

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE/RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA PINHEIRO DOS SANTOS

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS EM
SAÚDE MENTAL**

MOSSORÓ/RN
2018

JULIANA PINHEIRO DOS SANTOS

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS EM
SAÚDE MENTAL**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança de Mossoró - FACENE, como exigência
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ma. Rubia Mara Maia Feitos

MOSSORÓ
2018

S237p

Santos, Juliana Pinheiro dos.

A percepção dos usuários acerca das oficinas terapêuticas em saúde mental/ Juliana Pinheiro dos Santos. – Mossoró, 2018.

50f.

Orientador: Prof. Ma. Rúbia Mara Maia Feitosa

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Oficinas terapêuticas. 2. Saúde mental. 3. Enfermagem. I. Título. II. Feitosa, Rubia Mara Maia Feitosa.

CDU 616.89

JULIANA PINHEIRO DOS SANTOS

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS EM
SAÚDE MENTAL**

Projeto apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN)
como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Rubia Mara Maia Feitosa (FACENE/RN)
ORIENTADORA

Prof^a. Esp. Livia Helena Morais de Freitas Melo (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof^a Esp. Kisia Cristina de Oliveira Melo
MEMBRO

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força e saúde para superar todas as dificuldades, a minha orientadora Prof.^a Ms. Rubia Mara Maia Feitosa por todo suporte, paciência, correções e incentivos. A minha família por todo amor, apoio e incentivo, principalmente a minha mãe que se não fosse por ela não teria chegado até aqui. Ao meu noivo Andrier Varela que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e me incentivou nos momentos difíceis. Aos meus amigos Raelly Emanuella, Evandeson Vicente, Yasmin Leones e Franciaria Rodrigues que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

RESUMO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), localizado no município de Assú/RN. Participaram do estudo 10 usuários que se encontram em atendimento no referido serviço de saúde. A entrevista semiestruturada foi utilizada como instrumento de coleta de dados. A escolha destes usuários ocorrerá de forma não probabilística, por conveniência. A pesquisadora realizará uma visita ao local da pesquisa com o objetivo de conversar e entregar uma carta-convite aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão da pesquisa. Os usuários serão entrevistados em uma sala reservada e confortável. Os dados coletados serão avaliados através da Análise de Conteúdo na perspectiva de interpretar o fenômeno estudado. A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, localizado no município de João Pessoa, Paraíba. A pesquisa foi elaborada conforme a Resolução nº 466/12 que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Além disso, os pesquisadores respeitaram os preceitos da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 0564/2017, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Palavras-chave: Oficinas terapêuticas. Saúde mental. Enfermagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO	8
3. REFERENCIAL	9
3.1 REFORMA PSIQUIATRA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	9
3.2 OFICINAS TERAPÊUTICAS	12
4. METODOLOGIA	16
4.1 TIPO DA PESQUISA.....	16
4.2 LOCAL DA PESQUISA	16
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	17
4.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	18
4.5 ANALISE DE DADOS	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	22
4.7 FINANCIAMENTO	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
6. CONCLUSÃO.....	37
7. CRONOGRAMA	39
8. ORÇAMENTO	40
REFERENCIAS	41
APÊNDICES.....	45

1 INTRODUÇÃO

Até poucos anos a condição psiquiátrica no Brasil era dramática. O juízo expresso pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde era negativo: um quadro de ineficácia, ineficiência, baixa qualidade e violação dos direitos humanos.

A experiência de reforma psiquiátrica foi iniciada, no Brasil, na década de 1970 e deu origem a diversas transformações sociais, permitindo a emergência de um novo modelo de assistência em saúde mental. A lei n.10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2001, além de garantir direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais, redirecionou o modelo de assistência psiquiátrica, priorizando o atendimento comunitário e extra-hospitalar (BRASIL, 2001).

Estas reformas buscaram romper com o modelo clássico da psiquiatria desenvolvido por Pinel, que mantinha o foco na doença e centralizava as intervenções no âmbito hospitalar, que culminou na institucionalização da loucura. As inovações apresentadas por estes modelos reformistas ligam a assistência a pessoas em sofrimento psíquico ao coletivo e ampliam as intervenções para o âmbito familiar e comunitário (AMARANTE, 1995; SCHECHTMAN E ALVES, 2014).

Esses serviços devem estar voltados para a superação do manicômio como expressão da tutela e da coerção (AMARANTE, 2007), constituindo-se como espaços de cuidado e trocas sociais, desenvolvendo ao máximo suas atividades no território a fim de construir uma rede de relações com a comunidade na qual estão inseridos, favorecendo os processos de autonomia. A reforma psiquiátrica brasileira teria, portanto, como marca distintiva, o reclame pelo exercício da cidadania (TENÓRIO, 2002)

Desde a aprovação da lei, vários serviços e práticas vêm sendo desenvolvidos de forma heterogênea em todo o país, o que permite dizer que são muitas as reformas, não apenas na diversidade de práticas e teorias como naquilo que pretendem reformar. Considerando a heterogeneidade e a complexidade das mesmas, poderíamos denominar tal processo como 'as' reformas psiquiátricas ao invés de 'a' reforma (FONSECA, 2007; ANDRADE, 2012).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de "proposta alternativa" e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental.

Para Alves (2001), um dos dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial são os Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade. Fazem, pois, surgir importantes questões na própria organização do SUS. Prestam atendimento especializado dos casos de transtornos mentais e são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes nas unidades de internação nos hospitais gerais. Podem atuar em nível de atenção primária, no acompanhamento e apoio matricial de casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), perpassando, portanto, todos os níveis de complexidade da rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) os CAPS devem contar com uma equipe multiprofissional formada por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva.

O CAPS é tido como serviço estratégico e central, responsável pelo atendimento diário de uma parcela dos usuários e pela organização dos outros pontos da rede de saúde mental. No modelo asilar, o tratamento é feito essencialmente pelo médico. Intervenções grupais, como as Oficinas Terapêuticas, ficam em lugar secundário, de mera ocupação do tempo. Com a Reforma Psiquiátrica, as Oficinas ganharam destaque, voltando seu foco para a expressão subjetiva, reintegração social, produção de autonomia e de cidadania (GUERRA, 2004).

O estudo é relevante na medida em que pesquisadora tem a pretensão de fortalecer os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileiro, elegendo o CAPS como sendo um dos principais serviços substitutivos de atendimento aos pacientes em saúde mental. Neste local, várias atividades terapêuticas são ofertadas como, por exemplo, as oficinas terapêuticas, possibilitando aos usuários maior autonomia no tratamento e inserção destes no meio familiar e social. Assim, considera-se importante a criação destes centros de atenção e sua expansão em todo o território a fim de que os mesmos estejam cada vez mais próximos das famílias dos doentes.

Enquanto aluna de graduação em enfermagem, percebo que os grupos terapêuticos seja uma das melhores ferramentas de ressocialização para os pacientes com transtornos mentais graves, pois neles os profissionais de saúde estimulam a produção psíquica.

Nesta perspectiva o trabalho traz a seguinte indagação: Qual a percepção dos usuários acerca das oficinas terapêuticas em saúde mental?

Acredita-se que na percepção dos usuários as oficinas terapêuticas podem constituir-se enquanto espaços de lazer, construção de vínculos e produção de conhecimentos, possibilitando-os viver com melhor qualidade de vida e autonomia. Além disso, estimula à produção de algo útil para si e para a coletividade a sua volta, o que poderá levá-lo a um processo de reabilitação psicossocial mais efetivo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar a percepção dos usuários acerca das oficinas terapêuticas em saúde mental

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever, a partir do olhar dos usuários, as oficinas terapêuticas que são ofertadas no Centro de Atenção Psicossocial
- ✓ Identificar o significado para os usuários, acerca das oficinas terapêuticas desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial
- ✓ Perceber o discurso dos pacientes sobre a qualidade das oficinas terapêuticas desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Reforma Psiquiátrica e os Serviços Substitutivos

Por longos anos, o louco era sinônimo de perturbação, um ser perigoso que não poderia circular nas ruas. Seu espaço deveria ser apenas um, os manicômios. Lá a sua vida estaria condicionada aos muros da internação. Nesta perspectiva, os manicômios consagram-se, oficialmente, como sendo local de atuação da psiquiatria, cujo saber destina-se ao tratamento da loucura.

No entanto, a adoção desse modelo estava marcada mais pela exclusão dos loucos do meio social do que garantir a estes um processo de tratamento digno. Houve relatos frequentes de abusos contra os pacientes psiquiátricos internados, as condições precárias de trabalho nos manicômios, a ineficácia do tratamento, o elevado custo e a maciça privatização da assistência psiquiátrica (BARROSO; SILVA, 2011).

As críticas a esse modelo ganharam força e proporções cada vez maiores, especialmente na Europa e, culminaram, a partir da década de 1950, em um movimento político-social chamado de desinstitucionalização psiquiátrica. Esse movimento objetivou à humanização do atendimento aos pacientes psiquiátricos, a busca pelos direitos civis e humanos das pessoas com sofrimento psíquico e, além disso, a substituição do modelo manicomial por outros serviços de saúde de base territorial, promovendo assim, a reinserção familiar e social do paciente (GOULART; DURÃES, 2010).

