

**Aline Raquel de Sousa Ibiapina  
Antonio Alberto Ibiapina Costa Filho  
Layze Braz de Oliveira**

# **Assistência profissional ao portador de transtorno mental nos serviços de saúde**



© 2022 Edição brasileira

by RFB Editora

© 2022 Texto

by Autores

Todos os direitos reservados



### Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA  
(Editor-Chefe)

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA

Prof. Dr. Marcos Rogério Martins Costa-UnB

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Viviane Dal-Souto Frescura-UFMS

Prof. Dr. José Morais Souto Filho-FIS

Prof. Dr. Antonio dos Santos Silva-UFPA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG

Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM

Prof. Dr. Alfredo Cesar Antunes-UEPG

Prof. Dr. Vagne de Melo Oliveira-UFPE

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Érima Maria de Amorim-UFPE

### Diagramação e capa

Autores

### Revisão de texto

Autores

### Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

### Produtor editorial

Nazareno Da Luz

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558893066>

### Catálogo na publicação

Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

I12

Ibiapina, Aline Raquel de Sousa

Assistência profissional ao portador de transtorno mental nos serviços de saúde /  
Aline Raquel de Sousa Ibiapina, Antonio Alberto Ibiapina Costa Filho, Layze Braz  
de Oliveira. – Belém: RFB, 2022.

Livro em PDF

108 p., il.

ISBN: 978-65-5889-306-6

DOI: 10.46898/rfb.9786558893066

1. Serviços de Saúde Mental. I. Ibiapina, Aline Raquel de Sousa. II. Costa Filho,  
Antonio Alberto Ibiapina. III. Oliveira, Layze Braz de. IV. Título.

CDD 353.6

Índice para catálogo sistemático

I. Serviços de Saúde Mental.

## AUTORES



**Aline Raquel de Sousa Ibiapina**

Doutora. Docente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI)- CSHNB, [alineraqueel8@ufpi.edu.br](mailto:alineraqueel8@ufpi.edu.br), <https://orcid.org/0000-0003-1373-3564>



**Antonio Alberto Ibiapina Costa Filho**

Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Matemática Aplicada, Estatística e Computação Aplicada à Indústria – MECAL-ICMC, Universidade de São Paulo, campus São Carlos I, Brasil. [ibiapina.costa1@gmail.com](mailto:ibiapina.costa1@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-2368-0526>



**Layze Braz de Oliveira**

Doutoranda pela Universidade de São Paulo- Escola de enfermagem de Ribeirão Preto EERP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Docente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI)- CCS, [layzebraz@gmail.com](mailto:layzebraz@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-7472-5213>

“O que se encontra atrás de nós e o que se encontra à frente são problemas menores, comparados com o que existe dentro de nós”.

Oliver Wendel Holmes

# SUMÁRIO

Unidade I - Transtorno Mental Comum: vivendo com depressão.....	6
Unidade II - Transtorno Mental Comum: vivendo com transtorno afetivo bipolar.....	26
Unidade III - Assistência terapêutica a pessoas com Transtorno Mental Comum.....	30
Referências.....	99

## **UNIDADE I**

### **Transtorno Mental Comum: vivendo com depressão**

O transtorno depressivo vem se caracterizando como um importante problema de saúde pública, pois se trata de uma doença que apresenta um curso crônico e recorrente, acarretando sérios prejuízos na vida dos indivíduos. Adicionalmente, por apresentar um quadro clínico marcado por estados sentimentais que diferem em grau e espécie de acordo com cada indivíduo, a mensuração em estudos epidemiológicos ainda é um problema frequente.

Na antiguidade, Hipócrates já utilizava o termo melancolia “melano chole” ou bÍlis negra para descrever as pessoas que apresentassem um quadro de tristeza intensa associado à falta de apetite. A partir do século XIX, a expressão passou a ser comumente utilizado para descrever o estado de desânimo característico da depressão (GONÇALES; MACHADO, 2008).

Dados epidemiológicos revelam a presença de depressão em 6 a 17% da população mundial, na qual os tratamentos utilizados não apresentam eficácia significativa pelo fato de que respostas parciais ou inadequadas ao tratamento ainda são um evento comum. Comparada a outras condições médicas, a depressão acarreta maiores prejuízos no funcionamento físico, social e na qualidade de vida dos acometidos em número bastante expressivo, estimando cerca de vinte e três vezes mais do que aquele causado por outras doenças físicas (LIMA; FLECK, 2009).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) estima que nos próximos vinte anos a depressão sairá do quarto lugar e ocupará o

segundo lugar no ranking de doenças dispendiosas e fatais ficando atrás somente das doenças cardiovasculares.

O transtorno depressivo é uma doença que afeta milhões de pessoas no mundo, sendo mais comum em pessoas com idade entre 24 e 44 anos. Além disso, a depressão é 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens. Embora as razões não estejam totalmente esclarecidas, questionam-se fatores ligados ao estresse, parto e efeitos hormonais (ABREU, 2006).

No entanto, pelo fato do ser humano apresentar uma ampla complexidade biopsicossocial, a compreensão exata da ocorrência dos sintomas depressivos e de suas complicações ainda não foi totalmente esclarecida por estudos na área (GONÇALVES; MACHADO, 2008; LIMA; FLECK, 2009; GAZALLE *et al.*, 2004).

Na lógica assistencial, faz-se necessário intervenções que possibilitem ao paciente com transtorno depressivo viver com maior qualidade de vida e autonomia, devendo ser ambientadas em espaços que não mais considere esse indivíduo apenas como um ser acometido por uma doença mental, mas sim como um indivíduo singular que precisa de cuidado individualizado.

Nesse contexto, ressalta-se que o processo da Reforma Psiquiátrica ocorrida na Saúde Mental Brasileira foi o acontecimento responsável pelas mudanças ocorridas nos modelos assistenciais de cuidado à pessoa com transtorno mental, passando de um caráter hospitalocêntrico e estigmatizante para uma lógica social e reintegradora. Essa reforma vem gradativamente transpassando os muros de manicômios para buscar uma assistência individualizada e holística, tornando o indivíduo com sofrimento psíquico ativo no seu processo de saúde-doença (RIBAS; BORENSTEIN, PADILHA, 2007).

Diante desse desafio, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) surgem como uma das estratégias de reorganização de serviços de atenção à saúde mental, com o objetivo de evitar o isolamento, a estigmatização e a discriminação, buscando emancipar o indivíduo, a família e a comunidade, com a inclusão do indivíduo na sociedade (MEDEIROS, 2005).

Diante dessas questões, estudos que busquem ouvir a pessoa que vivencia a doença, conhecer sua experiência e o contexto em que está inserida é de grande relevância para os profissionais de saúde na busca de subsídios para a elaboração de um plano terapêutico singular e que proporcione uma melhoria na vida dessas pessoas.

Face ao exposto, essa unidade apresenta as histórias de vida de usuários do Centro de Atenção Psicossocial II – Norte com depressão.

### **Percurso Metodológico**

A pesquisa realizada caracteriza-se por uma abordagem qualitativa que se baseiam no conhecimento sobre as pessoas, na qual só é possível a partir da relação e do conhecimento humano. Porém, elas propiciam campo livre ao potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos (GIL, 2009).

Conforme afirma Minayo (2008), a pesquisa qualitativa aborda o mundo dos significados, das ações e relações humanas, o qual não pode ser tratado por números, possibilita entender e explicar a dinâmica das relações sociais, trabalhando com a vivência, com a experiência, com as atitudes, valores e hábitos de forma objetiva. A investigação foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II que faz parte da Regional Centro - Norte de Teresina –PI, no período de abril a maio de 2011.



Foi escolhido como referencial metodológico a história oral de vida, pois através da mesma pode-se captar o que acontece na intersecção do individual com o social, assim como permite que elementos do presente se fundam a evocações passadas (JOSSO; PAULILO, 2009).

Josso e Paulilo (2009) afirmam ainda que a história oral tenta abranger a totalidade da vida em seus diferentes registros, bem como em sua duração, e na maior parte das vezes a história produzida pelo relato é limitada a uma entrada que visa fornecer o material útil. É importante salientar, que nesse tipo de pesquisa as entrevistas são prolongadas e a interação entre o pesquisador e o pesquisado acontecem de forma contínua. Contudo Dyniewicz (2009) ressalta que não existe transcrição neutra, nela sempre estarão presentes as percepções do pesquisador.

Os participantes do estudo foram 07 usuários portadores de depressão que frequentam o CAPS II- Norte. Os critérios de inclusão dos participantes para participar do estudo foram que estivessem em condições de diálogo e que aceitaram voluntariamente o diálogo para contribuir com a pesquisa, não devendo apresentar comprometimento no pensamento a ponto de prejudicar a realização da entrevista, consentir e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, por meio da qual o entrevistador faz pequeno número de perguntas abertas, e as questões a serem respondidas não precisam seguir a ordem prevista no guia de perguntas, podendo ainda ser formuladas algumas perguntas no decorrer da entrevista (RUIZ, 2002). A entrevista foi registrada com o auxílio do gravador de voz (MP4), previamente autorizado pelo entrevistado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade NOVAFAPI, com parecer do Processo CAEE nº 0064.0.043.000-11, juntamente com autorização da Fundação Municipal de Saúde, órgão responsável pelo local do estudo. O estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras determinadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde referente à realização de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

## **Resultados e Discussão**

As entrevistadas serão chamadas de colaboradoras, pelo fato de não terem sido apenas informantes e sim participadoras ativas na pesquisa realizada, todas são do sexo feminino e, como afirma Abreu (2006) a depressão é 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens, motivo este de termos encontrado no campo apenas mulheres com este transtorno. E a estas colaboradoras serão denominados nomes de flores para garantir o anonimato.

### **Colaboradora 1**

Orquídea tem 31 anos, é teresinense, divorciada, evangélica, tem três filhos (duas meninas e um menino) menores de idade. Mora com os pais e dois de seus filhos, pois uma filha mora com sua irmã. Possui o ensino fundamental incompleto, não trabalha, é usuária do Centro de Atenção Psicossocial há 1 ano.

### **A VIDA**

Narra infância e adolescência alegres, cheias de amizades e com uma vida escolar produtiva.

“Quando eu era criança eu era normal, normal. Eu era uma menina inteligente tinha muita facilidade de aprender as coisas. E de... me comunicar com as pessoas” (Orquídea)

Começou a sentir os sintomas da depressão quando, em seu casamento, surgiram brigas desencadeadas por seu esposo. Orquídea relata que se empenhava ao máximo nas atividades do lar e no cuidado com os filhos e, no entanto, tudo não era o suficiente para agradá-lo. Após muitas brigas, iniciou as crises de depressão que culminaram com a separação do casal. Em sua narrativa expõe a separação dos filhos, que foram morar com o pai e a dependência total dos outros durante as crises mais intensas da depressão.

“Só que depois que eu casei foi que eu comecei a sentir os sintomas da depressão. Aí eu perdi a vontade de falar com as pessoas, não tinha vontade de fazer nada. Às vezes até tentava, mas eu não conseguia. Não tinha vontade de falar... eu passei quase um ano sem falar com ninguém, só ficava calada. Não tinha vontade de tomar banho[...]...aí eu fiquei 6 meses de cama, sem caminhar, não comia, só tomava sopa e líquido, não tinha vontade de sair” (Orquídea)

Orquídea afirma que apesar dos sintomas depressivos deseja intensamente sair do quadro e seu intuito prioritário era ter os filhos de volta e narra à importância do tratamento e se diz confiante na busca de uma melhora.

“Aí com o tratamento eu quero me recuperar pra tomar de conta da casa e de meus filhos, e ter uma vida normal, como a de qualquer pessoa [...]. Com os remédios não tem mais aquela coisa do início, já diminuiu bastante. Meus filhos já tão hoje comigo na casa dos meus pais e uma com minha irmã. Mas eu nunca desisti, sempre tentando superar” (Orquídea)

O núcleo da narrativa é o sofrimento após a perda dos filhos e o medo de ser desprezada. Seu projeto de vida é se recuperar, superar estes momentos difíceis e ter uma vida “normal”.

## **Colaboradora 2**

Bromélia tem 29 anos, é natural de Teresina-PI, solteira, evangélica, não possui filhos. Mora somente com sua mãe, mas tem outras três irmãs: duas moram com a avó e uma, como pai. Possui o ensino médio completo. Atualmente não trabalha e nem estuda, e há 5 meses realiza tratamento no CAPS.

### **A VIDA**

Em sua narrativa expõe uma vida antes e após a depressão, enfatizando uma infância normal, com muitas brincadeiras e sem relato de muitas dificuldades, na qual a escola era o melhor lugar que existia, pois adorava estudar. Sua adolescência já foi marcada pela timidez. Relata que era muito tímida e mal saía de casa.

“Na minha infância eu tive muita alegria... brinquei muito. Eu brincava muito, estudava muito. Minha infância foi muito boa. Já minha adolescência, foi só dentro de casa, eu era daquelas pessoas que nem botava a cara na porta. Minha mãe brigava comigo porque eu não saía de casa, só estudava... Era só pra escola e dentro de casa, numa saía pra lugar nenhum, eu era muito tímida” (Bromélia)

Os sintomas da depressão iniciaram após o término de um relacionamento. Bromélia passou a ter ansiedade e a vagar nas ruas da cidade sem destino.

“A depressão começou quando meu namorado terminou comigo, aí eu fiquei sem dormir, voltou tudo de novo o que eu sentia e comecei a caminhar na rua com impaciência e ansiedade” (Bromélia)

Bromélia associa a sua depressão a um relacionamento amoroso sem êxito e está contente com a melhora do quadro apresentado, principalmente a inquietação e ao fato de não mais caminhar compulsivamente pelas ruas e afirma que o CAPS é essencial nesta fase de tratamento.

“Atualmente tô bem, graças a Deus. Com o acompanhamento do CAPS está muito bom. Aqui a gente faz oficinas, desenhos, coisas mesmo pra passar o tempo.

Quando cheguei aqui a crise ainda tava muito forte. Tô aqui há 5 meses e já tive boa melhora, porque eu passava o dia todim caminhando na rua e sabia o que tava fazendo e não conseguia parar” (Bromélia)

### **Colaboradora 3**

Cravo tem 45 anos, procedente de Batalha-PI, casada, evangélica, tem três filhos, (duas meninas e um menino, ambos solteiros) e uma neta. Mora com o marido e duas filhas, pois o único filho foi morar em outro estado. É analfabeta, e está sendo acompanhada no CAPS há 2 meses.

### **A VIDA**

Cravo narra uma infância difícil devido a presença de um pai muito severo. Aos 12 anos foi vítima de uma violência física tão intensa que tomou uma grande quantidade de medicamentos variados e, por isso, passou 5 dias internada. Relata que desde esse tempo, já se sentia angustiada e triste, mas, após o envolvimento de seu filho mais velho e único “homem” com as drogas é que os sintomas da depressão se exacerbaram. Hoje se encontra melhor com o tratamento e queixa-se da perda da independência ocasionada pela depressão.

“O meu pai era muito rebelde comigo, acho que daí começou a depressão. Com 12 anos o meu pai me deu uma “taca”, aí eu tomei umas medicações muito fortes... passou dos limites [...]. Mas o que me deixou mermo

marcada foi meu filho... ele se envolveu no mundo das drogas” (Cravo)

Apresentou uma narrativa clara e de forma cronológica relatou os fatos de sua vida, iniciou pela infância, contando momentos difíceis que a marcaram bastante, relatou com detalhes o envolvimento de seu filho com as drogas, no qual ele a roubava e, com medo das ameaças dos traficantes e gangues resolveu levar seu filho para outra cidade no intuito de protegê-lo e conta que se tivesse o deixado aqui com certeza não estaria mais vivo.

Continua contando que atualmente não trabalha e que durante as crises tem muito medo de andar sozinha e se perder, retrata que a doença a impede nas suas atividades laborativas. Quando descobriu que seu filho era usuário de drogas tinha ideias suicidas.

“Quando eu tô com a depressão eu não posso tá no meio de muita gente, não ando de ônibus mais porque tenho medo de me perder. E foi algo muito ruim pra mim, porque eu era uma pessoa de luta, de muita garra, trabalhadeira, batalhadora, não importava estudo. [...] quando eu descobri que meu filho era usuário eu queria me jogar lá do último andar pra baixo” (Cravo)

Apesar de pouco tempo de tratamento, Cravo conta uma melhora discreta, mas afirma que o grande obstáculo é que fora do CAPS os problemas continuam a existir e que o crack é a maldição da sociedade destruindo famílias e lares.

“Hoje aqui no CPS tá bom, o negócio é que quando eu saio daqui os problemas sempre tão, né? [...] E até hoje qualquer coisa ruim que acontece já me tranco... e a pior coisa que aconteceu é a maldição do crack, porque não acaba só com a pessoa, mas acaba com a mãe, com o pai, a família e o mundo todo”. (Cravo)

O núcleo da narrativa é o cuidado com esse filho e o sofrimento em razão do seu envolvimento com as drogas. Seu projeto de vida atualmente é tirá-lo deste meio ilícito e se recuperar, pois já não possui mais ideias suicidas e expressa a vontade de viver.

#### **Colaboradora 4**

Rosa tem 28 anos, é teresinense, solteira, protestante, não tem filhos. Mora com seus pais e com um irmão e uma irmã. Possui o ensino médio completo e há 1 ano é acompanhada no CAPS. Atualmente trabalha como vendedora em uma loja de roupas, e possui um relacionamento fixo com um vizinho.

