UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

Oficinas terapêuticas: significado para profissionais de saúde do CAPS

Izamir Duarte de Farias

Pelotas, 2013

IZAMIR DUARTE DE FARIAS

Oficinas terapêuticas: significado para profissionais de saúde do CAPS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do titulo de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Processo de Trabalho em Saúde, Educação e Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Maira Buss Thofehrn

Pelotas, 2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F224o Farias, Izamir Duarte de
Oficinas terapêuticas: significado para profissionais de saúde do CAPS / Izamir Duarte de Farias; orientadora Maira Buss Thofehrn. - Pelotas, 2013.
124 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2013.

1. Enfermagem. 2. Oficinas terapêuticas. 3. CAPS. 4. Significado. 5. Equipe de saúde. I. Thofehrn, Maira Buss, orient. II. Título.

CDD: 610.73

Catalogação na Fonte: Aline Herbstrith Batista CRB 10/ 1737
Biblioteca Campus Porto - UFPel

Folha de aprovação

Autor: Izamir Duarte de Farias
Título: Oficinas terapêuticas: significado para profissionais de saúde do CAPS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Processo de Trabalho, Educação, Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____

Banca examinadora

_____

Drª Maira Buss Thofehrn (Presidente)

Universidade Federal de Pelotas

_____

Drª Magda Floriana Damiani (Titular)

Universidade Federal de Pelotas

_____

Drª Luciane Prado Kantorski (Titular)

Universidade Federal de Pelotas

_____

Dr. Álvaro Luiz Moreira Hipólyto (Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

_____

Drª Simone Coelho Amestoy (Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

DEDICATÓRIA

Aos usuários dos CAPS de Pelotas, os quais são a razão da existência desses serviços e tem proporcionado grandes exemplos de superação a cada dia.

Aos profissionais que contribuíram para o estreitamento dos laços entre campo prático e academia, abrindo as portas dos CAPS para pesquisa e docência.

À minha querida mãe, Maria Islair Duarte de Farias, *in memória*, pois o saber transcende a existência humana no plano material.

Ao meu pai Ivo Rodrigues de Farias que é um exemplo de dignidade e superação como ser humano e em quem me espelho para conduzir minha vida.

Ao grupo Vocal Esperança com todos os seus membros que vem lutando pela dignidade do usuário dos CAPS através da música, e tem sido uma extraordinária motivação para os estudos em saúde mental e para continuar fazendo música pela vida.

Aos participantes das oficinas terapêuticas dos CAPS de Pelotas, os quais tem ensinado o que é superação.

À Isabel Arrieira e a Simone Amestoy que sempre estiveram disponíveis para ajudar, escutar ou dar uma opinião, uma palavra amiga.

Aos colegas de trabalho que me ajudaram e compreenderam minhas ausências no trabalho ao longo dos dois anos do Mestrado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, o qual tem me agraciado a cada dia com pessoas especiais e oportunidades para meu crescimento como ser humano.

À minha família, que mesmo humilde, nunca mediu esforços para me apoiar em todas as decisões e consequentes conquistas.

À minha querida orientadora, professora Drª Maira Buss Thofehrn que, mesmo em momentos de fragilidade, esteve sempre ao meu lado apoiando-me para a construção deste trabalho e com sua sabedoria, imensa sensibilidade e visão ampliada de equipe, aceitou o desafio da orientação de um não enfermeiro.

À diretora da Faculdade de Enfermagem, professora Drª Luciane Prado Kantorski, que ao longo da sua jornada como pesquisadora e docente, vem dedicando sua vida e trabalho à luta pela dignidade do ser humano e à construção de uma atenção psicossocial mais justa e adequada às necessidades do povo brasileiro, e pelo seu apoio durante o curso, mesmo em momentos difíceis.

Aos docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem da UFPel que me acolheram de braços abertos, mesmo não sendo enfermeiro.

Aos profissionais dos CAPS que colaboraram com esta pesquisa.

Aos amigos que estiveram por perto nos bons momentos e também nos momentos difíceis, oferecendo seu apoio e palavras de estímulo.

Ao Eduardo, Vanessa, Fabiana, Karla, Inês, pelas palavras de incentivo a prosseguir nessa jornada.

À colega Gabriela Ferreira pelo apoio em momentos difíceis durante a jornada acadêmica.

RESUMO

FARIAS, Izamir Duarte de. **Oficinas terapêuticas: significado para profissionais de saúde do CAPS.** 2013. 124f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Palavras-Chave: Oficinas terapêuticas; CAPS; Significado; Equipe de saúde.

No percurso da reforma psiquiátrica, muitas tem sido as avaliações das ações e dos trabalhos voltados a saúde mental no Brasil. Dessa forma, na medida em que vai se consolidando o modelo de atenção psicossocial de acordo com a reforma psiquiátrica, novos meios de cuidado e novos atores sociais vão se agregando a causa, de maneira que pesquisas são necessárias para que se conheça como efetivamente estão estruturados os dispositivos de cuidado em saúde mental e como de fato ocorre a atenção psicossocial. Nesse intuito, o presente trabalho é fruto de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória que busca mostrar qual é o significado de oficina terapêutica para os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para isso, entre abril e junho de 2013, foram coletados os dados com 22 profissionais com formação em psicologia, enfermagem, serviço social e medicina, que trabalham nos seis CAPS II da cidade de Pelotas, RS, por meio de entrevista semiestruturada gravada e transcrita. A teoria histórico-cultural de Vygotsky foi utilizada como referencial para analise dos dados. Como resultados, são apresentados significados de oficina terapêutica para os sujeitos da pesquisa que apontam potencialidades e fragilidades do CAPS por meio das distintas percepções, sendo que, esses significados ficam agrupados em quatro categorias: oficinas terapêuticas como espaço relacional, oficina terapêutica como expressão da subjetividade, superação das limitações e reabilitação psicossocial e qualificação profissional. Dessa forma, a característica de ferramenta mediadora que viabiliza as relações entre os participantes, é apontada como uma potencialidade das oficinas terapêuticas, proporcionando assim, mecanismos que ajudam o usuário no seu processo de reabilitação psicossocial e reinserção na sociedade. Pensa-se que, aos estudiosos dessa temática, estes achados podem colaborar para discussões sobre o assunto bem como estimular a réplica desse estudo em outras localidades, e o desenvolvimento de novas pesquisas com o fim de fortalecer as ações em saúde mental e as relações de trabalho entre as equipes interdisciplinares.

ABSTRACT

FARIAS, Izamir Duarte de. **Therapeutic Workshops: meanings to professionals of health from CAPS.** 2013. 124f. Dissertation (Master) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Key-Words: Therapeutic Workshops; CAPS; Meaning; Health staff.

In the course of psychiatrist reform, there are a lot of evaluations of actions and works focused on mental health in Brazil. In this way, as the same time the psychosocial attention model is consolidating itself according to the psychiatrist reform, new ways of care and social actors are adding to the cause, in a way that researches are necessary to know effectively how the devices of care are structured and how the fact occur the psychosocial attention. To that end, the present work is a result of a research with qualitative approach, descriptive and exploratory which aims to show the meaning of the therapeutic workshop to professionals of health from Centers of Psychosocial Attention (CAPS). To this, between April to June of 2013, data collection occurred with 22 professionals graduated in psychology, nursing, social service and medicine, whose work in six CAPS II in the city of Pelotas, RS, through semi structured, recorded and transcript interview. The cultural-historical theoretical of Vygotsky was used as referential to analysis of data. As results, the meanings of workshops are presented to the subjects of research who point potentialities and fragilities of CAPS through several perceptions, being the meanings grouped in four categories: therapeutic workshops as a relational space, therapeutic workshop as an expression of subjectivity, overcoming of limitations and psychosocial rehabilitations and professional qualification. In this way, the characteristic of mediating tool which enables the relations between participants, it is pointed as a potentiality of therapeutic workshop, proportionating mechanisms that help the user in his process of psychosocial rehabilitation and reinsertion in society. It is thought, to the students of this thematic, these founds can collaborate to discussions about the subject as well stimulate the replica of this study in other localities, and the development of new researches aiming to strengthen the actions in mental health and the relations of work between interdisciplinary teams.

RESUMEN

FARIAS, Izamir Duarte de. **Oficinas Terapéuticas: significado para profesionales de salud del CAPS.** 2013. 124f. Disertación (Master) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Palabras-Clave: Oficinas terapéuticas; CAPS; Significado; Equipo de salud.