Para Basaglia (1985), a desinstitucionalização vai muito além de desospitalização e construção de serviços alternativos. Implica uma mudança não apenas das instituições, mas, antes de tudo, das práticas, ou seja, implica uma desconstrução da própria psiquiatria.

O contexto brasileiro de internação dos pacientes não diferia dos países ocidentais. Os trabalhadores brasileiros de saúde mental, na década de 70, manifestaram-se fortemente contra as condições desumanas de tratamento destinadas aos pacientes e com o modelo de privatização em saúde mental. Essas denúncias, envolvendo internações compulsórias e maus-tratos, levaram a comparações das instituições manicomiais com campos de concentração nazistas (SILVA, 2002; COGA; VIZZOTTO, 2003).

Sob protestos e reivindicações dos trabalhadores de saúde mental, pacientes e estudantes construíram bases para o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Também propuseram modificações na legislação, objetivando o processo de desinstitucionalização. Esse conceito sustentou, epistemologicamente, um confronto entre as lógicas e éticas que fundamentam ações

e saberes constitutivos, por um lado, do modelo psiquiátrico clássico e, por outro, do modo de atenção psicossocial (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001)

As lideranças do movimento reformista brasileiro, também orientou a desinstitucionalização para a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levassem à segregação, estigma e destituição de direitos da pessoa com transtorno mental. Vincula-se à tradição italiana construída por Franco Basaglia, exigindo a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus familiares.

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.

Nesta perspectiva, em 1989, o governo por meio do projeto de Lei Paulo Delgado, passa a concretizar os objetivos da reforma psiquiátrica: a desinstitucionalização e a superação do modelo manicomial, privilegiando a construção de estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico (HP). Desta forma, regulamentou o financiamento e a implantação de novos serviços, tendo em vista a construção de redes de atenção à saúde mental, compostas por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços municipais com atendimento diário a pessoas com sofrimento psíquico intenso e contínuo, com atendimento clínico e buscando a reinserção social; leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, para o acolhimento ao sujeito em crise; Centros de Convivência e Cultura, espaços de sociabilidade e produção cultural, articuladores da cultura com o dia a dia dos sujeitos com sofrimento psíquico e sua comunidade; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), moradias para egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou outros em situação vulnerável.

Estas redes devem atender às necessidades dos sujeitos com sofrimento psíquico possibilitando o convívio dos pacientes com a sua família e a comunidade, evitando a cronificação do sofrimento psíquico por meio das internações. Dessa forma, o Ministério da Saúde implanta no campo da saúde mental, pela Portaria n. 3.088 de 2011, o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011),

Para Alves (2001), um dos dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial são os Centros de Atenção Psicossocial. Por serem comunitários, esses serviços estão inseridos em determinada cultura, num território definido, com dificuldades, problemas e potencialidades. São locus onde as crises precisam ser enfrentadas, crises oriundas de uma teia complexa de aspectos individuais, familiares e sociais. São serviços destinados a

articular as ações de saúde mental em rede e junto à atenção básica (Programa Saúde da Família - PSF), ambulatoriais, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Tais serviços devem estar interconectados com os demais serviços do sistema de saúde, evitando a fragmentação dos atendimentos. Centro de gravitação dos atendimentos em saúde mental, e o PSF, serviços de atendimento de saúde em geral, os CAPS precisam estar articulados com vistas a facilitar o planejamento de ações na respectiva área distrital de cobertura, principalmente no tocante às visitas domiciliares e às intervenções clínicas na rede de suporte social e de inter-relações pessoais significativas do usuário do serviço (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

Dentre as estratégias de tratamento oferecida no CAPS, estão as oficinas terapêuticas, que representam uma importante ferramenta de ressocialização e inserção individual e coletiva, na medida em que possibilita o trabalho, o agir e o pensar coletivo, em uma lógica de respeito à diversidade e à subjetividade e de estímulo à capacidade de cada pessoa.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001, p. 12)

Quando se trata de conceituar Reabilitação Psicossocial é consenso entre os especialistas de que se trata de uma estratégia e uma vontade política de cuidados para pessoas vulneráveis socialmente, no sentido de que essas consigam gerenciar suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando o processo de trocas sociais, a restituição plena dos direitos, das vantagens e das posições que essas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se as

barreiras fossem minimizadas ou desaparecessem (BERTOLOTE, 2001; PITTA, 2001; KINOSHITA, 2001).

Para Delfini; Dombi-Barbosa, Fonseca, Tavares e Reis (2009) e Ronchi e Avellar (2010) é preconizado que o atendimento ao sujeito que apresenta sofrimento psíquico possa encontrar respaldo numa rede articulada de serviços de saúde. Nesse sentido, o CAPS é um dos equipamentos que, inserido no território e articulado a todos os recursos disponíveis, deve buscar contribuir para a ampliação da autonomia e inserção social da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) os CAPS devem contar com uma equipe multiprofissional formada por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros.

3.2 Oficinas Terapêuticas

As oficinas terapêuticas são dispositivos de reabilitação psicossocial destinados a usuários psiquiátricos, que visam tanto o estímulo à criatividade, quanto a produção de objetos que pudessem circular na cultura ou no mercado, além de contribuir para a estabilização clínica de seus usuários através de sua reinserção social pelo trabalho e/ou pela convivência (GRECO, 2008, p.84).

De acordo com Cedraz e Dimenstein (2005) as oficinas representam estimulantes da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, melhorando a interação dos usuários com o meio social em que eles vivem, seja com a família, trabalho, cultura, etc. Dessa maneira, as oficinas terapêuticas são a estratégia por meio da qual a reabilitação psicossocial deve se realizar. As oficinas podem ser: expressivas (espaços de expressão corporal, verbal, musical e artística), geradoras de renda (possibilitando o aprendizado de atividades que podem servir como fonte de renda) ou de alfabetização (destinada aos que não foram inseridos no mundo letrado).

Silva e Alencar (2009) apontam que a partir da reforma psiquiátrica, as oficinas terapêuticas tornaram-se dispositivos obrigatórios para a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços em saúde mental. Elas possuem uma função variável para cada usuário, de outro modo, a sua função dependerá de como o paciente irá se relacionar com o material oferecido pela oficina. Além disso, o modo como o usuário acolhe, se envolve nas atividades torna-se um elemento importante para que os profissionais possam qualificar o objetivo da oficina.

Nesta perspectiva, é essencial que estes utilizem a sua capacidade de escuta e percebam aquilo o que eles gostam, satisfaçam enquanto sujeitos e não apenas objetos de atuação. Há aqueles que podem se comunicar pela escrita, pela arte, pela identificação, entre outros. É

importante que os pacientes sejam concebidos como seres capazes, deslocando-os de uma posição de deficitários, infantilizados, incapazes, para a de sujeitos responsáveis pelas produções que realizam, sejam elas delírios, atos, obras ou outras. Tudo o que for produzido pelo paciente poderá estar relacionado com o seu trabalho psíquico, e isto é mais importante do que a aceitação social de sua produção, no sentido estético.

A concepção de autonomia possível, como linha-mestra do "projeto terapêutico" dos CAPS (LEAL; DELGADO, 2007), ajudou a construir, em parceria com os familiares, as perguntas relacionadas à autonomia dos próprios cuidadores. As experiências de grupos de ajuda mútua, que vêm sendo implantados no Brasil, especialmente através do trabalho liderado por Vasconcelos (2011; 2011a), constituíram referência decisiva. A construção ativa da solidariedade entre pessoas que têm problemas comuns, abraçada com entusiasmo pelos familiares parceiros, permitiu estabelecer correções de rumo no percurso da intervenção.

De acordo com Juca, Lima e Nunes (2008) no contexto da reforma psiquiátrica, as oficinas surgem como via de expressão e elaboração de ideias e afetos, como um espaço de aprendizagem e como espaço de promoção de atividades culturais.

As oficinas terapêuticas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse do usuário (e é essa proposta que defendemos), das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício do coletivo da cidadania. (BRASIL, MS, 2004, p.23).

Algumas atividades são específicas de determinados profissionais, porém as mais importantes, aquelas realizadas individualmente ou em grupo que implicam escuta, acolhimento, estímulo para a vida, para a autonomia, para a cidadania cabem a todos" (ROCHA, 2005, p.354).

A participação de uma equipe multidisciplinar proporciona aos usuários possibilidades de estabelecer mudanças no seu estilo de vida, flexibilidade, criatividade e novas formas de encarar seus objetivos.

Os enfermeiros e os demais profissionais de saúde têm enfatizado a importância de preservar suas especificidades, mantendo as diferenças técnicas, embora entenda a necessidade de tornar mais flexível a divisão do trabalho nos serviços substitutivos de saúde mental. O "trabalho na equipe interdisciplinar não pretende abolir aquilo que é específico dos vários

profissionais; eles continuam a realizar as ações que lhes são próprias, assim como executam aquelas que são comuns a todos” (PEDUZZI, 2001, p. 105).

