas entrevistadas destacaram que o vínculo com a artista plástica também é um fator que contribui para tornar a prática da Arteterapia ainda mais positiva, pois a profissional sempre demonstra preocupação com o bem-estar dos usuários e usuárias e busca oferecer um atendimento acolhedor.

*“Minha professora faz, as vezes... muitas vezes, melhor que um médico para mim. É tudo... e ela... assim ó, não é aquilo que é só enquanto tá ali. Não...é em casa. Ela manda mensagem para saber como é que eu tô, como se... eu to doente? Ela sempre mandar saber como é que*

*eu to. Me ajuda... me diz como é que eu tenho que fazer, como é que eu tenho que criar coragem, coisa... Ela é assim. E daí a gente se sente muito mais melhor, indo. Assim... sabendo que lá ela ajuda, ela ensina, ela deixa a gente escolher os desenhos pra fazer as pintura... ela ensina, é muito bom. É a única parte do CAPS eu que me sinto bem... na pintura” (Tulipa)*

Ao responder outra pergunta, U1 também destaca a relação afetiva que desenvolveu com a artista plástica e o quanto isso é significativo para ela.

*“[...] quando a gente tá com um problema a professora escuta... ela é muito boa, sabe? Ela escuta nós, daí depois a gente vai pintar ela ajuda, então daí ela... a gente se acostumou com os coleguinhas e tudo com ela né? Eu gosto quando é hora da pintura, daí eu fico que fico...faceira.” (Violeta)*

Diante desses relatos, fica evidente o quanto as PICS desenvolvidas nesses serviços promovem efeitos positivos no bem-estar de usuários e usuárias e mostram-se muito benéficas para o cuidado em saúde mental, visto que em todos os relatos os usuários e usuárias apontam que prática possui um efeito terapêutico muito potente, que possibilita a amenização do sofrimento psíquico. Esse aspecto fica bastante perceptível quando os usuários e usuárias apontam que chegam ao serviço com um grande sofrimento, sentindo-se angustiados (as), desesperados(as) e tristes, por exemplo, e que no envolvimento com a atividade conseguem transgredir todas as sensações e pensamentos que estavam vivenciando. Violeta e Bromélia tratam sobre esse aspecto nos seus relatos sobre Arteterapia e Hortoterapia, respectivamente:

*“[...]Parece que eu tô em outro mundo. Eu esqueço, nem vejo passar que é uma hora... eu esqueço tudo... eu me... parece que eu to vivendo... eu não sei explicar... parece que eu to vivendo outra pessoa, parece que não é eu. Ali eu não tenho nada, esqueço tudo, ali na hora. Eu fico focada naquilo ali, me sinto bem. Me dá paz, tranquilidade.” (Violeta)*

*“[...]Eu saio daqui... chego aqui pareço um monstro, saio daqui parece que... uma criança correndo na rua.” (Bromélia)*

Além disso, para os usuários da Hortoterapia pode-se perceber que o envolvimento na horticultura possui uma dupla importância, pois além dos benefícios terapêuticos ofertados pela prática, ela possibilita a recuperação de uma atividade significativa, sob um formato e um novo contexto, e o resgate de ensinamentos que haviam aprendidos com suas famílias. Para as usuárias da Arteterapia percebe-se que a arte forneceu um meio de expressão muito potente, no qual puderam elaborar questões pessoais, exprimir suas sensações e angústias e desenvolver habilidades emocionais.

*“Teve um dia que cheguei desesperada lá, não sei porque. Só queria me enfiar debaixo de um caminhão. E daí eu queria fazer uma pintura preta, triste. E a professora não deixou. Mas daí assim.. não ficou brava, nada. Ela foi tirando da minha cabeça. Eu queria fazer aquela bem triste, para me lembrar. Só que daí ela não deixou e ela fez eu pensar que aquilo*

*ali não ia ficar bem para mim. Que não podia ficar lembrando do dia triste que eu tive. E daí eu fiz outra coisa. Outra pintura. Daí é uma madeira com uma folha e duas araras, bem colorida. Até eu tenho que terminar hoje.. se eu fosse eu conseguia terminar, mas eu não tenho como sair. Mas daí ela não disse que não. Ela só foi tirando da minha cabeça aquilo. Que não podia marcar aquele dia para me lembrar sempre... aquilo tinha que esquecer. E eu consegui. Mas eu não queria... quando eu cheguei não queria falar com ninguém, não queria ver ninguém. Eu só queria fazer uma coisa triste pra.... Mas ela me ajudou muito.” (Tulipa)*

*“Eu... vou te contar. Eu já cheguei... eu cheguei eu tava assim sempre deprimida... me lembrava muito da minha infância, das coisas ruim que me aconteceram, me fizeram... tudo que me judiaram, me abusaram.. fizeram tudo em mim. E eu ali eu comecei a conversar e daí conversar com a profe e assim sabe, na pintura eu comecei... Então aquilo ali me marcou, eu esqueci sabe? Eu até nem lembro. Eu comecei a esquecer, sabe?” (Violeta)*

Em ambos os casos, o que também se percebe é que a atividade possui repercussões para além do momento da prática e possibilita o desenvolvimento de habilidades, como a paciência e o autoconhecimento, por exemplo, que contribuem para o manejo de outras situações de vida e para a promoção da saúde mental. Esse aspecto fica perceptível no relato de U3 quando aponta que adquiriu mais autocontrole, calma e paciência após a prática da Arteterapia e no relato U4, quando fala sobre a Horterapia: “[...] *Muito bacana, muito bom vir aqui. Cada vez que eu vou para casa eu levo uma mensagem.*” (Antúrio)

De acordo com Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013) “várias correntes têm apontado como objetivo das práticas de saúde mental, não somente a remissão de sintomas, mas, principalmente, ampliar a capacidade de cada um lidar consigo mesmo e com os outros” (p. 2802). As PICS podem ser aliadas nesse objetivo, pois são abordagens preocupadas não apenas com o processo saúde-doença, mas também com a integração do sujeito com seu ambiente e sociedade e a promoção do cuidado integral do ser humano, principalmente o autocuidado (BRASIL, 2006, p. 10).

Além disso, de acordo com a PNPIC, as PICS também contribuem para a ampliação da coresponsabilidade do sujeito pela sua saúde e o exercício de sua cidadania (BRASIL, 2006, p. 5), assim como pode ser visto na entrevista com Orquídea, quando disse: “[...] *Mas eu sempre procuro aprender para que se um dia eu sair do CAPS eu possa levar isso para mim, como terapia né?*”. Desse modo, percebe-se que as PICS são abordagens que não precisam ficar restritas ao CAPS, na medida em que possibilitam aos usuários e usuárias a aquisição de instruções e ferramentas para que possam continuar a desenvolver a prática em suas residências, ou em outros locais, e também estimulam a desenvolver seus próprios mecanismos de autocuidado e promoção de bem-estar.

Ademais, outro aspecto percebido pelos relatos dos usuários e usuárias foi a contribuição das Práticas Integrativas e Complementares para uma mudança na relação que possuem com sua condição de saúde e também consigo mesmo.

*“[...]a gente vê que a gente também pode fazer que nem os outros, né? Por que quando a gente toma esses remédios e vai no CAPS, muitas pessoas discriminam a gente, chama a gente de surtada... de louca. Mas não é.. lá não! Lá a gente eles tratam bem a gente...”* (Violeta)

*“Eu acho que é uma das melhor parte [Arteterapia], porque, se não tivesse isso eu... eu acho que para mim seria como no começo do meu tratamento, que já faz muito anos, que eu já saía de casa chorando, porque eu não queria ir. Medo de tudo, assim. Medo de tudo, até da minha sombra. E daí eu não queria ir. Se não fosse esse tipo de coisa eu acho que ia ir sim, mas muito obrigada a ir.. iam pegar e me levar. E assim não, chega o dia...”* (Tulipa)

*“Eu adquiri uma paciência que eu nunca tive, um autocontrole que eu resolvo os problemas, mas tudo com calma, tudo no meu tempo. Eu digo: “deixa eu fazer no meu tempo”. Ou também quando eu não tô legal, não mexam comigo que eu não faço nada.”* (Orquídea)

Nesse sentido, nota-se que as PICS puderam proporcionar maior autonomia e autoconhecimento as usuárias no reconhecimento de seus sentimentos, do seu modo de ser, seus limites e suas potencialidades. Essas conquistas permitem também que os sujeitos possam transgredir seus diagnósticos e os estigmas atribuídos a ele, reconhecendo-se como sujeitos de direitos, assumindo suas vontades e também se responsabilizando por sua saúde.

