

Artigo Original

A Arteterapia no SUS: um caminho na busca da integralidade em saúde

The Art Therapy in SUS: A way in pursuit the integrality in health

Cristina Pinto Lopes²

Luana Maria Rotolo³

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de luta pelo reconhecimento da saúde enquanto direito social. Tendo como pilares os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, o SUS se coloca desde a raiz como um sistema contra-hegemônico que visa a superação do modelo biomédico. A inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no SUS foi uma importante conquista nesse sentido ao reconhecer que existem outras formas de compreender e cuidar da saúde. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006, reconheceu 5 práticas que vinham sendo realizadas já há muitos anos no SUS, porém sem regulamentação e financiamento adequado. Após mais de 10 anos da implementação da Política, foi lançada a Portaria 849 de março de 2017, incluindo outras 14 práticas integrativas na PNPIC, entre elas a Arteterapia. Apesar desse inegável avanço no âmbito legal, existe um longo percurso para implementar de fato a Arteterapia como prática no SUS. Num contexto de grandes retrocessos em todas as políticas públicas e

² Psicóloga CRP- 02/10545 Arteterapeuta (02102002); Formadora de SoulCollage®; Terapeuta Floral (FES); Mestre em Criatividade e Inovação pela UFP - PT. Diretora do Espaço Rizoma- Saúde, Arte e Pesquisa. Membro fundadora da ARTE-PE (Associação Pernambucana de Arteterapia) e da UBAAT (União Brasileira de Associações de Arteterapia).

³ Psicóloga (CRP 02/16026), Arteterapeuta (Arte-PE 120/1002) pela Traços Estudos em Arteterapia, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestre em Saúde Pública pela Fiocruz/PE, Professora do Departamento de Psicologia da UFPE.

direitos sociais, os/as arteterapeutas precisam se unir na luta pela efetivação do SUS em toda a sua radicalidade, contribuindo no processo de construção de práticas de saúde ampliadas e promotoras de autonomia.

Palavras-chave: Arteterapia, SUS, Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is fruit of a long process of fight for recognition of health as social right. Having as pillars the principles of Universality, Equity and Integrality, the SUS places itself since the root as a counter-hegemonic system which aims to overcome the biomedical model. The Integrative and Complementary Practices inclusion in SUS was an important achievement in recognizing that there are other ways of understanding and caring for health. The National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC), approved in 2006, recognized 5 practices that have been carried out for many years in SUS, but without proper funding and regulation. More than 10 years after the political implementation, it was entitled the Ordinance 849 of March 2017, including other 14 integrative practices in PNPIC, among them the Art Therapy. Despite this undeniable progress in the legal framework, exists a long way to actually implement the Art Therapy as practice in SUS. In a context of huge setbacks in all public politics and social rights, the art therapists need to reunite in the struggle for the implementation of SUS in all its radicality, contributing in the construction process of expanded and autonomy promoters health practices.

Key words: Art Therapy, Unified Health System, Complementary Therapies.

A Arteterapia no SUS: um caminho na busca da integralidade em saúde

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

Eduardo Galeano

Saúde e doença são temas que atravessam a história da humanidade, não tendo uma conceituação unívoca e precisa. Se pensarmos em termos históricos e antropológicos, vemos que as diferentes sociedades humanas viram e trataram do processo saúde-doença a partir de diferentes perspectivas, algumas mais integrais e sistêmicas, outras mais reducionistas e simplificadoras (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013).