O trabalho dos profissionais de saúde no CAPS atualmente é direcionado ao cuidado com a promoção da qualidade de vida e com a constituição de sujeitos responsáveis por suas escolhas. Uma prática voltada para a reabilitação de sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes. São cuidados que vão além da administração de medicamentos, alimentação, higiene e supervisão.

De acordo com Saraceno (1999, p.68), “é um processo de reconstrução, um exercício de cidadania e, também de maior contratualidade nos três cenários: habitat, rede social e trabalho”. A contratualidade social diz respeito às trocas sociais que o indivíduo faz em sociedade, para atingir a liberdade de decidir sobre o que é melhor para si.

As oficinas têm como objetivo que cada usuário não seja visto como fraco ou forte no mesmo espaço, mas que participem realizando trocas matéricas e afetivas, trazendo para o centro da discussão de que não precisam ser mais fortes ou diferentes para estarem inseridos na sociedade.

Cruz e Fernandes (2012) fazem uma reflexão sobre as oficinas terapêuticas utilizadas nos CAPS. As autoras apontam que as oficinas devem ter por objetivo dar maior expressão e possibilidades de fala aos usuários através de pintura, costura, desenhos, entre outros. Em contrapartida, se a oferta da fala aumenta, a oferta da escuta também precisa aumentar, sendo assim, a equipe multidisciplinar que atende aos usuários tem que dar um destino específico a cada uma destas falas que trazem problemáticas singulares de cada indivíduo.

Tais oficinas devem promover a convivência, a socialização e a cidadania dos pacientes, entretanto, outros recursos devem ser empregados para que lhes seja talvez possível um dia o usufruto, de fato, dessa convivência e desse meio social que estão sendo-lhes ofertados pela dimensão política da reforma psiquiátrica.

Os encontros não necessariamente precisam acontecer dentro do CAPS, é importante que também sejam realizados na comunidade, havendo assim interação dos usuários com a sociedade. Dessa forma realizando um dos seus principais objetivos, a interação do grupo com a mesma.

Neste novo modelo de atenção à saúde mental, entende-se que as oficinas terapêuticas não devem possuir o sentido da ocupação e do entretenimento, e sim de serem promotoras da reinserção social por meio de ações que podem envolver o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito, para que não voltemos a cair numa nova institucionalização, que pode vir a criar outros crônicos (COSTA; FIGUEIREDO, 2008, p.8).

O Indicador de Qualidade de Projeto (IQP) é uma tecnologia registrada pelo Banco de Tecnologia Social do Banco do Brasil e foi a metodologia escolhida para orientar a discussão desse trabalho, visto que pode nos ajudar a refletir e identificar se os dispositivos em saúde mental atendem às necessidades de tratamento dos usuários, ou seja, se há qualidade na realização do dispositivo que lhes está sendo oferecido.

Os Indicadores de Qualidade de Projetos (IQPs) foram propostos inicialmente por Rocha (2000a), fundador do Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento (CPCD), juntamente com a equipe de educadores dessa mesma Organização Não-Governamental (ONG), localizada em Belo Horizonte (MG), tendo como desafio, à época, avaliar projetos de educação baseados em doze macro indicadores: Harmonia, Eficiência, Protagonismo, Dinamismo, Felicidade, Estética, Oportunidade, Transformação, Criatividade, Cooperação, Coerência e Apropriação.

Os Indicadores de Qualidade de Projeto foram discutidos com a finalidade de avaliar o alcance, ou não, dos objetivos dos projetos do CPCD, uma vez que uma das maiores dificuldades que a equipe encontrava era avaliar os objetivos intangíveis dos daqueles projetos, de modo a substanciar os seus relatórios finais. A equipe de educadores questionava-se, por exemplo, como poderia medir alegria, auto-estima, prazer ou aprendizagem lúdica, que se colocavam como objetivos a serem atingidos. A partir daí o nível das suas discussões aumentou e melhorou, visando obter respostas para suas perguntas.

Essa metodologia atendeu à necessidade de avaliar a qualidade dos projetos que o CPCD realizava com crianças em idade escolar e adolescentes, cujos relatórios realizados pelos educadores traziam grande riqueza de dados, por sua natureza subjetiva (ROCHA, 2000b). Portanto, também pode ser utilizada para auxiliar na aproximação das características de qualidade das oficinas terapêuticas em saúde mental onde são produzidos resultados de natureza subjetiva, visivelmente valorizados pelos usuários.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo da pesquisa

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Gil (2008) esclarece que a pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. Ao final de uma pesquisa exploratória, você conhecerá mais sobre aquele assunto, e estará apto a construir hipóteses. Como qualquer exploração, a pesquisa exploratória depende da intuição do explorador (neste caso, da intuição do pesquisador). Por ser um tipo de pesquisa muito específica, quase sempre ela assume a forma de um estudo de caso.

As pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Por exemplo, quais as características de um determinado grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade etc. Ao final de uma pesquisa descritiva, você terá reunido e analisado muitas informações sobre o assunto pesquisado (GIL, 2006).

Minayo (2008) destaca que na pesquisa qualitativa é preciso reconhecer a complexidade do objeto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de coleta de dados adequadas e, por fim, analisar todo o material de forma específica e contextualizada. A pesquisa qualitativa, o estudo da experiência humana deve ser feito entendendo que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos.

4.2 Local de Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Assú/RN. Esta cidade está localizada a uma distância de 213 km da capital do estado, Natal. Conforme os dados de 2011 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que estimou 53.245 habitantes (IBGE, 2013).

A cidade está inserida na 8ª região de saúde do Estado do Rio Grande do Norte. Esta região contempla 12 municípios: Alto do Rodrigues, Assú, Espírito Santo do Oeste, Itajá, Ipangaçu, São Rafael, Pendências, Angicos, Fernando Pedroza e Afonso Bezerra.

A Rede de Atenção Psicossocial é formada pelas Estratégias de Saúde da Família, pelo Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Regional e Serviço Móvel de Urgência e Emergência.

Figura 1 – CAPS I - ASSÚ

8ª Região de Saúde - Assú



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte RN. Ano de vigência 2010-2011.

O estudo aconteceu no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I). Este serviço de saúde conta com uma equipe multidisciplinar composta por: 1 médico, 2 enfermeiros, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 psicopedagoga, 4 profissionais de nível universitário e 4 profissionais de nível médio. Atualmente oferta atendimentos a 52 pacientes intensivos, 80 semintensivos e 30 ativos no serviço diariamente.

A escolha pelo Centro de Atenção Psicossocial I deu-se por ser, atualmente, o único localizado na cidade, além disso, se constitui o município de residência da pesquisadora.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

A população do estudo em questão foi 10 usuários do Centro de Atenção Psicossocial que se encontram em atendimento semintensivo. A escolha destes usuários ocorrerá de forma não probabilística, por conveniência.

Como critérios de inclusão serão adotados: usuários maiores de 18 anos de idade, aqueles que estiverem, no período da pesquisa, participando ativamente de uma das oficinas terapêuticas ofertada pelo CAPS, estar admitido no CAPS há, pelo menos, um mês.

Como critérios de exclusão serão empregados: usuários que não tiverem condições físicas e psíquicas para participar da pesquisa, aqueles que não aceitarem participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 Procedimento para coleta dos dados

Os dados foram coletados durante o semestre de 2018.2, após o projeto ter recebido aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Posteriormente, a pesquisadora realizou uma visita ao local da pesquisa com o objetivo de conversar e entregar uma carta-convite aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão da pesquisa.

A carta-convite foi um documento informal para que eles possam previamente compreender os objetivos do estudo, metodologia utilizada, riscos e benefícios. Os mesmos poderão, neste momento, tirar dúvidas com a pesquisadora sobre o objeto de estudo. Os usuários que concordarem em participar da pesquisa receberam, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, junto com a pesquisadora agendaram o dia e o horário para que se possa realizar a entrevista. A mesma ocorreu nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial.

Ressalta-se que foi priorizado um horário que não atrapalhe as normas e rotinas da unidade. Para minimizar o desconforto e constrangimento durante a coleta de dados, os usuários foram entrevistados em uma sala reservada e confortável.

O instrumento de coleta para obtenção dos dados foi o roteiro de entrevista semiestruturada. Esta é um instrumento de pesquisa qualitativa que combina perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. As perguntas formuladas servem para os pesquisadores identificar os pontos necessários aos objetivos da pesquisa. Embora, o pesquisador faça uso de um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, podendo, conforme as falas dos entrevistados, elaborar novas indagações (GIL, 2006).

A entrevista semiestruturada é o tipo comum de técnica de coleta de dados em pesquisa e tem por finalidade obter informações verbais de uma parcela representativa de uma população,

atender os objetivos da pesquisa; auxilia, com o roteiro, na coleta de dados e ajuda a motivar o entrevistado (GIL, 2006).

A entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2008).

A entrevista é uma oportunidade de conversa face a face, utilizada para “mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes”, ou seja, ela fornece dados básicos para “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações” em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram desenvolvidas por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), com 23 perguntas, abrangendo todos os norteadores de qualidade de oficinas terapêuticas em saúde mental, aqui representado pelos mesmos nomes dos Indicadores de Qualidade de Projetos (IQPs, a saber: Harmonia, Felicidade, Protagonismo, Eficiência, Coerência, Oportunidade, Dinamismo, Estética, Cooperação, Criatividade, Transformação e Apropriação.