Inicia sua narrativa expondo que antigamente era feliz e “normal” como qualquer outra pessoa. Iniciou as crises de depressão quando foi demitida do emprego anterior. Nesse período, relata ter ficado agressiva e agitada com todo mundo e não ter consciência de seus atos.

“Quando eu era criança eu era muito feliz, todo mundo gostava de mim. Minha adolescência também fui feliz, ia



para as festas, namorava como faço até hoje [...] Adoeci de depressão desde que fui demitida do meu emprego. Aí fiquei agitada e agressiva com todo mundo... Foi uma das piores fases da minha vida... Minha mãe fala que eu fiquei louca, delirando e gritando com todo mundo. Eu lembro que me sentia triste, com uma dor de angústia no peito. Arre... não gosto nem de lembrar” (Rosa)

Atualmente trata-se no CAPS e disse não sentir os sintomas de antes, retornou suas atividades laborativas, pois se encontra em outro emprego, refere não se sentir triste como antes e expressa felicidade por não estar mais agitada.

“Hoje me sinto bem melhor... já voltei a trabalhar e com o tratamento aqui do CAPS toda semana não me sinto mais triste como antigamente. É uma vitória até tá conversando com você agora porque antes nem isso eu queria fazer era só tristeza e uma agitação danada” (Rosa)

### **Colaboradora 5**

Jasmim tem 26 anos, é de Teresina-PI, solteira, evangélica, não tem filhos. Mora com a mãe, o pai e dois irmãos menores. Possui nível superior incompleto, encontra-se cursando o último bloco do seu curso, não trabalha e há 2 meses frequenta o CAPS.

Narra que desde pequena sempre foi alegre, estudiosa, comunicativa, gostava de sair.

“Antigamente era uma pessoa como qualquer outra... normal [...] Eu sempre fui uma pessoa alegre, estudiosa, comunicativa, gostava de sair, todo lugar era bom” (Jasmin)

Sua mãe também tem depressão e faz acompanhamento no CAPS há 1 ano. Teve muitos relacionamentos, mas, ao término do último, que durou 2 anos e foi mais intenso que os outros, deparou-se com uma angústia e tristeza muito grande, iniciando as crises de depressão. Relata se esforçar para as pessoas não perceberem essa tristeza.

“Após um relacionamento de 2 anos, iniciei uma crise de depressão, por não aceitar a perda. Tive outros relacionamentos, mas este, o último, foi mais intenso. Idealizei sonhos, construí sonhos, fiz planos, e do nada... romper. Ah... eu não aceitei, e não aceito até hoje a perda. E eu sofro muito com isso porque eu tento passar para as pessoas que eu estou bem, mas eu não estou tanto assim, a verdade é que por dentro sou uma pessoa muito triste. Mas vou tentando superar” (Jasmin)

Jasmin afirma que durante as crises de depressão já pensara em suicídio, pois afirma que cessando a vida, acaba o sofrimento. Conta que a depressão é uma doença que traz uma tristeza muito forte, além de saber que é difícil cuidar de pessoas com esta patologia, pois já vivenciou a mesma situação com a mãe. Afirma que não consegue se concentrar nos estudos e no trabalho, além de apresentar muita oscilação no humor. Expressa com clareza a vontade de se

recuperar e resgatar o tempo perdido. Assim, Jasmin finaliza a sua narração desta maneira: “Se eu pudesse, esquecia tudo e começava do zero, mas é muito difícil”. Hoje diz estar bem após o acompanhamento no CAPS, mas não tem a mesma paciência e calma que tinha antes.

## **Colaboradora 6**

Margarida tem 58 anos, é natural de São João dos Patos- MA, casada, católica, tem dois filhos (solteiros). Mora com o marido, uma filha mais velha e dois meninos. É alfabetizada, trabalha e há 1 ano frequenta o CAPS.

Em sua narrativa relata que desde criança já era triste, não gostava de brincar muito com as outras. Casou-se muito cedo com o primeiro namorado (com 15 anos), mas que hoje é muito feliz com o mesmo.

“Quando eu era criança já era meio tristonha, sei lá, acho que era meio doidinha, já.... Depois, já mocinha arranjei um namorado e agente casou muito cedo, eu com 15 anin... hoje tenho 3 filhos e tô bem com um maridão” (Margarida)

Relata que após um conflito com suas irmãs, por pediram a herança de seus pais antes de sua morte, iniciou os sintomas depressivos.

“Depois de alguns problemas com minhas irmãs que queriam a herança do pai e da mãe antes deles morrerem, pois é ... já se viu isso? Aí começou essa tristeza, esse aperrei que não tinha como controlar. Quando eu tô em crise não consigo fazer nada, que ninguém nem me

pergunte que eu mais pareça um saco, não falo com ninguém” (Margarida)

Atualmente, com o apoio do CAPS sente-se mais alegre, calma e mais independente.

“Hoje tô bem, o tratamento aqui é bom. Tô forte e não mais tão triste como antigamente... já tô bem recuperada e sei enfrentar as coisas agora... quando acontece algo tento enfrentar com mais força que antes” (Margarida)

### **Colaboradora 7**

Girassol tem 30 anos, é teresinense, solteira, sem religião, não tem filhos. Mora com a mãe e o irmão, pois seu pai é divorciado de sua mãe. Possui o ensino médio incompleto, não trabalha e há 3 anos frequenta o CAPS.

Inicia a narração expondo que sempre foi normal como todo mundo e, somente depois que seu patrão começou a assediá-la, perguntando se a mesma era virgem, é que surgiram ideias de culpa acompanhadas de tristeza, angústia, tremores, esquecimentos. Procurou o hospital psiquiátrico e a encaminharam para realizar tratamento no CAPS.

“Eu sempre fui normal, estudava, trabalhava, saía de casa com os amigos. Mas desde de 2008 que eu adoeci de depressão [...]Antes eu era normal assim como vocês, mas desde o dia em que meu patrão me ligou perguntando se eu era virgem e me chamando pra sair que eu fiquei

“agoniada”, triste, dizendo que a culpa era toda minha pra isso tá acontecendo, mas eu nunca saí com ele [...]As experiências que eu vivi foi horrível: sensação ruim, só aquela angústia me matando, tremia tudo, me esquecia das coisas, era ruim demais” (Girassol)

Atualmente ainda se sente bastante dependente, não consegue realizar muitas tarefas normais sem auxílio e ainda se encontra bastante depressiva.

“Ah, minha vida é assim: não estudo e nem trabalho, tá com 3 anos que frequento o CAPS, estou aqui todo dia de manhã. Ainda tô muito dependente, não consigo fazer a coisas direito sozinha, ainda me sinto triste. Mas acho que já melhorei” (Girassol).

A partir dos relatos pode-se evidenciar que as colaboradoras são conscientes de seu problema e muitas vezes, mesmo nas fases em que os sintomas da doença se tornam exacerbados, essa percepção de si continua presente.

Nesse aspecto, o presente estudo corrobora Gazalle *et al.* (2004) que afirmaram que nos aspectos cognitivos da doença, observa-se a presença de sentimentos de inadequação pessoal, tendência para apresentar baixa autoestima e autoconfiança reduzida, além de ideias de culpa e algumas vezes, despersonalização. Contudo, assegura ainda que mesmo na presença desses sentimentos, o indivíduo pode manter preservado a percepção de si, do tempo e espaço, fato evidenciado nas falas citadas.

As falas dos sujeitos demonstram que o indivíduo com depressão apresenta um quadro depressivo intenso e marcante, na qual tristeza, solidão e angústia foram a tríade clínica mais citada. Além disso, ele perde a vontade em realizar suas atividades diárias, isola-se do convívio social e familiar e com grande frequência, torna-se dependente dos outros para a execução de tarefas simples do cotidiano e até do autocuidado.

Contudo, para Abreu (2006), mesmo que o humor depressivo seja típico dos quadros depressivos, ele não é exclusivo para o diagnóstico. Há a presença de outros sintomas psíquicos como desinteresse, redução de energia, diminuição da capacidade de pensar. Além disso, o indivíduo experimenta insônia intermediária (acorda no meio da noite e tem dificuldade de voltar a dormir) ou terminal (desperta mais cedo) com piora do humor, ou pode ainda apresentar hipersonia.

A depressão pode ainda vir associada de redução ou aumento do apetite, redução do interesse sexual, acompanhadas de retraimento social, crises de choro, comportamento suicida e retardo ou agitação psicomotora, corroborando com os achados da presente pesquisa.

Outro aspecto evidenciado foi a presença de uma situação deflagradora ou um evento marcante que culminou com o aparecimento da depressão ou acentuação do quadro depressivo. Do ponto de vista da psicanálise, a formação da experiência humana é moldada pelas estruturas mentais durante o desenvolvimento e de acordo com essa concepção a depressão pode ser explicada por um conjunto de modelos conceituais que diferem entre si.

O modelo da perda do objeto enfatiza o impacto de uma separação traumática de objetos (ou indivíduos) de apego significativo para o indivíduo, na

qual as quebras desses laços afetivos é que irão predispor o indivíduo à depressão futuramente, ou seja, o estressor de vida é um dos fatores de maior risco para o desenvolvimento do quadro depressivo (BERLIM, 2005).

Diante da observância de um novo paradigma na saúde mental em que os novos modelos assistenciais respeitam o indivíduo na sua singularidade e no seu modo de ser, tornando-os sujeitos ativos do seu próprio processo saúde-doença, pode-se perceber nas narrativas que para as colaboradoras que conviviam com crises seguidas de internação hospitalar, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm possibilitando a realização do tratamento em nível ambulatorial, com uma equipe multiprofissional que tem conseguido dar um suporte aos indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias.

Dessa forma, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possibilita que o indivíduo possa enfrentar as crises em seu ambiente familiar, evitando a internação e conseqüentemente diminuindo a cronicidade. No entanto, é importante ressaltar que como todas as colaboradoras eram parceiras ativas em seu tratamento, notou-se uma melhora significativa do quadro depressivo da grande maioria delas, corroborando com os estudos de Moll e Saeki (2009) que demonstraram que a atitude do paciente é de fundamental importância para o tratamento, pois se ele acredita na possibilidade de melhora, há uma influência significativamente na resposta clínica.

As colaboradoras desta pesquisa contam que após estar sob acompanhamento no CAPS, sua vida mudou muito, principalmente a viver numa sociedade cultural de maneira humanizada, tendo a capacidade de interagir com os outros, apresentando uma boa sociabilidade e melhorando a sua autoestima, tanto no bem-estar físico quanto mental.

É relevante citar que após o acompanhamento no CAPS, houve uma transformação nos aspectos da vida social e familiar das colaboradoras. Algumas entrevistadas readquiriram independência e autonomia, tornando-se novamente responsáveis por suas atividades anteriores. Outras, ainda se encontram em processo de readaptação à “nova realidade” (desemprego, retomada da vida social e familiar, dependência, volta a escola).

Nesse aspecto, deve-se ressaltar que o CAPS tenta recriar as relações existentes entre a família, sociedade e pacientes com transtorno mental. A aliança de tratamento com a família é priorizada, de modo a permitir que os pacientes possam desenvolver suas potencialidades, fortalecendo suas relações sociais e tentando reinseri-los em um ambiente de comunidade (RIBAS; BORENSTEIN, PADILHA, 2007).

Em face da realidade apresentada, considera-se que o CAPS contribui significativamente com o tratamento e reabilitação dos indivíduos que sofrem com a depressão, pois possibilita enriquecer a vida dos usuários com esse diagnóstico, além de mitigar as mudanças interferindo nas diferentes esferas de suas vidas.

### **Considerações Finais**

Com a realização desse estudo, conseguiu-se perceber que a história de vida das colaboradoras é marcada por particularidades e singularidades. Através destas histórias podemos compreender de forma mais ampla como estes indivíduos convivem com esta patologia, como estes sujeitos enfrentam o tratamento e lidam com toda esta situação, como é o cotidiano e a vivência no ciclo familiar e social e a partir de suas falas poderemos possivelmente contribuir



com o aperfeiçoamento da terapêutica, valorizando cada indivíduo na sua totalidade e de forma individualizada.

Observamos na entrevista que os colaboradores que sofrem de depressão são cientes de seu estado mórbido. Sabem e relembram fatos do passado que foram o estopim para o aparecimento da doença, de modo que ao narrar suas histórias as colaboradoras foram refazendo seu percurso na vida, revendo os fatos e dando significados a eles.

Diante desta problemática, pode-se perceber a necessidade de ampliação de um conhecimento pautado nesta nova forma de ver o indivíduo com depressão, a fim de motivar novas pesquisas na área da saúde, no sentido de definirem melhores formas de obter subsídios que direcionarão um planejamento da assistência mais individualizada e singular.

## UNIDADE II

### Transtorno Mental Comum: vivendo com transtorno afetivo bipolar

O transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição crônica, caracterizada pela existência de episódios agudos e recorrentes de alteração patológica do humor, que ocasiona grande impacto na vida do paciente, reduzindo seu funcionamento e sua qualidade de vida (KAPLAN *et al.*, 2003).

O transtorno afeta cerca de 1,6% da população, embora o reconhecimento de quadros mais leves possa elevar ainda mais essa prevalência. É de fato um quadro psiquiátrico de grande prevalência na comunidade em geral e na prática clínica, tendendo a afetar adultos de ambos os sexos, com início mais recorrente na juventude. Mania e depressão são vistas como síndromes clínicas de polaridades opostas e, em geral, excludentes. Sabe-se, no entanto, desde o século XIX, quando Kraepelin realizou suas observações, que a coexistência de sintomas maníacos com sintomas depressivos pode ocorrer (ABREU *et al.*, 2006).

O transtorno apresenta alta taxa de comorbidade psiquiátrica, chegando a duas ou mais condições associadas, dentre elas, o abuso de substâncias é a mais frequente, o que torna a patologia ainda mais ameaçadora e deteriorante. (MORENO *et al.*, 2007).

O presente capítulo tem como objetivo relatar através de um caso clínico, a assistência de enfermagem prestada ao portador de transtorno afetivo bipolar em um hospital psiquiátrico de Teresina-PI.

## **Caso Clínico**

F.M.P.A, 34 anos, sexo feminino, dona de casa, divorciada, procedente de Porto – PI, foi admitida no dia 15/03/2010 no Hospital Areolino de Abreu apresentando hetero agressividade , alucinações auditivas, delírios de grandeza (“Eu sou filha do Kaká ,jogador de futebol, e de D. Carolina, por isso eu sou a kakazinha...” ; “Eu sou esposa do Cadu do Big Brother Brasil” ), delírios persecutórios (“Quero ir para casa, pois os raios estão me perseguindo”), ideação suicida e relato de conflitos familiares.

A cliente fazia acompanhamento ambulatorial no Hospital Areolino de Abreu e tinha histórico de três internações, a última há cerca de sete meses. Na consulta de enfermagem, a paciente apresentava-se inquieta, desorientado auto e orientada alo psiquicamente, discurso desconexo com perseveração, logorreica, com fuga de idéias e coprolalia, delírios de grandeza e persecutórios, aparência descuidada.

Familiares relataram que a crise se iniciou após conflitos conjugais e o iminente divórcio, na qual F.M.P.A afirmava que não suportaria a “carga familiar” sozinha. A hipótese diagnóstica inicial foi de Esquizofrenia, pelo quadro psicótico acentuado. Posteriormente, foi confirmado o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos. O tratamento inicial foi realizado com antipsicóticos, estabilizadores do humor, atendimento psicológico e de enfermagem. Os exames clínicos não apresentaram anormalidades.

## **Resultados e Discussão**

Durante as consultas de enfermagem, realizadas individualmente e com duração média de trinta minutos, F.M.P.A era avaliada quanto aos aspectos psicossocial e fisiológico e implementadas as ações de enfermagem condizentes com as necessidades encontradas. Em especial, visou-se a melhoria dos padrões disfuncionais no humor, considerando que na fase depressiva os sintomas mais proeminentes caracterizavam-se por pensamentos suicidas, negligência com a aparência e a higienização, baixa autoestima, agitação psicomotora e resistência à medicação.

Sabemos que o tratamento com psicofármacos, embora seja uma realidade necessária ao cotidiano da pessoa com TAB, a baixa adesão ao mesmo constitui um grande e sério problema, cujas consequências são a falta de controle do transtorno, o aumento de internações evitáveis e do custo dos cuidados de saúde.

Por sua magnitude, a não-adesão ou a baixa adesão à terapêutica medicamentosa constituem problemas de saúde pública, sendo importantes as abordagens de enfermagem para minimizar a problemática. E progressivamente, com as intervenções de enfermagem apropriadas, observaram-se maior adesão ao tratamento com melhora do humor, da autoestima e do autocuidado. Ocorreu também a estabilização das funções psíquicas antes alteradas (orientação e psicomotricidade).

Todavia, a remissão total dos delírios e alucinações não foi verificada, posto que o tempo para o efeito terapêutico das medicações prescritas não foi suficiente para desencadear a remissão do quadro psicótico, que normalmente seria de 30 a 45 dias.

Segundo Miasso (2009), a redução das sintomatologias leva em consideração que o tratamento dos transtornos bipolares com estabilizadores do humor, antipsicóticos atípicos e antidepressivos é cada vez mais importante, não apenas para a recuperação do bem-estar, mas evitando resultados desfavoráveis a longo prazo.