As doenças são entendidas em muitas culturas como manifestações místicas e religiosas, estando mais ligadas ao espírito do que a matéria. Porém, no ocidente, mais especificamente na Grécia Antiga, a saúde passou a ser compreendida como um processo de equilíbrio entre o indivíduo e o seu meio, envolvendo múltiplas dimensões tanto físicas quanto emocionais, que poderiam ser tratadas a partir de orientações alimentares, de higiene e de práticas físicas. Esses importantes conhecimentos dos clássicos foram retomados no período do Renascimento em contraposição a visão da Idade Média, de que a doença seria um castigo divino, e portanto, inatingível à intervenção humana. (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013)

Os conhecimentos gregos, porém passaram a ser analisados no período da modernidade do ponto de vista emergente da ciência cartesiana. Por esse motivo, a racionalidade médica científica, que começa a nascer nesse período, se alicerça no

estudo da anatomia, da fisiologia e da microbiologia, excluindo outras formas ‘menos científicas’ de compreensão dos adoecimentos. Essa racionalidade foi fortemente referendada pelas descobertas de Pasteur no século XIX, quando comprovou a existência de microrganismos invisíveis aos olhos humanos que estariam relacionados ao surgimento de algumas enfermidades. (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013)

Com essa nova visão, toda a discussão da saúde enquanto um processo de interações diversas entre biologia, sociedade e o mundo sutil das emoções, foi descartado pela importância, em termos econômicos e políticos, que as novas descobertas começaram a trazer. Nesse contexto, surgiu o que chamamos de paradigma biomédico: uma forma de compreender o processo saúde-doença como um efeito disfuncional de alguma parte do corpo biológico. Essa disfunção seria sempre causada por algum agente patogênico único e isolado, que por isso era passível de ser ‘extirpado’ por *experts* que tinham vastos conhecimentos sobre o corpo humano- enquanto entidade natural. O tratamento deixava então de ter uma implicação para as condições de vida e bem estar dos indivíduos, pois o ‘culpado’ de todas as enfermidades eram os seus agentes patogênicos, e não o complexo processo de relação entre o sujeito e seu meio visto enquanto totalidade. (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013)

Essa perspectiva ganha enorme visibilidade por sua eficácia no tratamento de doenças infectocontagiosas - a grande preocupação sanitária até meados do século XX. É inegável que essa racionalidade produziu importantes avanços técnico-científicos no campo das chamadas ciências da saúde, com o desenvolvimento de fármacos, tecnologias de exames e procedimentos diagnósticos, além de intervenções de alta complexidade, como cirurgias e outros tratamentos até então impensáveis. Em pouco tempo, porém, as múltiplas formas de se compreender a saúde e a doença foram

esmagadas por essa visão unilateral e reducionista que produziu, ao lado de suas evidências de eficácia e 'cientificidade', fartos lucros para os donos de empresas de equipamentos médicos, hospitais e de laboratórios farmacêuticos. (BARRETO, 2014)

Paralelo a hegemonia do modelo biomédico, consolidada no início do Século XX, começaram também a aparecer evidências de que essa racionalidade médica não se encaixava para todo o tipo de enfermidade e nem sempre estava a serviço de uma maior qualidade de vida. Principalmente com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, na segunda metade do Século XX, o alicerce dessa racionalidade começou a ficar instável. Além da questionável eficiência dos tratamentos biomédicos para algumas doenças crônicas, os efeitos colaterais e a iatrogenia eram cada vez mais evidentes. Somado a isso, os custos de se manter um sistema de saúde baseado nessa lógica começou a se tornar insustentável, até mesmo nos países mais ricos e dominantes. (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013, PELIZZOLI, 2014)

Foi nesse momento que as abandonadas 'práticas tradicionais' e 'alternativas' ao modelo hegemônico começaram a ganhar novos adeptos. Com um novo reconhecimento da Medicina Chinesa, da Homeopatia, da Fitoterapia e do uso de Plantas Medicinais, além de muitas outras práticas denominadas 'alternativas', uma nova dimensão da saúde passou a ser enfocada: o fato de estarmos lidando com a vida, esse campo tão misterioso e complexo que nenhuma racionalidade humana pode dar conta sozinha (BARROS, 2014).