Para facilitar a descrição futura dos dados, foi construído um quadro contendo as perguntas para cada norteador de qualidade das oficinas terapêuticas em saúde mental mediante utilização dos IQPs como orientadores, partiu-se das perguntas para chegar aos norteadores.

1. Como se dá a relação de vocês com a coordenadora no dia-a-dia das Oficinas? E com os outros participantes? 2. Quando há uma discussão, como é resolvida?	Harmonia
3. Você consegue desenvolver suas atividades diárias com mais facilidade, depois de freqüentar as Oficinas? Por quê?	Eficiência
4. Você decide o que vai fazer e como vai fazer durante as oficinas? Alguém na Oficina interfere na sua decisão? Como?	Protagonismo
5. Se ocorrer algo que não você não espera durante a oficina, como você resolve? 6. Quando você não quer fazer a atividade proposta na oficina, o que faz?	Dinamismo
7. Como você se sente quando está nas Oficinas? Sente-se feliz? Por quê? 8. O que precisa acontecer para você ficar feliz em uma Oficina?	Felicidade
9. O que você acha das coisas que produz nas Oficinas? O que costuma fazer com elas?	Estética

10. Você acha importante estar limpo e arrumado quando vem para as Oficinas?	
11. Você aprendeu algo que não sabia anteriormente à sua participação nas Oficinas? 12. O que motiva você a concluir a atividade proposta nas Oficinas? 13. Você passou a conhecer mais pessoas e/ou outros lugares, fora do CAPS, depois que começou a participar das Oficinas?	Oportunidade
14. Mudou alguma coisa na sua vida depois que você começou a participar das Oficinas? Como você considera esta mudança: para melhor ou para pior? Por quê?	Transformação
15) O que você desenvolve nas Oficinas – são coisas diferentes ou sempre parecidas?	Criatividade
16. Você empresta o material que está utilizando durante as Oficinas que participa? 17. Ajuda aos colegas que têm dificuldade?	Cooperação
18. Você acha que as coisas que são realizadas nas oficinas podem ser úteis para você? Por quê? 19. O que você aprende aqui, você desenvolve em outro lugar? Onde? 20. Você respeita o trabalho dos outros nas Oficinas?	Coerência
21. Como você cuida do lugar onde acontece as Oficinas? Faz alguma coisa para melhorar esse(s) lugar(es)? 22. Cada um possui um espaço nas Oficinas, ou tudo é de todos?	Apropriação

Ressalta-se que será acrescentado ao roteiro de entrevista informações para compor o perfil do usuário: 1) idade, sexo, grau de instrução, diagnóstico, quanto tempo frequenta o CAPS e tempo que os usuários frequentam as oficinas terapêuticas; 2) uma pergunta sobre o motivo que os levou a frequentar as oficinas terapêuticas.

As entrevistas foram gravadas em um MP3. As transcrições das falas levarão em consideração o sigilo dos entrevistados que serão identificados com pseudônimos. Após a coleta de dados, o primeiro passo percorrido será o do processo de análise da transcrição, na íntegra, dos depoimentos.

As informações colhidas das entrevistas serão armazenadas em um computador do tipo notebook e pen drive da autora da pesquisa, bem como em um CD-ROOM o qual será guardado em armário pessoal da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos, nas dependências da Faculdade Nova Esperança, Campus Mossoró. Após esse período, os dados armazenados

4.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram avaliados através da Análise de Conteúdo na perspectiva de interpretar o fenômeno estudado. Análise de conteúdo define-se como sendo um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto” (BARDIN, 1994).

A técnica de análise de conteúdo surgiu através de uma longa abordagem de textos. Tal prática interpretativa destacou-se a partir do início do século XX, pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas. A análise de conteúdo passa a ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1994).

Na análise de conteúdo o texto é um meio de expressão do sujeito, onde analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (CAREGNATO, 2006).

A análise de conteúdo apresenta-se em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise: configura-se como um momento inicial, o primeiro contato do pesquisador com os seus dados e informações, devendo este, portanto, fazer a organização do material para análise, de modo a auxiliar na compreensão dos fenômenos estudados. Também é o momento de definir elementos como unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias de acordo com os objetivos a que a pesquisa se propõe (CAREGNATO, 2006).

A exploração do material: também chamada de categorização, consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, onde o material reunido constitui-se como sendo o corpus da pesquisa, orientando o levantamento de hipóteses, surgindo a partir disto, sínteses coincidentes e divergentes de ideias entre as hipóteses e o referencial teórico (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2017).

Tratamento dos resultados: esse é o momento aonde o pesquisador irá “conversar” com as informações trazidas pelos participantes, fazendo uso do conhecimento previamente adquirido através do referencial teórico utilizado. A partir disso, surgem os resultados da interpretação frente às informações colhidas, sendo esta a etapa de análise dos dados propriamente dita (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2017).

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE e aprovada sob o número CAEE: 01195218.7.0000.5179 localizado no município de João Pessoa, Paraíba.

A pesquisa foi elaborada conforme a Resolução nº 466/12 que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Serão respeitados os direitos legais e jurídicos dos sujeitos envolvidos em pesquisas com seres humanos, os quais se encontram em vigor na legislação brasileira da Resolução nº 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Além disso, os pesquisadores respeitaram os preceitos da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 0564/2017, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Foi fornecido para os usuários do CAPS, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que conteve informações sobre: os objetivos da pesquisa e a explanação dos riscos e benefícios a quão estarão expostos. Foi fornecido individualmente aos participantes da pesquisa para assinatura que implicará a participação livre e voluntária, podendo ainda, estes desistir, a qualquer momento, da pesquisa sem que tenham nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa ao participarem da entrevista foram expostos a riscos, tais como: sentimento de invasão de privacidade, medo que suas respostas sejam expostas ao público, além de sentirem-se julgados em relação ao conteúdo abordado, mesmo este tendo um caráter subjetivo. Porém, estes riscos serão minimizados por meio do sigilo quanto à identificação da participante da pesquisa.

As estratégias que foram utilizadas para a minimização de tais riscos estão dispostas no quadro abaixo.

Quadro 1: Estratégias para minimização dos riscos

Riscos	Estratégias para minimização dos riscos
Riscos de Ordem Física	Assegurar que a entrevista ocorra de forma breve e agradável aos participantes. A pesquisadora emitirá pausas durante a entrevista para que os usuários se sintam à vontade e dispostos a continuarem respondendo às perguntas. Poderão agendar outro dia para finalizar as respostas.

<p>Riscos de Ordem Emocional</p>	<p>Garantir a confidencialidade dos dados e o total anonimato dos participantes. Buscará formar vínculo, visando a criação de um elo de confiança entre pesquisador e participante.</p>
---	---

Fonte: Elaborado pelo autor desta pesquisa.

Ao participar da pesquisa os usuários expressaram seus sentimentos em relação as oficinas terapêuticas, dando sugestões para enriquecer as atividades e as metodologias desenvolvidas. Esse momento, proporcionou que os usuários sejam sujeitos ativos no seu processo de tratamento, potencializando meios para valorização de suas capacidades e o ato criativo nas oficinas terapêuticas.

Além disso, suas falas contribuíram para a elaboração de uma ferramenta formal para que a equipe de saúde do CAPS reflita sobre a avaliação que eles realizaram sobre as oficinas em saúde mental: metodologias utilizadas, o que mais motiva o usuário em determinada oficina, o que poderia melhorar etc. Dessa forma, há possibilidade de o trabalho servir como ferramenta para mudanças no processo de trabalho dos profissionais, fortalecendo os aspectos positivos e (re)significando os negativos.

Os usuários do CAPS tiveram direito em desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que sofram nenhum dano ou prejuízo em relação a sua desistência.

4.7 Financiamento

Os custos do projeto apresentado e descrito serão de total responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) disponibiliza o seu acervo bibliográfico, orientadora, banca examinadora e preparação didática disciplinar na realização da construção da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Motivos citados pelos usuários a frequentar as oficinas terapêuticas

Quando os usuários foram interrogados acerca do que levou cada um a frequentar as oficinas terapêuticas observa-se que quatro deles mencionaram o significado de se sentirem com a mente ocupada, enquanto os demais usuários referiram indicação terapêutica para continuação do tratamento e socialização.

Cruz e Fernandes (2012) fazem uma reflexão sobre as oficinas terapêuticas utilizadas nos CAPS. As autoras apontam que as oficinas devem ter por objetivo dar maior expressão e possibilidades de fala aos usuários através de pintura, costura, desenhos, entre outros. Os usuários participam das oficinas visando também distraírem-se, passarem o tempo e aprenderem:

As brincadeiras distraem, gosto de estar aqui (P1).

São a minha gente, tem o mesmo problema, quase todos. Estamos aqui pra aprender também, colocar a mente em um desenho que eu faço, numa pintura que perco tempo, não perco, mas ganho uma mente ocupada, mente desocupada é escritório do satanás dizia o bispo da igreja de Jesus Cristo (P2).