### **Considerações Finais**

Com base no exposto, foi possível observar que a cliente apresentou melhora com o tratamento realizado, principalmente relacionado ao humor, o discurso e ao quadro de agitação. Observou-se ainda, que o tempo para o efeito terapêutico das medicações prescritas não foi suficiente para desencadear a remissão do quadro psicótico. O caso exemplifica também a importância de uma assistência de enfermagem que aborde o indivíduo em todos os seus aspectos, contribuindo para um tratamento menos debilitante e ameaçador para o indivíduo.

## **Unidade III**

### **Assistência terapêutica a pessoas com Transtorno Mental Comum**

É de conhecimento geral que após o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a rede de atenção à saúde mental, criou novas modalidades de serviços com o objetivo de substituir, gradativamente o modelo psiquiátrico tradicional. Com isso, foram promulgadas as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, que instituíram a regulamentação da estrutura e implantação dos novos serviços em Saúde Mental (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Por meio dessas portarias são regulamentadas a assistência integral e a humanização do atendimento aos doentes mentais, proporcionando mudanças nas transformações do modelo assistencial e a criação dos novos serviços de atenção em saúde mental. Esses novos serviços são: Hospitais-dia, Leitos ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, Serviço de Urgência Psiquiátrica, atendimento em nível Ambulatorial em Unidade Básica, Centro de Saúde e os Núcleos/ Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) (BRASIL, 2004a).

A Reforma Psiquiátrica mostra que a assistência e inserção social do portador de transtorno mental, deve acontecer longe dos muros manicomial e da exclusão, sendo um modelo aberto, comunitário, capaz de promover novas alternativas para as pessoas que sofrem de transtorno mental, com base na substituição das internações por estratégias de circulação social (DIMENSTEIN *et al.*, 2005).

Nesses dispositivos, o serviço preconiza ações e atividades na perspectiva de proporcionar uma oferta de cuidado integral à saúde, ao portador de transtorno mental e da família, através de uma equipe multidisciplinar

priorizando ações de respeito, de promoção e reinserção psicossocial e de participação dos familiares como agentes no processo terapêutico (SOUZA *et al.*, 2007).

Dessa forma, as condições de melhoria do estado de saúde e da reinserção do portador de transtorno mental, estão relacionadas à multiplicidade de aspectos que envolvem dimensões culturais, sociais e psicológicas, pois, a integração do familiar no projeto terapêutico está pautada na integração, participação e continuidade do tratamento (BRASIL, 2004b).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados como a primeira porta de entrada e regulação em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimento aberto e acolhimento aos doentes mentais na comunidade, apoiando a integração social e familiar na busca da autonomia, oferecendo atendimentos e proporcionando a reinserção na sociedade através do acesso ao trabalho e ao fortalecimento de laços familiares e comunitários (BRASIL, 2001).

A reinserção social tem o objetivo de estimular a autonomia do doente mental, ajudando-o a reconstruir seu direito, e restabelecer vínculos, a participar e valorizar a dimensão afetiva, facilitando-o na sua melhor reestruturação de suas habilidades e funções dentro de uma comunidade (ROCHA, 2005).

Amarante (2000), afirma que a escuta é considerada como um instrumento terapêutico no cotidiano dos usuários do CAPS, pois este é um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece meios que favoreça a reinserção deste na sociedade.

Dessa forma, o tratamento em saúde mental, centrado na psiquiatria e no hospital, passa a ser substituído por uma constituição de atendimento comunitário, composta por equipe multiprofissional com o propósito de oferecer atenção voltada aos aspectos biopsicosocioculturais.

Nesse sentido o CAPS deve oferecer uma diversidade de propostas que transcendem o cuidado clínico médico, psicológico ou social. Dentre estas, constituem-se as oficinas terapêuticas num dos diferenciais, sendo uma importante ferramenta mediadora entre o portador de transtorno mental e a equipe multiprofissional.

Antigamente essas atividades eram atribuições dos terapeutas ocupacionais e que após as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica, passaram a ser exercidas pelos demais profissionais, dentre estes, podemos destacar o profissional enfermeiro, uma vez que contribui para a produção de novas maneiras de compreender e de intervir no sofrimento mental.

As oficinas terapêuticas se constituem de um espaço que proporciona essa mediação por meio do desenvolvimento de atividades coletivas, do desenvolvimento das potencialidades e de capacidades de aprendizado por meio do auxílio de profissionais que ensinam novos ofícios e oportunizam a expressão dos sentimentos (ROCHA, 2005).

Desta forma, as oficinas terapêuticas buscam oportunizar ao usuário a reconstrução de laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros (COSTA *et al.*, 2012; DIXON *et al.*, 2014).

As oficinas terapêuticas são atividades grupais de socialização, expressão e inserção social, nas quais a principal tarefa de quem coordena é possibilitar oportunidades de inserção social. O seu valor está na reabilitação do



usuário, possibilitando ao mesmo trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Essas atividades são realizadas em grupos com a presença e orientação de um ou mais profissionais. As mesmas podem ser definidas através do interesse dos usuários e das possibilidades dos técnicos de serviços, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, e também na realização de atividades produtivas (BRASIL, 2004c).

De modo geral, as oficinas terapêuticas são desenvolvidas individual e/ou em grupo com aqueles que fazem acompanhamento de modo intensivo, semi-intensivo e não intensivo no CAPS. Dentre as atividades terapêuticas destacam-se: festividades em datas comemorativas, assembleias e reuniões, atividades artísticas (expressão corporal, gestual e musical), além das orientações quanto à importância da utilização das medicações psicoterápicas e atividades comunitárias, enfocando a integração social do usuário na família e na comunidade (ROCHA, 2005).

No desenvolvimento das oficinas terapêuticas proporciona-se o fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, com a valorização do potencial criativo de cada um, com um olhar voltado para o bem estar do portador de transtorno mental (COSTA *et al.*, 2012).

Dentre as diversas propostas de trabalho coletivo, pode-se considerar que a arte se constitui em um dispositivo que busca a auto expressão dos sujeitos, a compreensão dos seus sintomas, bem como o gerenciamento de conflitos e a sensação de relaxamento e bem estar (MENDONÇA, 2005).

Segundo Silva e Fonseca (2005), as oficinas em Saúde Mental só podem ser consideradas terapêuticas quando as atividades desenvolvidas no serviço oferecem ao usuário um lugar de fala, expressão e acolhimento, alcançando assim o caminho da reabilitação com o apoio de vários profissionais, entre estes, o enfermeiro.

Trabalhar com doentes mentais exige do enfermeiro habilidades especiais, para que seja capaz de desenvolver um relacionamento terapêutico com o mesmo, portanto, o enfermeiro deve usar a autoconscientização e a sua pessoa como meio para a relação positiva com o doente mental. Assim, deve utilizar seus conhecimentos e habilidades profissionais não para resolver os problemas do sujeito, e sim trabalhar com ele, buscando encontrar a solução adequada para seu problema (SOUZA *et al.*, 2007).

Souza *et al.* (2007) apontam o enfermeiro no desenvolvimento de suas funções deve buscar espaços de acolhimento, que possibilitem à solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, e que promovam a atenção psicossocial e a reabilitação do indivíduo.

O enfermeiro oferece uma intervenção terapêutica, pois sedia o acolher, o ouvir e o intervir por meio de instrumentos e ações que possibilitam reabilitar uma construção de melhor qualidade de vida, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a sua reinserção em grupos sociais e comunitários.

Nesse sentido, toda equipe profissional do CAPS deve ter a sensibilidade de perceber os processos que regem os distúrbios da mente em que os pacientes estão acometidos, para isso torna-se necessário o conhecimento por parte dos profissionais integrantes, das metodologias utilizadas nas oficinas

terapêuticas, bem como conhecer e compreender todas as etapas do processo que envolve o tratamento.

Para tanto uma das principais ferramentas para a ressocialização do usuário do CAPS se dá através da participação nas oficinas terapêuticas, pois, mostra que através do trabalho, do agir, e do pensar coletivamente, representa um instrumento importante para inserção das pessoas no grupo e conseqüentemente na sociedade, valorizando assim sua singularidade e potencialidade (BRASIL, 2004).

Nesta pesquisa, em função do seu objeto de estudo, houve a necessidade de delimitar um conceito sobre percepção, que segundo Japiassu e Marcondes (1996), é um ato de perceber uma ação sobre os objetos externos a partir dos dados sensoriais. A percepção é constituída pela decodificação dos estímulos que se recebe e pode ser descrita como a maneira que vê o mundo a sua volta, ou seja, é uma ideia em que o indivíduo constrói em si o conhecimento e a representação das pessoas.

Entretanto, a efetividade da oficina terapêutica dentro da política de saúde mental será maior ou menor dependendo da forma como o profissional a percebe. Para Oliveira (2012, p.9),

“Através da percepção um indivíduo organiza e interpreta suas impressões sensoriais dando significado ao seu meio”.

Esse capítulo objetiva descrever a percepção dos profissionais sobre oficinas terapêuticas no CAPS.

## **Percurso Metodológico**

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa atende à necessidade de aprofundamento nas percepções do entrevistado, levando informações ligadas às emoções, motivações, necessidades, atitudes e valores sem o disfarce da racionalização, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (GIL, 2010).

Para Minayo (2011) a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, num espaço mais profundo das relações considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a determinada condição social, com suas crenças, valores e significados, sendo esta forma de abordagem relevante para o alcance dos objetivos propostos. Também é descritiva e exploratória, pois busca descrever e compreender o fenômeno em questão (GIL, 2010). Frente ao exposto, a pesquisa qualitativa foi escolhida pelo fato de buscar responder ao objeto do estudo, com a realização de uma análise da percepção dos profissionais em relação as oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPS.

Desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS I, serviço de saúde mental pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Fronteiras-PI, destinado ao atendimento dos portadores de transtornos mentais. Este serviço utiliza as oficinas terapêuticas como instrumento estratégico para reintegrar o indivíduo à sociedade de forma produtiva e participativa a ambientes sociais e culturais, onde se desenvolve a vida cotidiana e familiar.

A cidade de Fronteiras- PI conta com uma estimativa de 11.411 habitantes (IBGE, 2015). Atualmente a cidade possui um serviço de saúde mental constituído pelo o CAPS I, com atendimento à população local, Pio IX e Caldeirão Grande do Piauí. O número de usuários inserido no CAPS I, segundo dados do relatório técnico administrativo, até a data da coleta de dados é de 230. São atendidos e acompanhados no serviço aproximadamente 20 usuários por dia, sendo que esse número varia entre 20 a 30 atendimentos, de acordo com as atividades oferecidas em cada dia e nível de classificação dos usuários (Intensivo Semi-intensivo e Não intensivo).

Esta população sofreu muito com este problema de não existir um serviço de atendimentos aos portadores de transtornos psíquicos dentro do próprio município, pois estes pacientes faziam acompanhamento não intensivo em Picos e outros em atendimentos particulares em Teresina-PI e Juazeiro do Norte-CE, e os que necessitavam de tratamento intensivo e crises emergenciais eram transferidos para o Hospital Justino Luz em Picos-PI e/ou Hospital Areolino de Abreu em Teresina-PI.

Então, a implantação do CAPS I dentro deste município, tens trazido grandes resultados bons à população. Este serviço é caracterizado como serviço público, alternativo ao sistema de internação hospitalar. Trata-se de um serviço aberto à população, não sendo necessário o encaminhamento por outra instituição. O funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas. A equipe é composta por sete profissionais, dentre eles estão presentes, um psicólogo, um médico, uma educadora, uma assistente social, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma artesã.

As atividades oferecidas pelo o CAPS I consiste em: atividades terapêuticas (grupos de família, grupo social, grupo de acolhimento, grupo de psicoterapia, grupos de cidadania e atendimento ambulatorial), oficinas dirigidas (cestaria em jornais, biscoito, pinturas, colagens, bordados), culturais (música, filme), sociais (assembleias, festas típicas, confraternização dos aniversariantes do mês) e alfabetização. As atividades são oferecidas durante todos os dias da semana e por diferentes profissionais.

O tratamento tem início na triagem. Após este processo de escuta do usuário, considerando os dados coletados, técnico e usuário definem o plano terapêutico, conjunto de ações que visem um melhor tratamento. Em alguns casos ocorre o encaminhamento para outras instituições de tratamento, conforme necessidade.

Em caso de permanência em tratamento no CAPS I, elabora-se o plano terapêutico, com definição da frequência de comparecimento ao atendimento e das atividades que o usuário desenvolverá durante o tratamento neste serviço. Para tanto, a frequência mensal ao tratamento define a modalidade de atendimento não intensivo, semi-intensivo e intensivo.

Os participantes do estudo foram sete profissionais do CAPS I, que exercem atividades nas oficinas terapêuticas com os usuários do serviço. O serviço conta com um médico, uma enfermeira, uma assistente social, um psicólogo, uma educadora, uma artesã e uma técnica de enfermagem e o critério de inclusão era a inserção dos profissionais nas atividades de oficinas terapêuticas com os usuários do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS I.

Todos os profissionais que fazem parte desta equipe multiprofissional aceitaram participar desta pesquisa e após este aceite, todos assinaram o Termo

de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A eles foi garantida a confidencialidade, o anonimato e a não utilização das informações em prejuízo dos outros. Para manter o anonimato dos participantes no texto em que foi exposto às falas de forma transcritas foram identificados por dep. 1; dep.2 e assim sucessivamente.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2014, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo questões referentes às informações acerca das oficinas terapêuticas desenvolvidas pela equipe multiprofissional aos usuários do CAPS I.

Na entrevista semiestruturada o entrevistador faz pequeno número de perguntas abertas sendo que as questões a serem respondidas não precisam seguir a ordem prevista no guia de perguntas, podendo ser formuladas algumas perguntas no decorrer da entrevista, mas permitem ao participante, que ele fale livremente sobre suas experiências acerca da questão, sendo, portanto, uma fusão entre as modalidades estruturadas e não estruturadas (MINAYO, 2011).

Nesta sistemática utilizada pelo pesquisador para a realização das entrevistas não houve dificuldades para o desenvolvimento, primeiramente foi organizada da seguinte forma: houve um encontro agendado para explicar os objetivos e propósitos da entrevista, a entrega para leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e foi permitido a gravação das declarações e o seguimento com a entrevista que foi gravada em equipamento de áudio (Mp4), depois transcritas na íntegra e reorganizadas de forma adequada todas as informações colhidas para dar subsídio ao registro de informações.

De posse do conteúdo adquirido por meio do instrumento de coleta de dados, seguiu-se a utilização e o processamento de sua análise com o auxílio

do programa *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que foi desenvolvido por um Pierre Ratinaud na França. É um programa gratuito que surge no *software* R e comporta diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

Este *software* científico tem a finalidade de descobrir a informação essencial contida num texto, através da análise estatística textual, quantificando, classificando e correlacionando as informações do texto. Camargo & Justo (2013a) afirmam que este programa proporcionou o desenvolvimento de técnicas de análise de dados que beneficiaram muito as pesquisas, além de ter um caráter inovador que este instrumento atribui à análise dos discursos.

Os autores reforçam que este programa informático pode fazer vários tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente). Assim como também organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível que é visualmente bem clara (análise de similitude e nuvem de palavras).

A análise textual é um tipo específico de análise de dados apontados por três eixos importantes: as noções de corpus, texto e segmentos de texto. O “Corpus” é o conjunto de textos que se pretende analisar. O “Texto” é cada entrevista que compõe o Corpus. Se uma determinada análise diz respeito às respostas de “n” participantes a uma questão aberta, cada resposta será um texto e teremos “n” textos.

Os “Segmentos de texto” são correspondentes às partes do texto, na maioria das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo o próprio



*software*. Nesse sentido, é válido destacar que o corpus, texto e segmentos de texto constituem o objeto de análise do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Vale ressaltar que o *software*, utilizado na efetivação das análises lexicais clássicas, identifica e reformula as unidades de texto, que se transformam de Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementar (UCE). Também são identificadas através da quantidade de palavras, a frequência média e o número de *hapax* (palavras com frequência um). É feita a pesquisa do vocabulário e reduzidas às palavras, com base em suas raízes (lematização), sendo o dicionário criado a partir das formas reduzidas e identificadas as formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Para esta fase do estudo, seguiram-se as etapas descritas a seguir. Realizou-se a gravação e transcrição das entrevistas, construiu-se o corpus e colocou-se em um único arquivo de texto, conforme orientações do tutorial do IRAMUTEQ. O corpo foi formado pelo conjunto de textos a ser analisado, fragmentado pelo software em segmentos de texto.

Durante a preparação do corpus fizeram-se leituras, correções e decodificações das variáveis fixas (depoentes, classe profissional, sexo, tempo de formação e tempo de atuação no CAPS). O programa informático pode fazer vários tipos de análises de dados textuais, com destaque para a Classificação Hierárquica Descendente (CDH) e análise de similitude, que foram utilizados nesta pesquisa.

O método de CDH é classificado em função da frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulários semelhantes e diferentes entre si, das outras

classes, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados. E a partir de matrizes que cruzam segmentos de textos e palavras (repetidos testes  $X^2$ ), aplica-se o método de CHD para obter uma classificação estável e definitiva. E a partir dessas análises em matrizes o *software* organiza a análise dos dados em um **dendograma** da CHD, que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

De acordo com os autores citados a análise de similitude se baseia na teoria dos grafos, possibilitando identificar as concorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras.

A organização dos discursos produzidos pelos participantes desse estudo, a partir do tratamento e análise dos dados descritos, possibilitou o alcance dos objetivos do estudo sobre a percepção dos profissionais em relação às oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPS. Os resultados foram expostos e analisados à luz do referencial teórico.