Esse processo de crítica ao modelo biomédico e a todas as suas consequências negativas (reducionismo, tecnicismo, especialização, fragmentação e altos custos) produziu diversos movimentos ao redor do mundo que passaram a propor outras formas de se pensar a saúde. Um marco nesse processo foi a Conferência Internacional de

Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma Ata, na então União Soviética. Essa conferência propôs que os sistemas de saúde fossem acessíveis a todos, priorizando práticas de cuidados primários e preventivos (BARROS, 2014).

No Brasil, esse processo de crítica ao modelo biomédico cresceu também como crítica ao próprio regime militar, pois esse, além de autoritário e repressor, piorou as condições de vida da grande maioria da população. Foi também no período da ditadura que se expandiu o sistema privado de saúde com financiamento público, gerando grandes distorções nas práticas de saúde, pois, ao mesmo tempo que encareciam cada vez mais, perdiam em termos de resolubilidade e qualidade da assistência (PAIM, 2009).

Nesse contexto, ampliou-se em muitos países o movimento da Medicina Preventiva e da Saúde Comunitária, tendo diversos projetos e experiências entre Universidades, profissionais de saúde e gestores mais próximos dessas propostas. Esse caldo político e científico cresceu também no Brasil, se transformando no Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, uma importante experiência de luta social pelo reconhecimento da saúde enquanto direito humano e social (PAIM, 2009).

Um importante momento nesse processo foi a construção da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986. Esta foi a primeira experiência de conferência com participação ampla de toda a população, e não somente dos técnicos e gestores da área. Nessa conferência, os princípios de um novo Sistema Nacional de Saúde, que deveria ser Único, Universal, Integral e Equânime, são afirmados e aprovados em seu relatório final (BRASIL, 1986). A força da conferência foi tamanha que esses princípios foram incorporados à nossa Constituição Federal, aprovada logo depois em 1988, reconhecendo a saúde 'enquanto direito de todos e dever do Estado' (PAIM et al, 2011; PAIM, 2009).

Foi desse processo que nasceu o Sistema Único de Saúde – SUS. Retomar a sua história é importante para compreender a radicalidade e abrangência de seus princípios e diretrizes, pois toda sua estrutura foi pensada com base no horizonte de uma saúde ampliada, alicerçada na luta por uma sociedade democrática, verdadeiramente igualitária e com justiça social. Isso significa que por trás de cada princípio existe um horizonte ético-político que deve nos guiar quando trabalhamos no SUS (PAIM, 2009).

Por isso, só faz sentido defender a universalidade do SUS - que significa que todos devem ter acesso ao sistema de saúde, independente de classe social, raça, gênero, geração, local de moradia, ou credo religioso - quando afirmamos a saúde enquanto direito humano e social. Da mesma forma, por trás da equidade está o princípio maior da justiça social, pois não basta afirmarmos a universalidade, sem reconhecer que existem desigualdades abissais entre os indivíduos e classes sociais, sendo necessário que se faça um esforço no sentido de superar essas desigualdades, respondendo a cada um, não de forma 'igual' - no sentido de homogêneo -, mas de acordo com suas necessidades sociais e singulares (PAIM, 2009).

Ao lado desses dois princípios está ainda outro, tão fundamental quanto, e que aponta para a necessidade de ampliação do nosso olhar quando fazemos saúde. O princípio da integralidade nos coloca o desafio de superar o modelo biomédico e seus reducionismos, reposicionando o processo saúde-doença no complexo emaranhado biopsicossocial que nos constitui enquanto seres humanos. A integralidade é, portanto, um princípio chave quando pensamos a saúde ampliada, pois essa além de enfatizar os aspectos sociais e políticos na produção da saúde, reorienta a relação profissional-usuário com base no princípio da horizontalidade da relação sujeito-sujeito, o que implica que essa seja baseada no acolhimento, no vínculo e no reconhecimento da experiência

do outro. Por esse motivo, as ações de saúde na perspectiva da integralidade são sempre práticas de *cuidado* em seu sentido mais profundo (MATTOS, 2001, PINHEIRO, 2008, PINHEIRO, MACHADO, GUIZARDI, 2011).