O sentido de não pensar em nada é o de se afastar da dor decorrente de pensamentos ruins, negativos. Nas oficinas do CAPS, em Assú, os usuários tentam não pensar em nada ocupando a mente com as atividades e conversas do grupo. Os usuários buscam um distanciamento dos pensamentos causadores de dor, tristeza ou sofrimento.

P7: Pra ver se eu menti feliz e pra distrair minha cabeça, pra colocar minha cabeça pra funcionar, pra saber como está indo minhas ideias (P7).

Pra ocupar a minha mente (P10)

De acordo com Juca, Lima e Nunes (2008) no contexto da reforma psiquiátrica, as oficinas surgem como via de expressão e elaboração de ideias e afetos, como um espaço de aprendizagem e como espaço de promoção de atividades culturais.

Os demais usuários mencionaram que passaram a frequentar as oficinas por indicação dos profissionais e incentivo dos familiares na perspectiva de estes terem um espaço para

socialização, compartilhamento de ideias e conseqüentemente melhoria no tratamento. Como demonstra as falas a seguir:

É bom, eu gosto de interagir com o pessoal, é bom estar sempre ali dialogando, compartilhando as coisas, é isso que eu acho legal (P3)

A terapia que o médico mandou, pra se entrosar, pra melhorar por que no começo eu não participava (P4).

As dinâmicas de funcionamento das oficinas terapêuticas do CAPS permitem que os usuários conversem enquanto elaboram trabalhos artesanais e cada um coloca assuntos diferentes em pauta. Portanto, todos os membros do grupo participam da conversa, colocam suas ideias e propõem soluções para questionamentos e/ou problemas uns dos outros. Há o compartilhamento de experiências vivenciadas no cotidiano (BARBOSA, 2012).

O espaço de troca se abre nas oficinas terapêuticas onde os usuários se encontram para a realização de tarefas manuais, no entanto, descobrem habilidades sociais que vão muito além de técnicas artesanais ou processos de produção de objetos. Nas oficinas terapêuticas há fortemente a presença de um sentido de compartilhamento, apoio mútuo e troca constante. As conversações entre eles instauram relações de afeto que trazem alegria e fortalecem cada usuário. A convivência com o outro se apresenta como uma experiência prazerosa e enriquecedora. O convívio se torna um importante catalisador do processo terapêutico proposto nas oficinas (BARBOSA, 2012).

O paradigma psicossocial da assistência em Saúde Mental inclui no tratamento a família e, além desta, um grupo social mais ampliado. Para os usuários as oficinas em Saúde Mental são espaços indicados aos familiares em função de promoverem a aproximação dos sujeitos e a ocupação de um modo terapêutico e socializador (BOTTI,2004).

Pra ver se eu melhorava mais (P5)

A minha mãe que me trouxe pra cá (P6).

Foi as crises. Para não ficar só em casa, para ter um acompanhamento (P8).

Foi a minha doença (P9)

No modo psicossocial, há uma promoção fundamental de mudanças do indivíduo com relação à instituição e ao contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não precisam mais ser removido a qualquer custo, os conflitos são considerados constitutivos e designam o

posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem. Desse modo, as oficinas em Saúde Mental são espaços de possibilidade da continência do indivíduo durante a crise, onde se reconhece inclusive a implicação familiar e social (COSTA, 2000.)

Relação dos usuários com os coordenadores das oficinas e demais usuários

Quando os usuários foram interrogados sobre relação que eles mantinham com a coordenadora e demais usuários no dia-a-dia das oficinas a grande maioria deles remeteram a uma relação de harmonia e discussão.

A melhor possível, coloco ele lá encima, você venceu, você chegou aqui, ninguém te tira daqui não. Tentar fazer a amizade melhor possível. Eu não discuto não (P2).

A melhor possível. O clima com eles é muito bom, não tenho intriga com ninguém. O profissional que está ali tenta apaziguar (P3)

É boa, todos me tratam bem. São todos meus amigos. Nunca discuti (P8).

De acordo com os relatos, o CAPS é um lugar que faz diferença em suas vidas, lugar em que são acolhidos e bem tratados. Dessa forma, afirmam se sentirem seguros e em família, principalmente ao se reportarem ao carinho da equipe, ao acolhimento. Consideram, portanto, a oficina terapêutica ocupacional como um lugar de cuidado, e, mais ainda, como um lugar de pertencimento. As oficinas terapêuticas são espaços coletivos, onde a singularidade de cada um é respeitada. Por isso, a importância do diálogo como remete o P5: Eu acho bem, eu acho legal. Eu converso com vocês

Ao encontrarem um espaço de escuta, respeito por seus pensamentos e escolhas, os usuários das oficinas terapêuticas percebem que seus sentimentos são qualificados e suas relações mais humanizadas. O ambiente é propício a construção da alteridade, necessário ao desenvolvimento de uma convivência mais fluida entre os usuários, os profissionais e a comunidade. Na relação de alteridade há em cena a compreensão das diferentes formas de ser, estar, pensar e viver, sem julgamento e nem mesmo atribuição de qualquer valor (PEREIRA; PALAMA, 2018).

Por exemplo, quando há uma discussão entre duas pessoas de crenças religiosas diferentes e estas apresentam suas visões acerca de um mesmo tema, as duas visões são aceitas.

Nesse caso, nem sempre há o certo ou o errado, apenas existem visões diferentes, sem uma ser melhor ou pior que a outra. A experiência e a construção da alteridade pressupõem sujeitos possíveis e não iguais, nesse ponto, o espaço das oficinas terapêuticas permite aos usuários terem um lugar no mundo, lugar no qual podem ser o que são, sem medo de serem recusados (PEREIRA; PALAMA, 2018).

Bem, bem também embora as vezes falta paciência com * por que ele nunca dá chance de eu conversar com uma pessoa, fica gritando, falando alto. Mas conversando. Com a conversa se entende (P7)

Expressão que durante as oficinas já tiveram impaciência, desavenças e algumas situações que queriam contornar o problema mediante a agressão, mas justificam que é devido a um momento de descontrole, mas que com o uso das medicações e atividades terapêuticas eles conseguem perceber e controlar esses sentimentos

Já tive muitas desavenças por que eu sou muito agitada, muito agressiva, mas no momento devido as medicações eu to melhor. Também. Comigo é resolvido na base da agressão mesmo. Eu quero matar, pegar uma faca, jogar alguma coisa. Mas quando a raiva passa eu choro muito arrependida (P5)

Esses momentos individuais podem ser trabalhados nas oficinas terapêuticas de forma mais lúdica, aprendendo o sentido das crises e o como cada uma delas podem ser ressignificadas a partir da experiência do grupo. Para Barbosa (2012), nas oficinas se fala de coisas tristes, de impasses, de dificuldades, mas sempre de forma leve. Isto não significa que se deixa de dar a devida importância às falas do outro e de se encaminhar devidamente as questões colocadas.

Cada usuário expressa sua individualidade no grupo. Por meio de histórias corriqueiras, cotidianas, momentos de crises são acessados nas oficinas, no entanto, eles são acessados e expressos de forma indireta, alusiva, às vezes de forma lúdica, podendo os conteúdos que vem à tona serem trabalhados sem produzir grandes ameaças (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Tomadas de decisões nas oficinas terapêuticas

Nesta categoria os usuários foram interrogados acerca de dois pontos: se eles têm oportunidade de tomarem decisões nas oficinas terapêuticas, depois de frequentar as oficinas. Seis usuários apresentaram como núcleo de sentido a realização de tomadas de decisões.

Eu dou uma sugestão do que pode ser melhor pra mim e os meus amigos. (P8).

Eu que decido aqui, em casa quem decide a minha vida é a minha mãe. Consigo, porque aqui eu encontrei o modo de ficar boa e seguir com a minha vida (P1).

Decido o que quero e até consigo, por que eu me sinto mais útil, não fico aquela pessoa que pensa que não sirvo pra nada (P3).

Ballarin (2007) considera importante que os interesses e desejos dos usuários sejam objeto de atenção nos atendimentos das oficinas. Para tanto, os profissionais precisam direcionar sua atenção e percepção para realização de uma leitura que leve à compreensão da singularidade do sujeito. Trata-se também de expressar nitidamente uma posição no mundo, para que lhe seja permitido mostrar como "enxerga de outra forma". E isso talvez seja a mais importante das conquistas da aprendizagem: aprender a simplesmente ser singular, sem atenção a hierarquias.

Para os usuários, as oficinas terapêuticas devem primar por esse tipo de abordagem, pois o respeito pela opção de suas escolhas muitas vezes falta nos relacionamentos e em pessoas próximas que nem sempre consideram as opiniões do "louco". No entanto, esperam que nesse espaço terapêutico o respeito à opção de escolha seja uma característica de qualidade. Porque, podendo escolher, o indivíduo exercita sua humanidade e sua cidadania usufrui de condições básicas da vida em sociedade, (GUERRA, 2008, p.55).

Quatro usuários demonstraram não ter tomadas de decisão durante as atividades propostas.