Além dessa nova percepção sobre si mesmo, há também uma mudança na percepção de outras pessoas sobre o usuário /ou usuária. Assim como foi discutido em outro capítulo, os estigmas sobre a pessoa que tem problemas com o uso do álcool e outras drogas produzem uma visão equivocada e preconceituosa sobre essas pessoas, e as atividades desenvolvidas no CAPS, em especial as PICS, podem contribuir para reverter essa percepção, assim como aponta a gestora do CAPS AD Vida com Dignidade: *“[...] as pessoas conseguem ter um olhar diferente para eles através da tela. Eles assinam o nome deles [nas telas] e eles conseguem ser enxergados na sociedade, né? Com olhar diferente.”* (Gestora CAPS AD). Como também relata a artista plástica, as telas não ficam restritas ao serviço, elas ocupam outros espaços da cidade e das residências dos usuários e usuárias, produzindo também novos lugares para esses sujeitos que são, muitas vezes, ignorados e marginalizados pela sociedade.

Desse modo, percebe-se que as PICS implementadas nos serviços vão ao encontro da proposta de atendimento dos CAPS, na medida em que auxiliam na “criação de um novo lugar social” para os sujeitos, na “promoção de vida” e no “exercício da cidadania” (BRASIL, 2015, p. 10). Nesse sentido, as PICS mostraram-se práticas muito potentes, que permitiram transformar a relação dos usuários e usuárias consigo mesmo(a) e com seu sofrimento.

Por fim, também pode-se perceber que as PICS auxiliaram no fortalecimento das relações sociais e na sensação de pertencimento entre os participantes.

*“Daí eu vi outro problema, o problema dos outros também né? As histórias dos outros tudo e eu digo não, não é só eu. Os outro também tem trauma, também assim... que aconteceram com eles, não é só comigo. Daí me aliviou, porque eu me sentia suja, me sentia mal. Era só*

*eu que tinha acontecido comigo certas coisas. E ali não... então foi uma coisa que me marcou muito. Eu me sinto... como é que vou te dizer... eu me sinto valorizada quando eu to lá, me sinto feliz, sabe?” (Violeta)*

*“E ninguém que fosse lá, que conversa, porque as gurias conversam tudo ali na sala, ninguém acho ruim.. [...]Tudo conversam, tudo se ajudam.” (Tulipa)*

*“[...] também em casa eu lido na horta né? Mas eu gosto de estar aqui, eu sempre gosto de participar” (Bromélia)*

Novamente, pode-se reconhecer que as PICS também estão de acordo com os objetivos de atendimento dos CAPS, na medida em que auxiliam na promoção da sociabilidade, no exercício da construção compartilhada e na vivência de pertencimento, a partir das trocas de afetos e experiências (BRASIL, 2015, p. 11).

Portanto, percebe-se que as PICS são abordagens muito bem avaliadas pelos usuários e usuárias dos CAPS Colmeia e CAPS AD Vida com Dignidade, cujos efeitos são reconhecidos como aliados na promoção de saúde mental e bem-estar.

#### **4.4 As potencialidades das PICS para o CAPS**

Com relação ao uso das PICS dentro dos CAPS, foi questionado aos usuários e as usuárias se acreditavam que essas práticas faziam parte do tratamento ofertado por esse serviço e todos e todas responderam positivamente. Eles e elas também reconhecem que a prática contribui para melhorar o seu tratamento no serviço, com destaque para a resposta de Tulipa:

*“Ah sim, é uma das melhor coisa que tem. Depois é a minha psicóloga. Mas ali, esse tipo de coisa é uma das melhor coisa que ele fizeram. Todo mundo, as gurias gostam e acham bem. Se sentem bem lá dentro. Nenhuma que fica lá, que chega mal, sai mal. Elas chegam mal, saem bem.” (Tulipa)*

Algumas respostas foram mais abrangentes e contemplaram todo o atendimento no CAPS, não apenas com relação as PICS.

*“É ótimo. É 100%. Todos que atendem aqui tratam a gente que é uma maravilha. [inaudível] mas é só gente especializada.. muito bom, muito bom.” (Antúrio)*

*“A profe [artista plástica] é boa. As moça ali... tudo elas assim são legal, sabe? A gente... bah! Melhor que tá em casa. A gente é mais bem tratado que é em casa. Parece que tá no outro mundo” (Violeta)*

*“Eu gosto de... eu gosto mais de vim aqui do que tá só em casa”. (Cravo)*

Diante disso, percebe-se que o CAPS possui muita relevância na composição do cotidiano e na produção de saúde e bem-estar dos usuários e usuárias, sendo que alguns deles e delas apontam

que preferem estar nesse espaço do que em suas casas. Isso demonstra que o serviço tem conseguido ofertar um atendimento qualificado e acolhedor, no qual as Práticas Integrativas e Complementares se destacam em meio as estratégias ofertadas.

No entanto, também é válido reconhecer que a inserção das PICS nesses serviços ainda é pouco diversa, se restringindo as práticas de Arteterapia e Hortoterapia, as quais muitas vezes são reconhecidas mais como oficinas ou grupo terapêutico do que Práticas Integrativas e Complementares em saúde. Embora esse reconhecimento não descaracterize sua importância, compreende-se que o fortalecimento das PICS no SUS também perpassa por nomear essas práticas como realmente são: não apenas atividades do CAPS, mas recursos terapêuticos e sistemas médicos complexos que visam a recuperação e promoção da saúde e bem-estar, que podem ser inseridos em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

Desse modo, considerando que as PICS englobam um conjunto de diversas abordagens, e que há, desde 2018, 29 práticas regulamentadas pela PNPIC, é pertinente refletir sobre a possibilidade de inserção de novas práticas no serviço, a fim de oportunizar outras formas de cuidado em saúde e diversificar a oferta de atendimentos no CAPS, ainda que se reconheça as dificuldades para manter as práticas que já são ofertadas.

Na revisão de literatura de Ruela et al. (2019), encontrou-se que a maior parte das PICS do SUS estão concentradas na Atenção Primária à Saúde, devido a maior capacidade desse nível em desenvolver ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde e ao fato de que as PICS não utilizam recursos tecnológicos sofisticados, apresentam menor risco de efeitos colaterais que os tratamentos tradicionais e possuem um custo financeiro mais baixo (p. 4247). No entanto, pode-se entender que justamente por esses motivos as PICS poderiam ser mais incentivadas e inseridas nos serviços da atenção secundária e terciária, com especial destaque para o Centros de Atenção Psicossocial, que já desenvolvem algumas atividades com tecnologias leves e mais acessíveis financeiramente, como as oficinas terapêuticas.

Além disso, os (as) autores também ressaltam que a dificuldade para a inserção das PICS em todos os níveis de atenção à saúde pode estar relacionada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o uso dessas práticas, visto que alguns artigos encontrados na revisão apontam o pouco entendimento dos profissionais sobre a importância dessas abordagens e falta de habilidade adequada para a aplicação das mesmas. Outras dificuldades encontradas nos artigos foram a falta de apoio dos gestores locais na inserção das práticas e a necessidade de alguns profissionais em verificar comprovações científicas sobre o uso das mesmas (RUELA et. al, 2019, p. 4247). Ainda que se possa

fazer ressalvas com relação a necessidade de comprovação científica sobre a eficácia das PICS, visto que esse é um desejo do modelo biomédico e essas práticas não compartilham da mesma racionalidade e metodologia desse modelo (NASCIMENTO et al, 2013, p. 3596), logo, não poderiam ser investigadas sob os mesmos parâmetros, percebe-se que as pesquisas científicas no modelo cartesiano possuem grande relevância na sensibilização dos (as) profissionais e gestores de saúde.