En la ruta de la reforma psiquiátrica, muchas tienen sido las evaluaciones de las acciones y de los trabajos volteados a la salud mental en el Brasil. De esta forma, en la medida en que se va consolidando el modelo de atención psicosocial de acuerdo con la reforma psiquiátrica, nuevos medios de cuidado y actores sociales van agregándose a la causa, de manera que pesquisas son necesarias para que se conozca como efectivamente están estructurados los dispositivos de cuidado y como de fato ocurre la atención psicosocial. En este intuito, el presente trabajo es fruto de una pesquisa con abordaje cualitativa, descriptiva e exploratoria que busca mostrar cual es el significado de la oficina terapéutica para los profesionales de salud de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Para eso, entre abril y junio de 2013, fueran recolectados los datos con 22 profesionales con formación en psicología, enfermería, servicio social y medicina, que trabajan en seis CAPS II de la ciudad de Pelotas, RS, por medio de entrevista semi estructurada gravada y transcripta. La teoría histórico-cultural de Vygotsky fue utilizada como referencial para análisis de datos. Como resultados, son presentados significados de oficina terapéutica para los sujetos de pesquisa que apuntan potencialidades y fragilidades del CAPS por medio de las distintas percepciones, siendo que, estos significados se quedan agrupados en cuatro categorías: oficinas terapéuticas como espacio relacional, oficina terapéutica como expresión de la subjetividad, superación de las limitaciones y rehabilitación psicosocial y cualificación profesional. De esta forma, la característica de herramienta mediadora que viabiliza las relaciones entre los participantes, es apuntada como una potencialidad de las oficinas terapéuticas, proporcionando así, mecanismos que ayudan el usuario en el proceso de rehabilitación psicosocial y reinserción en la sociedad. Se piensa que, a los estudiosos de esta temática, estos encontrados pueden colaborar para discusiones sobre el asunto así como estimular la réplica de ese estudio en otras localidades, y el desarrollo de nuevas pesquisas con el fin de fortalecer las acciones en salud mental y las relaciones de trabajo entre equipos interdisciplinares.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	**Pesquisador em relação a oficina terapêutica, aos profissionais de saúde e equipe interdisciplinar do CAPS.**	**26**
Figura 2	**Contexto do CAPS de acordo com a teoria Histórico-Cultural.**	**38**
Figura 3	**Quadro de caracterização dos sujeitos.**	**42**
Figura 4	**Quadro das categorias de análise das entrevistas.**	**45**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS - Ministério da Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
OMS - Organização Mundial da Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
RS - Rio Grande do Sul
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UCPEL - Universidade Católica de Pelotas
NAPS - Núcleo de Assistência Psicossocial
UBS – Unidade Básica de Saúde
ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14
1.1 Objetivo geral..... 20
1.2 Objetivo específico..... 20
2 REFERENCIAL TEORICO..... 21
2.1 Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky..... 21
3 REVISÃO DE LITERATURA..... 28
3.1 Reforma psiquiátrica Brasileira..... 28
3.2 Trabalho em saúde mental no Brasil..... 31
3.3 Equipe Interdisciplinar..... 33
3.4 O usuário do CAPS..... 35
3.5 Oficinas terapêuticas para a promoção da saúde..... 36
4 METODOLOGIA..... 40
4.1 Tipo de estudo..... 40
4.2 Contextualizando o local da pesquisa..... 40
4.3 Sujeitos da pesquisa..... 41
4.4 Critérios para seleção dos sujeitos..... 42
4.5 Procedimentos para coleta de dados..... 43
4.6 Princípios éticos..... 45
4.7 Análise dos Dados..... 44
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... 46
5.1 Oficinas terapêuticas como espaço relacional..... 46
5.1.1 Características gerais do espaço relacional..... 46
5.1.2 Interação entre profissional e usuário..... 50
5.1.3 Interação usuário e familiar..... 53
5.1.4 Interação entre os usuários do CAPS..... 56
5.1.5 **Interação entre equipe interdisciplinar do CAPS.**..... 59
5.1.6 Meio de cuidado coletivo..... 62
5.2 Oficina terapêutica como expressão da subjetividade..... 65
5.2.1 Enfoque na saúde..... 66
5.2.2 Ferramenta para a expressividade..... 70
5.2.3 Espaço lúdico..... 76

5.3 Superação das limitações e reabilitação psicossocial..... 73
5.3.1 Desenvolvimento de habilidades e potencialidades..... 79
5.3.2 Processo de recuperação e reconquista de habilidades do usuário... 82
5.3.3 Meio de reinserção na sociedade..... 85
5.4 Qualificação profissional..... 88
5.4.1 Educação permanente e conhecimento técnico em saúde mental..... 88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS **88**
7 REFERÊNCIAS **100**
APÊNDICES **113**
ANEXOS **122**

1 INTRODUÇÃO

Iniciar uma carreira profissional no Brasil é um desafio, o qual se torna maior quando se pensa em trabalhar no sistema publico. São diversos aspectos que necessitam ser considerados para que um profissional possa se qualificar e direcionar suas habilidades com foco na qualidade do serviço e na valorização do usuário.

Pois bem, nesse sentido, meu contato inicial com o campo de trabalho que me levou a desenvolver o presente estudo se deu no ano de 1998. Quando ainda estava no primeiro semestre do curso de Licenciatura em Artes, tive a oportunidade de conhecer o projeto de extensão “Arte e Saúde”, desenvolvido no antigo Instituto de Letras e Artes da Universidade Federal de Pelotas.

Este projeto tinha como foco desenvolver práticas com o uso das linguagens artísticas e estudos sobre seus resultados em oficinas com pacientes psiquiátricos usuários da rede básica de saúde. Nessa época, o “Arte e Saúde” estava no auge dos estudos e atuações, pois ocorriam efervescentes movimentos e discussões sobre a implantação do modelo substitutivo de cuidado em saúde mental na cidade de Pelotas, de forma que o projeto se inseria com propostas para essa implantação.

Experimentar a arte como ferramenta para terapia e interagir intensamente nesse processo, proporcionou-me uma formação paralela, a qual costumo dizer que foi minha primeira “especialização” para trabalhar com saúde mental. Foi com essa experiência que decidi o futuro da minha vida profissional e acadêmica, aplicando todos os conhecimentos e técnicas adquiridos aos trabalhos com saúde mental.

Ao longo da graduação, pude estagiar como voluntário em diversos serviços públicos, dentre estes, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Navegantes, Fragata, Virgílio Costa, Lindóia, além de atuar em todos os CAPS da cidade de Pelotas que já estavam em funcionamento ou que viriam a serem regulamentados como CAPS Castelo, Escola, Porto, Baronesa, Zona Norte e Fragata.

Além disso, a participação nesse projeto de extensão, anos mais tarde, possibilitou-me interagir e ministrar oficinas nos CAPS Nossa Casa em São

Lourenço do Sul e CAPS Sítio Renascer, na cidade de Jaguarão. A participação em seminários regionais de extensão universitária possibilitou-me partilhar vivências e resultados de intervenções como estagiário nos serviços públicos de saúde, com estudantes de toda região Sul, além de publicar o relato dessas experiências.

Assim que formado na graduação, no ano de 2001, ingressei no mercado de trabalho como Técnico Superior em Artes para ministrar oficinas terapêuticas nos CAPS de Pelotas. Mobilizado pela experiência no campo prático, dei continuidade aos estudos, cursando uma Especialização em Educação, pela Faculdade de Educação da UFPel, na qual a pesquisa que originou o trabalho de conclusão de curso foi direcionada para a compreensão do funcionamento das oficinas terapêuticas de artes com crianças que eram acompanhadas pelo CAPS Escola de Pelotas, pois ainda não existia o CAPS infantil na cidade.

Ao longo da jornada profissional, além do trabalho com a arte como terapia, desenvolvi atividades como acolhimento de usuários e familiares, dinâmicas de grupo e participei da construção do projeto técnico para implantação do CAPS AD de Pelotas, bem como do CAPS Casa Vida, no município de Capão do Leão.

No ano de 2008, pela Faculdade de Enfermagem da UFPel, tive a oportunidade de cursar Especialização em Atenção Psicossocial no Âmbito do Sistema Único de Saúde, a qual me acrescentou um amplo conhecimento teórico e técnico, além de trocas de experiências sobre os cuidados em atenção psicossocial e estímulo para buscar fundamentações e produzir conhecimentos na área, interagindo para a construção de uma Rede de Saúde Mental ampliada.

Em meio a essa trajetória, tendo acompanhando de perto a construção da rede substitutiva em saúde mental na cidade de Pelotas, pude observar a implementação das equipes interdisciplinares, que diversas vezes enfrentou e ainda enfrenta crises na medida em que chegam novos profissionais, quando ocorre troca de gestão ou mesmo com o considerável aumento das demandas.

Percebendo essa evolução dos serviços de saúde mental e das suas equipes, conjuntamente com minha orientadora no curso de Mestrado, tive

motivação para desenvolver esta pesquisa, uma vez que são escassos os estudos sobre o trabalho em equipe no CAPS, principalmente com foco em uma questão de tamanha subjetividade como compreender o significado das oficinas para a equipe de profissionais de saúde.

Historicamente, pode-se observar que no século XX, ocorreram muitas construções ideológicas e políticas que alavancaram a economia e a atenção prestada ao cidadão brasileiro, no seu sentido mais amplo, de maneira que houve a democratização da educação e da saúde por meio da criação de políticas que asseguram direitos iguais para todos.

Há de se considerar que houve um considerável aumento populacional, pois no último século, a população brasileira duplicou. Essa evolução demográfica traz consigo muitas implicações para a qualidade de vida do povo e, consequentemente, para o desempenho do profissional nos serviços públicos, uma vez que aumentam as demandas.

Com o surgimento das novas demandas em saúde para esse modelo de cuidado, somente as práticas advindas do modelo biomédico, além de serem onerosas, já não dão conta das necessidades da população em sua plenitude (MENDES, 1995; CAMPOS, 2003). São criadas novas estratégias para atenção em saúde, por meio da união de diversas profissões que partilham de práticas e espaços de trabalho comuns, cuja assistência passa a ser provida pela coletividade (CAMPOS, 2003; PIRES, 2008).

Dessa forma, o cuidado em saúde mental centrado na psiquiatria e no hospital, lentamente passa a ser substituído pela soma dos múltiplos saberes que resultam na constituição da equipe interdisciplinar que presta atendimento no CAPS, com o fim de proporcionar uma avaliação mais íntegra da pessoa e oferecer uma atenção ampliada, ou seja, tangente as suas demandas biopsicosocioculturais.

Para isso, o CAPS oferece uma diversidade de propostas que transcendem o cuidado clínico médico, psicológico ou social, e viabilizam a expressão, a comunicação e a inserção do usuário nos diversos meios sociais. Dentre estas, as oficinas terapêuticas constituem-se num dos diferenciais, sendo uma importante ferramenta mediadora entre o usuário e a equipe.

De acordo com Vygotsky, o processo de mediação ocorre por meio de ferramentas ou elementos mediadores que podem ser de duas naturezas, sendo uma palpável, que se dá através de ações concretas, físicas, que alteram o sujeito; outra, representacional ou simbólica, que muda a relação do ser humano consigo mesmo e com as pessoas ao seu redor, ou seja, por meio dos instrumentos psicológicos (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Nesse sentido, as oficinas foram criadas no âmbito da reforma psiquiátrica, constituindo-se em um espaço que proporciona essa mediação por meio do desenvolvimento de atividades coletivas, com distintas propostas de práticas e produções (TENÓRIO, 2001), agindo na zona de desenvolvimento proximal do usuário (ZANELLA, 2001), ou seja, proporcionando que ele desenvolva suas potencialidades e capacidades de aprendizado por meio do auxílio de profissionais que ensinam novos ofícios e oportunizam a expressão por meio destes.