Não tomo decisões. Interfere, por que diz desenhe você e eu desenho eu, eu obedeço (P2).

Não, totalmente não. Alguém interfere (10)

Não, ainda não. Os profissionais trazem as atividades (P5)

Para Saraceno (1999, p.16) a “reabilitação não é a substituição da debilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar essas oportunidades: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito reabilitador”. Também aponta a importância de haver uma pessoa que os oriente, ensine, ou que os ajude a reorientar suas ideias no ambiente das oficinas terapêuticas.

Sentimentos ao participar das oficinas terapêuticas

Esta categoria aborda como os usuários se sentem durante as oficinas e o que precisaria acontecer para que ele pudesse se sentir feliz estando participando de uma oficina. Sete usuários abordaram o sentimento de felicidade e utilidade ao fazer parte dos grupos das oficinas e só o fato de estarem desempenhando as atividades corretamente sentem-se felizes. Outros elencaram situações diversas que os fariam ficar felizes durante a participação nas oficinas como fazer desenhos, conversar com os outros, cantar, assistir filme, não ficar sozinho.

Me sinto bem, por que estou no meio de gente que é igual a mim então um entende o outro. Nada, eu já sou feliz quando venho pra cá, quando passo pela psicóloga, me sinto com dever cumprido (P1)

Bem, sim por que aqui somos todos iguais. Só em ter a oficina já fico feliz (P10).

Nas oficinas ocorre um afastamento da rotina, a busca de um lugar alternativo de contato com o outro sem ter que se submeter a um olhar de discriminação. As oficinas são consideradas refúgios, lugares seguros. Nas oficinas, o usuário sente-se livre para dar visibilidade a sua potência de indivíduo criador. A oficina se apresenta como um espaço de escuta e acolhimento das individualidades. Há uma busca pela liberdade de expressão e um afastamento da banalidade de ser. O contexto grupal terapêutico do CAPS deixa aberta aos usuários a possibilidade de experimentar novas formas de se relacionar, que trazem novos sentidos e significados ao seu cotidiano. (CARVALHO, 2010)

Me sinto bem, por que é o lugar onde estou me distraindo, não estou ali com aquela mente vazia. Fazer uma atividade

que me interesse, fazer um desenho, conversar algum assunto do meu interesse (P3).

Bem, sim, por que estou com vocês. Quando eu canto (P6)

Bem, sim por que aqui sou tratado bem. Poder cantar(P9).

Eu não estou em casa sozinho falando ou pensando besteira.

Nada mais, assistir um filme com a psicopedagoga de tarde e ela perguntar o que você achou do filme e eu dizer a minha opinião (P2).

O espaço de troca se abre nas oficinas terapêuticas onde o grupo se reúne para cantar, assistir um filme, desenhar e descobre habilidades sociais que vão muito além de uma ocupação de tempo. Aqui há um sentido de compartilhamento, apoio mútuo e troca constante. As conversações entre eles instauram relações de afeto que trazem alegria e fortalecem as pessoas. A convivência com o outro se apresenta como uma experiência prazerosa e enriquecedora. O convívio se torna um importante catalisador do processo terapêutico proposto nas oficinas. Desse modo conseguimos nos aproximar de outras facetas das pessoas ali presentes, pois elas contam histórias corriqueiras, banais, algo que não está diretamente baseado em seu problema de saúde mental que as faz estar em um CAPS. Assim nós lembramos que os usuários do CAPS são pessoas que se viram e, na grande parte das vezes, se viram muito bem, quando estão fora do circuito de instituições de saúde mental, quando não estão protegidos, nem tutelados, nem preservados e nem presos. (BARBOSA, 2012, p. 19)

Eu me sinto feliz, por que tem um profissional que me ajuda. Eu conseguir fazer a atividade direitinho com os meus amigos. (P7)

Sim, por que eu gosto das pessoas que estão aqui. Eu gosto de tudo, o importante é estar com os amigos e os profissionais, só não gosto de estar isolado (P8)

Os usuários também apontam a importância de haver uma pessoa que os oriente, ensine, ou que os ajude a reorientar suas ideias no ambiente das oficinas terapêuticas. Assim, valorizam a presença de um profissional que coloque “ordem no local”, orientando discussões

e buscando chegar, em grupo, a acordos interessantes coletivamente. É importante observar que, justamente no ponto em que a oficina opera, ou seja, no de provocar algum tipo de enlaçamento, de inclusão, a questão ética se destaca (PINTO, 2011)

Um usuário abordou que seu sentimento no grupo iria depender do profissional que estivesse conduzindo o grupo. Este fosse desprovido de preconceitos ou qualquer tipo de juízo de valor, considerando a singularidade de cada uma, valorizando o sujeito e não a doença.

O profissional que está no grupo não ter preconceito, tratar a gente como eles, não pela doença (P4).

No entendimento dos usuários, a compreensão de que para um bom convívio, faz-se necessário buscar boas maneiras de se relacionar com as pessoas. Entendemos a partir daí, que os usuários conseguem perceber, que a convivência tem um lugar central nesse dispositivo terapêutico. A função terapêutica da oficina é dada de partida pela própria convivência que ela instaura, através da relação que se estabelece entre os usuários, e principalmente entre os profissionais e usuários. Recuperar o sujeito em sua singularidade e historicidade significa tomá-lo também como sujeito concreto, pobre ou rico, preto ou branco, homem ou mulher, trabalhador ou desempregado, alfabetizado ou não, e com todas as circunstâncias cotidianas que essas características lhe trazem. (GUERRA, 2008, p. 76)

Influência nas atividades diárias e mudanças na vida do usuário

Esta categoria tinha o interesse de saber se os usuários conseguiam desenvolver suas atividades diárias com mais facilidade, depois de frequentar as oficinas. E se alguma coisa havia mudado na sua vida depois que começou a participar das oficinas. Percebe-se na fala de um usuário a melhora no quadro clínico, aumentando a sua autonomia.

Consigo, porque aqui eu encontrei o modo de ficar boa e seguir com a minha vida. Mudou, pra melhor. Porque eu melhorei da depressão, da esquizofrenia (P1).

Os usuários acreditam que uma oficina possui qualidade quando facilita o desenvolvimento de habilidades cotidianas, e faz com que eles alcancem o desejo de sentirem-se melhor, mais valorizados, com liberdade de fazer suas tarefas e escolhas no dia-a-dia, sem

que seja necessária a autorização de terceiros. Assim, a oficina ganha lugar ao dar início a um processo político de reconquista da cidadania através da aquisição de habilidades sim, mas, sobretudo, através da humanização da loucura, do resgate da cidadania e do respeito à convivência com a diferença (GUERRA, 2008, p.57).

Outros usuários abordam o sentimento de se sentir útil, felicidade e pertencimento após participação nas oficinas, melhorando suas atividades diárias.

Consigo, por que eu me sinto mais útil, não fico aquela pessoa que pensa que não sirvo pra nada. P3: Mudou, para melhor por que antes de participar das oficinas eu me sentia inútil, vivia lá deitado em casa (P3)

Sim, minhas atividades do dia a dia melhoraram por que me sinto útil. Sim, para melhor por que agora faço parte de algo (P9)

Sim, fico feliz. Sim, por que me sinto melhor (P10).

O usuário deve ser sujeito do processo, criar autonomia no pensar, ter capacidade de planejar o próprio trabalho e participar do processo de gestão. Um efeito terapêutico seria a modificação das representações da doença que o sujeito tinha ao iniciar o tratamento. Enquanto que para outros autores, o foco da questão seria a exclusão, e não o trabalho com resultados econômicos. Poder trabalhar, apesar da diferença, seria uma forma de inserção, embora não a única, (COSTA; FIGUEIREDO 2008, p.8).

Outros usuários remetem ao sentimento de afeto e escuta.

Eu to falando sozinho. Eu acho que aqui é o meu lugar. Mudou, aqui é o meu lugar. Pra melhor, aqui eu ganho presente, aqui eu tenho o amor de vocês (P2).

Sim, por que eu ainda entendo o que diz na televisão [refere-se à oficina TVCAPS]. Armaria, muda, sempre muda, até uma explicação. Pra melhor, eu tava com a cabeça tão confusa e agora não to mais (P7).

A oficina terapêutica é como um lugar de cuidado, e, mais ainda, como um lugar de pertencimento. Neste tipo de intervenção terapêutica, segundo Ballarin (2007), o vínculo, o restabelecimento da estima própria e o auto reconhecimento são pontos relevantes, com vistas ao fortalecimento da convivência e apropriação do espaço. Ao encontrarem alguma escuta, respeito por seus pensamentos e escolhas, os usuários das oficinas terapêuticas as consideram como espaços onde seus sentimentos são qualificados e suas relações mais humanizadas. Parece que ali o espaço da alteridade, necessário ao desenvolvimento de uma convivência mais fluida.

Dois usuários referiram ainda não desenvolver suas atividades diárias com mais facilidade, no entanto, apontam mudanças na sua vida após a inserção nas oficinas.

Não, totalmente não. Sim, para melhor por que quando estou na oficina me distraio (P4)

Não. Sim, pra melhor, por que eu acho bom está conversando com vocês, me abro com vocês (P6).