Por outro lado, ao privilegiar apenas o que diz a ciência cartesiana, pode-se estar perdendo a oportunidade de valorizar o conhecimento empírico dos usuários e usuárias, que desenvolvem seus próprios métodos de cuidado e muito frequentemente utilizam as Práticas Integrativas e Complementares, sem nem mesmo saber que as praticam, como por exemplo, através do uso de chás.

Esse fato pode ser percebido nas entrevistas quando um usuário que participa da Hortoterapia mencionou que na horta há muitas mudas de chá, mas quando perguntado sobre o uso de outras práticas de cuidado à saúde, nem ele, nem os demais participantes da horticultura fizeram referência ao uso das plantas medicinais. A falta dessa menção pode realmente estar relacionada ao não uso, mas essa alternativa parece menos provável, uma vez que os(as) entrevistados sempre estiveram muito envolvidos com a horticultura e, ainda, vivem em um país onde o uso de plantas medicinais é uma característica marcante no cuidado a saúde, devido nossa herança cultural indígena, africana e europeia (REZENDE; COCCO, 2002, p. 283)

Nesse caso, fica bastante sugestivo a possibilidade de, a partir da Horticultura, o CAPS AD Vida com Dignidade inserisse também a prática da Fitoterapia e o uso das Plantas Medicinais, as quais se referem a “uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2006, p. 19-18). O uso de Plantas Medicinais e a Fitoterapia foram uma das primeiras práticas regulamentadas pela PNPIC, pois compreende-se que o uso de plantas medicinais é uma prática muito antiga e difundida em diferentes sociedades, sendo que o Brasil ocupa uma posição de destaque devido sua grande biodiversidade vegetal (BRASIL, 2006, p. 19-18).

Nesse sentido, em 2006, o Ministério da Saúde criou a Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, pelo Decreto nº 5813, na qual consta que um de seus objetivos é

“[...] ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais” (BRASIL, 2006b).

Em suas diretrizes a Política discute sobre a necessidade de se efetuar o reconhecimento das práticas populares e a regulamentação do cultivo e uso de plantas medicinais, o incentivo de boas práticas de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos, a promoção da capacitação



profissional, fomento à pesquisa e parcerias com instituições de ensino e outros setores, estímulo à inclusão da agricultura familiar no arranjo produtivo das plantas medicinais, entre outras propostas (BRASIL, 2006b). Além disso, a Política também incentiva que o suprimento das plantas medicinais possa ser feita a partir de hortas e hortos comunitários, assim como vem sendo desenvolvida no CAPS II AD Vida com Dignidade.

Diante disso, compreende-se que a implementação dessa prática, em especial no CAPS AD Vida com Dignidade, poderia ser uma oportunidade de ampliar a oferta de cuidado e também de sistematizar o conhecimento em torno das plantas medicinais que já são cultivadas na horta. Conforme recomenda a Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006b) para a implementação dessa prática poder-se-ia aproveitar a experiência dos(as) próprios (as) usuários (as) e da equipe de profissionais sobre o uso dessas plantas, mas também buscar suporte técnico junto às instituições de ensino do município ou aquelas ligadas ao setor da agricultura, além do apoio das Secretarias de Saúde, Meio Ambiente e Agricultura, visto que há um respaldo legislativo federal e estadual, cujas diretrizes se comprometem a apoiar e incentivar a implementação dessa e outras Práticas Integrativas e Complementares. (BRASIL, 2006b; RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Além disso, a ampliação do conhecimento sobre o uso de plantas medicinais e Fitoterápicos nos serviços de saúde é importante para orientar os usuários e usuárias sobre a utilização segura dessas estratégias, compreendendo seus efeitos adversos, a possibilidade de interação medicamentosa ou intoxicação e evitando o uso indiscriminado dessa terapia.

Apesar desse enfoque na Fitoterapia, há uma gama de PICS que poderiam ser implementadas nos CAPS para adultos no município de Ijuí-RS, pois como já dito são 29 práticas regulamentadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, algumas delas têm sido mais frequentemente relacionadas com o cuidado em saúde mental, como a Arteterapia, Terapia Comunitária Integrativa, Musicoterapia, Dança (SAMPAIO, OLIVEIRA, BEDANI, 2018, p. 15), Medicina Tradicional Chinesa, Massoterapia, Meditação, Yoga, Reiki, Terapia Floral, por exemplo (BATISTA et al, 2018).

Em uma revisão de literatura, que envolveu 6 revisões sistemáticas e 5 com metanálises, Melo et al (2020) analisaram os efeitos da Acupuntura, Acupressão e Auriculoterapia no controle do tabagismo em pessoas adultas e idosas, de forma isolada ou combinada entre si. Para a cessação do tabagismo, tanto a curto ou longo prazo, a Acupuntura apresentou efeitos positivos, sendo muitas vezes igual ou superior a outras intervenções, como o medicamento placebo, ou a nenhum tratamento. Sobre esse mesmo tema, a revisão de Araújo et al (2020), que envolveu 9 revisões sistemáticas,

constatou que a prática de Meditação ou *Mindfulness* também apresentou bons resultados na cessação do tabagismo, no controle da abstinência ao fumo e sobre o humor de ex-tabagistas, em relação a outras terapias.

Araújo et al (2019) também analisaram os efeitos da Meditação e *Mindfulness* para o tratamento de ansiedade ou depressão em pessoas adultas ou idosas em uma revisão de literatura que envolveu 19 revisões sistemáticas, as quais em sua maioria apontaram uma melhora significativa em pacientes diagnosticados com depressão, após a prática do *Mindfulness*. Os autores também identificaram que a Terapia Cognitivo Comportamental baseada no *Mindfulness* apresentou efeitos positivos no manejo da ansiedade e depressão decorrentes de outras condições de saúde.

Da mesma forma, a prática de Yoga também tem demonstrado efeitos benéficos para a saúde mental, sendo que na revisão de literatura elaborada por Júnior et al (2019), a prática proporcionou efeitos positivos para pacientes diagnosticados com depressão, inclusive a curto prazo, na maior parte dos estudos analisados. Além disso, o Mapa de Evidências Efetividade Clínica da Prática do Yoga (2020), que foi recentemente elaborado para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e que envolveu a análise de 149 estudos de diferentes países, mostrou que 22 estudos demonstraram resultados positivos ou potencialmente positivos para Depressão e outros 22 estudos para Transtorno de Ansiedade. Além disso, 34 estudos mostraram efeitos positivos ou potencialmente positivos da prática de Yoga para qualidade de vida, 11 estudos para o estresse e 11 para qualidade do sono. O Mapa também abordou estudos que demonstraram benefícios do Yoga na promoção do bem-estar, na saúde mental de forma geral e em outros indicadores metabólicos e fisiológicos, como frequência cardíaca e pressão arterial, por exemplo. (SANTAELLA; AFONSO; SIEGEL, 2020)

No estudo de Dariva e Mendes (2019), que analisou os efeitos da prática de Yoga em um CAPS do litoral norte do Rio Grande do Sul, identificou-se que a prática possibilitou melhora na qualidade de vida e no bem-estar, tanto em aspectos físicos quanto psicológicos. Os e as entrevistadas relataram melhora em dores musculares e na coluna, aumento da flexibilidade, controle da respiração e sensação de bem-estar físico geral. Com relação aos efeitos psicológicos percebeu-se efeitos positivos na regulação emocional, aumento da autoestima e melhora nas relações interpessoais.

Além dessas, outra prática regulamentada pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 e que há estudos demonstrando seus efeitos na assistência à saúde mental é a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). De acordo com o Ministério da Saúde, TCI refere-se a uma prática realizada em grupos em formato de roda, cujo objetivo é a criação de uma rede social solidária e um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, através de compartilhamentos e trocas de experiências entre as

pessoas (BRASIL, 2017). A TCI tem sido mais aplicada em locais comunitários, sendo poucas as pesquisas que mostram sua inserção no CAPS (LEMES et al 2020). Desses, o estudo de Oliveira e Ponte (2019) conseguiu abordar os efeitos da TCI e também da Dança Circular em dois CAPS da região metropolitana de Belém-PA e, de acordo com as autoras, essas PICS propiciaram o exercício da criatividade, espaço de escuta e acolhimento, ampliação de trocas afetivas e maior participação dos familiares do tratamento dos usuários e usuárias.