Conforme Vygotsky, essa capacidade de evolução da pessoa é denominada desenvolvimento potencial, de maneira que ela precisa do auxílio de outra pessoa que possua o conhecimento para resolver o problema em questão (REGO, 2009).

Assim, as oficinas terapêuticas buscam oportunizar ao usuário a reconstrução de laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros (MENDONÇA, 2005), constituindo-se de um espaço que propõe a realização de atividades coletivas com a orientação de um ou mais profissionais, representando assim uma modalidade diferenciada de atendimento em relação a clinica tradicional (MIRANDA, 2011; FARIAS *et al,* 2013).

Dentre as diversas propostas de trabalho coletivo, pode-se considerar que a arte se constitui em um dispositivo com especificidades que tangem o campo da subjetividade, buscando a auto-expressão dos sujeitos, a compreensão dos seus sintomas e suas causas, bem como o gerenciamento de conflitos e a sensação de relaxamento e bem estar (GUERRA, 2004). Por meio da criação do novo, através da produção de acontecimentos, experiências, ações e objetos, a atividade artística “reinventa” o homem e o mundo (MENDONÇA, 2005).

As atividades físicas, também compõem o leque de possibilidades ofertado por meio das oficinas terapêuticas no CAPS. Estudos apontam benefícios que a prática de atividades físicas pode trazer para a saúde do indivíduo, como, caminhar, dançar, praticar esportes, dentre outras (CARVALHO, 1996; WESTPHAL, 2000). Dentre esses benefícios, pode ser observada elevação da autoestima, do autoconceito, melhora da imagem corporal, diminuição do estresse e da ansiedade, melhoria das funções cognitivas e socialização da pessoa (ASSUMPÇÃO; MORAIS; FONTOURA, 2002).

Dançar e se expressar livremente com o corpo pode proporcionar inúmeros benefícios como o bem estar físico e mental, estimulando e desenvolvendo as atividades psíquicas, com potencial tão expressivo quanto o da palavra (LABAN, 1990; ROCHA; ALMEIDA, 2007).

A música por sua vez, pode estimular a motivação e autonomia do indivíduo, o desenvolvimento de habilidades para a comunicação e expressão, melhorando sua qualidade de vida e contribuindo significativamente para o processo de humanização das relações interpessoais (CHRISTINE; SIMPSON, 2003; FARIAS *et al,* 2013).

As práticas terapêuticas coletivas podem favorecer uma maior capacidade resolutiva, pelo fato de possibilitarem múltiplos olhares voltados para problemas em comum (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Assim, oportunizar a pessoa o desenvolvimento de atividades diversificadas para o aprimoramento de habilidades motoras, para o convívio social ou para geração de renda pode ser apontado como uma ação terapêutica, uma vez que proporciona satisfação pessoal e consequente alívio das manifestações sintomáticas dos transtornos mentais (SILVA; LUSSI, 2010).

Considerando-se que as oficinas no CAPS vêm apontando importantes resultados no processo de reabilitação psicossocial, é presumível afirmar sua relevância para uma evolução satisfatória do tratamento e para a reinserção social dos usuários.

O modelo vigente de cuidado em saúde mental tem se expandido consideravelmente, com o aumento de atividades que envolvem as oficinas terapêuticas na saúde mental e a popularização das produções decorrentes

destas, em espaços que buscam conhecer e divulgar esta proposta (MEDEIROS, 2003).

Como consequência, pelo menos nos últimos dez anos, pode-se observar uma considerável ampliação do mercado de trabalho para profissionais de diversificadas formações, os quais vêm ingressando nas equipes dos CAPS para desenvolverem atividades por meio das oficinas.

Com o surgimento de novos conhecimentos e o aumento das demandas, há um crescente mercado para a saúde no Brasil, o que tem gerado serviços de grande porte que buscam, cada vez mais, atender às especificidades ou especialidades em saúde (PIRES, 2008). Associado a essa análise encontra-se o cenário da atenção psicossocial, no qual se observa o importante crescimento das demandas e também das equipes, a fim de que possam dar conta das necessidades cotidianas do CAPS.

Devido ao crescimento do mercado de trabalho para diversos profissionais nas oficinas terapêuticas em saúde mental e à não exigência de formação em saúde para a ocupação do cargo, e, especialmente, por observar as grandes mobilizações que estas oficinas causam no processo de trabalho dos serviços, acredito que os resultados da presente pesquisa poderão colaborar para o entendimento de como profissionais de saúde que trabalham nos CAPS compreendem e dão um significado às oficinas no processo de trabalho desse serviço.

Nesse contexto, significado refere-se à construção de conceitos ou concepções do sujeito sobre a oficina, o que acontece por meio da mediação da própria oficina, que possibilita a interação entre os profissionais da saúde, os oficineiros e usuários do CAPS. Nesse espaço, ocorre o que Vygotsky entende como trabalho na zona de desenvolvimento proximal dos usuários, que seria desenvolvido por meio das interações com o grupo, atingindo o nível de desenvolvimento real, isto é, a elaboração do que a pessoa vivenciou, levando-a a construir sua significação (REGO, 2009).

Nesse sentido, uma das importantes ferramentas para a ressocialização dos usuários é a oficina terapêutica, que através do trabalho, do agir e do pensar coletivamente, representa um instrumento importante para a inserção

das pessoas no grupo e, consequentemente, na sociedade, valorizando assim, sua singularidade e potencialidade (MIRANDA, 2011).

De acordo com esta explanação, considero os seguintes pressupostos teóricos:

- Nos CAPS, as oficinas terapêuticas constituem-se em uma ferramenta mediadora entre equipe, usuário e familiar.
- As oficinas terapêuticas possibilitam a reinserção dos usuários na sociedade por meio das atividades e das produções decorrentes do trabalho coletivo.
- Os profissionais do CAPS entendem que as oficinas terapêuticas favorecem a relação entre as pessoas em sofrimento psíquico e social, causando-lhes a sensação de bem estar e a oportunidade de expressão e de organização mental para superação das suas fragilidades.

Frente ao exposto, procuro responder à seguinte questão: q**ual o significado das oficinas terapêuticas, enquanto uma ferramenta mediadora, para profissionais de saúde do CAPS?**

1.1 Objetivo Geral

- Compreender o significado das oficinas terapêuticas, enquanto ferramenta mediadora, para profissionais de saúde do CAPS.

1.2 Objetivo Específico

- Conhecer a percepção de profissionais de diferentes formações na área da saúde a respeito do funcionamento das oficinas terapêuticas no CAPS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Após inúmeras reflexões e leituras que permitiram a definição da temática deste estudo, fez-se necessário buscar um referencial teórico que pudesse dar conta de analisar um discurso permeado por subjetividades e significações, o que resultou na escolha da teoria histórico-cultural de Vygotsky, a qual aponta caminhos para a interpretação do conteúdo revelado por esta pesquisa.

2.1 Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky

Lev Semiónovitch Vygotsky nasceu em 05 de Novembro de 1896, na cidade de Orsha, Bielo-Rússia. Formou-se em Direito e Filosofia na Universidade de Moscou, em 1917. Na sua juventude, participou de um grupo de jovens intelectuais do qual também participavam Alexander Romanovich Lúria e Alexei Nikolaievich Leontiev, sendo um estudioso de linguística, psicologia, ciências sociais, filosofia e artes (REGO, 2009).

Seu currículo conta com a experiência de professor e pesquisador durante os anos de 1917 e 1923, nas áreas já mencionadas e, em 1924, direciona suas pesquisas para o campo da psicologia, no qual também busca estudar a educação de deficientes e compreender anormalidades físicas e mentais. Com esse entusiasmo, estudou Medicina, o que lhe proporcionou maiores conhecimentos sobre saúde e lhe abriu o caminho para dirigir o Departamento de Psicologia do Instituto Soviético de Medicina Experimental (VYGOTSKY, 1988).

Escreveu sobre o que apontava ser a crise da psicologia, o que o levou a propostas teóricas inovadoras sobre temas como a relação pensamento e linguagem, a natureza do processo de desenvolvimento da criança e o papel da instrução no desenvolvimento. Vítima de tuberculose, faleceu em 11 de junho de 1934, aos 37 anos de idade (OLIVEIRA, 2001).

Entre 1936 e 1956, a publicação das obras de Vygotsky foi suspensa na União Soviética, devido ao fato de que suas teorias mencionavam o resultado da soma das singularidades dos indivíduos como constituinte da coletividade,

ideias essas que preocupavam as lideranças do movimento comunista por que não tinham uma base materialista (VAN DER VEER; VALSINER, 1999).

Durante esse momento conturbado da história russa, quando acontecia a revolução comunista, Vygotsky, juntamente com seus principais colaboradores Lúria e Leontiev, busca compreender a formação e o desenvolvimento do indivíduo como resultado do processo sócio-histórico em que está inserido (REGO, 2009).

Considerando que as pesquisas sofreram uma influência interdisciplinar, proporcionada pelas múltiplas formações do próprio Vygotsky, e pela influência materialista histórica, sua teoria traz uma visão ampliada e unificada de distintos saberes (VAN DER VEER; VALSINER, 1999).

Com base na teoria sócio-histórica, entende-se que o ser humano possui, por natureza, a tendência a desenvolver-se de acordo com o meio em que convive, respondendo aos seus estímulos, construindo seus princípios baseados na cultura e na sociedade, estando essa construção relacionada diretamente com suas interações sociais (VYGOTSKY, 2000). Considera-se assim, que o homem, não é um sujeito completo e acabado, mas um ser em construção de si mesmo, de acordo com seu contexto histórico, suas necessidades e seus interesses culturais (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006; REGO, 2009).

A linguagem é o sistema simbólico básico para a comunicação entre todos os grupos humanos, sendo a principal mediadora entre o sujeito e o objeto do conhecimento. Considerando cada momento da trajetória particular do indivíduo, em cada situação de interação, o sujeito traz consigo determinadas possibilidades de interpretação do material que obtém no mundo externo, o que lhe possibilita atribuir significações para suas experiências. Assim, a produção do conhecimento humano perpassa o campo de compreensão da linguagem e do pensamento, que possibilitam a internalização dos saberes mediante a internalização de significados. Por meio das interações sociais, através das trocas e das relações, o sujeito constrói seu universo de significados para a palavra e para outros signos, como desenhos, mapas, etc (VYGOTSKI, 1998).