Sabendo que a racionalidade biomédica nunca deu conta de garantir sozinha uma atenção integral - muito pelo contrário, essa esfacelou o sujeito em partes estanques, ignorando tudo aquilo que fugia do seu estreito foco de visão – a construção do SUS implica a superação do modelo biomédico. Para concretizar esse ideário na prática, é preciso pensar toda a organização do sistema com base nesses princípios. Para isso, é necessário que se proponham também princípios organizativos, que deem conta de pensar a estruturação do sistema e materializar a universalidade, a equidade e a integralidade na prática (VASCONCELOS, PASCHE, 2006).

O princípio organizativo da descentralização propõe que o poder de gestão do SUS seja compartilhado por todos os entes federados (municípios, estados e União), com direção única em cada esfera. Um dos objetivos de descentralizar o sistema foi garantir a municipalização e a posterior regionalização dos serviços, o que permite que esses sejam pensados com base na realidade sócio-sanitária de cada município e região. Da mesma forma a participação social é um dos pilares do SUS, pois entende que sem um controle ativo da população em todos os níveis e serviços do sistema, esse não poderá se orientar com base nas necessidades sociais de saúde (PAIM, 2009).

Outro princípio organizativo é a hierarquização do sistema, uma forma de ordenação por níveis de atenção que garantem a oferta de serviços dos mais básicos aos mais complexos, sendo composto basicamente de três níveis: primário, secundário e terciário (VASCONCELOS, PASCHE, 2006).

O primeiro e mais fundamental nível do sistema é a chamada Atenção Primária à Saúde (APS): um nível de atenção mais próximo das pessoas, que deveria não apenas tratar e reabilitar, mas sobretudo prevenir e promover saúde. Por estarem inseridos no cotidiano e no território onde as pessoas vivem e trabalham, os profissionais da APS conhecem e acompanham ao longo do tempo as pessoas que estão sob sua responsabilidade, conseguindo intervir de modo a evitar adoecimentos mais graves e realizando ações de educação em saúde e de mobilização social, tendo em vista uma mudança cultural e política em relação à saúde (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006; BRASIL, 2012; PAIM et al, 2011).

Por essa abrangência, a APS tem uma possibilidade de resolver mais de 80% dos problemas de saúde de uma população, sendo uma estratégia fundamental para diminuir os sofrimentos e incapacidades advindos de processos de adoecimento evitáveis (PAIM, 2009). Por esse motivo, as equipes que integram os serviços de atenção primária (ou Atenção Básica, como chamamos no Brasil), devem ser compostas por generalistas que tenham domínio das tecnologias leves⁴ (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

No Brasil, a principal estratégia de organização do nosso sistema está na APS e se chama Estratégia de Saúde da Família. Essas equipes são compostas por médicos, enfermeiros e odontólogos, além de técnicos e Agentes Comunitários de Saúde. Esses

⁴ Segundo Merhy e Franco (2008), o trabalho em saúde é sempre mediado por tecnologias de distintas naturezas, umas mais criativas e relacionais e outras mais presas à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas e medicamentos. Segundo essa perspectiva, os modelos tecno-assistenciais em saúde dependerão da composição técnica do trabalho, podendo priorizar as 'tecnologias duras' (centradas em instrumentos e equipamentos), com o predomínio de uma única 'tecnologia leve-dura' (no caso, o saber médico) – o que caracteriza o modelo biomédico - ou o trabalho coletivo e interdisciplinar com o predomínio da produção do cuidado pelas 'tecnologias leves' (centrada na capacidade relacional de acolhimento, escuta, vínculo...), baseado nas necessidades de saúde dos usuários e na busca da integralidade (MERHY, FRANCO, 2003).

profissionais da 'equipe mínima' são apoiados pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde estão outras profissões de saúde, incluindo: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria. Essas equipes devem trabalhar em conjunto com a ESF, apoiando e ampliando a clínica feita na APS (BRASIL, 2012) .