Além desses exemplos, outra prática lembrada pela terapeuta ocupacional do CAPS Colmeia foi a Musicoterapia. Na entrevista com essa profissional, ela pontua que desenvolve um grupo de música no CAPS e que sabe que uso da música como recurso terapêutico também pode ser reconhecido como uma Prática Integrativa e Complementar. De acordo com ela, os grupos acontecem de forma mais livre e espontânea, sem a presença de outros (as) profissionais músicos (as).

*“Eu como coordenadora do grupo e o próprio paciente que cantava e tocava violão, e os outros iam na onda da música mesmo, assim. Mas sempre foi bem bacana, são grupos bem interessantes, assim, que a gente tem feito. A gente tem tentado inovar algumas coisas, mas como eu só tenho 30 horas e sou só eu também. A gente não consegue ter perna para tudo, então, a gente faz o que dá na carga horária da gente e o resto a gente vai levando, na verdade. Vai fazendo.” (Terapeuta Ocupacional)*

Desse modo, percebe-se que esse grupo de música é uma atividade mais lúdica, que busca ofertar outras formas atendimento aos usuários e usuárias. No entanto, a Musicoterapia, que é uma Prática Integrativa e Complementar para o SUS, reconhecida pelo Ministério da Saúde, 2017, pela Portaria nº 849, é uma prática mais sistematizada e refere-se a:

*“[...]utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas” (BRASIL, 2017).*

Apesar da Portaria não abordar esse aspecto, a prática da Musicoterapia prevê que sua realização seja feita por um profissional especializado, que irá conduzir a prática de acordo com os objetivos que desejam ser alcançados, os quais são reconhecidos mediante a realização de avaliações e elaboração de um plano de cuidado (UNIÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA, 2018). Desse modo, o grupo de música que a terapeuta ocupacional coordena no CAPS II Colmeia não poderia ser reconhecido como uma prática de Musicoterapia, por ela não possuir uma especialização na área, mas certamente pode ser considerada uma prática muito benéfica para o cuidado em saúde mental, sendo que a própria profissional percebe esse efeito nos usuários e usuárias.

Por outro lado, esse grupo de música pode ser um impulso para a inserção da Musicoterapia no serviço, visto que já se sabe do interesse dos participantes do grupo pela música e que também há uma preocupação da equipe em ofertar atendimentos inovadores no serviço, de acordo com o relato da terapeuta ocupacional.

Em um estudo realizado por Cardoso e Cunha (2011), a partir da análise de dois grupos de musicoterapia de um CAPS AD do estado do Paraná, foi possível identificar que para um grupo a prática proporcionava a diminuição da ansiedade e o deslocamento do pensamento do uso da droga, na medida em que sua atenção ficava focada na música. Além disso, o grupo se mostrou um espaço favorável para a discussão de outros assuntos relacionados as vivências de cada participante, articulando-os com o conhecimento musical. No segundo grupo, composto por pessoas que possuíam vínculo mais estreito com a música, a prática incentivou a expressão a musicalidade de tal maneira que culminou na formação de um grupo musical. Isso possibilitou que os participantes pudessem ressignificar a percepção que tinham sobre si mesmo, na medida em que aprendiam e tocavam todos juntos e podiam transgredir o sentimento de exclusão, incapacidade e improdutividade (p. 87).

Em outro estudo elaborado por Dias et al (2018), em um CAPS II do município de Porto Seguro-BA, os principais benefícios encontrados nos grupos de musicoterapia estão relacionados a possibilidade de ampliação das relações sociais através da música. Os autores afirmam que muitos usuários passaram a conversar entre si, muitas vezes pela primeira vez, a partir da música e dos instrumentos musicais, que se tornaram uma ferramenta de interação social para o grupo (p.66). Além disso, ficou bastante marcante nesse estudo a potência da música no combate ao estigma e ao preconceito em relação a pessoa em sofrimento psíquico. Os autores apontam que essa modalidade expressiva contribuiu para que os usuários conseguissem lidar com essas questões, a partir da composição de músicas sobre esse tema, sobre o uso dos medicamentos, a relação com a família e o CAPS, entre outros (p. 67).

A partir desses exemplos, é possível perceber que a musicoterapia pode ser uma ferramenta potente para o cuidado em saúde mental, apesar das pesquisas que tratam especificamente sobre a inserção da prática nos CAPS ainda sejam escassas. Na Biblioteca Virtual em Saúde de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS MTCI) encontra-se muitos estudos tratando sobre a prática em outras condições de saúde, inclusive em contexto hospitalar, e em sua maioria apontam que a música auxilia na redução do estresse e ansiedade e na promoção de relaxamento, principalmente (DIAS, 2008). Considerando que esses efeitos também estão entre os objetivos do

cuidado em saúde mental, pode se compreender que a Musicoterapia pode ser uma prática aliada para a ampliação do cuidado nos CAPS.

Desse modo, percebe-se que há uma diversidade de práticas disponíveis, que apesar de ainda pouco exploradas pelos serviços públicos de saúde, têm demonstrados efeitos positivos em muitos estudos e poderiam ofertar seus benefícios para o cuidado em saúde mental. Para os CAPS estudados nessa pesquisa, a implementação de novas PICS, como as exemplificadas acima, poderiam ser uma possibilidade para diversificar as práticas nesse segmento, indo além das abordagens mais ligadas as oficinas e grupos terapêuticos, que já são mais tradicionais dos CAPS, e oportunizando acesso aos usuários e usuárias de outras formas de cuidado em saúde.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As Práticas Integrativas e Complementares são um conjunto de abordagens terapêuticas que buscam estimular mecanismos naturais de promoção de saúde e prevenção de doenças, através de práticas e técnicas seguras e eficazes. As PICS compartilham uma concepção ampliada de saúde e bem-estar, compreendendo o processo de adoecimento a partir de uma perspectiva singular de cada sujeito e também das relações estabelecidas com ambiente e a comunidade (BRASIL, 2006, p. 10). Desse modo, as PICS buscam desenvolver o cuidado global do ser humano, entendendo que o bem-estar não se restringe ao equilíbrio fisiológico do organismo, mas também aos aspectos emocionais, relacionais, culturais, ambientais, entre outros.

As PICS têm diversas origens culturais e para a Organização Mundial da Saúde (OMS) essas abordagens também podem ser chamadas de Medicina Tradicional, quando são desenvolvidas em suas regiões de origem, e de Medicina Complementar/Alternativa, para as regiões em que elas não são principal modelo de atenção à saúde, mas atuam como agente complementar do cuidado. No Brasil, elas são consideradas como Práticas Integrativas e Complementares e foram regulamentadas para SUS, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. A Política foi elaborada a partir de diversas recomendações da OMS, entidades e organizações de saúde brasileiros e Conferências Nacionais de Saúde, e também com o intuito de conhecer e apoiar as práticas que já vinham sendo desenvolvidas nos serviços do SUS, como a Fitoterapia e Medicina Tradicional Chinesa, por exemplo, e incorporá-las efetivamente no sistema (BRASIL, 2006, p. 4)

Dessa forma, junto com a aprovação da Política, em 2006, foram regulamentadas cinco práticas: Plantas Medicinais e Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia, Crenoterapia e Medicina Antroposófica. Em 2017 e 2018, foram aprovadas as Portarias GM/MS nº 849 e nº 1.988, respectivamente, que regulamentaram mais 24 práticas para a PNPIC, sendo elas: Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Circular, Geoterapia, Hipnoterapia, imposição de mãos, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reike, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais e Yoga (BRASIL, 2018).

No município de Ijuí-RS, as PICS ainda não foram regulamentadas pelo poder legislativo municipal, mas há registro de sua ocorrência na base de dados do Ministério da Saúde, DATASUS, na Atenção Primária à Saúde. Com relação aos Centros de Atenção Psicossocial para adultos desse município, não aparecem registros dessas práticas no DATASUS, mas ao consultar esses estabelecimentos foi constatado que as PICS estão presentes nos atendimentos, através da Arteterapia e Hortoterapia. Essa última ainda não é uma prática regulamentada pelo Ministério da Saúde, mas é reconhecida como tal pela literatura, uma vez que compartilha dos mesmos princípios das PICS já regulamentadas (SOUZA, 2017,p. 4).