Marzano & Sousa (2004) afirmam que o CAPS é um lugar que possibilita mudança de vida, o que está de acordo com o relato dos usuários. Para estes autores, os usuários consideram que o CAPS abre possibilidades de dar sentido a sua vida e conquistar sua cidadania. Uma ocupação pode ser entendida como uma experiência individual, marcada pela singularidade e especificidade. É uma experiência construída pessoalmente, não reproduzida.

Um usuário relatou não desenvolver suas atividades diárias com mais facilidade e elencou um aspecto negativo em relação a mudança: “não, para pior. A discriminação das pessoas, da sociedade (P5).

Utilidade ou não dos materiais produzidos nas oficinas

Nesta categoria os usuários falam se os materiais que são produzidos nas oficinas são úteis e, se eles confeccionam esses materiais em outros lugares.

P1: Pode, por que quando a gente tem a mente ocupada flui melhor as coisas. P1: Desenvolvo, em casa

P4: Sim, me ajuda no tratamento. P4: Sim, as vezes em casa e as vezes com algumas amigas.

As oficinas terapêuticas devem ser capazes de fazer os usuários adquirir novas habilidades de forma que sejam mais aceitos na sociedade e que possam utilizá-las em prol das próprias vidas favorecendo, inclusive, o retorno financeiro. Representa não só um espaço de encontro e convivência, mas também de aprendizado. Na medida em que podem aprender algumas atividades artesanais e receber orientações de profissionais mais experientes nas tarefas. E há também uma troca entre os participantes, onde todos aprendem entre si.

P3: São, eu acho que sim. P3: Sim, em casa, quando eu vejo um artesanato aqui tento fazer em casa.

P2: Já estão sendo, por que eu estou aqui. P2: Eu tento desenvolver em outros lugares.

P6: Pode. P6: Só em casa mesmo

Marzano & Sousa (2004) acreditam que, as oficinas são um espaço de aquisição de novos conhecimentos e habilidades, que podem ser utilizados no cotidiano dos usuários e que ao aprender artesanato nas oficinas, terão novos papéis na comunidade a que pertencem. Os usuários valorizaram o fato de aprender fazer um produto, e mais tarde poder vender ou presentear alguém. Ou simplesmente fazer algo para aprender. Podendo fazer também em casa e ensinar familiares, com isso os usuários sentem-se valorizados no seu meio social.

Apenas um usuário refere que os materiais produzidos nas oficinas não são úteis e, que não costuma fazê-los em nenhum ambiente: “acho que não, não vejo como úteis. Não faço (P5)”.

Diversificação ou não das atividades realizadas nas oficinas

Esta categoria aborda sobre o tipo de atividades desenvolvidas nas oficinas, se são sempre parecidas ou diferentes. Cinco usuários referiram executarem atividades parecidas. Como mostra as falas a de P3; P5; P6; P9: “sempre parecidas; “são sempre muito parecidas”; “iguais”; “sempre parecidas”

O desejo de aprender também aparece em mais de uma categoria, sinalizando que os usuários esperam coisas novas. Acreditamos que a necessidade de aprender apontada pelos usuários, demonstra que eles querem mais, querem inovações, em busca de opções criativas nas oficinas que frequentam motivando a participação nas atividades. E para que o usuário se torne

sujeito do seu processo de aprendizagem é fundamental que o profissional acredite na capacidade de seus usuários de opinar, criticar e construir conhecimento, levando em conta as experiências vividas, os conhecimentos já aprendidos e apreendidos, (CARNEVALLI, 2008, p.24).

A fala de um deles refere-se ao desejo de fazer atividades inexploradas como ginástica: “é muito difícil uma coisa diferente como uma ginástica”

Dois usuários, P1 e P4, referiram ser atividades diferentes: “Coisas diferentes que nunca é a mesma coisa, sempre é uma coisa diferente”; “coisas diferentes”.

É importante que a atividade terapêutica sofra atualizações, não fique estagnada, para que eles tenham acesso a novas maneiras de trabalhar, aprendendo práticas antes desconhecidas, tendo assim oportunidades ampliadas e suas atividades diversificadas. (LOYOLA, 2009)

Dois usuários, P2 e P10, tem a percepção de, a depender da situação, realizarem atividades parecidas e diferentes, ao mesmo tempo: “sempre coisas diferentes e iguais”, “às vezes parecidas e às vezes não”.

Os usuários demonstram nas falas que esperam que a atividade terapêutica sofra atualizações, não fique estagnada, para que eles tenham acesso a novas maneiras de trabalhar, aprendendo práticas antes desconhecidas, tendo assim oportunidades ampliadas e suas atividades diversificadas.

As oficinas são de quem?

Esta categoria aborda a percepção dos usuários sobre o sentimento de compartilhamento e pertencimento nas oficinas. Todos os usuários referiram que as oficinas são de todos e tudo que há nela pertencem a todos. Conforme as falas de P1, P4, P5, P6: “tudo é de todos”, “é de todos”, “aqui tudo é de todos”, “de todos” e dois usuários problematizaram o significado de ‘direito’, ‘igualdade’ e “coletividade”

Aqui somos todos iguais, os mesmos direitos (P2)

É de todos, quando a gente faz a rádio ou a tv CAPS cada um faz o seu quadro, a sua função ali, mas tudo é de todos (P3).

E para finalizar todos os usuários afirmaram que “tudo é de todos”, mas no sentido de se sentirem donos dos espaços nas oficinas terapêuticas. Pois, deixaram claro que cada um tem o seu espaço. Dessa forma, podemos pensar as oficinas como lócus da apropriação, ressignificação e transformações subjetivas, que só operam de acordo com cada um, sem garantia de funcionamento para todos (GUERRA, 2008, p.48).

6 CONCLUSÃO

A partir da aproximação de estudiosos da Reabilitação Psicossocial, do Campo Atenção Psicossocial e das Oficinas Terapêuticas, procuramos descrever as características de qualidade das oficinas terapêuticas, a partir da narrativa dos usuários, utilizando os IQPs, fazer uma discussão sobre os IQPs como guia para a construção de critérios de qualidade nas Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental e analisar as oficinas terapêuticas, enquanto dispositivo assistencial, a partir do olhar dos usuários.

Os IQPs foram muito úteis para extrairmos as características de qualidades das oficinas terapêuticas estudadas na perspectiva dos usuários, pois aspectos subjetivos valorizados durante as oficinas puderam ser verbalizados. Auxiliando-nos a entender as características de qualidade gerais e específicas de uma Oficina Terapêutica, levando-se em consideração seu objetivo final.

Na narrativa dos usuários entrevistados os doze Norteadores de Qualidade estão presentes nas Oficinas Terapêuticas estudadas e em sintonia com os conceitos de Reabilitação Psicossocial e Oficina Terapêutica em Saúde Mental. De acordo com os relatos das entrevistas e a observação participante percebemos que as oficinas são importantes para os usuários e é uma parte de seu tratamento, porém eles não querem ficar o tempo todo nas oficinas, querem ficar “vendo televisão”, “dormindo” ou “fazendo nada”. E isto é terapêutico para eles, faz parte da escolha deles.

As oficinas terapêuticas enquanto dispositivo assistencial para os usuários são importantes para o seu tratamento em Psiquiatria e Saúde Mental, pois ajudam a cabeça não ficar tão cheia, a relaxar, a racionar e se comunicar melhor. É também um ambiente propício para manifestação de sentimentos e pensamentos dos usuários. Abre-se aí um espaço para o desenvolvimento de habilidades corporais e realização de atividades produtivas.

O uso dos IQPs como guia para construção de critérios de avaliação da qualidade das oficinas terapêuticas em saúde mental pode ser uma forma inicial de pensarmos o que estamos construindo nesses espaços tão diversificados ditos oficinas. Qual característica de qualidade é importante ter ou não. A fim de podermos nos aproximar do que os usuários desejam receber nesses espaços para que possam fazer sentido em suas vidas e melhorando assim a qualidade desses dispositivos, a partir de quem os utiliza.

Para os usuários, independente dos objetivos de uma oficina terapêutica existe pontos-chaves para que uma oficina tenha características de qualidade: modificações relativas ao quadro psíquico e comportamental dos usuários. Os sintomas são colocados como perturbadores do desenvolvimento pelos usuários, e há a necessidade de “a cabeça não ficar tão cheia” para superar as limitações do sofrimento mental. Acreditam que uma oficina possui

qualidade quando facilita o desenvolvimento de habilidades cotidianas, e faz com que eles alcancem o desejo de sentirem-se melhor, mais valorizados, com liberdade de fazer suas tarefas e escolhas no dia-a-dia, sem que seja necessária a autorização de terceiros.

Devemos atentar para o fato de que sob o nome de oficina está uma ampla gama de práticas variadas, marcada pela diversidade de discursos e ideias que as fundamentam. Em comum, possuem o fato de serem práticas coletivas de trabalho e de atividades – artísticas, artesanais, criativas, culturais, lúdicas ou de lazer.