Para os casos que necessitam de uma atenção especializada, existe o segundo nível de atenção, onde estão os ambulatórios com as diversas especialidades médicas, além de outras profissões de saúde. Esses serviços devem dar conta de resolver os problemas de saúde que necessitem de uma intervenção de maior densidade tecnológica, que entretanto não necessitem de uma intervenção em nível hospitalar.

Os hospitais, que eram até então o centro de todos os sistemas de saúde segundo a racionalidade biomédica, passam a ser no SUS apenas o terceiro nível do sistema, perdendo seu lugar central para se ocupar apenas dos quadros mais agravados que realmente necessitam de uma internação, e por isso precisam contar com profissionais especializados e equipamentos de maior densidade tecnológica.

Fica claro, nessa breve exposição sobre o funcionamento do SUS, o quanto esse sistema inverte a lógica do modelo biomédico. Ao invés de priorizar ações de alta densidade tecnológica e atenção altamente especializada, são evidenciadas as práticas de cuidado à saúde cotidianas e promotoras de qualidade de vida. Ao invés do hospital, a saúde, nessa perspectiva, deve estar ancorada nos territórios onde as pessoas vivem,

fazendo parte de um cuidado cotidiano e autônomo, onde os profissionais de saúde vem como apoiadores desse processo - e não como os detentores do saber técnico que objetifica os sujeitos como meros alvos de intervenções verticais (MATTOS, 2001).

É claro que não seria fácil colocar na prática um modelo que desde a raiz é contra hegemônico. O conceito de saúde que dá base ao SUS pressupõe a construção de outras relações sociais, baseadas na justiça, na igualdade e na democracia substantiva. Só com base nesse outro projeto de sociedade é possível de fato promover saúde integral (MATTOS, 2001). Porém, o movimento de Reforma Sanitária colocou esse horizonte na construção do SUS, mesmo sabendo das contradições inerentes nesse processo, para que servisse como imagem-objetivo que, como a utopia de Galeano, serve 'para que não deixemos de caminhar'.

Essa caminhada de quase 30 anos alcançou muitas conquistas, mas ainda precisa driblar grandes obstáculos. Além de todas as dificuldades de se conseguir garantir um financiamento digno ao tamanho e abrangência do nosso sistema de saúde, é preciso ir contra, em todos os níveis, aos interesses políticos e econômicos que ainda sustentam o modelo biomédico.

Um importante passo dado nessa direção foi a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, aprovada em 2006. Essa política, construída com ampla participação social e seguindo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), teve como objetivo incorporar práticas fundamentadas em concepções integrais de saúde, amplamente reconhecidas pela sociedade. A Política reconheceu que essas práticas já vinham sendo desenvolvidas no SUS, porém como não tinham uma regulamentação específica, essas muitas vezes eram descontínuas e pontuais (BRASIL, 2015).

Tendo em vista o princípio da integralidade e a Política Nacional de Humanização do SUS, a PNPIC reconheceu e incorporou no SUS as seguintes práticas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo social/Crenoterapia e a Medicina Antroposófica. Segundo a PNPIC,

tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio 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. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2015, p. 13).

Passados 10 anos de sua aprovação, foram feitos diversos estudos sobre a sua implementação, destacando a importância de se ampliar a política de forma a incluir outras práticas. Com esse objetivo, foi lançada em 27 de março de 2017 a Portaria nº 849 do Ministério da Saúde, incluindo outras 14 práticas à PNPIC, entre elas a Arteterapia⁵.

Fazendo o diálogo com as Políticas de Promoção da Saúde, Atenção Básica e Educação Popular em Saúde, a portaria reconheceu as novas práticas e definiu que essas deveriam ser implementadas segundo as diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2017).