A partir dessa pesquisa, foi possível compreender que as PICS desenvolvidas nos CAPS para adultos de Ijuí-RS proporcionam efeitos positivos para a saúde e bem-estar dos usuários e usuárias, sendo esse também um aspecto reconhecido pela equipe de profissionais e gestoras dessas instituições. Entretanto, a manutenção dessas práticas enfrenta dificuldades, principalmente com relação a aquisição de materiais e de profissionais especializados para o desenvolvimento das mesmas.

Com relação aos usuários e as usuárias, todos e todas demonstraram que as PICS, nas quais se envolvem, são práticas muito benéficas para os seus bem-estar, principalmente em relação a redução do sofrimento psíquico e o desenvolvimento de habilidades emocionais. Eles e elas relatam que esse envolvimento proporciona tanto efeitos mais breves, como o alívio do sofrimento que estão sentindo quando chegam ao serviço, e também efeitos prolongados, na medida em que auxiliam no desenvolvimento de maior autoconhecimento, paciência, expressão dos sentimentos e equilíbrio emocional, por exemplo.

Além disso, foi possível perceber que a inserção das PICS no serviço possibilitou o engajamento dos usuários e usuárias em novas atividades, o acesso a outras experiências, o desenvolvimento de habilidades e o resgata de saberes, que deram novos contornos não apenas para

o cotidiano dos sujeitos, mas também para o seu tratamento e sua relação com o serviço. A respeito disso, foi possível identificar que os usuários e usuárias reconhecem essas práticas como partes importantes dos seus tratamentos, sendo que algumas até apontaram ser essa a “melhor parte” do CAPS ou tão eficiente quanto o atendimento de um profissional da área biomédica, como psicólogo(a) ou médico(a), por exemplo.

Com relação às dificuldades enfrentadas pelas PICS nesses serviços, percebeu-se que elas estão mais relacionadas à disposição do material para as práticas, os quais, muitas vezes, são insuficientes ou de difícil obtenção, devido ao processo de licitação. No CAPS AD Vida com Dignidade, a gestora também apontou que faz pedidos à comunidade de doações de materiais, mas o estigma e o preconceito relacionado à pessoa que faz uso problemático do álcool e outras drogas e ao CAPS AD, dificulta a obtenção dessas contribuições.

Não se apresentaram dificuldades com relação à aceitação da equipe na implementação dessas práticas, que era uma hipótese da pesquisadora, visto que as PICS são um campo de conhecimento divergente do modelo biomédico tradicional dos serviços de saúde. Em ambos os CAPS, percebeu-se que a equipe é receptiva a essas práticas e compreende que elas auxiliam na ampliação das estratégias de cuidado do serviço.

Além disso, outra questão que pode ser analisada nessa pesquisa foi com relação a um aspecto mais conceitual e ao uso das terminologias. Como discutido no quarto capítulo, se percebeu que a prática da Arteterapia desenvolvida nos dois CAPS pode não ser reconhecida como tal pelas entidades representativas da prática, pelo fato da artista plástica não possuir uma especialização em Arteterapia. Entretanto, seu trabalho está previsto para atendimento no CAPS, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, com relação às oficinas terapêuticas na modalidade expressiva (BRASIL, 2004), e apresenta efeitos muito positivos, conforme aponta os (as) usuários (as) e as profissionais. Desse modo, o que se deseja destacar nessa reflexão não é a legitimidade de seu trabalho, que certamente é, mas a necessidade de se ter o cuidado no uso do termo “Arteterapia” para a prática desenvolvida nesses CAPS, em respeito às diretrizes das entidades e aos estudos produzidos em relação a essa temática.

A mesma questão aparece no relato da terapeuta ocupacional quando aponta que coordena um grupo de música no CAPS II Colmeia e que a Musicoterapia é considerada uma Prática Integrativa e Complementar. Assim como a Arteterapia, as entidades representativas da Musicoterapia também determinam que o(a) profissional tenha uma especialização para atuar na área e, como a terapeuta ocupacional não menciona essa formação, provavelmente esse grupo não seria reconhecido como

Musicoterapia por esses órgãos. No entanto, o grupo de música, provavelmente, proporciona efeitos muito positivos para os(as) participantes e, inclusive, também está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para o CAPS, assim como as oficinas de artes plásticas. Mais uma vez, a intenção dessa observação não é desconsiderar o trabalho ou a intenção da profissional, mas a cuidado que se pode ter ao nomear as práticas.

Nesse momento, é possível que essa última reflexão possa ter gerado algumas dúvidas no leitor ou leitora, visto que essa pesquisa se propôs a estudar as PICS nos CAPS para adultos do município de Ijuí-RS, mas as práticas que são desenvolvidas não estão completamente de acordo com as diretrizes recomendadas ou ainda nem foi regulamentada pelo Ministério da Saúde, como a Hortoterapia. No entanto, pode-se considerar que essa questão é justamente uma das repercussões dessa pesquisa, a qual possibilitou compreender as potencialidades e fragilidades das PICS nos CAPS para adultos do município de Ijuí-RS.

Conforme as entrevistas com usuários, usuárias e algumas profissionais da equipe percebeu-se que as PICS são estratégias potentes para o cuidado no CAPS para adultos desse município, mas também apresentam algumas incongruências, que provavelmente são geradas pela pequena inserção das PICS no sistema municipal como um todo, as dificuldades com materiais e profissionais especializados, dentre outros possíveis motivos. Entretanto, acredita-se que o objetivo principal dessa pesquisa pôde ser alcançado, que é compreender como estão sendo desenvolvidas as práticas, para, então, poder refletir sobre o que pode ser alterado. Além disso, considerando, que as PICS ainda são pouco inseridas nos serviços de saúde do município, acredita-se que essa pesquisa pôde lançar luz sobre essa temática e atuar como um instrumento de mobilização a favor da maior inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de saúde do SUS, especialmente os CAPS, visto todos os relatos apresentados pelos participantes dessa pesquisa.



## 6. REFERÊNCIAS

- AHTA. American Horticultural Therapy Association. **History of Horticultural Therapy**. Disponível em: <<https://www.ahta.org/history-of-horticultural-therapy>>. Acesso em: 15 nov. 2020.
- ALDRIDGE, J.; SEMPIK, J. Social and therapeutic horticulture: evidence and messages from research. Loughborough University's Institutional Repository, **Centre for Child and Family Reserach Evidence**, n.6, 2002.
- AMADO, D. Relatório de Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares- Junho de 2016. **Rede de Atores Sociais das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde)**, 2016. Disponível em: <<http://redenacionalpics.wixsite.com/site/single-post/2016/05/31/Relat%C3%B3rio-de-Monitoramento-das-Pr%C3%A1ticas-Integrativas-e-Complementares-%E2%80%93-Junho-de-2016>> Acesso em: 08 abr. 2020.
- ANDRADE, R. M. de; PINTO, R. L. Estímulos naturais e a saúde humana: a hipótese da Biofilia em debate. **Polêm!ca**, v. 17, n. 4, p. 30-43, 2017.
- ANDRADE, L. A.; VELOSO, T. M. G. Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 10, n. 1, p. 69-87, jan/jun, 2015
- ANDRIOLO, A. O Método Comparativo na origem da Psicologia da Arte. **Psicologia USP**, v. 17, n. 2, p. 43-57, 2006.
- ANDRIOLO, A. A “psicologia da arte” no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 74-81, 2003.
- ARAÚJO, B. C. de; et al. **Qual a eficácia/efetividade e a segurança da meditação ou mindfulness no controle do tabagismo em adultos e/ou idosos?**. Fiocruz Brasília, Brasília, DF, jul. 2020.
- ARAÚJO, B. C. de; et al. **Qual a eficácia/efetividade e a segurança da meditação ou mindfulness para o tratamento da ansiedade ou depressão para a pessoa adulta ou idosa?** Fiocruz Brasília, Brasília, DF e Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, dez. 2019.
- BATISTA, K. S. et al. **A inserção de práticas integrativas e complementares em saúde mental: revisão integrativa**. III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2018.
- BEZERRA, I. C. et al. Uso de Psicofármacos na Atenção Psicossocial: Uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, jul-set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_implantacao\\_servicos\\_pics.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia,

Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus -COVID-19**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#como-se-proteger>> Acesso em: 16 nov. 2020

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 5813, de 22 junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm)> Acesso em: 27 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para a elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)> Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011 Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> . Acesso em: 5 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>. Acesso em: 07 mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Portaria n. 1988, de 20 de dezembro de 2018. Atualiza os procedimentos e serviços especializados de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de

Estabelecimento de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2018b. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57493373](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57493373)>. Acesso em: 3 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)> Acesso em: 14 mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)> Acesso em: 14 mar. 2020.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de uma sistematização dos dados nacionais de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) para o 1º semestre de 2017. **Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS)**, Brasília, novembro de 2018. Disponível em: <[http://docs.wixstatic.com/ugd/185a81\\_1f65fcd6a6db44d19d46e2ac5accb08c.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/185a81_1f65fcd6a6db44d19d46e2ac5accb08c.pdf)> Acesso em: 08 abr. 2020.