O estudo obedeceu a todas as recomendações exigidas para pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Pesquisa foi autorizada pela Instituição “cenário do estudo” e pelo o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) que obteve aprovação por meio do nº da CAAE: 34827514.2.0000.5214.

A pesquisa foi iniciada mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFPI e da leitura e posterior a assinatura do TCLE, em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra de posse do pesquisador, para fins de assegurar o consentimento e a ciência dos envolvidos.

O estudo evoluiu com riscos mínimos aos participantes, no entanto, foi minimizado pelo compromisso ético assumido pelas pesquisadoras. Entretanto, ocorreram benefícios, tendo em vista que após o momento da coleta dos dados por meio de conversa com os participantes da investigação, foram esclarecidos sobre a importância de estar desenvolvendo atividades de oficinas dentro do CAPS, objetivando mostrar a este profissional que ele é fundamental no tratamento e acompanhamento deste usuário, bem como, fazendo com que o profissional se sinta motivado em estar proporcionando um resgate da autoestima deste usuário para que ele consiga ser reinserido dentro da sociedade.

## **Resultados e Discussão**

### **Caracterização dos Participantes do Estudo**

Os participantes da pesquisa foram sete profissionais que integram a equipe multiprofissional do CAPS I de Fronteiras, PI. Sendo cinco com formação de nível superior (Médico, Enfermeira, Psicólogo, Assistente Social e uma Pedagoga) e duas em nível técnico (Enfermagem e Artesã).

Para que se visualize melhor o perfil desses participantes, segue um quadro com dados do código, sexo, idade, procedência, formação universitária, tempo de formação, tempo de atuação no CAPS e se trabalham em outra instituição psiquiátrica (Quadro 1).

Quanto à caracterização sociodemográfica dos participantes, evidenciou-se que a presença feminina é maior na equipe multiprofissional e as faixas etárias distribuíram-se entre 24 e 66 anos.

Dentre os depoentes a maioria são procedentes de Fronteiras –PI. No quesito de formação profissional, duas delas possuía nível técnico, cinco possuía nível superior, quatro possuía título em *Lato Senso*, duas em Saúde Mental, uma em Saúde da Família e uma em Gestão de projetos sociais, porém só uma que não tinha especialização.

Observou-se que os participantes da pesquisa estão preocupados em adquirir novos saberes como forma de complementação aos adquiridos na graduação e também em oferecer uma assistência de melhor qualidade ao cliente, ao mesmo tempo, torna-se preocupante ao revelar a carência de profissionais especialistas atuantes nesta área de saúde mental, visto que somente dois possuem especialização nesta área, sendo de fundamental importância a atualização profissional, para que a assistência não fique pautada em velhos conceitos.

A especialização é considerada como um processo de ensino que procura ampliar os conhecimentos e concepções da área, preparando os profissionais para intervir e transformar a prática, com foco no mercado de trabalho (CALGARO; SOUZA, 2009).

Analisou-se também o tempo de formação profissional, que variou de 2 a 41 anos. Quanto ao tempo que cada um trabalhava no CAPS I pode-se constatar que os participantes trabalhavam em média de 5 meses a 1 ano e, dentre eles, apenas um trabalhava em outra instituição psiquiátrica.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes. CAPS I.

Fronteiras-PI

Cód.	Sexo	Idade	Procedência	Formação Universitária	T. de Formação	T. de atuação no CAPS	Trabalha em outra Ins. Psiquiátrica
Dep. 1	F	24	Fronteiras	Téc. Enfermagem	2 anos	1 ano	Não
Dep. 2	F	29	Fronteiras	Téc. Artesã	2 anos	1 ano	Não
Dep. 3	M	66	Picos	Médico/ Esp. em Saúde mental	41 anos	1 ano	Sim. Hospital-dia
Dep. 4	M	29	Picos	Psicólogo/ Esp. em Saúde Mental	4 anos	1 ano	Não
Dep. 5	F	26	Fronteiras	Pedagoga	2 anos	5 meses	Não
Dep. 6	F	25	Picos	Assis. Social/ Esp. Gestão	4 anos	1 ano	Não
Dep. 7	F	27	Fronteiras	Enfermeira/ Esp. Saúde da família	4 anos	1 ano	Não

### Análise de Similitude

A análise de similitude possibilita identificar as concorrências entre as palavras e seu resultado trazendo indicações da conexidade entre as palavras e auxiliando na identificação da estrutura da representação (Figura 1) (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Na figura 1 estão dispostas as palavras mais frequentes nos discursos dos participantes. Buscando identificar e classificar os conteúdos das representações dos profissionais, percebeu-se que os léxicos que tiveram mais destaque foram: **mais, oficina, como, atividade, terapêutico paciente, trabalhar e não.**



oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação social, pois através das oficinas o paciente melhora sua relação no ciclo de convivência social e familiar e isso é visto como uma fator que potencializa a eficácia do tratamento, tornando-se fundamental para o desenvolvimento de suas habilidades, autovalorização e bem estar, colocando o paciente num patamar de satisfação e melhora clínica que correspondem às expectativas dos profissionais.

Outra representação demonstrada e que tem ligação com as palavras “mais” e “gente” é a expressão “trabalhar”. Ali é indicando um trabalho possível de atenção e transformação.

A palavra “oficina” tem uma similitude forte com “terapêutica”, e com outras conexões como “realidade, reinserção, sociedade e usuário”. Nessa semelhança percebe-se que é atribuído uma valorização dessa atividade capaz de fortalecer a atuação do sujeito e sua reinserção na sociedade através de atividades que lhe devolvam o direito à cidadania, outrora esquecido e abandonado em consequência de um problema mental.

Observa-se ainda na figura 1 mais uma representação, a palavra “terapêutico”, que tem similitude com grupo, depender, sentir e que está ligado ao ramo da “oficina”. Os profissionais expressão a atividade de oficina como dependendo de um grupo com capacidade para sentir e desenvolver com os usuários laços de confiança e de transformação.

Já a representação do “como” remete a afinidade a outras palavras expressas por “também, forma, cidadão, humano, contribuir, reinserir” e outras, demonstrando que os profissionais percebem o usuário como cidadão, humano, capaz de contribuir e conseguir a reinserção tanto social quanto familiar.

Outra palavra surgida foi “atividade” ligado a “pintura, conhecer, executar, conseguir”, como atividades são apreendidas pelos pacientes e acabam transformando o que aprenderam em um ofício gerador de renda para a família. Esta oportunidade aproxima o sujeito da comunidade e família de maneira que o mesmo se sente útil e responsável, retornando ao cotidiano como ser atuante, sentindo-se muito importante.

Em mais um eixo surge a palavra “paciente”, verifica-se conexão com as palavras “desenvolver, capacidade, melhoria, principalmente”. Estes termos estão presentes nos discursos dos profissionais quando se reportam à avaliação e acompanhamento realizados por eles aos pacientes e sua percepção sobre o desenvolvimento, a capacidade e melhoria em função da participação nas atividades no CAPS.

Também, como expressão negativa surge a palavra “não”, cuja similitude está no eixo da “atividade”, demonstrando uma maneira de expressar a negação do ficar “só”, de não permanecer em “casa”, seguindo na direção de “procurar escolher e identificar” o “CAPS” como local de saúde.

A figura 1 mostra que as oficinas terapêuticas são percebidas pelos profissionais como importante dispositivo para o tratamento no CAPS, e que vão desde a oportunidade, o tratamento, a inserção da família, um olhar para a equipe, a humanização e o trabalho que é desenvolvido de forma a possibilitar melhoria do quadro do sofrimento mental e do processo de reinserção social.

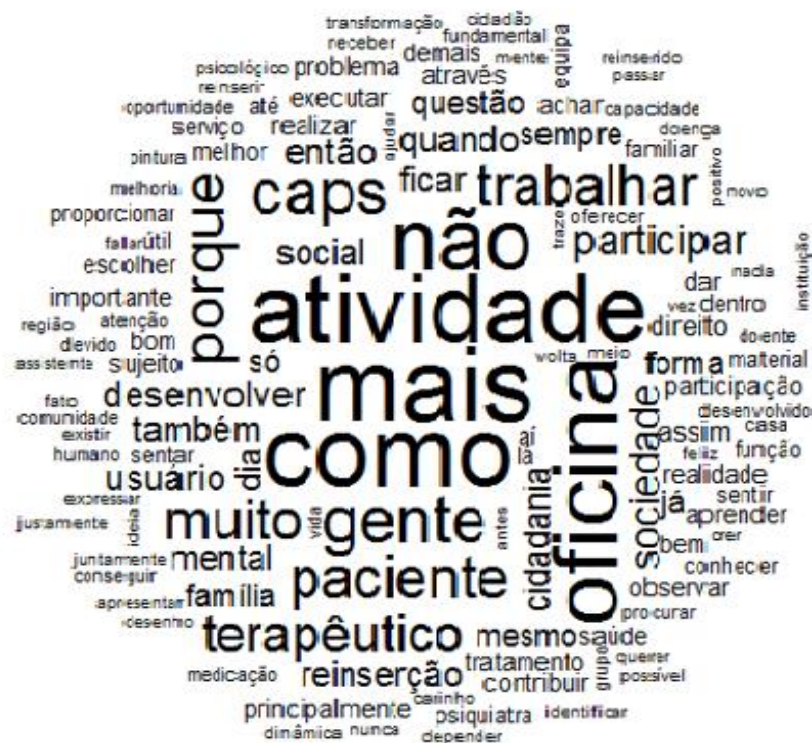
### **Nuvem de Palavras**

O método da nuvem de palavras é uma modalidade de análise textual que agrupa e organiza de forma clara e visualmente os termos com mais frequência



das palavras apresentadas pelos participantes, a palavra “atividade e oficina” foi a que teve maior frequência no *corpus* - 970 vezes, seguida da palavra terapêutico - 380 vezes (Figura 2).

**Figura 2:** Nuvem de Palavras, organizado com base no software IRAMTEQ. Teresina. 2015.



Observa-se na figura 2 que as palavras são arranjadas aleatoriamente de modo que as palavras mais frequentes nos discursos dos participantes aparecem maiores que as outras, comprovando, assim, seu destaque no *corpus* de análise da pesquisa. Portanto, após as etapas de processamento, foram analisados e interpretados os sentidos das palavras mais evocadas nos discursos dos profissionais.

Os termos apresentados maiores e ao centro do gráfico são os mais frequentes, enquanto que às margens em tamanhos menores, são menos

frequentes. O termo “atividade” apresenta-se em destaque por ser o mais citado e retratar a percepção dos profissionais sobre a dinâmica das oficinas terapêuticas, concentrada na atividade realizada por seus protagonistas, os usuários, aliada à atuação de tais profissionais no CAPS.

O desenvolvimento das oficinas destaca-se por ter uma proposta terapêutica situada no desenvolvimento de ações focadas no trabalho como forma eficaz de resgate psicossocial e favorável a reinserção do sujeito ao seu contexto social, fortalecendo uma relação saudável entre paciente, família e profissionais.

Essa segurança desenvolvida por meio do resgate a cidadania dos usuários através do aprendizado e execução de várias tarefas proporciona sua autoafirmação enquanto ser social, importante, que tem direitos e deveres e participa ativamente de uma sociedade.

O tratamento ganha um sentido que foge ao tradicional, apenas medicamentoso, e é ampliado com oficinas de pintura, desenhos, bordados, recorte e colagem, entre outras. Essa relação de oferta de ensinamentos é vista pelos profissionais como bastante favorável a reinserção deste sujeito atuante que se redescobre como cidadão.

Os profissionais desenvolvem um vínculo afetivo de carinho e preocupação, verificado na perspectiva que eles expressam em contribuir com o progresso dos pacientes e proporcionar alternativas que:

- Devolvam a oportunidade do sujeito se sentir importante;
- Querer e achar possível melhorar e;
- Livrar-se de um problema psíquico sendo reinserido em suas atividades

cotidianas dentro do seu convívio social.

## Organização de classes

Na organização de classes das oficinas terapêuticas elaboradas pelas depoentes foram reveladas em sete classes semânticas relacionadas entre si através da Classificação Hierárquica Descendentes.

Essas classes foram resultadas do processamento do *corpus* pelo *software* IRAMUTEQ, que disponibilizou um relatório completo, e após leitura em profundidade e análise, com base na fala dos depoentes, foram nomeadas e interpretadas.

Neste estudo o *software* reconheceu a separação do *corpus* em 06 textos. O número de formas distintas ou palavras diferentes foi de 812, com número de ocorrências de 2.876, com frequência mínima de forma distinta igual a 3.54, ou seja, em média existe 3.54 palavras distintas no universo da amostra.

Da amostra de palavras distintas, o *software* julgou importante e analisou 551 palavras, com uma frequência mínima igual ou superior a 3. Com base nos dados expostos acima, o programa usou como parâmetro para dividir o *corpus* em segmentos de texto, classificando-os em função de seus receptivos vocabulários.

Sendo assim, o *corpus* foi dividido em 69 segmentos de texto analisáveis de um total de 83, onde se observa um nível de aproveitamento de 83.13% do total do estudo, que foram designados em classes na classificação Hierárquica Descendente.

Com base a esta etapa da análise do *software* da Classificação Hierárquica Descendente, o programa apresentou um dendograma das classes, obtidas a partir do *corpus*, conforme a Figura 3.

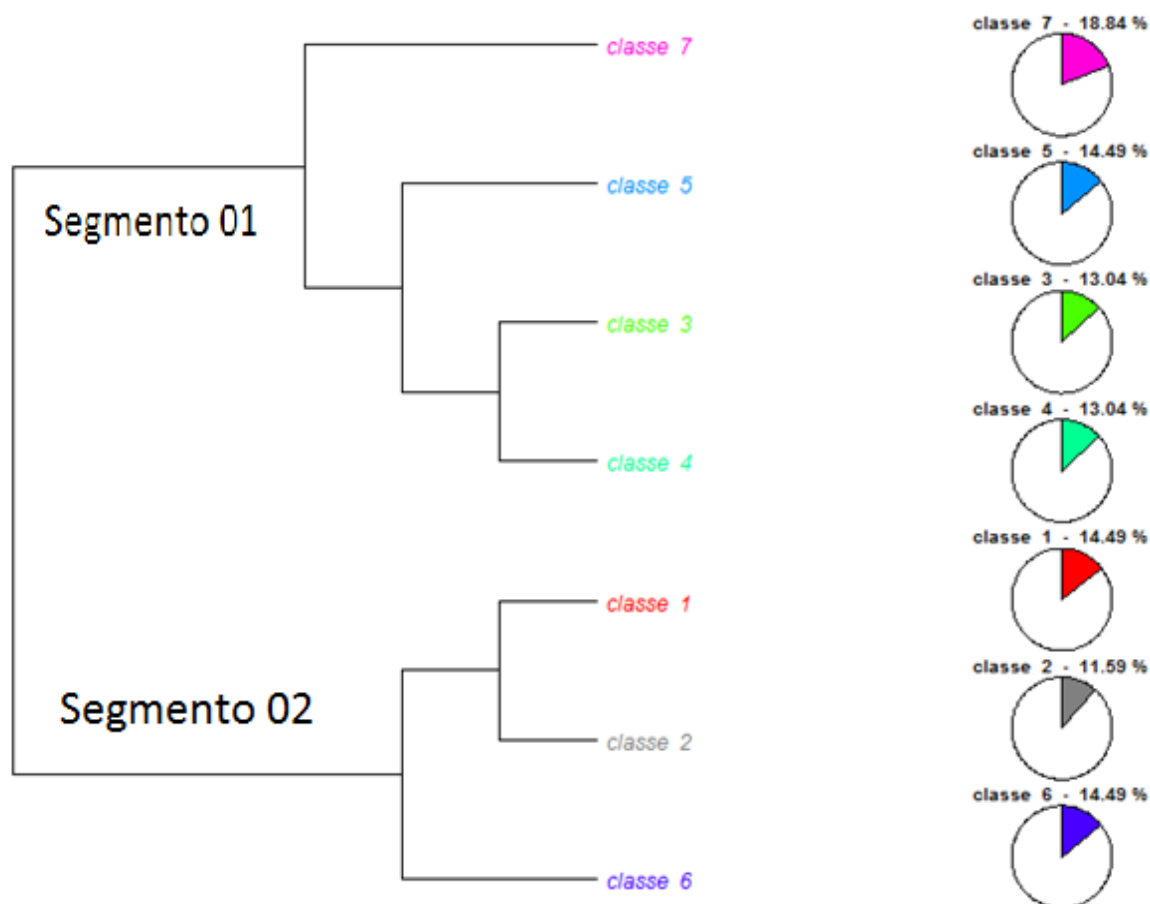
O dendograma ilustra as partições que foram feitas no *corpus*, até a obtenção das classes finais. Ao realizarmos uma leitura da esquerda para a direita, como é recomendado, identificou-se que no primeiro momento houve uma divisão do *corpus* principal com o aparecimento de dois segmentos.

Em um segundo momento um dos dois segmentos, originados anteriormente, subdividiu-se novamente dando origem a classe 7. Em um terceiro momento, a partir da ramificação do momento dois, houve uma subdivisão do galho oposto, dando origem a classe 5 e posteriormente após uma nova subdivisão o aparecimento das classes 3 e 4.

Quando observamos o outro segmento originado do *corpus* principal, é fácil observar que em um primeiro momento houver uma a formação de dois segmentos, e o aparecimento da classe 6. Em um segundo e último momento houve uma nova subdivisão, com o aparecimento da classe 1 e 2.