Vygotsky aponta que o processo evolutivo do intelecto humano não se dá pelo somatório de fatores inatos e adquiridos, mas sim, diretamente pela interação dialética do sujeito com o meio social e cultural em que está inserido, o que ocorre desde seu nascimento (REGO, 2009). Portanto, compreender o sujeito implica o entendimento das suas relações com o meio, pois, através destas, que o homem se reconstrói e reconstrói o próprio ambiente no qual convive.

Esse processo explica como ocorre o desenvolvimento do ser humano como sujeito consciente, que se apropria dos conhecimentos produzidos desde o início da existência humana, interiorizando-os por meio das relações sociais (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Por meio das interações e práticas que modificam o homem e com as quais o homem modifica seu meio, ocorre a apropriação da linguagem, do conhecimento e dos instrumentos construídos ao longo da história. Isso resulta na evolução das suas funções psíquicas superiores (MATUI, 1995), que os distinguem dos outros animais.

Vygotsky discrimina a área conhecida como Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que permite ao ser humano, realizar um processo que não foi identificado em outros seres vivos, o qual possibilita a internalização dos significados dos processos externos (VYGOTSKY, 1998).

Cabe aqui ressaltar que o objetivo deste trabalho é de compreender a concepção da equipe interdisciplinar do CAPS quanto ao desenvolvimento das oficinas terapêuticas, partindo das suas vivências e construções de saberes e de significados para o cenário no qual ocorre este processo de trabalho e, no qual se dá a gênese das suas concepções acerca do mesmo, por meio do convívio com outras pessoas e com o meio cultural em que está inserido, o sujeito aprende com suas vivências, ou seja, internaliza os elementos que permitem ao ser humano internalizar, de fora para dentro sua compreensão do mundo.

Nesse sentido, o sujeito não é apenas ativo, mas interativo, pois forma seus valores e conceitos a partir das suas relações interpessoais (VYGOTSKY, 2000); com isso, organiza suas ideias e tira conclusões, buscando evoluir por

meio da compreensão social, da comunicação e da ação planejada, usando sua consciência (RATNER, 1995).

Faz-se relevante para o conhecimento da teoria histórico-cultural, compreendermos o processo de mediação, que, de maneira simplificada, constitui-se na intervenção de um elemento ou sujeito intermediário em uma relação. O processo de internalização do saber ocorre por meio das relações, estabelecidas com agentes mediadores que operam os sistemas simbólicos disponíveis na cultura. O sujeito age sobre um contexto real, por meio da mediação de outros sujeitos (LAMPREIA, 1999).

A comunicação que ocorre durante as interações sociais é mediada por signos, sejam estes sonoros, visuais ou táteis, os quais possibilitam ao homem refletir sobre o que vê, ouve, sente, e tirar suas próprias conclusões, possibilitando-lhe interações que podem ou não vir a transformar esse meio, devido à sua capacidade intelectual de codificar, decodificar e compreender.

Para Vygotsky, as relações entre sujeitos sempre ocorrem por meio de um instrumento mediador (MOLON, 2009), especialmente a linguagem, que viabiliza o entendimento entre os sujeitos que a ele ficam expostos. A interação e a comunicação com outras pessoas estimulam o sujeito a manifestar suas intenções e compreensões, possibilitando que outros conheçam seu pensamento (RATNER, 1995).

Thofehrn e Leopardi (2006) apontam como fundamental o conhecimento das funções da mediação das relações, uma vez que o ser humano não se relaciona diretamente com o mundo ou com outros seres humanos, mas sim, utilizando-se da mediação de “ferramentas auxiliares da atividade humana”.

Vygotsky (1995) apresenta as ferramentas mediadoras, classificando-as em duas naturezas: uma palpável e concreta, que altera o meio físico através das ações e reações que seguem as leis da física. A outra, subjetiva relacionada ao mundo dos signos e significados ou representações, a qual influencia nas relações do ser humano consigo mesmo e com os outros, referindo-se diretamente às questões internas ou psicológicas do sujeito.

A consciência e o pensamento abstrato são gerados nas interações do organismo com as condições de vida social e com as formas histórico-sociais da vida humana. As manifestações subjetivas do indivíduo estão relacionadas

ao seu contexto sócio cultural, que embasa os sentimentos e ações do sujeito. Dessa forma, pode-se compreender a influência do mundo exterior no mundo interior do sujeito, analisando as suas relações com a realidade (VYGOTSKY, 2001).

Questionar o indivíduo a respeito de determinada situação é fundamental para que haja a compreensão do seu pensamento e posicionamento, o qual é gerado por suas interações sociais, por meio das quais os sujeitos indagam sobre comportamentos, ideias e motivos uns dos outros (RATNER, 1995).

Assim, compreender o significado das oficinas para os profissionais de saúde do CAPS, torna-se viável com a instrumentalização oferecida pela teoria histórico-cultural de Vygotsky, pois esta preconiza que se entenda o ser humano como um ser capaz de apreender os saberes por meio de suas interações e intermediações, e de expressar suas concepções do mundo exterior por meio das suas manifestações e relações. Além disso, respeita e considera a história de vida de cada sujeito e suas contribuições para formação da coletividade.

De acordo com esta teoria sócio-histórica (REGO, 2009), traçou-se o esquema a seguir, de maneira simplificada, com o fim de clarear a compreensão da metodologia e forma de uso desse referencial para a análise dos dados:

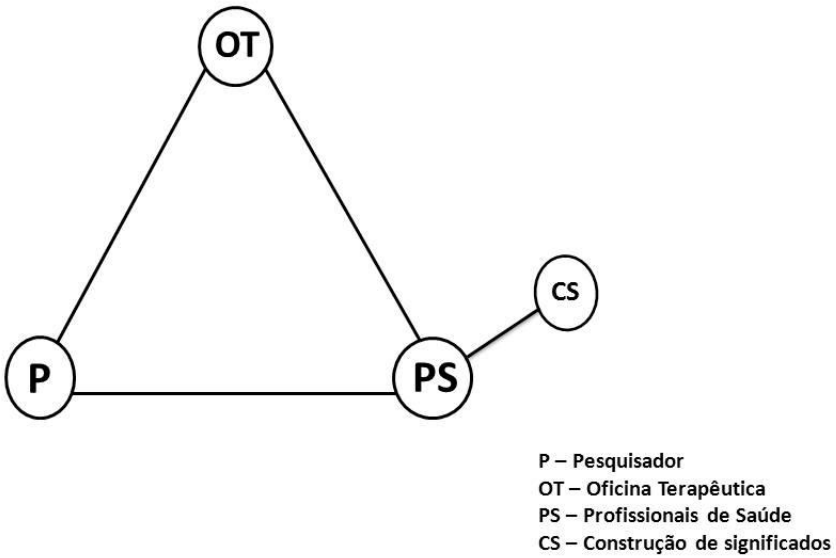

Figura 1: Pesquisador em relação a oficina terapêutica, aos profissionais de saúde e equipe interdisciplinar do CAPS.

O **pesquisador** ou responsável pela presente investigação é também um sujeito que se afasta do cenário enquanto trabalhador para buscar compreender, de acordo com o referencial, como a equipe interdisciplinar de saúde concebe o espaço de oficina dentro do CAPS.

Os **profissionais de saúde** e a equipe interdisciplinar são compreendidos como a força de trabalho, por meio da qual são desenvolvidas ações voltadas ao usuário do CAPS.

As **oficinas terapêuticas** constituem-se em uma ferramenta mediadora, ou seja, servem como espaço para trocas de experiências e vivências entre o usuário e os profissionais, bem como entre o usuário com outros usuários, e

também, entre profissionais da saúde e profissionais ministrantes das oficinas terapêuticas, sendo a ferramenta por meio da qual são construídos os significados para ela mesma enquanto recurso terapêutico.

Os signos são elementos que permitem a comunicação entre as pessoas, considerados como psicológicos ou representacionais. Assim, atuam nas questões internas do indivíduo e fazem com que ele mude consigo mesmo e com os outros, sendo que uma de suas propriedades é a significação, ou o que é atribuído a ele como representativo (VYGOTSKY, 1998; THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Considera-se que, como resultado do aspecto relacional da equipe, proporcionado pela oficina terapêutica, ocorrerá a construção de signos sobre essa ferramenta, que vão sendo internalizados com a convivência através do próprio processo de trabalho. Os significados e sentidos das atividades desenvolvidas vão sendo internalizados com a convivência através do próprio processo de trabalho. Nesse contexto, a equipe interdisciplinar de saúde constrói suas significações e sentidos para esse espaço, e estes permeiam o discurso dos profissionais quando se referem ao uso desta ferramenta (oficina) enquanto recurso terapêutico dentro do CAPS.

No convívio com um meio em que existem trocas de experiências, emoções, subjetividades e afetos, os quais constituem o ambiente de trabalho do CAPS, há de se considerar que nenhuma pessoa passa despercebida por esse cenário, ou seja, cada presença é ativa no processo de construção do significado.

O usuário é um individuo digno de respeito enquanto pessoa singular, merecendo atenção em sua integralidade, de maneira que sua subjetividade e potencialidade possam aparecer nos espaços proporcionados, por meio das ferramentas disponibilizadas pelo CAPS. Assim, o ambiente, a diversidade de saberes e fazeres pode favorecer a reabilitação psicossocial desse usuário (BRASIL, 2007).

Pode-se considerar que todas as pessoas, por meio de suas interações, contribuem com a formação da cultura do local onde estão inseridas, bem como apreendem essa cultura, construindo assim os seus saberes e suas

vivências, que, cotidianamente, se modificam ou se consolidam, na medida em que as experiências vão se repetindo.

Assim, de acordo com o que foi manifestado pelo discurso dos sujeitos da pesquisa, foi construído ao longo deste trabalho, um panorama dos significados e sentidos de oficina terapêutica para profissionais de saúde do CAPS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na presente revisão, os recortes teóricos estão organizados de acordo com sua abordagem tangente aos temas **Reforma psiquiátrica Brasileira, Trabalho em saúde mental no Brasil e Oficinas Terapêuticas em Centros de Atenção Psicossocial**, evidenciando-se assim, alguns dos principais aspectos que permeiam esta proposta.