BOSI, M. L. M. *et al.* Inovação em Saúde Mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1231-1252, 2011.

CAMARGO, R. de, et al. Uso da Hortoterapia no tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental grave. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer – Goiânia, v.11, n. 22, 2015

CAMBRIDGE DICTIONARY. **Gardening**. Disponível em: <<https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/gardening>>. Acesso em: 1 dez. 2020

CAMBRIDGE DICTIONARY. **Horticulture**. Disponível em: <<https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/horticulture>> Acesso em: 1 dez. 2020

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, 2013.

CARDOSO, L. N.; CUNHA, R. R. dos S. Trocas afetivas e psicossociais em musicoterapia: grupos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba -PR, v.2, p. 74-94, 2011.

CARVALHO, M. A. P. *et al.* Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento a sociabilidade libertadora. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, out, 2013.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A. Resistência, Inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 365-76, mai/ago, 2007.

CIORNAL, S. (org). **Percursos em Arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia**. São Paulo: Summus Editorial, 2004.

CONTAROTE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

COSTA, C. G. A. et al. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3099-3110, 2015.

COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 859-62, 2010.

COZZOLINO, L. V. B. **Navegar é preciso, viver não é preciso: uma viagem de descobrimento em arteterapia**. Monografia (Especialização em Arteterapia) - ISEPE, Rio de Janeiro, 2012.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

DIAS, M. F. **Atividade ansiolítica da música: uma revisão bibliográfica baseada em evidências**. 2008. 77 f. Monografia (Especialização em Musicoterapia)- Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906457/atividade-ansiolitica-da-musica.pdf>> Acesso em: 28 dez. 2020.

DARIVA, L. F. S.; MENDES, D. L. Bem-estar, qualidade de vida e regulação emocional: a prática do yoga como terapia complementar. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, Osório-RS, v. 4, n. 2, p. 18-49, de. 2019.

DIAS, A. V. M.; et al. Atividade Musical no CAPS II de Porto Seguro-BA: um relato de experiência. **Revista InCantare**, Curitiba-PR, v. 9, n. 2, p. 58-71, jul/dez. 2018.

FACCO, S. C. M., et al. A Arteterapia no tratamento dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, p. 45-54, 2016.

FEITOSA, V. A. et al. A horticultura como instrumento de terapia e inclusão psicossocial. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Pombal-PB, v.9, n. 5, p.07-11, Dez, 2014.

FILHO, J. A. S. et al. Assistência em Saúde Mental para além da Medicalização: Revisão Integrativa. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 42, p. 641-658, 2018.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed, [reimpr.]. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: Ijuí**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/ijui.html>>. Acesso em: 16 nov. 2020

JÚNIOR, C. D. L.; et al. **Yoga para tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos. Qual a eficácia/efetividade e segurança da yoga para o tratamento da ansiedade ou depressão**

**em adultos e idosos?**. Fiocruz Brasília, Brasília, DF e Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, dez. 2019.

LAWN, C. **Compreender Gadamer**. 2. Ed. Petrópolis- RJ: Vozes, 2010.

LEMES, A. G. et al. A terapia comunitária integrativa no cuidado em saúde mental: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020.

MACHADO, A. K. C.; TERTULIANO, C. V. M. Eficácia das práticas integrativas e complementares na saúde mental da pessoa idosa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 2017. **Anais...** Campina Grande: Realize Eventos e Editora, 2017. Disponível em: <[https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO\\_EV075\\_MD4\\_SA3\\_ID2296\\_23102017021829.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD4_SA3_ID2296_23102017021829.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. Departamento de Educação Especial, Programa de Pós Graduação em Educação, UNESP, Marília- SP. Disponível em:

<[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3145622/mod\\_resource/content/1/Entrevista%20semi%20estruturada%20estudo%20UNESP%20Mari%CC%81lia.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3145622/mod_resource/content/1/Entrevista%20semi%20estruturada%20estudo%20UNESP%20Mari%CC%81lia.pdf)> Acesso em: 06 abr. 2020

MELO, R. C. de; et al. **Acupuntura, auriculoterapia e acupressão no controle do tabagismo em adultos e idosos**. Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2020.

MELO, W. Nise da Silveira e o Campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. **Mnemosine**, v. 5, n. 2, p. 30-52, 2009.

MICHAELIS. **Dicionário escolar inglês**. 2. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editor, 2014.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. A busca da verdade no campo científico da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. Produção ambulatorial do SUS no Rio Grande do Sul por local de atendimento. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qars.def>> Acesso em: 30 dez. 2020.

NASCIMENTO, M. C. et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, nº especial 3, p. 15-20, out. 2020.

OLIVEIRA, E. F. dos A. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. 2017. 276 p. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, 2017.

OLIVEIRA, A. J. de; et al. A construção histórica do estigma sobre o conceito de dependência de álcool. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 44, p. 253-275, 2019.

OLIVEIRA, I. B. da S.; PONTE, A. B. M. da. Práticas Integrativas e Complementares: experiências na Rede de Atenção Psicossocial de Belém/Pará. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.** Belém, v. 11, n. 3, p. 32-44, set- dez 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Genebra, Suíça, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Actualización de la estrategia frente a la Covid-19. 14 de abril de 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf?sfvrsn=86c0929d\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10)> Acesso em: 16 de nov. 2020

PENA, I. F. Terapia Hortícola. **Autonomía Personal**, Madrid, n.4, p. 32-41, 2011

PFEFFER, J. C. **Horticultural Therapy in Tennessee**. 2007. Master's Thesis – University of Tennessee, Knoxville, 2007.

PHILIPPINI, A. Mas o que é mesmo Arteterapia?. **Coleções de Revistas de Arteterapia “Imagens da Transformação”**, v. 5, 1998.

REDE HUMANIZA SUS. **A Associação de Saúde mental de Ijuí-ASSAMI: um espaço coletivo de fazer juntos**. 2009. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/5471-a-associacao-de-saude-mental-de-ijui-assami-um-espaco-coletivo-de-fazer-juntosespaco-de-co-gestao-co-participacao-co-r/#>>. Acesso em: 16 nov. 2020

REIS, A. C. dos. Arteterapia: a Arte como instrumento no trabalho do psicólogo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 142-157, 2014.

REZENDE, H. A.; COCCO, M. I.M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 282-288, 2002.

RIGOTTI, M. **Horticultura Terapia**. Edição do Autor, Botucatu-SP. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Proposta de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares**. Porto Alegre, RS, 2015.

RUELA, L. O. *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema único de Saúde: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, out. 2019.

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P .S. dos. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

SAMPAIO, C. G. dos S.; OLIVEIRA, W. da S.; BEDANI, A. Os Centro de Atenção Psicossocial e as Práticas Integrativas e Complementares: novas formas de cuidar. **Empatia - Revista de Saúde Integral**, v. 1, n. 1, dez. 2018.

SANTAELLA, D. F.; AFONSO, R.; SIEGEL, P. **Mapa de evidências efetividade clínica da prática do Yoga**. São Paulo, s.n; 2020, 24 p.