Entretanto, as palavras analisáveis foram distribuídas nas sete classes desse estudo, da seguinte forma: classe um, com 10 segmentos de texto, correspondendo a 14.49% do total dos segmentos de texto; classe dois, com 8 segmentos de texto, correspondendo a 11.59% do total dos segmentos de texto; classe três, com 9 segmentos de texto, correspondendo a 13.04% do total dos segmentos de texto; classe quatro, com 9 segmentos de texto, correspondendo a 13.04% do total dos segmentos de texto; classe cinco, com 10 segmentos de texto, correspondendo a 14.49% do total dos segmentos de texto; classe seis, com 10 segmentos de texto, correspondendo a 14.49% do total dos segmentos de texto; classe sete, com 13 segmentos de texto, correspondendo a 18.84% do total dos segmentos de texto.

**Figura 3:** Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*

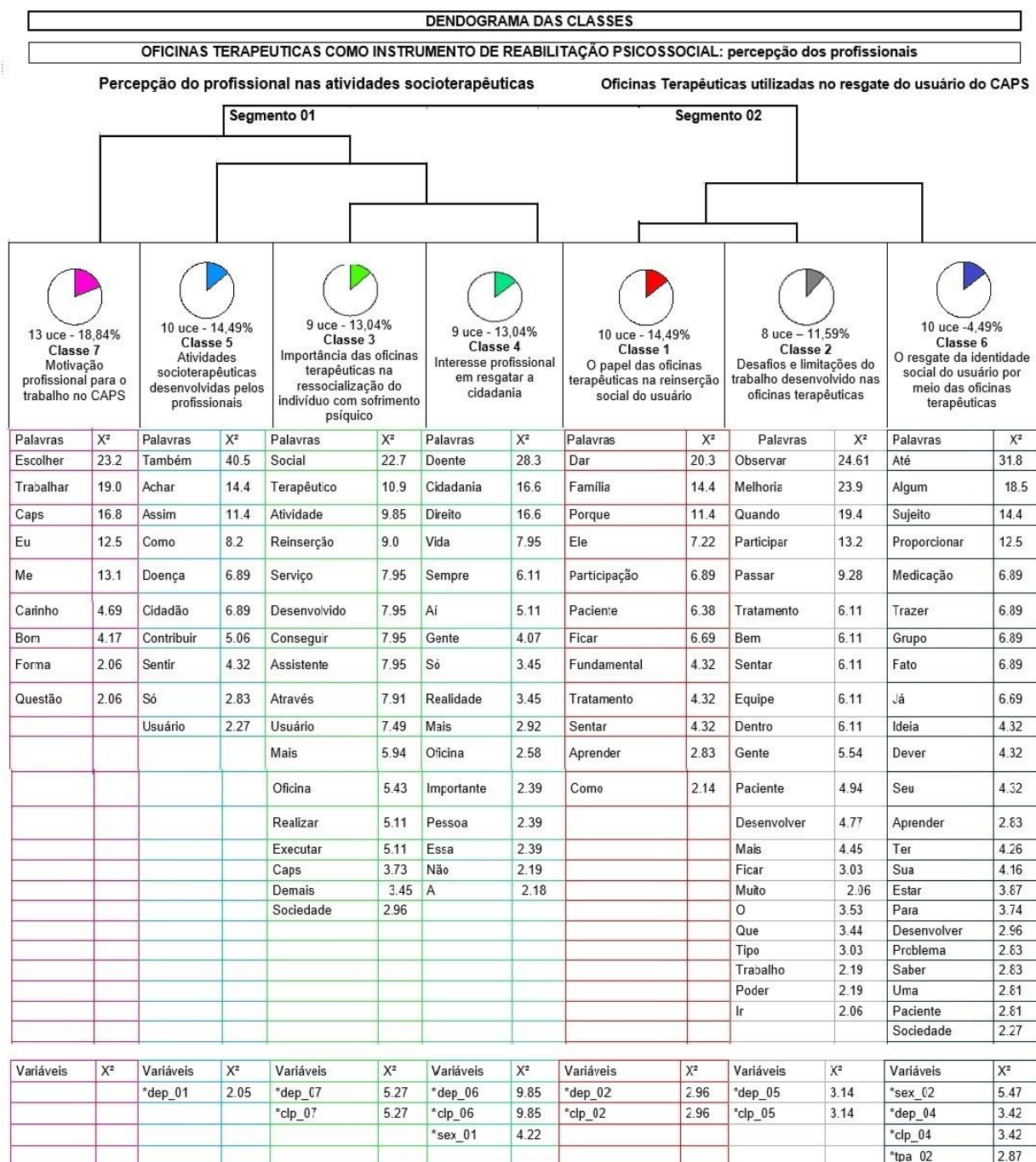


**Fonte:** Iramuteq, 2015.

### Descrição do conteúdo das classes

Para a construção deste dendograma (Figura 4) e para a análise subsequente foram consideradas as palavras com frequência igual ou maior que a frequência média (ou seja, maior ou igual a 3) e com  $X^2$  maior ou igual à 10. Cada classe é descrita pelas palavras mais significativas (mais frequentes) e pelas suas respectivas associações com a classe (qui-quadrado).

**Figura 4:** Dendograma de oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção dos profissionais.



Fonte: Iramuteq, 2015.

Pela Classificação Hierárquica Descendente a análise e discussão das classes devem acompanhar o dendograma com suas partições, e a leitura deve-se proceder da esquerda para direita, como mencionado anteriormente. Assim,

a sequência de análise no dendograma será: classe sete, classe cinco, classe três, classe quatro, classe um, classe dois e classe seis.

Cada classe foi submetida a uma análise qualitativa, a partir da qual foram nomeadas, pelo insight do pesquisador e construíram-se classes analíticas segundo o conteúdo revelado.

O estudo das classes traz a descrição que emergiram das falas dos participantes, a partir da percepção dos profissionais em relação às oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPS, destacando posicionamentos e atitudes relacionadas ao tratamento, concepções e sentimentos expressos nas sete classes oriundas do *corpus*.

### **Percepção do profissional nas atividades socioterapêuticas**

#### **Classe 7: Motivação profissional para o trabalho no CAPS**

Esta classe é constituída por 13 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 18.84% do corpus total e está diretamente associada à classe seis. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe, são eles: Escolher, trabalhar, caps, me e eu, cujos valores de  $X^2$  correspondem respectivamente 23.2, 19.0, 16.8, 13.1 e 12.5.

A partir dos discursos dos profissionais foi possível compreender suas percepções acerca da escolha de trabalho no CAPS, da curiosidade pela área da saúde mental e da importância dessa escolha. Nestas percepções observa-se um sentido pela transformação do indivíduo em sofrimento psíquico e sua readaptação na sociedade.

Escolhi trabalhar no CAPS porque eu tinha muita curiosidade em trabalhar com pessoas que tem problemas mentais, porque são pessoas que a gente trata com muito carinho e eles se apegam muito a gente. (Dep.02)

Para mim trabalhar no CAPS é muito importante, muito bom. (Dep.03)

[...] Eu acho que o CAPS me escolheu e depois eu o escolhi, porque comecei a me apaixonar pelo processo de trabalho que ele me apresentou para que pudesse e estivesse contribuindo para a reinserção dessas pessoas com problemas na comunidade. (Dep.06)

A reflexão e construção do pensamento dos profissionais durante os discursos, demonstram que a escolha profissional foi motivada inicialmente pela curiosidade e posteriormente pela satisfação pessoal de trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico, por considerarem pessoas carentes, com necessidades de diálogo, atenção e carinho.

Também é percebido nos relatos dos participantes que o processo terapêutico apresentado pelo CAPS foi estimulante para o profissional desenvolver um trabalho que pudesse contribuir para a reinserção do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade.

Compartilhar experiências remete sensações de afetividade, troca de ideias na descoberta de novos conceitos e aprendizado mútuo, não somente pela nova organização de trabalho e por trabalhar em um novo modelo, mas pela



possibilidade de manter um vínculo muito próximo com os usuários e em poder ver a sua melhora, através do resultado de seu trabalho (FILIZOLA; MILLIONI; PAVARINI, 2009).

As ações de trabalho em saúde, apesar de suas características específicas de conhecimentos e desenvolvimento de atividades, são parte de um todo, cujos resultados tem a finalidade de assistir o ser humano com toda a sua complexidade e rede de interesses, saberes, afetos, poderes e desejos (FARIAS, 2013).

Segundo Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) o sentimento de valorização e reconhecimento do trabalho, possibilita a construção de arranjos criativos no desenvolvimento de oficinas dentro do CAPS. Assim, a reforma psiquiátrica brasileira aponta para uma ação transformadora do saber na psiquiatria em que essa transformação, em muitos momentos, é vivenciada pelo trabalhador do CAPS como um fator de prazer.

Também, observou-se que os profissionais se sentem atraídos pela possibilidade de transformação do outro e está necessidade de vê-lo em melhores qualidades de saúde.

E com o advento da reforma, a vinda dos CAPS e das residências terapêuticas, desde a história do começo da reforma psiquiátrica me chamou muito atenção a ideia de transformação destes sujeitos que anteriormente eram destituídos do eu deles. (Dep.04)

O CAPS trabalha diretamente com a transformação do indivíduo, eu acredito que é a transformação a adaptação do ser humano do meio em que ele vive. (Dep.06)

Os profissionais relatam em seus discursos que a transformação assistencial foi de grande importância para o tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico, que com as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica, os espaços hospitalocêntricos baseado no enclausuramento, exclusão e segregação foram deixando de ser o local exclusivo de tratamento em saúde mental e os CAPS passaram a ser o local de referência no tratamento com ênfase na comunidade com uma assistência psiquiátrica humanizada.

Assim, o CAPS fundamenta-se em trabalhar diretamente a ideia de transformação do indivíduo, com a finalidade de motivar e preparar o usuário a ser inserido na sociedade, no que diz a respeito às atividades em que possa se engajar e mostrar que ele deve saber conviver com sua doença, as internações, medicamentos, consultas e oficinas terapêuticas, com confiança, estímulo e esperança de que enfrentará momentos difíceis sim, mas sem medo e sem dor.

Os CAPS se apresentam como uma substituição ao tratamento em internação hospitalar e concretizam uma nova forma de lidar com o transtorno mental. Ocorre uma transformação institucional que reflete a forma de tratar os usuários, com o objetivo de reconstruir a pessoa e sua identidade social, estabelecendo-se condições para que se torne um membro do corpo social (FARIAS, 2013).

De acordo com Salles e Barros (2013) a Reforma Psiquiátrica estabelece a transformação do modelo de tratamento psiquiátrico, colocando a exigência de superação da privação de liberdade para os serviços de atenção psicossocial

diária de acordo com as necessidades de cada indivíduo, mostrando que a vida cotidiana dos usuários se transforma, e, da mesma forma que o contexto influencia a vida cotidiana, a vida diária também pode direcionar transformações sociais. Com os usuários vivendo na comunidade, a população terá mais contato com essas pessoas, eles têm a oportunidade de buscar opções de trabalho, lazer, afetividade e começam a perceber novas possibilidades de vida.

É no espaço do CAPS que os profissionais desenvolvem atividades de caráter administrativo e de caráter assistencial. As atividades de caráter administrativo estão relacionadas a organização e planejamento semanal das atividades. Já as atividades de caráter assistencial se constituem na participação em dinâmicas de grupos terapêuticos, cuidados de higiene e alimentação, realização de acolhimento e escuta do paciente.

[...] As dinâmicas são organizadas e planejadas semanalmente, são trabalhadas de acordo com a realidade de cada região e sujeito. (Dep.04)

Bom a gente trabalha com pintura, com a questão da alfabetização em formas escritas. No momento ainda não temos a lousa porque ainda não foi possível, que nem eu te falei a princípio nós não temos auxílio. (Dep. 05)

Sempre procuro trabalhar a questão de temas bem vivenciados no nosso dia a dia [...] como higiene pessoal, alimentação saudável, hipertensão arterial, diabetes e etc. (Dep. 07)

As colocações dos profissionais demonstram critério de organização, planejamento e adaptação no desenvolvimento das oficinas terapêuticas de acordo com a realidade dos usuários, porém não deixando claro quais as adaptações que eles fazem referentes a realidade sociocultural de cada paciente, desta forma, torna-se difícil uma análise mais profunda.

Também desenvolve atividades de pintura, bem como oficinas voltadas a alfabetização, só que em meio a vontade de realizar um trabalho de qualidade surgem alguns obstáculos percebidos pelos depoentes, como a falta de recursos financeiros necessários para a compra de materiais apropriados para o desenvolvimento dessas atividades, e limitações por parte dos profissionais em reivindicar melhores condições de trabalho aos gestores e garantir um aparato material adequado ao processo de trabalho.

Percebe-se ainda nos discursos que além de trabalharem questões psíquicas estão realizando algumas práticas que geralmente são desenvolvidas mais na saúde coletiva, quanto aos cuidados de higiene pessoal, orientações pertinentes à alimentação, até mesmo, porque tem pacientes que carregam em si patologias crônicas como a hipertensão e diabetes, enfim, estão olhando e trabalhando o indivíduo em sofrimento psíquico com um olhar holístico, pois os profissionais estão mostrando para os usuários do CAPS que eles devem e são também responsáveis pelo cuidado de si.

Embora o serviço tenha as suas limitações devido à falta de recursos financeiros, ainda assim é possível observar o interesse dos profissionais em realizar um cuidado integral. Segundo Dias e Silva (2010) e Alencar e Fernandes (2010) resgatar a cidadania do doente mental é a marca distintiva do trabalho

dos profissionais no CAPS, tendo por objetivos propor estratégias para a transformação positiva do usuário.

De fato, há um interesse manifestado pelos profissionais diante das práticas realizadas no serviço, que se baseiam em posturas orientadas na perspectiva de uma escuta qualificada, reconhecimento da importância de identificar as necessidades dos usuários e discussões que se desenvolvem no decorrer do trabalho dentro das oficinas. Porém em alguns momentos observam-se inconsistência nos depoimentos de alguns deles que acabam por demonstrar passividade na realização das suas práticas.

#### **Classe 5:** Atividades socioterapêuticas desenvolvidas pelos profissionais

Esta classe é constituída por 10 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 14.49% do corpus total e está diretamente associada às classes 3 e 4. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe, são eles: Também, achar, assim, como, doença e cidadão, cujos valores de  $X^2$  correspondem respectivamente 40.5, 14.4, 11.4, 8.2, 6.89 e 6.89.

No contexto do CAPS os profissionais são direcionados a desenvolver atividades com diversos recursos buscando romper com o modelo biomédico, reinserir o usuário na sociedade e reabilitá-lo. Para isso são utilizadas atividades de suporte terapêutico que devem sempre contar com o apoio da família e da comunidade. O indivíduo com transtorno psíquico precisa de cuidados terapêuticos que vão além da doença e que envolvem as relações interpessoais na comunidade em que está inserido.

Lá eu trabalho com os materiais que são disponíveis na instituição, aliás é muito raro aqui faltar material para as atividades de oficinas terapêuticas, geralmente trabalho com pinturas. (Dep. 02)

Mas não é por falta de auxílio que deixamos de executar as atividades não. Trabalhamos da melhor forma possível com eles, assim como também no desenvolvimento de ditados de palavras [...]. (Dep. 05)

Então através de produtos artísticos como tapete de fuxico, havaiana customizada, eu acho que dessa forma o usuário é reinserido como trabalhador, como aluno, como ser humano e como cidadão que conhece, que estuda (Dep. 06).

Nas entrevistas, os profissionais mencionaram a falta de recursos financeiros para a realização de variadas atividades de oficinas, trabalhando com o que há disponível na instituição, destacando principalmente materiais de pintura e desenvolvendo ditados de palavras, relatando que não deixam de executar e sempre estão procurando desenvolver uma atividade diariamente.

Essa falta de recursos financeiros para as oficinas demonstra que, no município, não há investimento suficiente para as atividades voltadas para a saúde mental, resultando em um empobrecimento dessas atividades e de uma

certa forma retardando o resgate e a autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico.

As dificuldades estão relacionadas à falta de apoio, de investimento, e, principalmente, de entendimento por parte dos gestores e administradores com relação à atenção psicossocial. Nessas circunstâncias, o papel do CAPS de organizador da rede de cuidados, conforme preconiza o Ministério da Saúde, fica totalmente comprometido.

As atividades de pinturas são as que acontecem mais diariamente no cotidiano do CAPS, pois, servem para beneficiar o sentimento e o equilíbrio emocional de cada indivíduo, facilitando a expressão e a superação de bloqueios, ocupação da mente, medos, inseguranças e mantendo uma relação mais saudável consigo e com os outros, bem como fortalecendo uma melhor elevação da autoestima.

O trabalho desenvolvido dentro do CAPS revela que a pintura não só proporciona esclarecimentos para compreensão do processo psicótico, mas constitui um verdadeiro agente terapêutico. As imagens do inconsciente objetivadas na pintura tornam-se passíveis de uma certa forma fragmentos do drama que está vivenciando desordenadamente (SILVEIRA, 1992).

Também foi possível observar em um dos discursos dos profissionais, que fazem uso da confecção de objetos como forma de tratamento para pacientes, como por exemplo de tapetes de fuxico, produto este, muito valorizado na região, onde o usuário trança em forma de zig-zag pedaços de tecidos coloridos, assim originando um produto personalizado bonito e macio, bem como a havaianas customizadas, calçado este que utiliza a base da Havaiana em que o paciente também, trança tecido, utiliza cola, perolas e fitas decorativas.