3.1 Reforma psiquiátrica Brasileira

Para entendermos a atenção psicossocial no Brasil nos moldes atuais, é necessário o contato com alguns aspectos importantes desse contexto, mergulhando-se na história da atenção à saúde mental focada no hospital, e compreendendo-se suas transformações ao longo do tempo.

A partir do século XIX, a percepção e o olhar sobre o fenômeno da loucura passam por uma transmutação, quando as ciências médicas o reconhecem como objeto de conhecimento, iniciando-se assim, estudos mais sistemáticos sobre os transtornos mentais (AMARANTE, 2000).

Com a revolução francesa, surge o modelo asilar para cuidar dos portadores de transtornos mentais, o qual é instituído como um espaço de cura da razão e necessário para a devolução do direito à cidadania (AMARANTE, 1995; SIGOLO, 2001).

Essa forma de cuidado, centrada na psiquiatria, é consolidada no Brasil com a criação do primeiro hospital psiquiátrico em 1882, o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 1997). Os serviços substitutivos a esse modelo hospitalar, começam a surgir quase um século mais tarde, com o intuito de que o usuário passe a ser visto como pessoa que necessita de reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2001).

Assim, a reforma psiquiátrica no Brasil surgiu após o movimento sanitário nos anos 1970, a favor da mudança dos modelos de promoção da saúde, para que se tornasse efetivamente equânime, tanto para os trabalhadores como para os usuários dos serviços de saúde, no que se refere à gestão e produção de cuidado (BRASIL, 2005).

Importantes movimentos no Brasil e no mundo corroboraram para a consolidação da reforma psiquiátrica no país, por meio de discussões que envolveram usuários, trabalhadores, profissionais, autoridades, estudantes e sociedade em geral, a fim de que a atenção em saúde mental pudesse ser melhorada. Dentre estes movimentos, as Conferências de Saúde Mental destacam-se com sua representatividade, sendo que a primeira ocorreu no ano de 1987, quando foi profundamente discutida a ideologia e as propostas de uma reforma psiquiátrica no país. A segunda ocorreu em 1992 e a terceira em 2001, tendo esta fomentado a criação das leis que amparam os ideais reformistas (BRASIL, 2002).

Em 1987, na cidade de São Paulo, é criado o primeiro CAPS do Brasil, fundamentado em um modelo de atenção comunitária e voltado ao cuidado em saúde mental, com a proposta de substituir o hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Considerando nossa localização geográfica, é importante destacar que o estado do Rio Grande do Sul foi um dos primeiros estados da federação a criar uma legislação própria para a mudança do modelo de atenção em saúde mental, o que ocorreu no ano de 1992, com a publicação da Lei 9.716, da autoria de Paulo Delgado (RIO GRANDE DO SUL, 1992; DELGADO, 1992).

Quase uma década depois, com a aprovação da Lei Federal 10.216, em 2001, a qual dispõe dos direitos da pessoa com transtornos mentais e assegura-lhe o tratamento de forma digna e integral, há um incentivo à regulamentação e implantação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS, os NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), as Oficinas Terapêuticas e de reintegração sociocultural, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, os residenciais terapêuticos e os centros de convivência, regulamentando assim a Reforma Psiquiátrica em todo o país (AMARANTE, 1997; MELLO, 2007).

Distribuídos de acordo com as necessidades dos municípios e organizados por territórios geográficos, os CAPS constituem-se em dispositivos com o fim de articular a rede de saúde mental, utilizando-se dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades dos usuários (BRASIL, 2003).

O CAPS pode ser classificado quanto à sua abrangência, como CAPS I, CAPS II e CAPS III. O CAPS I contempla municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento das 08 às 18 horas, de segunda à sexta-feira; o CAPS II, municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e também em funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas. O CAPS III é um dispositivo projetado para funcionar 24 horas por dia e poderá oferecer acolhimento noturno, sendo implantado em municípios que tenham mais de 200.000 habitantes, servindo como um pronto atendimento em saúde mental (BRASIL, 2003).

Também são classificados de acordo com suas especificidades, podendo ser destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, CAPSi, ou voltados ao atendimento de dependentes de álcool e outras drogas, CAPSad (BRASIL, 2003).

Esse formato de serviço é destinado ao atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, constituindo-se num recurso que busca atender integralmente ao indivíduo, evitando sua internação psiquiátrica.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2004, o Brasil contava com a existência de 516 CAPS. Em 2011, esse número foi consideravelmente ampliado, chegando a 1502 CAPS implantados em todo o território nacional (BRASIL, 2005; 2011; BALLARIN, 2011).

Apesar do aumento crescente da oferta de serviços, o modelo substitutivo em saúde mental propõe que seja evitada a institucionalização do sujeito, buscando reabilitá-lo por meio de capacitação para o exercício da cidadania de forma autônoma (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Assim, a Reforma Psiquiátrica preconiza que o indivíduo seja desinstitucionalizado e

incluído na sociedade, ideal este que consolida um dos pilares do movimento reformista (LPPANN-BOTTI, 2004; FURTADO; CAMPOS, 2005).

Dentro desta nova proposta de trabalho, a reabilitação é entendida como um conjunto de ações que consideram a vida em suas diferentes dimensões: pessoal, social e familiar, buscando com isso, viabilizar a reinserção do sujeito na sociedade (SARACENO, 2001).

A equipe interdisciplinar, por sua vez, busca compreender o usuário em sua integralidade, por meio do olhar distinto de cada profissional com sua formação específica, calcados na comunicação positiva e no diálogo horizontal (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009), norteando assim as suas práticas cotidianas.

3.2 Trabalho em saúde mental no Brasil

As equipes de saúde pública, nas últimas décadas, têm buscado novas formas de atender às demandas de saúde mental, com vistas à desinstitucionalização, processo este que vem ocorrendo desde os anos 1960, em outros países da Europa e América, e 1980, no Brasil (WAIDMAN; ELSEN, 2005).

No ano 2000, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização, a qual propõe que a atenção em saúde seja baseada na integralidade da assistência à pessoa, contemplando também suas demandas mais subjetivas (BRASIL, 2004). Partindo desse pressuposto, o profissional deve estar sensível às necessidades do usuário, de forma a evitar um cuidado meramente tecnicista, proporcionando-lhe, então, um cuidado de maneira humanitária e atenciosa (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

O CAPS proporciona um cuidado em saúde mental no qual o conceito de reabilitação psicossocial, inclui o transtorno psíquico do sujeito, tendo como ponto de partida a sua história de vida, buscando inseri-lo na comunidade em que vive (KANTORSKI, 2008). Para esse fim, os CAPS contam com uma diversidade de saberes e profissionais distintos, por suas especialidades, mas dentro de uma mesma ciência, no caso, a saúde, buscando interações e reciprocidade no intercâmbio de saberes (WAIDMAN; ELSEN, 2005). De acordo com Pires (2009), falar de trabalho profissional em saúde refere-se a

especialidades que são socialmente reconhecidas como importantes para o suprimento das necessidades de saúde humanas.

Para que o trabalho em saúde seja efetivamente executado, não basta somente que os profissionais tenham domínio e apliquem isoladamente os seus saberes específicos. É fundamental que haja a soma desses saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade, incluindo o ambiente de trabalho (VASCONCELLOS; GRILO; SOARES, 2002).

No aspecto relacional, o trabalhador lida diretamente com as tecnologias leves de cuidado em saúde, as quais se referem ao campo das relações, que considera o acolhimento, os vínculos, a autonomia, a responsabilização e a gestão, funcionando como estratégias para gerenciar ou mediar os processos de trabalho (MERHY, 2002). Assim, a qualidade do ambiente de trabalho se refere à qualidade das relações, as quais podem tornar o dia a dia do trabalhador mais leve e saudável. Pode-se reforçar a importância de uma equipe unida, que possa oferecer cuidado com qualidade, e seja estimulada a aprimorar as relações interpessoais, a escuta, e, acima de tudo, responsabilize-se solidariamente pelos sucessos e fracasso (FRANCISCHINI; MOURA; CHIANELLATO, 2008).

Ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade), os trabalhadores em saúde buscam constantemente superar as adversidades apresentadas pelo modelo vigente de trabalho em saúde e as limitações no funcionamento da rede de saúde, o que requer comunicação e entrosamento entre os membros da equipe (BROCA; FERREIRA, 2012).

Para melhor compreensão da discussão, o processo de trabalho nos CAPS será visto a partir dos seguintes elementos: **equipe interdisciplinar, usuário e oficinas para a promoção da saúde.**

Tendo-se estes elementos bem definidos, será possível articular uma reflexão mais concisa sobre a significação da proposta das oficinas terapêuticas e sua repercussão, para a equipe de saúde, na rotina de trabalho do CAPS.

3.3 Equipe Interdisciplinar

Antes de discutirmos o conceito de equipe interdisciplinar propriamente, é importante que se tenha uma ideia de equipe multiprofissional, pois ambas possuem uma estreita relação.

Equipe multiprofissional pode ser concebida como um coletivo de distintos profissionais que, por meio da reciprocidade na relação de trabalho, comunicação, articulação de ações e cooperação, presta cuidado ao usuário da forma mais competente e digna (PEDUZZI, 2001). Esse termo surge por volta dos anos 1940 nas ações realizadas justamente no campo da saúde mental, devido a necessidade de utilização de saberes não médicos para a ampliação do cuidado aos portadores de transtornos mentais (CAMPOS, 1992).

A equipe interdisciplinar, por sua vez, constitui-se num modo relativamente novo para a produção e promoção de saúde, situando-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista, o qual defende a hipótese de contínua reconstrução de pessoas e processos em função da interação entre sujeitos e o mundo e dos sujeitos entre si (CHIAVERINI *et al*, 2011). Isso, de certa forma, possibilita-nos pensar a fusão dessas duas modalidades de equipe, multiprofissional e interdisciplinar, sendo que a segunda, viabiliza uma relação mais profunda entre os saberes dos trabalhadores bem como intercâmbios constantes entre si para promover o cuidado integral ao sujeito.

De acordo com Furtado (2007, p.242):

> A interdisciplinaridade representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também, a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas.