SANTANA, C. P. V.; NASCIMENTO, A. **Práticas Integrativas e Complementares: cuidado integral dentro da atenção psicossocial através de práticas corporais**. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016.

SÖDERBACK, I.; SÖDERSTRÖM, M.; SCHÄLANDER, E. Horticultural therapy: the “healing garden” and gardening in rehabilitation measures at Danderyd hospital rehabilitation clinic, Sweden. **Pediatric Rehabilitation**, v.7, n.4, p. 245-260, 2004.

SOUZA, T. S. de. Horticultura como tecnologia de saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 6, n.4, 2017.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr-jun. 2009.

SOUZA, T. S. de. MIRANDA, M. B. S. Horticultura como tecnologia de saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador-BA, v. 6, n. 4, p. 310-323, 2017.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas Integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 99- 112, 2016.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

UBAAT. União Brasileira de Associações de Arteterapia. **Contribuição da Arteterapia para a Atenção Integral do SUS**. União Brasileira de Associações de Arteterapia, 2017.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA. Definição Brasileira de Musicoterapia. 2018. Disponível em: <<http://ubammusicoterapia.com.br/definicao-brasileira-de-musicoterapia/>> Acesso em: 20 dez. 2020

UBAM. União Brasileira de Associações de Musicoterapia. **Musicoterapia no SUS**. 2018. Disponível em: <<http://ubammusicoterapia.com.br/wp-content/uploads/2018/08/musicoterapia-no-SUS.pdf>> Acesso em: 23 dez. 2020

WANG, D.; MACMILLAN, T. The benefits of gardening for older adults: a systematic review of the literature. **Activites, Adaptation & Aging**, v. 37, n. 2, 2013.



## 7. ANEXOS

### 7.1 ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários e usuárias das PICS nos CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS II Colmeia

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** Estudo sobre a inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos do município de Ijuí-RS.

**Pesquisador responsável:** Ana Luiza Ferrer

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria –UFSM, Departamento de Terapia Ocupacional.

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220-9584, Avenida Roraima, 1000, Prédio 26 D, sala 4017, Cidade Universitária, Bairro Camobi, 97105-970, Santa Maria- RS.

**Locais da coleta de dados:** Centro de Atenção Psicossocial II Colmeia, Rua Alagoas, 768, Bairro Assis Brasil, 98700-000, Ijuí-RS e Centro de Atenção Psicossocial AD II Vida com Dignidade, Rua Emílio Frederico Bühner, 848, Bairro São Geraldo, 98700-000, Ijuí-RS.

Eu, Ana Luiza Ferrer, responsável pela pesquisa “Estudo sobre a inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos do município de Ijuí-RS” o (a) convido a participar como voluntário (a) deste estudo.

Esta pesquisa pretende compreender como as práticas alternativas de cuidado em saúde estão acontecendo nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos do município de Ijuí-RS, a partir da experiência dos usuários e usuárias que utilizam essas práticas e da avaliação dos (as) gestores (as) desses serviços.

Acreditamos que ela seja importante pois se propõe a refletir sobre a utilização de práticas incomuns nos serviços de saúde, especialmente na saúde mental, aonde há uma dominância de tratamentos medicamentosos e internações hospitalares. Dessa forma, essa pesquisa tem o objetivo de oferecer destaque a esse tema, através dos relatos de experiência das pessoas que utilizam e daquelas que organizam a gestão dessas práticas nos CAPS.

Para sua realização será feita uma entrevista por videochamada ou ligação telefônica com cada participante, que será gravada por um aparelho de celular e, posteriormente, transcrita. A entrevista conta com um roteiro de perguntas a serem abordadas, que tem intuito de guiar a entrevistadora durante a conversa. A entrevista será realizada pelo telefone celular, via aplicativo WhatsApp, em data e horário combinado com o usuário ou usuária.

A análise das entrevistas será feita a partir de uma abordagem qualitativa, que significa compreender de forma mais detalhada os significados, sentidos e efeitos que os usuários e usuárias atribuem a essas práticas.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

É possível que durante a sua participação na pesquisa ocorra algum desconforto, pois há o risco que esse assunto lhe ocasione o surgimento de sensações, pensamentos e lembranças desconfortáveis. Dessa forma, em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você poderá alertar a entrevistadora sobre seu desconforto e ela irá interromper a entrevista e acionar um (a) profissional de referência para um atendimento pontual.

O benefício que esperamos com esse estudo é que ele possa ofertar uma reflexão sobre os efeitos e significados que essas práticas possuem no CAPS, não apenas para os usuários e usuárias e a equipe de profissionais desse serviço, mas também aos demais profissionais de saúde, aos gestores de saúde e a comunidade em geral.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

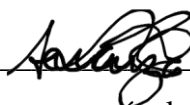
Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) voluntário(a)



\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Ijuí, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2020

## **7.2 ANEXO B – Formulário eletrônico com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as gestoras do CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS II Colmeia**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os(as) gestores (as) do CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS II Colmeia

**Título do estudo:** Estudo sobre a inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos do município de Ijuí-RS.

**Pesquisador responsável:** Ana Luiza Ferrer

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria –UFSM, Departamento de Terapia Ocupacional.

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220-9584, Avenida Roraima, 1000, Prédio 26 D, sala 4017, Cidade Universitária, Bairro Camobi, 97105-970, Santa Maria- RS.

**Locais da coleta de dados:** Centro de Atenção Psicossocial II Colmeia, Rua Alagoas, 768, Bairro Assis Brasil, 98700-000, Ijuí-RS e Centro de Atenção Psicossocial AD II Vida com Dignidade, Rua Emílio Frederico Bühner, 848, Bairro São Geraldo, 98700-000, Ijuí-RS.

Eu, Ana Luiza Ferrer, responsável pela pesquisa “Estudo sobre a inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos do município de Ijuí-RS” o (a) convido a participar como voluntário (a) deste estudo.

Essa pesquisa pretende compreender como as Práticas Integrativas e Complementares estão ocorrendo nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos do município de Ijuí-RS, a partir da experiência dos usuários e usuárias que utilizam essas práticas e avaliação dos (as) gestores (as) desses serviços. Acreditamos que ela seja importante pois se propõe a refletir sobre a utilização de práticas alternativas de cuidado com a saúde, especialmente na saúde mental, na qual há dominância de abordagens biomédicas, centradas no uso de medicamentos e internações hospitalares. Dessa forma, essa pesquisa tem o objetivo de oferecer visibilidade a esse tema, através da experiência das pessoas que as utilizam e daqueles que organizam a gestão dessas práticas nos CAPS.

Para a realização desse estudo, será feita uma entrevista por videochamada/videoconferência com cada participante, que será gravada por um aparelho de celular e, posteriormente, transcrita. Trata-se de uma entrevista despadronizada e conta com um roteiro de tópicos que serão abordados, que tem o intuito de guiar a entrevistadora durante a conversa.

A análise das entrevistas será a partir de uma abordagem qualitativa, na qual se busca compreender de forma mais detalhada a avaliação dos (as) gestores(as) sobre essas

práticas no serviço, no que diz respeito aos benefícios e desafios encontrados na implementação dessas práticas.

É possível que durante a sua participação na pesquisa ocorra algum tipo de desconforto, pois há o risco que esse assunto lhe ocasione o surgimento de sensações, pensamentos e lembranças desconfortáveis. Dessa forma, em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você poderá alertar a entrevistadora sobre seu desconforto e ela irá interromper a entrevista e acionar um(a) profissional de referência para um atendimento pontual. O benefício que esperamos com esse estudo é a possibilidade de ser um instrumento de análise da inserção das PICS nos CAPS, não apenas para os usuários e usuárias e a equipe de profissionais dos serviços entrevistados, mas também para os demais profissionais de saúde, os (as) gestores (as) de saúde e a comunidade em geral.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com).

**\*Obrigatório**

1. Endereço de e-mail \*

---

2. Nome Completo \*

---

3. Declaro que, após a leitura após a leitura desse formulário e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com).

suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo através do preenchimento desse formulário:

*\* Marcar apenas uma oval.*

- Concordo em participar da pesquisa
- Não concordo em participar da pesquisa

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

**Google** Formulários

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

## 7.3 ANEXO C: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO SOBRE A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ADULTOS DO MUNICÍPIO DE IJUÍ-RS

**Pesquisador:** Ana Luiza Ferrer

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:**

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.266.286

#### Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão de curso vinculado ao curso de Terapia Ocupacional da UFSM, trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e de cunho qualitativo.