O processo de implementação da Arteterapia no SUS deve, portanto, seguir as diretrizes da PNPIC. Isso significa que esta deve ser implantada em todos os níveis de atenção do SUS, com prioridade para a Atenção Básica e em equipes multiprofissionais, de forma a garantir um cuidado continuado, humanizado e integral em saúde com vistas ao aumento da resolubilidade do sistema e a racionalização de suas práticas. Para isso, a política ainda destaca que é preciso que se estabeleçam mecanismos de financiamento,

⁵ As outras 13 práticas incluídas na Portaria 849 foram: Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

normas técnicas e operacionais para garantir a implementação dessas práticas, além da sua articulação com outras políticas do SUS e da inclusão desses temas nos processos de Educação Permanente (BRASIL, 2015).

Dentro desse contexto é preciso se perguntar e afirmar: quais contribuições a Arteterapia tem na construção do SUS?

A Arteterapia, segundo a conceituação trazida na Portaria 849/MS, pode ser definida como a prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico (BRASIL, 2017). Entendendo a arte como um processo expressivo e criativo, a Arteterapia propõe o fazer artístico como uma potente ferramenta no processo de acesso e comunicação não verbal de sentimentos e conflitos, auxiliando no processo de produção de novos significados e sentidos à existência, o que favorece o bem estar psíquico tendo importantes impactos na qualidade de vida de uma forma geral (PHILIPPINI, 2017). Nas palavras de Philippini (2013):

a descoberta gradual de eventos psíquicos cujo significado antes era obscuro, amplia possibilidades de estruturação da personalidade, ativa potencialidades e contribui para a construção de modos mais harmônicos de comunicação, interação e 'estar no mundo. (p. 14)

Podendo ser trabalhada com qualquer público em todo o ciclo de vida – sem nenhuma necessidade de domínio dos recursos expressivos, uma vez que esses são utilizados sem preocupações estéticas – a Arteterapia também é adaptável aos mais diversos *settings*, podendo ser desenvolvida com grupos ou em atendimentos individuais, familiares e de casais. Com uma imensa gama de possibilidades de materiais expressivos, a Arteterapia pode ser uma potente ferramenta no apoio a criação de modos de vida mais criativos e significativos, contribuindo na promoção da qualidade de vida a

nível individual e também em processos coletivos. Segundo o material produzido pela União Brasileira de Associações de Arteterapia (UBAAT),

A expressão artística é um caminho que favorece a comunicação de desconfortos ou experiências contraditórias, de difícil comunicação apenas em palavras. As ações de desenhar, pintar, modelar, construir e tantas outras, podem constituir uma experiência pessoal de potencialização de autonomia, uma vez que envolvem um processo ativo de escolha de materiais, estilos, cores, formas, linhas e texturas. Este fazer criativo contribui para fortalecer sentimentos de autonomia e dignidade, que podem ser fatores de importância primordial na adoção, manutenção e fortalecimento de comportamentos saudáveis e sentimentos positivos em relação a si mesmo, favorecendo a recuperação da saúde (PHILIPPINI, 2017, p. 2-3).

A UBAAT, sensível à importância de se pensarem os caminhos de incorporação da Arteterapia no SUS, apontou importantes contribuições dessa prática nos distintos níveis de atenção do SUS, além das políticas de saúde da mulher, do homem, da criança, do adolescente e do idoso e da Rede de Atenção Psicossocial e de Saúde do Trabalhador (PHILIPPINI, 2017).

Diante do exposto, nos parece inegável a imensa contribuição da Arteterapia para a consolidação dos princípios do SUS e da construção de uma clínica ampliada. Porém, dados esses importantes passos de reconhecimento científico e em âmbito legal da Arteterapia no SUS, é preciso começar a refletir sobre quais os caminhos possíveis na consolidação dessas conquistas, pois é fato que entre a regulamentação e a implementação das políticas existe um longo e tortuoso caminho.