O estudo aproximou o que os usuários consideram características de qualidade nas Oficinas Terapêuticas. Ressalto que essa é apenas uma aproximação possível dentre outras. Não queremos a generalização das oficinas, mas apresentar questões instigantes na aproximação dos IQPs com os conceitos de Reabilitação Psicossocial e Oficina Terapêutica, enquanto dispositivo assistencial.

Recomendo, portanto outros estudos em cenários e oficinas diferentes para que possamos estudar e comparar o que estamos produzindo nesses espaços a partir de quem os utiliza como recurso terapêutico. E a partir daí criar espaços de conversa entre os usuários e os profissionais de saúde mental, visando diálogo aberto, negociação e qualidade dos serviços. Precisamos pensar mais sobre as vidas reais dos usuários e sobre as vidas reais dos serviços e seus dispositivos ofertados.

8 ORÇAMENTO

ITEM	MATERIAL/SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO (EM REAL)	VALOR TORAL (EM REAL)
01	Pen drive 8G	01	30,00	30,00
02	Serviço de impressão	75	0,20	15,00
03	Encardenação em espiral	03	2,50	7,50
04	Serviços de transportes para orientações	10	15,00	150,00
05	Serviço de revisão gramatical- português e inglês.	-	125,00	125,00
TOTAL				327,50

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p.167-176.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.65.
- AMARANTE, Paulo. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- ANDRADE, A.P.M. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes**. 2012. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2012.
- AZEVEDO DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p.339-345, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>.
- Barbosa, K. F. (2012). *Reflexões sobre a prática no CAPS Esperança: autonomia e responsabilidade na atenção à saúde mental*. (Monografia em Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2018
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. São Paulo: Graal, 1985.
- BERTOLETE, J.M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011. Estipula o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica**: O vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, 2005. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso: 04 de mar. 2018.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

COGA, S.; VIZZOTTO, M. Saúde Mental em Saúde Pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia nesse contexto. **Psicólogo InFormação**, São Paulo, n. 6/7, 2003

COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. Apresentação. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (orgs). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito produção e cidadania.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008. p.7-10.

CRUZ, Kelliane de Sá; FERNANDES, Andréa Hortélio. Dispositivos Clínicos dos Psicólogos em CAPS de Salvador: entre Tutela e Clínica das Psicoses. **Revista Psicologia da Saúde**, Campo Grande, v. 4, n. 2, 2012.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2009.

FONSECA, T.M.G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C.M. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação.** Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2007.

GIL, Antonio Carlos. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. In: GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010.

GRECO, M. G. Oficina: uma questão de lugar? In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs). **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; LIMA, Mônica; NUNES, Mônica de Oliveira. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. **Mental**, Barbacena, v. 6, n. 11, 2008.

LEAL, E.M.; DELGADO, P.G.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHERIO, R. et al. (eds.) **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 137-154.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

Nasi, C. & Schneider, J. F. (2011). O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5),1157-1163.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, 2009.

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

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, Ondina Pena; PALMA, Ana Carolina Ribas. Sentidos das oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS no cotidiano dos usuários: uma descrição fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia , v. 24, n. 1, p. 15-23, abr. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n1.2>.

ROCHA, RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.3, p.350-357, jul./set. 2005.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. Libertando Identidades. **Da reabilitação psicossocial á cidadania possível**. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Cora, Instituto Franco Basaglia, 1999.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, Marco A. S. et al. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005. Disponível em <http://200.131.250.22/revistadae/index.php/ora/article/view/210/207> Acesso em 29 Maio 2017.

SILVA, L. B. C. Reflexões sobre a criação e o fechamento de um hospital-dia no contexto da reforma psiquiátrica em São Paulo. **Interações**, v. 8, n. 14, p. 131-134, 2002.

SILVA, Thiago José de Franco da; ALENCAR, Maria Lúcia Oliveira de Arraes. Invenção e endereçamento na oficina terapêutica em um centro de atenção diária. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2009.

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

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Rev. Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “A percepção dos usuários acerca das oficinas terapêuticas em saúde mental”. Estou ciente que a mesma será desenvolvida por Juliana Pinheiro dos Santos, pesquisadora associada e aluna do curso de graduação em Bacharelado em Enfermagem, da Faculdades Nova Esperança de Mossoró- FACENE-RN, sob a orientação da pesquisadora responsável Ma. Rúbia Mara Maia Feitosa

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção dos usuários acerca das oficinas terapêuticas em saúde mental. Para o delineamento da pesquisa apresentam os seguintes objetivos específicos: Identificar o significado para os usuários, acerca das oficinas terapêuticas desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial e perceber o discurso dos pacientes sobre a qualidade das oficinas terapêuticas desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial.

Caso decida aceitar o convite, você responderá a perguntas abertas, contendo a sua opinião em relação as oficinas terapêuticas realizadas no Centro de Atenção Psicossocial. A entrevista será aplicada de forma individual, em uma sala privativa da instituição, em um dia a ser combinado antecipadamente com a pesquisadora e os responsáveis pela instituição. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento da pesquisa.

Os riscos a que os entrevistados estarão expostos serão: sentimento de invasão de privacidade, medo que suas respostas sejam expostas ao público, além de sentirem-se julgados em relação ao conteúdo abordado, mesmo este tendo um caráter subjetivo. Os benefícios serão: aprimorar técnicas para serem desenvolvidas nas oficinas terapêuticas.

Desta forma, venho, através deste termo de consentimento livre e esclarecido, solicitar sua participação nesta pesquisa e a sua autorização para utilizar os resultados para fins

científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários e etc.). Nos momentos de coleta de dados os pesquisadores se comprometem a não tirar fotos ou fazer vídeos, de modo a não expor a imagem dos participantes.

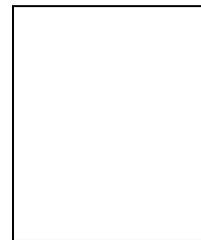
Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente a liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos as pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

A pesquisadora e o Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição de Ensino Superior estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____/____/ 2018.

Impressão datiloscópica



Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável

¹Endereço residencial da pesquisadora responsável: **Rua Cícero Aires de Lima, Apt 05, nº 52, Bairro Aeroporto. Mossoró/RN. Fone: (84) 999546893. E-mail: rubiamara@facenemossoro.com.br**

²Endereço do comitê de Ética em pesquisa: **R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame- João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br.**

APÊNDICE B - Roteiro Semi-Estruturado de Entrevista

Nome:

Idade: Sexo: Grau de instrução:

Diagnostico:

Tempo que frequenta oficinas terapêuticas:

- 1) O que levou você a participar da(s) oficina(s) que frequenta hoje?
- 2) Como se dá a relação de vocês com a coordenadora no dia-a-dia das Oficinas? E com os outros participantes?
- 3) Quando há uma discussão, como é resolvida?
- 4) Você consegue desenvolver suas atividades diárias com mais facilidade, depois de frequentar as Oficinas? Por quê?
- 5) Você decide o que vai fazer e como vai fazer durante as oficinas? Alguém na Oficina interfere na sua decisão? Como?
- 6) Se ocorrer algo que não você não espera durante a oficina, como você resolve?
- 7) Quando você não quer fazer a atividade proposta na oficina, o que faz?
- 8) Como você se sente quando está nas Oficinas? Sente-se feliz? Por quê?
- 9) O que precisa acontecer para você ficar feliz em uma Oficina?
- 10) O que você acha das coisas que produz nas Oficinas? O que costuma fazer com elas?
- 11) Você acha importante estar limpo e arrumado quando vem para as Oficinas?
- 12) Você aprendeu algo que não sabia anteriormente à sua participação nas Oficinas?
- 13) O que motiva você a concluir a atividade proposta nas Oficinas?
- 14) Você passou a conhecer mais pessoas e/ou outros lugares, fora do CAPS, depois que começou a participar das Oficinas?
- 15) Mudou alguma coisa na sua vida depois que você começou a participar das Oficinas? Como você considera esta mudança: para melhor ou para pior? Por quê?
- 16) O que você desenvolve nas Oficinas – são coisas diferentes ou sempre parecidas?
- 17) Você empresta o material que está utilizando durante as Oficinas que participa?
- 18) Ajuda aos seus colegas que têm dificuldade nas Oficinas?

- 19) Você acha que as coisas que são realizadas nas oficinas podem ser úteis para você? Por quê?
- 20) O que você aprende aqui, você desenvolve em outro lugar? Onde?
- 21) Você respeita o trabalho dos outros nas Oficinas?
- 22) Como você cuida do lugar onde acontece as Oficinas? Faz alguma coisa para melhorar esse(s) lugar(es)?
- 23) Cada um possui um espaço nas Oficinas, ou tudo é de todos?

APÊNDICE C- Termo de Responsabilidade do Pesquisador

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada a **percepção dos usuários acerca das oficinas terapêuticas em saúde mental.**

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE até 28 de dezembro de 2018, como previsto no cronograma de execução. Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via Emenda.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados para a equipe da Secretaria de Saúde do município de Assú – RN, onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução

Mossoró, ____ / ____ / 2018

Rúbia Mara Maia Feitosa

Pesquisadora Responsável