Serão sujeitos do estudo 06 usuários/usuárias que utilizam as Práticas Integrativas e Complementares e com 02 gestores(as) dos Centro de Atenção Psicossocial II Colmeia (CAPS II Colmeia) e Centro de Atenção Psicossocial AD II Vida com Dignidade (CAPS AD II Vida com Dignidade) do município de Ijuí-RS. Para a coleta de informações serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários e usuárias que utilizam as Práticas Integrativas e Complementares nos dois CAPS para adultos, e também com os (as) gestores (as) dessas instituições. As entrevistas contêm um roteiro de tópicos que irão guiar a conversa, sem a pretensão de seguir uma sequência fixa e rígida. As entrevistas serão gravadas por um aparelho de celular e, posteriormente, transcritas. Contém critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa.

As informações serão agrupadas em dois corpus, sendo um referente as entrevistas com os usuários e usuárias das PICS no CAPS e outro referente as entrevistas com os(as)gestores(as) das instituições. Cada entrevista será considerada uma unidade de análise, sendo que

<b>Endereço:</b>	Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763		
<b>Bairro:</b>	Camobi	<b>CEP:</b>	97.105-970
<b>UF:</b>	RS	<b>Município:</b>	SANTA MARIA
<b>Telefone:</b>	(55)3220-9362	<b>E-mail:</b>	cep.ufsm@gmail.com



as informações coletadas serão agrupadas em dois corpus: um referente as entrevistas dos usuários e usuárias e outro referente as entrevistas dos (as) gestores (as). A análise de cada corpus será feita de forma separada, mas irá se tentar estabelecer um diálogo entre eles, relacionando-os a partir da análise das políticas públicas e literatura existente sobre esse tema. Apresenta cronograma de execução e orçamento.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender como as práticas integrativas e complementares estão ocorrendo nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos do município de Ijuí-RS, a partir da experiência dos usuários e usuárias que utilizam essas práticas e avaliação dos gestores desses serviços.

#### Objetivos específicos

- Conhecer os motivos que levaram os usuários (as) utilizarem as Práticas Integrativas e Complementares no CAPS;
- Entender quais os significados atribuídos pelos usuários (as) na utilização das PICS no CAPS;
- Compreender quais os efeitos terapêuticos identificados pelos usuários e usuárias na utilização das PICS;
- Compreender qual a avaliação dos gestores e gestoras desses serviços sobre as PICS, no que diz respeito aos benefícios e desafios encontrados na implementação dessas práticas.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: é possível que o participante sinta algum tipo de desconforto durante a pesquisa, pois há o risco que esse assunto lhe ocasione o surgimento de sensações, pensamentos e lembranças desconfortáveis. Desse modo, será orientado aos e as participantes que, caso esses desconfortos venham a ocorrer, que comuniquem a pesquisadora e ela irá interromper a entrevista e acionar um profissional de referência para um atendimento pontual.

Benefícios: essa pesquisa apresenta como possíveis benefícios a possibilidade de ser um instrumento de análise da inserção das PICS nos CAPS em que se pretende fazer a pesquisa, não apenas para os usuários e usuárias e a equipe de profissionais dos serviços entrevistados, mas também para os demais profissionais de saúde, os(as) gestores(as) de saúde e a comunidade em geral.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto da Plataforma Brasil, registro na plataforma de projetos da UFSM, autorização institucional, termo de confidencialidade, termos de consentimento livre e esclarecido e instrumentos de coleta de dados.

**Recomendações:**

- Os TCLEs devem ser numerados de forma a conter o número parcial e total em cada página, exemplo: 1/2;2/2.
- A linguagem utilizada no TCLE dos usuários deve ser mais coloquial, com termos simples e de fácil entendimento para sujeitos com baixa escolaridade.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1574127.pdf	31/08/2020 17:45:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/08/2020 14:17:34	LUIZA DA VEIGA PADILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios_TCC_LuizaPadilhaassinado.pdf	31/08/2020 14:16:23	LUIZA DA VEIGA PADILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_TCC_LuizaPadilhaassinado.pdf	31/08/2020 14:16:00	LUIZA DA VEIGA PADILHA	Aceito
Outros	autorizacao_institucional.pdf	30/07/2020 15:41:18	LUIZA DA VEIGA PADILHA	Aceito
Outros	projeto_66611.pdf	30/07/2020 15:31:19	LUIZA DA VEIGA PADILHA	Aceito

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com





UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.266.286

Página 03 de

Outros	TermoConfidencialidade_TCC_LuizaPadilha_assinado.pdf	30/07/2020 15:25:59	LUIZA DA VEIGA PADILHA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	30/07/2020 15:22:20	LUIZA DA VEIGA PADILHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 09 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**

**CLAUDEMIR DE QUADROS**

**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

## **8. APÊNDICES**

### **8.1 APÊNDICE A – Roteiro para entrevista com usuários (as) das PICS nos CAPS AD II Vida com Dignidade e CAPS II Colmeia**

#### **Informações gerais sobre o(a) entrevistado(a)**

Você deseja informar o gênero que se identifica? Se sim, qual?

Idade:

CAPS que frequenta:

#### **Entrevista**

- 1.** Quais práticas alternativas utiliza no CAPS?
- 2.** Há quanto tempo utiliza?
- 3.** Você saberia dizer se há outras práticas alternativas oferecidas pelos CAPS? Quais são? Você já experimentou alguma dessas outras?
- 4.** O que o(a) levou experimentar essas práticas? Indicação de algum profissional do CAPS? Vontade própria?
- 5.** Você gostaria de experimentar outra prática alternativa no CAPS, além dessa que utiliza? Se gostaria, quais? E Por quê? E se não gostaria, por quê?
- 6.** Quais efeitos para sua saúde você consegue perceber ao utilizar essas práticas?
- 7.** Essas práticas contribuem para o seu bem-estar? De que forma?
- 8.** Você acredita que essas práticas fazem parte do tratamento no CAPS? Se sim, por quê? Se não, por quê?
- 9.** Você acha que essas práticas contribuem para melhorar seu atendimento no CAPS? Se sim, de que forma? Se não, por que você acha que essas práticas são oferecidas?
- 10.** Você poderia falar um pouco mais sobre sua experiência com as práticas alternativas que utiliza no CAPS? Poderia falar sobre sua história com essa prática, como você se sente quando utiliza, se teve alguma experiência que lhe marcou mais ou qualquer outro ponto que gostaria de relatar.

## **8.2 APÊNDICE B - Roteiro para entrevista com gestor (a) do CAPS**

### **Informações gerais sobre o (a) entrevistado (a)**

Deseja informar o gênero com o qual você se identifica? Se sim, qual?

CAPS que trabalha:

### **Entrevista**

1. Desde que período as PICS estão sendo desenvolvidas nesse serviço?
2. Como surgiu a possibilidade de implantar essas práticas nesse serviço?
3. Por que achou válido inserir essas práticas no serviço?
4. Você identificou alguma dificuldade para a implantação? Ainda identifica essas dificuldades? Ou surgiram outras?
5. Como você avalia a percepção da equipe de profissionais sobre a implementação dessas práticas no serviço?

### **8.3 APÊNDICE C- Roteiro de entrevista com a artista plástica do CAPS II Colmeia**

#### **Entrevista**

1. Quando você começou a trabalhar no CAPS e como foi o processo de levar a Arteterapia para esse serviço?
2. Como ocorre os encontros: são em grupos ou individuais? É pintura livre? Pode comentar outras características do atendimento?
3. Você possui especialização em Arteterapia? Segue alguma linha teórica em seus atendimentos?
4. Você percebe alguma diferença desde a regulamentação da Arteterapia como uma Prática Integrativa e Complementar, em 2017 pelo Ministério da Saúde, com relação ao reconhecimento da prática, oferta de materiais, incentivo dos gestores, ou algum outro tipo de diferença ou avanço?