Para que esse processo ocorra, é fundamental considerar a **força de trabalho**, a qual corresponde a características físicas e emocionais dessa equipe formada pela diversidade de profissionais, levando-se em consideração as suas relações interpessoais (THOFEHRN, 2009).

De acordo com Pires (2008), as ações de trabalho em saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e práticas, são parte de um conjunto cujos resultados objetivam assistir ao ser humano, com toda sua complexidade e singularidade. As relações de trabalho podem ser conceituadas como uma rede de interesses, saberes, afetos, poderes e desejos (FORTUNA *et al*, 2005). Para Peduzzi (2001), as definições de equipe de saúde advêm de um contexto composto por três vertentes, que nos ajudam a compreendê-las melhor de acordo com a época em que surgiram:

1) A concepção de integração entre os profissionais, o que representa a mutação da equipe: durante a década de 50, medicina preventiva, medicina comunitária, nos anos 60, e implantação de programas de ampliação da assistência, nos anos 70;
2) Mudanças na abordagem ao processo de saúde e doença;
3) Mudanças nos processos de trabalho objetivando a ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias;

Com essa evolução histórica, o sentido de equipe de saúde vai se modificando, bem como suas formas de atuação. Somente por volta dos anos 80 é que a equipe multiprofissional e interdisciplinar começa a ampliar seu quadro, admitindo profissionais de nível médio, em especial os auxiliares de enfermagem, e de nível superior, não médicos, considerando a formação de equipes mais qualificadas e complexas (MACHADO *et al*, 1992).

Essa ampliação, que implica na inclusão de profissionais com formações diversificadas, possibilita, também, olhares distintos sobre o objeto e constitui uma força de trabalho permeada por diferentes significações e subjetividades. Nas relações da equipe, existe uma tendência, entre os membros, de um influenciar o outro por meio da comunicação e das interações, o que pode ser otimizado e direcionado para que haja uma assistência eficaz ao usuário (BROCA; FERREIRA, 2012).

Acredita-se que a mesma influência possa ocorrer na equipe, por meio das interações entre os distintos espaços de trabalho como consultório, salas de atendimento em grupo e oficinas terapêuticas, que são ocupados por profissionais de diferentes formações. Consequentemente, essas interações

viabilizam aos sujeitos a mediação das suas produções de significados e sentidos e a compreensão dos mesmos, arquitetando a construção de novos elementos para as ações coletivas (RATNER, 1995).

3.4 O usuário do CAPS

Com a Reforma Sanitária brasileira, na década de 1970, que contou com as contribuições e a participação de diversos segmentos da sociedade, na conquista do direito ao acesso à saúde, a história da saúde tomou outro rumo. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, os ideais que viriam mais tarde a normatizar o SUS foram sendo consolidados e, em 1990, com a criação das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) 8080/90 e 8142/90, foi efetivamente assegurado o acesso gratuito e universal à saúde e o controle social das politicas e ações em saúde (FARIA *et al,* 2010).

Os serviços de saúde estão organizados, sócio-historicamente, incorporando, em sua dinâmica operacional, a condição de instituição base, em que a prática se dá na evidência do poder nas relações, encontros e interações, sendo que o direito do usuário é a satisfação de suas necessidades (PINTO, 2008).

O cenário da saúde pública brasileira vem sofrendo importantes modificações, o que implica na maior participação social do usuário que, ao longo do processo construtivo, vai deixando de ser passivo para também interagir com o sistema. Com os avanços por meio da criação das leis e da participação social, o usuário do SUS conquista diversos direitos de acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, ao tratamento adequado e efetivo para suas necessidades, ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, respeitando sua pessoa, seus valores e direitos, e ao comprometimento dos gestores com o cumprimento das leis que garantem os direitos mencionados (BRASIL, 2007).

Dessa forma, o cidadão brasileiro possui assegurado por lei, à garantia de direito de acesso à saúde de forma gratuita. Com base nesses direitos, o modelo assistencial reformista na saúde mental busca a superação do isolamento, o pleno exercício da cidadania e convívio em sociedade, de maneira que o transtorno seja concebido como sofrimento psíquico por um

período de intensificação dos sinais e sintomas específicos da patologia, passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua entre usuário, profissional e sociedade (AMARANTE, 2001).

O usuário dos serviços de saúde mental, por intermédio das suas ações, juntamente com familiares e profissionais, vêm, cada vez mais, conquistando sua autonomia e seu empoderamento no cenário da participação social. Atualmente, esse sujeito não mais é visto como paciente, mas como usuário do SUS e cidadão com direitos e deveres (SANTOS, 2004).

3.5 Oficinas terapêuticas para a promoção da saúde

A utilização de atividades laborais para ocupação de pessoas enfermas teve seu início e reconhecimento em uma forma diferenciada do que hoje chamamos de oficinas terapêuticas, pois se introduziram, inicialmente, em instituições psiquiátricas e eram, geralmente, ligadas a trabalhos com o propósito de disciplinar o doente mental à ordem dos manicômios (MENDONÇA, 2005).

Pode-se considerar o médico sanitarista Osório César, como uma referência na utilização de “atividades” como terapia. Durante as décadas de 1920 e 1930, em São Paulo, ele buscou realizar um trabalho com portadores de transtornos mentais, centrado no desenvolvimento da expressão espontânea e no encorajamento da livre criação, partindo de uma abordagem baseada no estímulo, no incentivo e nas orientações técnicas, proporcionada por meio de “oficinas” (FERRAZ, 1998).

Mais tarde, no Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro, RJ, em 1946, a psiquiatra Nise da Silveira (1905 – 1999) propôs o uso de atividades diversas, dentre estas, as artísticas, como recurso terapêutico, aproximando-se assim do que hoje chamamos de oficina terapêutica (CERQUEIRA, 1973; MELO, 2001). Nise implantou ateliês de pintura e modelagem, como estudiosa das mandalas de Jung e de sua relevância enquanto potencial auto curativo (MELLO, 2009). Entretanto, somente no Brasil dos anos 1950/60, é que o potencial curativo da arte passou a ser reconhecido, atentando-se para a arte como vivência e campo ampliado de experimentação através da prática em oficinas (MACAGNAN, 2010).

Com a aprovação da lei 9.867, do deputado Paulo Delgado, em 10 de novembro de 1999, a qual dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais com a finalidade de reinserir, no mercado de trabalho e no convívio social, pessoas que necessitam de acompanhamento psiquiátrico ou com déficit cognitivo (BRASIL, 2002). Essa regulamentação também incentiva as oficinas terapêuticas que começam a ser criadas dentro dos CAPS.

A oficina terapêutica pode ser considerada como espaço onde as pessoas podem agir livremente na construção de uma identidade coletiva e na manifestação individual dos seus sentimentos e desorganizações, na busca de organizá-las por meio de um processo educativo produzido pelas experiências, buscando, assim, envolver o trabalho, a geração de renda e a autonomia do sujeito (BRASIL, 2004).

As oficinas constituem-se em importantes espaços para a reabilitação de portadores de transtornos mentais, nos quais, ações operacionais do CAPS podem ser concretizadas (ALMEIDA, 2004). A fim de que esse processo efetivamente ocorra, é necessária a disponibilização de meios pelos quais o usuário possa se expressar, elaborar seus conteúdos e avançar no processo de auto percepção e autoconhecimento (FILHO *et al,* 2001; BECKER; BARRETO, 2005).

Na constituição atual, as oficinas terapêuticas apresentam uma configuração que inclui atividades diversificadas, como lazer, recreação, esporte, cultura, festividades e muitas formas de arte e artesanato. Enquanto campo de intervenção psicossocial, a oficina torna-se objeto de diversas áreas do saber, como Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Música, Artes Plásticas, Agronomia, Educação, Moda e Educação Física (BOTTI, 2004).

Por meio das oficinas terapêuticas, no CAPS, são desenvolvidos trabalhos com o uso da arte na perspectiva de compreender o sujeito na sua integralidade, considerando, portanto, suas expressões subjetivas (MIRANDA, 2011). Assim, a música é vista como um dos aspectos da arte, ou linguagem artística, a qual tem proporcionado importantes contribuições para o bem-estar, a socialização, o resgate da dignidade e a integração entre as pessoas,

estimulando sua expressividade e criatividade (TORCHI; BARBOSA, 2006; FARIAS *et al,* 2013).

De acordo com o referencial teórico que fundamenta a análise dos dados, foi construído o esquema a seguir, buscando-se demonstrar as ligações entre os distintos elementos do campo de estudo.

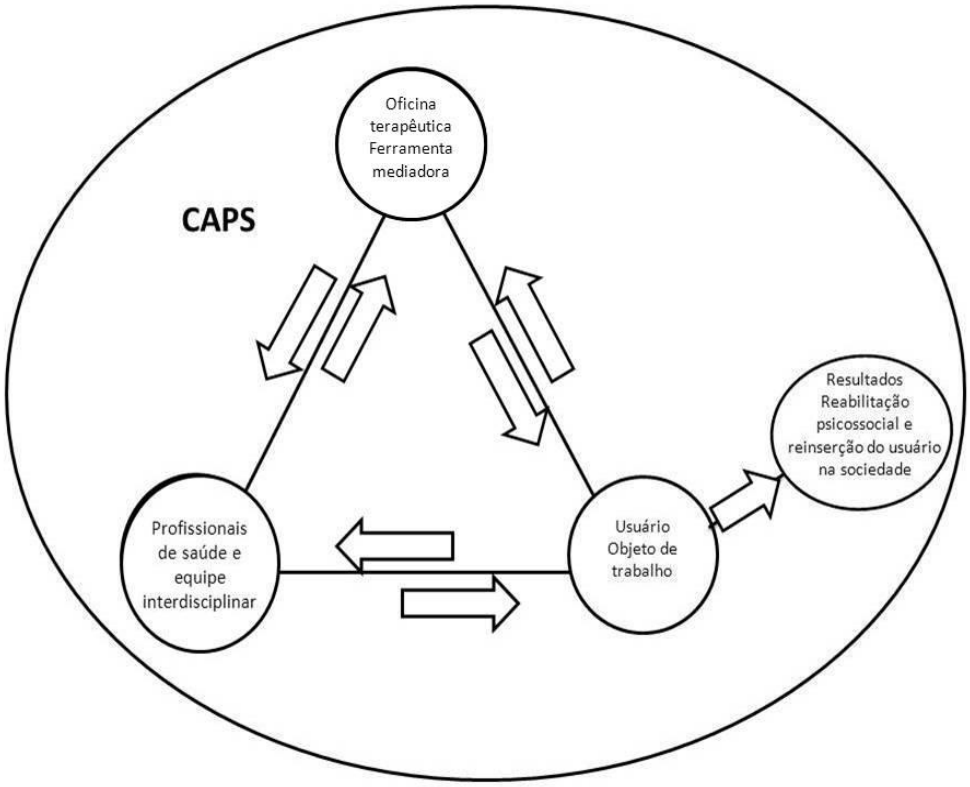

Figura 2: contexto do CAPS de acordo com a teoria histórico cultural.