Estas atividades tem o objetivo de desenvolver habilidades e favorece transformar o indivíduo como um gerador de renda, tornando como um instrumento facilitador de uma saída dos usuários e da equipe do interior da instituição e tem sido como um dos maiores indicadores do grau de exclusão no processo de reintegração do usuário a sociedade.

Por seus efeitos terapêuticos são utilizadas como ferramentas de assistência aos indivíduos de sofrimento psíquico, funcionando como uma ocupação da mente, um desbloqueio da energia psíquica, na redução de danos emocionais provocados pela patologia e como uma diretriz importante na política de atenção integral aos usuários. Estas atividades devem ser preenchidas com ofertas de apoio por parte dos profissionais, familiares e comunidade, oportunizando com a participação nesses dispositivos e rompendo com os estigmas do tratamento apenas medicamentoso.

A diversificação de atividades é essencial para realizar o acolhimento dos usuários de forma integral, já que, com ofertas variadas e diversificadas de possibilidades, reduz-se muito a tentação da seleção (KANTORSKI, 2011).

Nesse sentido, as oficinas possibilitam a conquista ou reconquista dos usuários em relação à sua interação na sociedade com autonomia e reconhecimento de um cidadão. Esse trabalho requer auxílio da família, pois o usuário deve sentir-se amparado para produzir conexões entre os diversos aspectos componentes do cotidiano, como o trabalho, lazer, amigos, refletindo na credibilidade e amadurecimento da própria família nesse processo (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os profissionais do serviço durante as atividades buscam abrir espaços para o diálogo individual ou mesmo em grupo com objetivo de aliviar ansiedades,



medos e discutir situações específicas vivenciadas pelos usuários (MIELKE, 2009). O foco das oficinas está no caráter criativo, visibilidade e liberdade que os profissionais têm para realiza-las, não deixando de lado a organização e cronograma de atividades estabelecidos pela instituição.

Dessa forma, observa-se que as atividades são direcionadas para o desenvolvimento interrelacional entre seus participantes. A vivência em grupo oportuniza o senso de inclusão, valorização e identificação nas experiências coletivas dos problemas de saúde. Além disso, possibilita a escuta e, na medida em que se dispõe de vários olhares acerca de uma mesma problemática, a capacidade de resolução se estende (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

E nas oficinas terapêuticas que eles desenvolvem também laços de cuidado consigo mesmo e compartilham experiências com os demais usuários [...] (Dep. 07).

Esta oficina traz isso também para que eles saibam dançar conforme a música, não se sentir sozinhos, não sentir que não tem direito, que são invisíveis na sociedade (Dep. 06).

De acordo com os relatos dos profissionais observa-se que é através das oficinas terapêuticas que o usuário consegue expressar suas emoções, opiniões, escolhas e sentimentos, sentimentos estes, como a altivez e confiança, que são fortalecidos durante o tratamento. Evidenciou-se também que essas atividades tem proporcionado uma melhor relação e trocas de experiências com os outros usuários, através das atividades desenvolvidas dentro do serviço. Enfim as

oficinas restabelecem a convivência e a comunicação e faz com que o usuário se sinta capaz de ser reinserido na sociedade.

De modo geral, o grupo terapêutico permite o compartilhamento de experiências entre os participantes, propicia escuta, orientação e construção de projetos terapêuticos condizentes com as necessidades de cada usuário. Ao mesmo tempo, a vivência em grupo favorece maior capacidade resolutiva, por possuir vários olhares direcionados para um problema em comum (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Assim como também, é importante que o profissional mostre para o usuário do CAPS que ele deve aceitar e entender as fragilidades, enfrentar as limitações e as deficiências que o serviço oferece, ou seja, ele deverá se adaptar-se à realidade e situação daquele serviço.

Estas atividades produzidas dentro CAPS, sempre tem um cunho de grande aprendizado pessoal e principalmente para a autonomia e a inserção da pessoa em sofrimento psíquico na sociedade fazendo com que ele deixe de ser invisível na sociedade.

Dessa forma, as atividades propostas nas oficinas terapêuticas nem sempre é o que garante a presença do usuário, mas também, a possível reinserção e mostrar para a sociedade que o indivíduo de transtorno psíquico estará apto para desempenhar atividade e/ou funções na sociedade.

Este espaço pode ser visto pelo usuário como um local de trocas, um momento para aliviar as tensões, gerar renda, ou até mesmo a reunião informal que ocorre antes do início da atividade ofertada na oficina que é entrelaçada de encontros possíveis. Assim como também é importante esclarecer para o usuário

que ele é capaz de executar atividades e voltar a trabalhar na sociedade (KANTORSKI, 2011).

É notório salientar que os profissionais do CAPS desempenham várias atividades socioterapêuticas, dentre elas pode-se destacar os diversos tipos de oficinas relacionadas a pintura, ditados de palavras a produção de produtos artísticos como tapete de fuxico, havaiana customizada, permitindo os usuários trabalharem suas habilidades.

Por isso que é de fundamental importância que o profissional desempenhe atividades diversificadas, visando estimular a autonomia, promoção à cidadania e reinserção social, assim como também atuando na conscientização das famílias, no que diz respeito ao comprometimento com o CAPS e a participação no tratamento com o usuário.

**Classe 3:** Importância das oficinas terapêuticas na ressocialização do indivíduo com sofrimento psíquico

Esta classe é formada por 9 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 13.04% do corpus total e está diretamente associada à classe quatro. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe, são eles: Social, terapêutico, atividade e reinserção, cujos valores de  $X^2$  correspondem respectivamente à: 22.7, 10.9, 9.85 e 9.

As oficinas terapêuticas estão direcionadas para indivíduos com sofrimento psíquico, configurando-se como uma peça chave para a ressocialização, ao passo que possibilitam o desenvolvimento de ações e trabalho em grupo, o agir e o pensar coletivamente de maneira a cumprir com a

proposta psicossocial que mantem enfoque no respeito às diferenças e a individualidade de cada participante.

A ideia da oficina terapêutica é fazer com que ele se identifique com aquela atividade, que consiga executar aquela atividade, que se sinta útil como ser humano, útil como pessoa, útil como usuário do serviço do caps. (Dep. 04)

As oficinas terapêuticas possibilitam a sua reinserção social na sociedade e oferecem o melhor para eles através dessas atividades. (Dep. 07)

Os discursos fortalecem a concepção de que as oficinas terapêuticas são instrumentos indispensáveis num processo de ressocialização dos indivíduos com transtornos psíquicos, proporcionando-o não apenas aptidão para realizar atividades, mas, principalmente, por exercitá-los e ajudá-los a colocar em prática seus desejos internos, fazendo com que ele se sinta útil em realizar suas atividades no sentido de os tornar conscientes de suas capacidades e potencialidades, visto que estas atividades acabam por ser alvo de superação dos indivíduos tratados, favorecendo interação com o meio social e ajudando-o em sua ressocialização, tendo um tratamento aliado com auxílio de profissionais, medicamentos e participação nas atividades desenvolvidas dentro do serviço.

Nas falas dos participantes enfatizam a importância das atividades desenvolvido no CAPS, pontuando os benéficos que estas oficinas proporcionam, mais em nenhum momento discorrem dos procedimentos e

metodologias utilizadas para viabilizar a reinserção deste indivíduo na sociedade.

Nesse sentido, as oficinas terapêuticas devem ser entendidas como um dos muitos operadores que podem contribuir com o processo de ressocialização do usuário na comunidade. O processo de ressocialização toma forma diante da escolha pessoal de cada usuário em modificar sua atitude e essa contribuição precisa contar com todo o suporte possível dentro do CAPS, através da otimização de atividades desenvolvidas e dentro do contexto familiar de cada um, a oficina pode ser o fator desencadeante do resgate, por se tratar de um dispositivo para o trabalho coletivo que leva seus atores a interagir entre si e com outras pessoas que façam parte do contexto do CAPS.

Para que haja efetividade no processo de ressocialização social as ações das oficinas são delimitadas pelas relações interpessoais entre profissionais, usuários e comunidade, sendo que o trabalho em si é uma forma de ressocializar por tratar-se diretamente da comunicação e das inter-relações entre as pessoas que ocupam o serviço (BRASIL, 2004).

O processo de reabilitação pode ser compreendido como consequência do exercício da cidadania estabelecido através do tratamento e ressocialização dos usuários do CAPS. As oficinas têm a finalidade de proporcionar a simulação e a realização desse exercício quando se interage com outras pessoas. Tal exercício requer o diálogo, o entendimento e a compreensão do que é dito, caracterizando aspectos relacionais do processo de reabilitação das pessoas (FARIAS, 2013).

Diante dessa realidade, também é importante destacar a inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental. A família, portanto, deve ser

considerada como ator social indispensável na efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes (JORGE *et al.*, 2011).

Portanto é necessário constante incentivo e consciência dos profissionais para estimular o auxílio da família em todas as atividades desenvolvidas no CAPS.

[...] É uma das maneiras mais fáceis de conseguir a reinserção social deles na sociedade através do auxílio e apoio familiar oferecendo novas oportunidades na execução de suas atividades que realizava antes. (Dep. 03)

Tendo em vista a maior integração social não só do usuário mais da família. Bom, no CAPS as oficinas terapêuticas constituem como uma ferramenta mediadora entre a equipe o usuário e a família. (Dep. 05)

Observou-se também nos discursos dos participantes que a presença e apoio do familiar é de grande relevância na vida do usuário, pois deve-se fazer a família e a comunidade olhar para além da doença e reconhecer o doente mental como um cidadão que tem direitos e deveres. Assim como também, cabe ao profissional desempenhar a função de conscientização aos familiares para aceitarem a doença mental como algo que pode ter uma solução e que o doente mental merece ser tratado com dignidade, e não necessariamente como incapaz ou perigoso dentro de uma comunidade.

De acordo com Jorge *et al.* (2011) e Hengartner *et al.* (2012) o contexto familiar é primordial na vida desse usuário, para o estabelecimento de suas raízes gerando suporte e influenciando na recuperação e ressocialização ao cotidiano, principalmente na organização de atividades comuns do dia-a-dia. É na família que ele encontra suprimento de suas demandas e manutenção de sua saúde mental, mesmo enfrentando dificuldades, estresse, medo de recaídas das crises e sobrecarga.

Entende-se que os profissionais vislumbram trabalhar a família no sentido de adotar medidas que acabem com os preconceitos, articular forças e preparar a população para as mudanças, bem como levar o doente psiquiátrico a recuperar o respeito por si próprio, a autoconfiança, para que possa ele mesmo exigir melhores condições de tratamento e assistência. Porém, os discursos dos profissionais não esclarecem como deve ser realizada essa abordagem familiar e se ocorre uma resposta satisfatória a essa abordagem.

Segundo o Ministério da Saúde uma das medidas utilizadas nos serviços para tratamento em saúde mental é incentivar que os membros da família do paciente participem ativamente do cotidiano dos serviços, pois estes familiares, muitas vezes são o elo mais próximo de que os usuários têm com o mundo e por isso são muito importantes para o trabalho dos profissionais do CAPS. Essa participação envolve a influência que o ente familiar pode ter para incentivar a participação do usuário no projeto terapêutico (BRASIL, 2004).

A família necessita do olhar profissional voltado para ela, no sentido de ser orientada em seu manejo com o doente ou em sua dinâmica de relacionamento durante o processo terapêutico, visto que muitas famílias adoecem em conjunto, sendo fundamental um processo de escuta, apoio e

orientação do profissional. Trabalhar com as famílias traz à tona particularidades relacionadas à dinâmica funcional familiar, muitas vezes já fixadas ao longo do tempo e que necessitam serem repensadas e apreendidas, para que possam buscar reparar o agravo da situação do doente (SOUZA *et al.*, 2007)

Portanto, é fundamental abordar a família de forma efetiva, promovendo uma redução ou eliminação dos conflitos familiares evidenciados pelos profissionais compossíveis geradores de problemas no lar que possam repercutir de forma desfavorável à saúde mental de seus membros, o que foi negligenciado na fala dos profissionais e apresenta-se como lacuna neste processo, pois não evidencia a dinâmica de abordagem e o resultado da intervenção com os familiares.

No processo de tratamento do doente, os familiares tornam-se essenciais, porém necessitam saber lidar com as situações estressantes, evitando comentários críticos ao paciente ou se tornando exageradamente super protetores, pois estes fatores podem provocar recaídas durante o tratamento.

É importante que os profissionais esclareçam aos membros da família, participante do processo de reinserção social, sobre a doença e seu diagnóstico claro para que a família passe a ser um aliado eficiente em conjunto com a medicação e a terapêutica trabalhada pela equipe.

É neste momento em que deverão ser feitas abordagens específicas como a coleta de dados, a escuta sensível e a análise da equipe em relação à família. Também é neste momento em que são feitas as intervenções e trabalhos de educação familiar com vistas ao conhecimento de seu papel, significado e vínculos.



Os profissionais utilizam-se de ferramentas específicas em cada especialidade como, por exemplo: grupos, como alternativa de trabalho e sensibilização dos cuidados e da manutenção de vínculos junto ao paciente durante todo o processo terapêutico (DIXON *et al.*, 2014). O sucesso do tratamento depende de um conjunto de fatores que cerceiam a rede social em que o paciente está inserido.

#### **Classe 4:** Interesse profissional em resgatar a cidadania

Esta classe é composta por 9 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 13.04% do corpus total e está diretamente associada à classe três. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe, são eles: Doente, cidadania, direito e vida, cujos valores de  $X^2$  correspondem respectivamente à: 28.3, 16.6, 16.6 e 7.95.

Quanto aos aspectos que definem as oficinas terapêuticas uma das características primordiais é a sua oportunidade de proporcionar reflexão, diálogos, interações e construção de vínculos entre as pessoas, de forma que há um resgate da sociabilidade e cidadania através do exercício da aproximação entre os distintos atores que frequentam o CAPS. Essa missão do profissional com o usuário está relacionada a uma boa capacidade e disponibilidade do mesmo de interagir com o doente mental e desempenhar suas atribuições que são preconizadas pela reforma psiquiátrica, respeitando o modelo humanizado de tratamento.

Verifica-se que os profissionais se preocupam com a aproximação entre os usuários e suas técnicas aplicadas, visando uma interação a partir do ambiente

de tratamento. Nesse sentido, os profissionais de saúde relacionaram a importância dos direitos dos portadores de transtornos psíquicos, como base para sua convivência em sociedade, assim como a garantia ao exercício de sua cidadania.

As oficinas terapêuticas são importantes porque potencializam as trocas dialógicas essas novas abordagens constituem uma tentativa de compreender a doença mental de forma diferente como ênfase na pessoa doente na sua forma de vida na realidade em que ela está inserida. (Dep. 07)

A minha linha de trabalho é justamente a cidadania explicar para eles o direito do idoso do doente mental do deficiente físico eles sempre liam a cartilha a minha parte de oficina é mais a questão de reinserir ele na comunidade. (Dep. 06)

Meu trabalho é mais voltado para que o direito e a reinserção social sejam prevaletidos eu vejo que as oficinas terapêuticas são importantes na vida do doente mental, pois vejo que ela contribui para o meio deles. (Dep. 04)

Nos discursos mencionados acima é reconhecida a potencialidade da oficina terapêutica pelos profissionais atuantes, como fator primordial do

tratamento do usuário no CAPS, tendo o objetivo de proporcionar uma melhor reabilitação psicossocial, através das trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e o progresso na adaptação de vida tanto individual quanto grupal na realidade em que estão inseridos, pois são ferramentas necessárias para a internalização de significados relevantes para sua vida.

Pelas narrativas dos profissionais também se percebe que o paciente precisa de espaços de convivência e criação onde possa expressar suas opiniões e escolhas. No grupo terapêutico, ele desenvolve laços de cuidado consigo mesmo e compartilha experiências com os demais.

Essas atividades de oficinas ampliam a habilidade e o resgate da autonomia do sujeito ao permitirem a ele o desenvolvimento do seu potencial, da criatividade e da expressão. Assim como também proporciona esclarecimentos quanto ao seu exercício de cidadania mostrando para ele, que ele tem o direito de ir e vir e de viver em sociedade de forma igualitária, pois, estes espaços trabalham as relações interpessoais dos sujeitos aliadas aos serviços de saúde mental.

De modo geral, o grupo terapêutico possibilita o compartilhamento de experiências entre os participantes, propicia escuta, orientação e construção de projetos terapêuticos condizentes com as necessidades dos sujeitos. Ao mesmo tempo, a vivência em grupo favorece maior capacidade resolutiva, por possuir vários olhares direcionados para um problema em comum. Essa vivência enseja a construção de novas visões e sentidos capazes de proporcionar mudanças significativas na percepção de vida de seus integrantes (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Para tanto os profissionais preocupam-se também com a organização das atividades oferecidas dentro da oficina e acreditam no sucesso do tratamento ofertado. Para os profissionais de saúde mental a organização do processo de trabalho interdisciplinar requer planejamento e realização de reuniões (ZERBETTO *et al.*, 2011).

Observa-se em relação à divisão do trabalho dentro da oficina terapêutica a presença de um profissional técnico de referência, o que condiz com a recomendação do trabalho multidisciplinar com definição precisa de responsabilidade. A importância do acompanhamento terapêutico individual, sendo formulado pelo profissional responsável os torna referência de cuidados, fortalece a utilização das oficinas dentro do processo de resgate da cidadania e proporciona ao usuário contribuições efetivas para seu tratamento.