Um dos grandes desafios que se impõe é o fato dessas práticas serem reconhecidas sem um aporte financeiro específico que garanta a sua implementação. Isso dificulta sobretudo para os municípios - os grandes responsáveis pela gestão do SUS e seus serviços – pois esses têm sofrido cada vez mais com as restrições orçamentárias impostas pelas políticas de ajuste fiscal e congelamento de investimentos públicos. Como

garantir que se contratem novos profissionais nesse contexto? Como pressionar para que se garanta o financiamento adequado de suas ações, garantindo insumos, materiais e educação permanente para o desenvolvimento e implementação das práticas na rede?

Além desse grande nó, as coordenações dos cursos de Arteterapia têm uma importante missão de começar a refletir sobre a formação de profissionais para atuar no SUS, sendo necessário que se conheçam seus princípios, diretrizes e políticas a fundo para que a prática venha a somar com o processo de construção do SUS. Esse é um grande desafio de todas as PICS, pois estas se consolidaram nos âmbitos privados de atuação, sendo necessário que se revejam e se recriem nesses novos e desafiantes contextos públicos.

Na base de todos esses desafios está a implicação política de todos e todas arteterapeutas que sonham com um maior acesso a essa prática tão potente na construção de modos de vida mais saudáveis e criativos. A conquista do reconhecimento da Arteterapia no SUS é um passo fundamental nessa trajetória, mas o horizonte exige que continuemos a criar os novos passos. Nessa conjuntura cinzenta que vivemos, sem uma articulação e construção conjunta, que passe pela mobilização em torno de pautas específicas articuladas às mais gerais, dificilmente será possível avançar no rumo que o desejo aponta. Mas tendo a certeza de que esse movimento de repensar a saúde é muito mais amplo e antigo, muito maior do que uma prática ou categoria específicas, podemos vislumbrar centelhas de esperança. De mãos dadas com todos que acreditam no SUS e no projeto de sociedade que está por trás de sua criação, a Arteterapia pode somar-se nessa construção, contribuindo com suas cores e toda a sua potência criativa.

Data de recebimento: 06.11.2017

Data de aceite: 22.02.2018

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia de Saúde da Família. Em: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Hucitec, 2006. p. 783-836.
- BARRETO, A. F. Práticas integrativas em saúde: uma breve introdução. Em: BARRETO, A. F. (Org.). **Práticas integrativas em saúde**: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Ed UFPE, 2014. p. 13-19.
- BARROS, N. F. de. Práticas integrativas em saúde: a margem, o núcleo e a ambivalência. Em: BARRETO, A. F. (Org.). **Práticas integrativas em saúde**: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Ed UFPE, 2014. p. 49-60.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 849 de 27 de março de 2017**. Brasília, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2ª ed. Brasília, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. De S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. 118p.
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. Em: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: historia, avanços e desafios. **The Lancet**, (Série Brasil), mai. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em 28 out. 2017.
- PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 144p.
- PELIZZOLI, M. L. Visão histórica e sistêmica: bases para o paradigma sistêmico em saúde. Em: BARRETO, A. F. (Org.). **Práticas integrativas em saúde**: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Ed UFPE, 2014. p. 23-48.

PHILIPPINI, A. **Para entender a Arteterapia**: cartografias da coragem. Rio de Janeiro: Wak, 2013.

PHILIPPINI, A. (Org). **Contribuição da Arteterapia para a atenção integral do SUS**. Rio de Janeiro: UBAAT, 2017. 16p.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. Em: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 255-262.

PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R.; GUIZARDI, F. L. Cidadania no cuidado: um ensaio sobre os caminhos de se (re)pensar a integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Em: BARRETO, A. F. **Integralidade e saúde**: epistemologia, política e práticas de cuidado. Recife: Ed. UFPE, 2011. p. 75-94.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. Em: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Hucitec, 2006. p. 531-562.