Com base nas ideias de Vygotsky, as manifestações dos profissionais de saúde sobre oficinas terapêuticas, podem ser compreendidas como significados ou sentidos que são construídos a partir das relações dos sujeitos entre si e com o usuário, e do usuário com outros usuários e com a equipe, por meio da ferramenta mediadora que é a oficina terapêutica, de maneira que, todo o processo, deverá resultar na reabilitação psicossocial desse usuário.

Sujeito: profissional de saúde que constrói suas significações e sentidos a partir das suas relações com o campo de trabalho por meio da ferramenta mediadora.

Ferramenta mediadora: espaço de oficinas terapêuticas, no qual ocorrem relações interpessoais, trocas e construções de afetos e saberes, objetivando resultar em ações com fim terapêutico, voltadas ao objeto. Neste espaço, também deverá ocorrer a construção de significados e sentido para as ações e para o processo de trabalho do CAPS.

Objeto: usuário, para o qual, todas as ações da equipe do CAPS são direcionadas.

Resultados: tudo o que é alcançado com o usuário, referente à sua reabilitação como a evolução do quadro clínico, suas interações com os distintos meios e sua reinserção na sociedade, após o tratamento.

Portanto, pode-se perceber que o contexto do CAPS é permeado pela força de trabalho (equipe interdisciplinar), pelas oficinas terapêuticas (ferramenta mediadora) e pelo objeto de trabalho (usuário).

De acordo com o esquema ilustrativo ao referencial, como resultado final de todas as interações entre as distintas esferas da tríade, deverá haver uma evolução do quadro sintomático do usuário que constitui sua reabilitação psicossocial e, consequentemente, a sua reinserção na sociedade, permitindo a esse sujeito, a oportunidade de uma vida mais digna e saudável, e que, mesmo dentro das suas limitações, reconheça suas competências, seus direitos e seus deveres como cidadão.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, fundamentada pela teoria Histórico-Cultural de Vygotsky (REGO, 2009). De acordo com o referencial, o ser humano constrói seus saberes a partir das significações que concebe por meio das suas interações com o meio no qual está inserido (VYGOTSKY, 1988). Busca-se por meio dessa pesquisa, apresentar as significações manifestadas por meio das falas dos profissionais de saúde que compõem a equipe interdisciplinar do CAPS.

A pesquisa qualitativa foi escolhida pelo fato de se buscar responder questões muito particulares e subjetivas dos sujeitos, o que não pode ser medido e quantificado, uma vez que, para cada sujeito, o significado atribuído para oficina terapêutica será de acordo com a sua percepção, que dependerá do quanto está inserido e interagindo com o espaço de oficina, o qual apresentaremos a seguir como ferramenta mediadora.

Para Minayo (2007), a abordagem qualitativa consiste em estudar a história, tangendo o universo das percepções, das relações, das representações, das crenças e das opiniões, as quais emergem das interpretações que as pessoas realizam no que diz respeito à vivência e à construção de si próprios, dos sentimentos e pensamentos diante do meio em que estão inseridos.

Compreendendo um grande leque de ações, como escolher e delimitar o problema de pesquisa, se aproximar do campo, fazer buscas para a revisão de literatura, definir o objeto e os objetivos e ainda eleger instrumentos para a coleta de dados constitui-se de uma etapa primordial para esse tipo de pesquisa (MINAYO, 2011). Também é descritiva e exploratória, pois busca descrever e compreender o fenômeno em questão (GIL, 2010).

4.2 Contextualizando o Local da Pesquisa

A presente pesquisa foi realizada na cidade de Pelotas, RS. Segundo o censo do IBGE, realizado em 2011, a cidade conta com uma estimativa de 328.275 habitantes e possui uma rede substitutiva em saúde mental constituída

por seis CAPS II, um CAPS AD e um CAPS i, além de um ambulatório, leitos psiquiátricos em hospital geral, oficinas “extra CAPS” (cujo termo é utilizado como referência às atividades desenvolvidas fora da sua estrutura física) e um serviço voltado à qualificação profissional de usuários egressos do CAPS para a reinserção no mercado de trabalho e geração de renda.

Os dados foram coletados nos seis CAPS II que compõem a rede de saúde mental do município, os quais são distribuídos de acordo com cinco territórios, organizados de acordo com a distribuição populacional. Devido a particularidades dos CAPSad e CAPSi, optou-se por desenvolver o estudo somente nos CAPS II.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores com formação de nível superior nas áreas de psicologia, enfermagem, serviço social, medicina e psiquiatria que integram as equipes interdisciplinares dos CAPS II de Pelotas, RS.

Para que se visualize melhor o perfil desses sujeitos, segue o quadro com dados de gênero, idade, e tempo de trabalho em CAPS dos participantes dessa pesquisa.

Sexo	Idade	Tempo de trabalho em CAPS em anos
F	37	5
F	37	6
F	51	10
M	63	12
F	39	11
F	50	9
F	51	18
F	49	18
F	39	6
F	41	5
F	57	10
F	49	18
F	37	10
F	53	9
F	45	18
F	51	18
M	29	10
F	36	10
M	54	13
F	38	7
F	40	9
M	42	10

Figura 3 – Quadro de caracterização dos sujeitos.

Quanto ao gênero, é possível observar-se que a grande maioria dos sujeitos é do sexo feminino. O profissional que possui menos tempo de trabalho em CAPS está vinculado há cinco anos e o que tem maior tempo, está trabalhando pelo menos há 18 anos.

4.4 Critérios para seleção dos sujeitos

Inclusão:

- Ser profissional com formação de nível superior nas áreas de psicologia, serviço social, enfermagem, medicina e psiquiatria, por serem estes, profissionais que necessariamente possuem formação em saúde.
- Ser trabalhador dos CAPS II de Pelotas.

Exclusão:

- Ter menos de um ano de vínculo trabalhista com o serviço pesquisado.
- Não ter uma das formações de nível superior mencionadas nos critérios de inclusão.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Após o encaminhamento do projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPEL e sua aprovação com o parecer número 232.387 em 28 de março de 2013, foi enviado um ofício (Apêndice A) à gerência de Saúde Mental e, posteriormente, ao responsável pelo CAPS (Apêndice B), solicitando a autorização para desenvolver o estudo. De posse das autorizações por parte das coordenações, foi realizado contato com componentes das equipes dos CAPS, sujeitos da pesquisa, formalizando-se o convite para que participassem do estudo, informando-se os objetivos do mesmo e os procedimentos éticos adotados. Após a sua autorização formal por meio da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice C), foi agendada a entrevista em local e horário sugeridos pelos colaboradores.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas, com o auxílio de instrumento norteador (Apêndice D). Foram entrevistados quatro profissionais de saúde de cada CAPS II de Pelotas, de acordo com sua formação acadêmica, sendo um médico, um assistente social, um psicólogo e um enfermeiro, de maneira que essas quatro profissões para cada CAPS pudessem estar representadas neste estudo.

Para Minayo (2011), a entrevista semiestruturada pode ser compreendida como aquela que se utiliza de questionamentos, previamente organizados, apoiados em teorias e hipóteses que dão suporte para a pesquisa, mas permitem ao sujeito, que ele fale livremente sobre suas experiências acerca da questão, sendo, portanto, uma fusão entre as modalidades estruturada e não estruturada.

No 1º dia de abril de 2013, foram entrevistados os primeiros sujeitos, e o término das entrevistas, ocorreu em agosto do mesmo ano, quando foram completados 22 entrevistados dos 24 sujeitos previstos. Essa redução de sujeitos se deu pelo fato de que um dos profissionais trabalha em mais de um CAPS, representando, portanto, os serviços nos quais atua.

Nos casos em que havia mais de um sujeito com a mesma formação, foi escolhido aquele com maior tempo de trabalho na instituição.

A identidade dos profissionais que colaboraram com a pesquisa, será preservada no anonimato. Os dados fornecidos foram utilizados neste trabalho atribuindo-se a letra “P” de profissional seguida do número da entrevista e de siglas que representam cada profissão. Para o médico e psiquiatra será utilizado MED; para assistente social, AS; Para os enfermeiros, ENF e para psicólogos, PSI. Estas siglas também foram seguidas de um número representando a ordem em que a categoria profissional foi entrevistada, ficando cada sujeito representado conforme o exemplo: P2MED4.

4.6 Princípios éticos

Em todos os momentos desse estudo, houve um criterioso cuidado com os princípios éticos para pesquisa, estando plenamente de acordo com o previsto na Resolução nº 466/2012[1] do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata sobre Pesquisa com Seres Humanos.

A todos os participantes foi garantido o anonimato, de forma que sua identificação ou serviços a que estão vinculados não foram revelados, bem como o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse.

A pesquisa de campo foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética da Faculdade de Enfermagem da UFPEL com parecer sob o número 232.387 (Anexo A) e da leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) terem sido realizadas pelos participantes. O TCLE foi assinado 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 foi desenvolvido a partir dos dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas as quais foram gravadas, não incluindo, portanto,

[1] Resolução Nº 466/2012: Esta reincorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

procedimentos invasivos, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

Os dados estão armazenados em formato de arquivos de áudio, oriundos das gravações e transcritos em arquivos de texto, os quais ficarão no computador pessoal do pesquisador e em CDs, como cópias de segurança, que também ficarão na posse do pesquisador durante cinco anos. Após esse período, os arquivos originais serão apagados e os CDs destruídos.