A gente os influencia a estudarem e trabalhar porque uma pessoa que é doente mental não é incapaz de executar atividades, de ajudar em casa e de contribuir para ele mesmo porque quem produz é mais feliz. (Dep. 05)

Tem oficina de música, a gente sempre canta com eles. Sempre tinha essas oficinas, mas na realidade a que eu mais dirigia era a da cidadania, que era direito e cidadania. (Dep. 02)

É um grande desafio para mim, pois não só a saúde mental, mas qualquer outro tipo de especialidade exige

responsabilidades, compromisso ético e profissionalismo.

(Dep. 07)

Osicineiros relatam desenvolver oficinas de músicas, direito e cidadania, não somente pela nova organização e modelo de tratamento, mas pela possibilidade de promover um vínculo de proximidade com os usuários e ver seu progresso no tratamento, mostrando para o usuário que sua participação efetiva nas atividades de oficinas terapêuticas auxiliam a execução de suas atividades que sejam significativa para sua vida e que em virtude da doença mental deixou de executa-las por um certo tempo, por isso que é importante mostrar para eles, que a adesão ao tratamento é o ponto de partida para o resgate de sua autonomia e cidadania.

Também foram apontados que trabalhar com doentes mentais gera desafios, pois os profissionais devem-se potencializar a escuta e incentivar os demais profissionais a ampliarem seu modo de intervir, colocando-se mais dispostos a construir com o usuário, no qual exige responsabilidade e compromisso ético com o doente mental.

Por isso que o trabalho em equipe traz novas possibilidades de atuação, pois atua no planejamento e organização de ações mais efetivas, estabelecendo prioridades na realização das práticas de oficinas terapêuticas, visando a execução da cidadania do doente mental na sociedade.

Esta modalidade de tratamento, sob a denominação de grupos e oficinas, apresenta-se como principal recurso terapêutico, com o objetivo de promover o desenvolvimento de habilidades cognitivas, comunicacionais, relacionais e contratuais, subsidiando os sujeitos para o exercício da cidadania, para o

autocuidado e a reinserção social (ANDRADE; COSTA-ROSA, 2014; BRASIL, 2004).

Sendo assim, busca-se uma sociedade livre de preconceito e é necessário tratar as pessoas com transtornos mentais de forma igualitária e sem discriminação, com o objetivo de prevenir seu sofrimento e garantir o direito ao tratamento adequado. Para tanto, os técnicos de saúde são atores fundamentais no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no país, visando à garantia da igualdade de oportunidades e tratamento.

### **Oficinas Terapêuticas utilizadas no resgate do usuário do CAPS**

#### **Classe 1:** O papel das oficinas terapêuticas na reinserção social do usuário

Essa classe é formada por 10 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 14.49% do corpus total e está diretamente associada à classe dois. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe, são eles: Dar, Família e Porque, cujos valores de  $X^2$  correspondem respectivamente à: 20.3, 14.4 e 11.4.

As oficinas terapêuticas têm grande contribuição para o processo terapêutico produtivo e desenvolvimento integral da capacidade do sujeito, oferecendo também possibilidades de eliminar ou minimizar as formas de exclusão na sociedade e fazendo com que ocorra a satisfação das necessidades dos participantes através da relação com o outro. A preocupação dos

profissionais no desenvolvimento de um trabalho de qualidade voltado para a reinserção social é destacada nos relatos abaixo:

Porque é um tipo de tratamento aberto em que o paciente não é tratado em instituição manicomial entendeu e que ele vai ter uma condição de reinserção social adequada principalmente porque ele deve ser tratado por uma equipe multiprofissional e eu dou muito valor a isso. (Dep. 03)

Essa reinserção é dada mediante a sua participação nas oficinas, eles aprendem a pintar, a fazer desenhos, colagens de porta retratos, corte e costuras, também trabalhamos com os biscuits e muitas outras atividades. (Dep. 02)

Aí é que a gente se sente mais grata em poder estar contribuindo de forma positiva para o tratamento daquele paciente, assim como também eles manifestam toda a sua alegria do desenvolvimento e de sua participação das atividades em que desenvolvemos no caps para sua família. (Dep. 05)

As relações dentro das oficinas terapêuticas precisam ser bem estabelecidas, no sentido de deixar o usuário à vontade para manifestar seus desejos e inquietações, sua arte precisa ser valorizada e o profissional não pode deixar de promover a liberdade de expressão, oportunizando um atendimento

livre de imposições, a desinstitucionalização precisa acontecer de forma efetiva, pois mesmo em um ambiente sem clausura o que precisa de mudança é a postura da equipe, o preparo e naturalidade com que se atende o doente e a responsabilidade que todos assumem perante aquele ser em processo de retorno ao ambiente social, respeitando-se todas as particularidades da vida cotidiana de cada usuário e trabalhando de forma integrada para que o paciente tenha acesso ao cuidado holístico.

A essência de um trabalho multiprofissional é sanar qualquer tipo de dificuldade estabelecida no tratamento, pois a partir do olhar diferenciado de cada profissional compreende-se que o usuário terá mais chances de ser abordado em suas dificuldades.

Participar das oficinas vai contribuir para a ressocialização, mas não irá garantir a mudança do indivíduo, o que fica claro como eficaz dentro das oficinas é apenas uma chave para a transformação no interior de cada participante, que pode ser aproveitado pelos profissionais como forma para ganhar a confiança do paciente e assim contribuir como mediador das relações saudáveis na família e sociedade como um todo.

Neste sentido, é oportuno salientar que além das boas relações estabelecidas pelas atividades de ensino aprendizagem os profissionais devem estar tecnicamente capacitados para saber o momento adequado para intervir e viabilizar essa convivência.

Observa-se, portanto, que a experiência de vivenciar o trabalho em oficinas de reinserção social é gratificante e tem proporcionado bons frutos, visto que de acordo com a percepção dos entrevistados tanto os profissionais, como usuários demonstram progresso em suas atividades e relações.



Quanto aos aspectos que tratam sobre o papel das oficinas terapêuticas na reinserção social dos usuários, verifica-se que os profissionais relatam atividades propostas que corroboram com a literatura específica sobre a temática.

A percepção estabelecida abrange atividades que procuram desconstruir uma estrutura psiquiátrica na sua forma obsoleta de existir, para a construção de um novo modelo, voltado para o cuidado e preocupação com os direitos dos usuários (CARNEVALLI, 2008; RIBEIRO; MARIN; SILVA, 2014).

Os autores corroboram apontando os pilares que norteiam as ações de reinserção social desenvolvidas dentro das oficinas, destacando a assistência, educação e produção, e que os profissionais devem buscar suas ações que sejam capazes de contribuir para o exercício da cidadania dos usuários que participam efetivamente das oficinas, estimulando o diálogo e a reflexão, entendendo que há possibilidades de apropriação do pensamento, dos desejos e dos sonhos de vida, acreditando na transformação do sujeito.

Então, as atribuições impostas aos grupos de oficinas têm a finalidade de promover a autorreflexão, sendo primordial para o desenvolvimento da autonomia, pois a concretização da liberdade individual e da capacidade de optar sobre o que é melhor só é possível diante de processos que estimulem o conhecimento acerca de si mesmo.

Em relação ao trabalho desenvolvido dentro das oficinas para a reinserção social, é relevante destacar que essas oficinas servir como ferramentas significativas, proporcionando uma valorização do doente e mudanças em sua percepção de ser incapaz ou limitado.

Relacionado ou não a fatores de geração de renda, o trabalho é relatado pelos profissionais como importante instrumento terapêutico e atrelado à noção de cidadania, pois é capaz de retirar o sujeito de sua psicose.

Essas oficinas são fundamentais porque eles se distraem aprendem desenvolvem a mente e ficam mais preparados para poder lidar com estes problemas psicológicos. (Dep. 02)

Eles aprendem aquelas atividades e muitos acabam transformando o que aprenderam em fonte de comércio e as oficinas são muito boas pois a gente ver a sociedade a comunidade e a família principalmente aceitar o paciente mais de forma integralizada e dando oportunidade a ele fora. (Dep. 06)

Fico muito feliz e a família muito mais, sem contar a autoestima deles ficam mais elevada porque eles se sentem importantes (Dep. 07)

Como podemos observar nos depoimentos acima, a geração de renda também foi um dos objetivos identificados nos discursos dos participantes. As oficinas geradoras de renda servem para a complementação da renda daqueles que possuem intenso sofrimento psíquico, através da aprendizagem de alguma atividade específica.

A geração de renda é evidenciada pelos profissionais como uma possibilidade para a conquista da autonomia, já que a partir dessa atuação como

ser social ativo e importante, os usuários podem resgatar sua dignidade e essa mudança é vista como forma de transpor a liberdade equilibrada e responsável. Porém, é fundamental um olhar protetor do profissional, pois a liberdade pode tornar-se terrível arma contra o próprio bem do paciente mental que ainda se encontra em processo de transição para convivência saudável no ambiente familiar e social como um todo.

De acordo com Santiago e Yasuí (2011) estas atividades de oficinas terapêuticas geradoras de renda, busca despertar nos sujeitos a valorização produtiva e a sua reinserção por meio do trabalho com valor social, constituindo um avanço importante na assistência nos Centros de Atenção Psicossocial.

Entretanto, ressalta-se que as atividades grupais em saúde mental são também concebidas como espaços de reinvenção de papéis sociais e transformação de realidades. Faz-se necessário que os profissionais estejam preparados para conduzir os grupos e oficinas de modo a desenvolver competências cognitivas e produtivas, além de elementos que exercitem, nos participantes, habilidades relacionais e contratuais que lhes permitam confrontar sua realidade e aprender a lidar com ela.

**Classe 2:** Desafios e limitações do trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas

Esta classe é composta por 8 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 11.59% do corpus total e está diretamente associada à classe um. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe, são eles: Observar, Melhoria, Quando, e participar, cujos valores de  $X^2$  correspondem respectivamente à: 24.61, 23.91, 19.4 e 13.02.

Identificou-se a percepção dos profissionais acerca dos desafios e limitações do trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas. É essencial que os profissionais tenham a capacidade de gerar a interação e a exploração nos momentos de trocas dialógicas durante a realização das atividades.

No que se refere à reinserção social, notou-se que é preciso avançar muito no que tange a superação do modelo biomédico dentro do CAPS, pois foi observado nos discursos dos participantes a ausência do médico na participação das atividades de oficinas terapêuticas e deixando a mercê dos demais profissionais.

Estas atividades tem a participação de todos os pacientes juntamente com os profissionais presentes, com exceção do médico que só atende e prescreve a medicação [...].  
(Dep. 02)

Olha eu sinceramente nesta parte eu nunca participei diretamente porque a minha função devida ser só eu como psiquiatra num micro e macro região não tem como, mas concordo com estas oficinas dentro de CAPS. (Dep. 03)

Nesse sentido, fica evidente a necessidade de profissional especializado na psiquiatria ou desinteresse do gestor municipal em contratar outros profissionais especializados, ocasionando uma constante sobrecarga da agenda do médico psiquiátrico na microrregião.

Observa-se ainda que o tempo dedicado pelo profissional é curto para participar das atividades de oficinas, pois, a inexistência deste profissional nestas atividades pode comprometer e retardar a desinstitucionalização deste usuário do CAPS. De fato, identificou-se no discurso que a presença do médico neste serviço restringe-se a atendimento individual e prescrição de medicamentos, e isso tem mostrando de uma certa forma, a ineficiência de uma assistência integralizada.

É possível dizer que o modelo hospitalocêntrico permanece arraigado na filosofia médica que concorda com a reabilitação terapêutica, porém, continua a basear-se no tratamento medicamentoso como primordial e deixa a cargo dos demais profissionais as outras atividades e limitando-se apenas as suas atividades rotineiras, o que interfere de forma negativa no resultado terapêutico e cria dificuldades para a equipe e os usuários.

Na saúde mental, a atenção eficiente é a psicossocial, por meio da qual se pode transcender a exclusiva medicalização da doença e oferecer aos pacientes espaços de escuta, acolhimento, interação e laço social. Não se pode negar que deficiências no vínculo usuário-profissional comprometem o acolhimento do sofrimento mental e que as falhas na organização dos serviços refletem os limites do modelo biomédico ainda arraigado e impregnado nas práticas estabelecidas (MACHADO; SANTOS, 2013).

Por outro lado, é promissor constatar que alguns participantes são capazes de reconhecer a possibilidade de se construírem novos caminhos no cuidado. Nesse sentido, verifica-se as melhorias vivenciadas pelos pacientes dentro dos dispositivos e o progresso de suas abordagens no desenvolvimento dos usuários em relação as atividades e melhorias para sua vida.

[...] Quando realizamos visitas observamos que eles já desenvolvem atividades a qual não realizava antes de frequentar o CAPS. (Dep. 05)

[...] Tive a oportunidade de conhecer algumas pessoas a executar suas atividades fora do CAPS a qual não executavam anteriormente. (Dep. 07)

Hoje temos exemplos de pessoas que participavam das oficinas e conseguiram ser reinseridos no mercado de trabalho. (Dep.03)

Apesar de algumas limitações encontradas pelos profissionais para o desenvolvimento de suas atividades, observou-se nos discursos que este instrumento terapêutico utilizado para reabilitação psicossocial tem sido de grande valia ao proporcionar ao usuário a renovação ou construção de conceitos fortes direcionados a reabilitação psicossocial, pois através da participação nessas atividades alguns usuários conseguiram ser resgatados do eu dele, através do acesso ao trabalho, ao lazer e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Acredita-se que quando o profissional do CAPS trabalha em equipe e com compromisso de seriedade no desempenho de suas atividades, a assistência multiprofissional possibilita a esse usuário uma maior autonomia no exercício das suas funções pessoais e sociais, assim como também na valorização de suas potencialidades e possibilidades através de uma abordagem terapêutica,

pois, isso demonstra o quanto a luta antimanicomial tem ganhado espaços no nosso país.

Assim, a consciência do corpo profissional diante da necessidade de ampliação e fortalecimento da política de ações voltadas para o desenvolvimento das atividades multiprofissionais, responsabilidade mútua e envolvimento de todos no processo de reabilitação psicossocial, são fatores primordiais para a reinserção dos indivíduos em sofrimento psíquico na sociedade (JUNS; LANCMAN, 2011).

Diante deste fato, uma questão importante é ampliar a capacidade de escuta dos trabalhadores e encorajar a possibilidade de pensar junto em intervenções que possam favorecer ao tratamento e reabilitação, ajudando os pacientes a superar suas dificuldades.

Portanto, a reabilitação psicossocial é uma estratégia que os profissionais dos CAPS procuram sempre alcançar, estando direcionada e relacionada a aumentar as habilidades do indivíduo, com exercício de seus direitos e da sua cidadania, assim como também na retomada de sua autonomia e a reinserção social deste usuário na sociedade.

**Classe 6:** O resgate da identidade social do usuário por meio das oficinas terapêuticas

Esta classe é constituída por 10 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 14.49% do corpus total e está diretamente associada à classe sete. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe, são eles: Até, mesmo, sujeito, proporcionar e

algum, cujos valores de  $X^2$  correspondem respectivamente à: 31.8, 22.7, 14.4, 12.5 e 18.5.

Entende-se que quando um indivíduo procura o tratamento oferecido no CAPS, normalmente encontra-se vivenciando um momento de grande fragilidade emocional, e em consequência de tal quadro acaba concentrando e manifestando em suas ações diárias apenas os sintomas da doença, o que se torna um foco.

Quando acontece o acolhimento no CAPS por meio dos profissionais, estrutura-se um plano de atividades a serem desempenhadas dentro do serviço para o paciente, na qual são incluídas uma ou mais oficinas terapêuticas, e assim abre-se uma nova perspectiva para que essa pessoa possa resgatar sua identidade social ao rever seus conceitos, aceitando trabalhar sua saúde física e/ou mental.

A oficina terapêutica é vista pelos profissionais como uma ferramenta oportuna para canalizar os pensamentos e valores desse usuário levando 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 e traçar um caminho de interesse a essa busca do ser social e atuante.

A oficina terapêutica ela é de fundamental importância para proporcionar uma melhor reinserção deste sujeito na sociedade, depende e vai depender do tipo de oficina terapêutica que você propõe, depende dos recursos que você tem para desenvolver. (Dep.04)



O que a gente faz lá com eles, vai proporcionar a eles aprenderem e até mesmo fazerem em casa, passarem a vender para ter lucro para si próprios. (Dep. 02)

[...] Estas oficinas proporcionam ao paciente expressar suas ideias e sentimentos, sendo capaz de vencer o medo e estigma de ser incapaz. (Dep. 03)

Pode-se evidenciar nos discursos dos profissionais uma resposta positiva do tratamento desenvolvido no CAPS, desde que seja escolhido atenciosamente a oficina adequada ao usuário e que tenha recursos disponíveis para a utilização nestas atividades. Vale apenas ressaltar que em nenhum momento os depoentes deixaram claro quais seriam os recursos necessários para efetivação destas atividades.

Nesse sentido, as oficinas terapêuticas proporciona o resgate da identidade do usuário após sua participação efetiva nessas atividades aplicadas dentro do CAPS. Todas essas impressões são claramente esboçadas pelos profissionais, pois eles entendem as oficinas como propostas de trabalho focado em objetivos, seja de expressão, educação ou produção em que os usuários se manifesta de maneira saudável, mostrando suas potencialidades para solucionar problemas dentro do espaço de trabalho e conseqüentemente ampliando essas atitudes para seu convívio social.

Dessa forma, a transformação da pessoa e a elevação de seu auto estima acontecem justamente quando ela consegue sentir-se como ser muito maior que sua doença, que além da manifestação de sintomas e do tratamento

medicamentoso, através das oficinas ela pode redescobrir sua utilidade, potencialidade para superar o sofrimento e mesmo aprender com ele.

Segundo Farias (2013) a construção que acontece dentro do CAPS exige uma abordagem mais individualizada e esses espaços de interação proporcionam um contato direto com as particularidades de cada um dos pacientes, bem como o envolvimento relacional de uns com os outros e isso acaba disseminando a vontade do paciente de se relacionar ao perceber a valorização dada às suas produções.

Além disso, o usuário com transtorno mental na sua condição de ser humano com todas as suas particularidades, pela dinâmica da reabilitação psicossocial, pode superar seus medos e angústias e voltar a ser produtivo para a sociedade, quer seja por seu trabalho ou demonstração de suas capacidades (LEÃO; BARROS, 2011; SILVA; BASSANI; PALAZZO, 2009).

Alguns pacientes têm muita dificuldade de se relacionar em grupo ou mesmo de verbalizar individualmente alguma questão sua, seja já em função de um comprometimento cognitivo, seja em função de uma medicação e a oficina terapêutica vem trazer e resgatar essa identidade do sujeito. (Dep.04)

Para que saibam entrar e sair dos estabelecimentos sabendo como se comportar com seus direitos e seus deveres, como todo cidadão, eles têm direitos e deveres até mesmo porque quando voltam a ser reinseridos na

sociedade eles sofrem algum tipo de discriminação pelo fato de terem este problema mental. (Dep. 06)

Identificou-se no discurso do profissional que alguns dos usuários do CAPS, tem demonstrado dificuldades no convívio social, de se manterem participativos nas atividades de socialização grupais e individuais dentro do serviço, considerando que a sua doença mental lhes acarretou barreiras advindas da sintomatologia ou decorrências da medicação. Sendo assim, é necessário que o profissional transmita confiança e mostre a ele que o CAPS é um espaço de tratamento que oferece recursos para ajudá-lo na sua saúde mental por meio de diferentes oficinas terapêuticas.

Os usuários do CAPS também são orientados quanto aos seus direitos e deveres de serem reinseridos na sociedade, sabendo este, que poderá sofrer discriminação por ter uma alteração psíquica. Por isso que é de fundamental importância que o profissional deverá prepara-los para enfrenta-lo, já que a sociedade não está preparada para recebe-lo, mostrando-o para a população que são pessoas capazes de ser bem-sucedidos no mercado de trabalho.

Segundo Castro e Furegato (2012), alguns pacientes sentem dificuldade de interagir com o grupo, sobretudo por estarem diante de pessoas desconhecidas, de não ter uma total confiança no profissional, acham importante ouvir as experiências de vida dos colegas e aprender com os relatos.

Então, é através dos momentos vivenciados nas oficinas que se deve promover a liberação das amarras psicossociais que prendem o doente por anos de sua existência, pelo modelo psicossocial de cuidado, passam a ser uma oportunidade para a criação, para a vivência e para que a pessoa possa

redescobrir-se em essência, libertando seus medos, desconstruindo estigmas e abrindo perspectiva para que ele de fato seja um ser sociável (FARIAS, 2013).

Portanto, o resgate da identidade social do usuário se dá mediante o processo de Reabilitação Psicossocial, fundamentado na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Também é necessário sensibilizar a comunidade para a aceitar e diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração na sociedade.

### **Considerações Finais**

Embora a desinstitucionalização manicomial seja alvo de intensas modificações desde a reforma psiquiátrica e os profissionais busquem aperfeiçoar suas práticas constantemente, revela-se ainda de grande necessidade o aprofundamento de estudos para atuar no campo da saúde mental, devido à ocorrência cada vez mais frequente desses agravos e discreto interesse da sociedade em contribuir com a mudança desse paradigma.

Para tanto, faz-se necessário a construção de um novo olhar para o indivíduo em sofrimento psíquico, que depende da atenção integral dos profissionais dispostos a atuar com esta problemática e oferecimento de seguimento oportuno para a reinserção social de usuários dos serviços de atenção psicossocial.

Nesse sentido o presente estudo possibilitou a ampliação do conhecimento voltado para a Política de Atenção em Saúde Mental e verificou a percepção do profissional de saúde mental acerca do desenvolvimento das

Oficinas Terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial dentro do CAPS.

Por meio dos discursos dos profissionais é reconhecida a importância do trabalho em oficinas terapêuticas, os benefícios proporcionados para a reabilitação dos usuários destes serviços, a dinâmica de trabalho nas oficinas, possibilidades e dificuldades para a atuação dos profissionais nesta modalidade de serviço oferecida nos CAPS, que são alguns dos elementos evidenciados nesta investigação, mostrando-se presentes na análise de similitude e nas sete classes fornecidas através da Classificação Hierárquica Descendente utilizada neste estudo.

Na análise de similitude e nuvem de palavras identificou as palavras e conexões mais frequentes nos discursos dos participantes. Percebeu-se que as oficinas terapêuticas são espaços de interação e socialização compreendidas pelos profissionais, como importante dispositivo para o tratamento do indivíduo com sofrimento psíquico no CAPS, pois, este serviço promove a reconstrução da identidade do usuário através de atividades, bem como proporcionando a entrada deste no mercado de trabalho através das oficinas geradoras de renda, a sua inserção no ciclo familiar e na comunidade. Este serviço cumprem a finalidade de reabilitação psicossocial ao promoverem espaços de transformação de vida, através do resgate da autonomia do indivíduo tanto no ciclo familiar quanto comunitário.

Através da Classificação Hierárquica Descendente, verificam-se que as setes classes apresentam uma descrição das falas dos profissionais a partir de suas percepções e sentimentos expressos acerca das oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial dentro do CAPS.

Na classe sete, os profissionais demonstram sua motivação em trabalhar com doentes mentais, pois, a escolha profissional foi inicialmente motivada pela curiosidade e posteriormente por gostar de trabalhar com esta clientela carente de atenção, carinho, diálogo e pela possibilidade de manter um vínculo mais próximo com estes usuários e poder ver sua melhora, através do resultado de seu trabalho desenvolvido dentro do CAPS.

Assim como também relatam que a transformação assistencial advinda da Reforma Psiquiátrica, foi de grande importância para o tratamento dos indivíduos em sofrimento psíquico, pois o CAPS passou a ser referência no tratamento com ênfase na comunidade com uma assistência mais integralizada e humanizada, em que os usuários terão mais oportunidade de serem reinseridos na sociedade e começaram a perceber novas possibilidades que vida lhe propõe.

Os profissionais ainda colocam que essas atividades são concretizadas semanalmente mediante planejamento e organização das oficinas. Apesar do serviço ter dificuldades e limitações para realização e efetivação dessas oficinas terapêuticas, ainda é possível observar o interesse dos profissionais em desenvolver um trabalho com finalidade adequada à atenção psicossocial, voltado para alcançar a transformação e proporcionar o resgate da autonomia do usuário na sociedade.

A classe cinco, evidenciou-se que os profissionais do CAPS conseguiram desenvolver diversas atividades socioterapêuticas, mesmo diante da existência de deficiências de recursos materiais, pois, garantem que sempre estão procurando desenvolver uma atividade diariamente.

Essas atividades aconteciam com alguma tematização, como pinturas, ditados de palavras, produtos artísticos como tapete de fuxico, havaianas customizadas e dentre outras, o que permitia desenvolver habilidades daqueles que estavam desacreditados no seu convívio social, e de certa forma estariam intervindo no processo de exclusão e contribuição para a reabilitação. Enfim, as oficinas restabelecem a convivência e a comunicação e faz com que o usuário se sinta capaz de ser reinserido na sociedade.

Também é importante destacar que este indivíduo necessita de cuidados terapêuticos que vão além da doença e que envolvem diversas relações através do apoio por parte dos profissionais, familiares e comunidade oportunizando sua participação nestas atividades de oficinas dentro do CAPS e rompendo o estigma do tratamento medicamento e do modelo biomédico. Por isso, que é essencial que o profissional desempenhe atividades diversificadas, proporcionando estimular a autonomia do cidadão, assim como também atuando na conscientização das famílias em relação ao comprometimento com o CAPS e a participação no tratamento juntamente com o usuário.

A classe três é destacada pelos profissionais quanto a relevância das oficinas como instrumento importante e indispensável num processo de ressocialização destes indivíduos com transtornos psíquicos, proporcionando-o não apenas a participação nestas atividades, mais sim, ajudando-os a colocar em prática seus desejos internos e fazendo com que ele se sinta útil e preparado a viver na comunidade, diante os desafios a serem enfrentados.

Então, para que estas atividades de oficinas tenham obtenção de resultado positivo e se torne um fator de ressocialização, é necessário a

presença e apoio do familiar, pois a família deve-se fazer com que a comunidade olhe para além da doença e reconheça-o como um cidadão.

Na classe quatro, os profissionais têm mostrado para o indivíduo em sofrimento psíquico que através de suas potencialidades e expressões descobertas dentro das atividades de oficinas, as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências, é desta forma que ele consegue ser reinserido na comunidade, como cidadão que tem direito de ir e vir de viver em sociedade de forma igualitária, mostrando para ele que sua adesão nestas atividades promove um vínculo maior de aproximação, amplia habilidades e por conseguinte o resgate da autonomia.

Assim como também, o profissional consegue observar o progresso do tratamento desenvolvido dentro daquele serviço com maior eficiência. Pois, a adesão dessas atividades no tratamento é considerada como ponto de partida para o resgate de sua autonomia e cidadania.

Na classe um, os profissionais demonstraram preocupação em estar desenvolvendo um trabalho de qualidade voltado para a reinserção social dos usuários, pois estas atividades de oficinas terapêuticas têm grande possibilidade de eliminar ou minimizar as formas de exclusão na sociedade. Trabalhar em equipe é alcançar as metas estabelecidas, com um olhar diferenciado, sabendo compreender e respeitar o usuário em suas singularidades e particularidades. O profissional também afirma que trabalhar no CAPS é algo gratificante que tem proporcionado bons frutos através de seu trabalho, como tem observado o progresso do usuário em suas atividades e relações tanto familiares quanto comunitárias.



A classe dois traz questões relacionadas a percepção profissional acerca dos desafios e limitações do trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas, pois observa-se, que o modelo biomédico permanece arraigado na filosofia médica que concorda com a reabilitação terapêutica, porém participa somente do tratamento e acompanhamento medicamentoso, deixando a mercê dos demais profissionais o desenvolvimento destas atividades.

Apesar dessas limitações encontradas, identificou-se que alguns usuários conseguiram ser resgatados e alcançaram a sua autonomia dentro da sociedade. Acredita-se que quando a equipe multiprofissional trabalha na assistência com seriedade, mostrando todos as pontes da reabilitação para o usuário, ele consegue exercer seus direitos e deveres da sua cidadania, assim como também na retomada de sua autonomia e reinserção na sociedade.

Na classe seis ficou evidenciado que o resgate da identidade social do usuário se dá mediante o processo de reabilitação psicossocial, pois é através das oficinas terapêuticas que ele redescobrir sua utilidade, potencialidade para superar o sofrimento e mesmo aprender com ele. Assim como também, o profissional deve orientá-lo que é capaz de ultrapassar as limitações impostas pela patologia. Também é primordial sensibilizar a comunidade a dar credibilidade aquele ser e acreditar na sua reintegração na sociedade.

Nesse sentido, acredita-se que a presente pesquisa atingiu seus objetivos, mostrando através de seus resultados que a utilização das atividades de oficinas terapêuticas dentro dos Centros de Atenção Psicossocial contribui para a efetivação da mudança social acerca da doença mental e para inclusão social de pessoas com transtornos psíquicos no cotidiano familiar, na comunidade e do próprio agir do sujeito.

Visam à melhoria na qualidade de vida dos usuários do serviço, incentivadas pela equipe multiprofissional, tomando como norte a visão de que os profissionais atuem contribuindo para a reabilitação psicossocial dos usuários e para o aprendizado de novos saberes, numa relação dialógica.

## Referências

ABREU, C. N.; et al. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

ABREU, Cristiano Nabuco de et al. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental.** Porto Alegre, 2006. 224p.

ALENCAR, A. K. B.; FERNANDES, T. G. A assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por metassíntese. **Sau. & Transf. Soc.**, v.1, n.1, p.148-153, 2010.

ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; LARANJEIRA, Ronaldo (Colab.); DRATCU, Luiz (Colab.). **Manual de psiquiatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** 1ed., Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2000.

ANDRADE, M. C.; COSTA-ROSA, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Rev. Interinst. Psicol.**, v. 7, n. 1, p. 27-41, 2014.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc. Anna Nery.** v.15, n.2, p.339-345, 2011.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface**, v.14, n.32, p. 127-138, 2010.

BERLIM, M. T. **Transtornos depressivos, ideação suicida e qualidade de vida em pacientes deprimidos ambulatoriais**. 2005. 209 f. Tese (Mestrado em Ciências Médicas) - Dissertação apresentada à UFRGS, Faculdade de Medicina- Programa de Pós- Graduação em Psiquiatria, para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria, Porto Alegre, 2005.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 466 /2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**, 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.125-36, 2004a.

CALGARO, A.; SOUZA, E. N. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 476, 2009.

CAMARGO, B. V.; JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição- LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013b.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um Software gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2. Dez. 2013a.

CARNEVALLI, M. E. C. O cuidar e o reabilitar através da oficina de trabalho. In: **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F. Health Services and the Psychiatric Chronification process. **CliniCAPS**. v. 6, n 1. p. 26-36, 2012.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Rev. Mal-Estar Subj.** v.5, n.2, p.300-327, 2005.

COSTA, L. F. P. et al. Oficinas terapêuticas: um instrumento eficaz na reabilitação psicossocial para internos de um hospital psiquiátrico. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. v.10, n.2, p.104-114, 2012.

DIAS, C. B.; SILVA, A. L. A. O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Esc. Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 464-70, 2010.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Rev. Mental**. v.3, n.5, p.23-41, 2005.

DIXON, L. et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric services**. v. 52, n. 7, p. 903-910, 2014.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

FARIAS, I. D. **Oficinas Terapêuticas**: significado para profissionais de saúde no CAPS. 122f. 2013. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal de Pelotas, 2013.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2009.

GAZALLE, F. K; et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 3, jun. 2004.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 716-21, 2011.

GONCALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008.

HENGARTNER, M. P. et al. Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: a transcultural comparison between Switzerland and Brazil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 115-121, 2012.

IBGE. Cidades@. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220430&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. Ed. 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JOSSO, M. C. História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as histórias de vida a serviço de projetos. **Educ. Pesqui.** São Paulo, v.25, n. 2, jul. 2009.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 27-35, 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Journal of Nursing and Health**, v.1, n.1, p.4-13, 2011.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7° ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 36, p. 137-52, 2011.

LIMA, A. F. B. da S.; FLECK, M. P. de A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2009.

MACHADO, V.; SANTOS, M. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. **Psicol. estud., Maringá**, v. 18, n. 4, p. 701-712, 2013.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio - econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos**. 2005. 109 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem em Saúde Pública, João Pessoa, 2005.

MENDONÇA, T. C. P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v.25, n.4, p.626-635, 2005.

MIASSO, A. I, et al. **Interação entre paciente com transtorno afetivo bipolar e equipe ambulatorial quanto à terapêutica medicamentosa**. Acta. Paul. Enferm. São Paulo. n. 22, v.5, 2009.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159-64, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.



MOLL, M. F; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, dez. 2009.

MORENO, R.A, *et al.* Transtorno afetivo bipolar. **Rev Psiquiatr Clín.** São Paulo., n. 26, v.6, 2007.

OLIVEIRA, A. O. **Estudo teórico sobre percepção sensorial**: comparação entre William James e Joaquin Fuster. 88f. 2012. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA (OPAS). Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, 2001.

RIBAS, D. L.; BORENSTEIN, M. S; PADILHA, M. I. C. S. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um caps em Florianópolis. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 16, n.1, jan. 2007.

RIBEIRO, L. A.; MARIN, L. L.; SILVA, M. T. R. Atividades grupais em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 283-293, 2014.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n.3, p.350-357, 2005.

RUIZ, J. A. **Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos.** 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2129-2138, 2013.

SANTIAGO, E.; YASUÍ, S. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória histórica e reflexões sobre sua atual utilização. **Rev. Psicol. UNESP**, v. 10, n. 1, p. 195-210, 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino Americana**. v.13, n.3, 2005.

SILVA, N.C.; BASSANI, D.G.; PALAZZO, L.S. A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. **Psychic Services**, v. 60, n. 6, p. 786-91, 2009.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das Imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

SOUZA, A. J. F. et al. A saúde mental no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** v.60, n.4, p.391-395, 2007.

ZERBETTO, S. E. et al. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 1, p. 99-109, 2011.



**Aline Raquel de Sousa Ibiapina  
Antonio Alberto Ibiapina Costa Filho  
Layze Braz de Oliveira**

# **Assistência profissional ao portador de transtorno mental nos serviços de saúde**

RFB Editora  
www.rfbeditora.com  
adm@rfbeditora.com  
91 98885-7730  
CNPJ: 39.242.488/0001-07  
Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde, Be-  
lém - PA, 66635-110



9 786558 893066 >