4.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo (2011), a qual recomenda uma análise pautada basicamente em três etapas: ordenação, classificação por temas e análise com embasamento teórico.

Assim que os dados foram coletados, iniciou-se então a etapa de ordenação (audição das gravações, transcrição e leitura das transcrições).

Posteriormente, foi feita a classificação dos dados que consistiu na leitura exaustiva e organização por categorias.

Por fim, procedeu-se a análise dos dados, considerando suas relações com o referencial teórico a fim de responder às questões da pesquisa, com base nos objetivos propostos. A partir da organização dos mesmos por unidades de sentido, emergiram as categorias, as quais serão apresentadas no quadro a seguir.

Tema	Categoria	Conteúdos expressos
5.1 Oficinas terapêuticas como espaço relacional.	5.1.1 Características gerais do espaço relacional. 5.1.2 Interação entre profissional e usuário 5.1.3 Interação usuário e familiar 5.1.4 Interação entre os usuários do CAPS 5.1.5 Interação entre profissionais do CAPS 5.1.6 Meio de cuidado coletivo.	• Olhar e entender o outro. • Interações e olhar ampliado. • Ver as limitações • Estimular as potencialidades. • Forma mais efetiva para o cuidado coletivo. • Estabelecimento de vínculos. • Proximidade e informalidade. • Interações entre pessoas. • Múltiplas visões do usuário.

5.2 Oficina terapêutica como expressão da subjetividade.	5.2.1 Enfoque na saúde. 5.2.2 Ferramenta para a expressividade não verbal. 5.2.3 Espaço lúdico.	• Espaço prazeroso, relacionado às artes. • Congregação. • Troca de afetos.
5.3 Superação das limitações e reabilitação psicossocial.	5.3.1 Desenvolvimento de habilidades e potencialidades. 5.3.2 Processo de recuperação e reconquista de habilidades. 5.3.3 Meio de reinserção na sociedade.	• Avaliação ampliada. • Valorização da criatividade. • Expressão da saúde mental. • Partilha do espaço. • Elevação da autoestima. • Potencialidades. • Recuperação da pessoa. • Estabilização dos sintomas. • Aumento do círculo de amizades.
5.4 Qualificação profissional.	5.4.1 Educação permanente e conhecimento técnico em saúde mental.	• Saber o que fazer e porque fazer. • Otimizar os recursos. • Conhecer a ética do trabalho em saúde.

Figura 4: Quadro das categorias de análise das entrevistas.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Oficinas terapêuticas como espaço relacional.

Nesse momento, apresentamos os significados das oficinas terapêuticas para os sujeitos desta pesquisa, de acordo com seus relatos e suas concepções manifestas por meio das entrevistas.

5.1.1 Características gerais do espaço relacional

Por se tratarem de ferramentas para o trabalho coletivo e por sua dinâmica, as oficinas terapêuticas preconizam, e viabilizam na prática, o desenvolvimento de trabalhos coletivos, o que, consequentemente, leva seus

atores a interagirem entre si e com outras pessoas que façam parte do contexto do CAPS. Para que haja efetivamente o processo de reabilitação psicossocial, as interações entre equipe, usuário e ambiente são de fundamental importância. Somente assim, o ambiente pode ser considerado como terapêutico (ALVES; GULJOR, 2007).

De acordo com estudiosos e com os pressupostos da reforma psiquiátrica no Brasil, as oficinas terapêuticas em saúde mental constituem-se em espaço fundamental para o CAPS, que está inserido em um modelo no qual as ações são balizadas pelas relações interpessoais entre profissionais, usuários e comunidade, sendo que o trabalho em si é relacional, por tratar-se diretamente da comunicação e das inter-relações entre as pessoas que ocupam o serviço (BRASIL, 2004).

Para Del Prette (2006), pessoas que possuem um bom relacionamento interpessoal, constroem vínculos mais saudáveis e estão menos propensos a doenças, conquistando, ao longo da vida, maiores oportunidades e tendo maior êxito nas suas atividades cotidianas, fato esse que é estimulante e fundamental para que a equipe possa desempenhar suas funções com eficácia. Assim, o espaço de oficina pode ser concebido com uma dimensão que abrange questões tangentes ao processo de trabalho da equipe interdisciplinar, por meio da qual o usuário é visto por múltiplos e distintos olhares, compreendido na sua completude e complexidade, não só pelo seu discurso formal diante de um profissional clínico, mas também, pelas suas manifestações diversas, nas quais ele se torna visível, interage, troca conhecimentos e afetos, ampliando seu círculo de amizades e de interações.

> O espaço das oficinas é um espaço relacional, é um espaço onde as pessoas podem conversar, podem olhar o outro, entender o outro, trocar, ninguém faz oficina calado, as pessoas ali vão se colocando (P7PSI1).
>
> Então, as relações, as trocas, em cima das possibilidades e limites que a oficina possibilita, se pode olhar para o usuário, e se pode ver o quanto esse efeito terapêutico de saúde, de se reencontrar na saúde, na sua saúde e do próprio grupo é benéfico para todos [...] além disso, a oportunidade de construir amizades e novas relações é inegável (P23AS6).

Aquilo que objetivamos atingir como resultado do processo de reabilitação pode ser compreendido como fruto de um exercício pleno da

cidadania dos sujeitos, o qual se constitui por meio de ferramentas como as oficinas terapêuticas que proporcionam a simulação e a realização desse exercício quando se interage com outras pessoas (SARACENO, 2001; LUSSI; PEREIRA; JUNIOR, 2006). Tal exercício requer o diálogo, o entendimento e a compreensão do que é dito, caracterizando aspectos relacionais do processo de reabilitação das pessoas.

Uma vez acometida por um transtorno mental, a pessoa se vê limitada no seu aspecto relacional, considerando os diversos fatores que muitas vezes a levam ao isolacionismo e à alienação do mundo (KANTORSKI *et al,* 2006). Dentre estes, pode-se pensar no próprio preconceito social diante do convívio com as diferenças, as quais muitas vezes, ficam evidenciadas pelo seu comportamento ou por seus traços faciais, expressão corporal e atitudes cotidianas, que ocorrem de forma diferenciada do que é socialmente instituído como correto para o convívio social e uma boa aceitação.

Nesse sentido, uma importante potencialidade da oficina é o fato de ser uma ferramenta relacional, ou seja, proporciona uma ferramenta por meio da qual as pessoas se relacionam. Se este ambiente de oficina for organizado de maneira que viabilize o resgate da capacidade do sujeito interagir, a mesma pode ser vista como uma ferramenta relacional de grande potencialidade no CAPS, a qual deve ser considerada no momento da construção do plano terapêutico singular (PTS), construído conjuntamente com o usuário, com o objetivo de reabilitá-lo para as relações interpessoais, inserção na sua comunidade e empoderamento do meio onde estiver inserido, proporcionando-lhe a sensação de ser sociável.

> [...] a oficina tem esse papel, eu acho, de agregar, e quando tu trás uma pessoa para o grupo, ela fica olhando e vê que ela não está sozinha naquilo (P8ENF3).
>
> A oficina permite a socialização, o aumento de autoestima, o resgate da cidadania, melhora do quadro psíquico através das relações entre as pessoas (P12AS2).

Agregar pode ser o termo que traz à tona mais um sinônimo para referir o relacional, ou seja, no momento em que se agregam pessoas ao espaço da oficina, torna-se inevitável seu convívio e interações provêm desse convívio como um recurso importante para a reabilitação do sujeito (JUCÁ *et al,* 2010).

Sabe-se que, como fruto de uma construção sócio-histórica de muitos anos, há uma cultura na qual o tratamento em saúde refere-se com certa exclusividade aos profissionais da área médica, quando nos novos paradigmas que instituem saúde por uma perspectiva ampliada, entretanto, há uma descentralização do médico como única referência em saúde. Autores como Cabral *et al* (2001), consideram de grande valia as iniciativas interdisciplinares que objetivam proporcionar o cuidado ampliado para as pessoas, de maneira que todos os membros da equipe devem responsabilizar-se pelos intercâmbios interinstitucionais e pela construção de novos espaços de cuidado.

Com essa atualização da atenção integral à pessoa, outros aspectos como o social e o emocional passam a ser amplamente considerados como primordiais para a compreensão da pessoa como um ser complexo e das suas necessidades.

> O próprio CAPS diz: atenção psicossocial. Não só a parte psicológica, médica como diz aí, mas também a parte social que é a interação deles com a sociedade (P22MED3).
>
> Através das interações entre as pessoas, as oficinas contribuem para maior adesão ao tratamento, troca de vivências e possibilidade de adquirir conhecimentos úteis para a vida prática, habilitando o usuário para atividades que possam permitir sua inclusão na sociedade (P12AS2).

A menção à questão relacional do usuário refere-se ao seu exercício da cidadania, o que é imprescindível ser considerado pelos profissionais, para que se possa compreender o que de fato a pessoa precisa no momento de crise e, consequentemente, para que as ações promovidas pelo serviço sejam eficazes ao apontarem propostas significativas para a reabilitação do usuário.

O fato da pessoa não se sentir sozinha no seu espaço de reabilitação, por si só, alude a um dos propósitos do próprio CAPS, que diz respeito à identificação da pessoa como sujeito, que está inserido em um meio no qual pode se deparar com outros sujeitos e partilhar com estes os seus sentimentos, anseios e objetivos enquanto pessoa.

O homem, por sua natureza e capacidade cognitiva é um ser sociável, que experimenta a vida por meio de suas interações com os elementos do mundo no qual faz parte, e que, nessas relações, possui responsabilidades

para com este mundo (FRANKL, 2003). As relações humanas também podem ser considerados, por via de regra, como um elemento necessário para a realização do ser humano, uma vez que elas dão sentido à vida, sentido este que motiva o ser humano a valorizar sua própria vida e conduzi-la da forma mais saudável e equilibrada com o mundo (FRANKL, 2005).

Considerando-se o ser humano como esse ser sociável, que constrói e se constrói nas suas interações, pensar oficina como um espaço relacional, é fundamental, pois, quando se discute o tratamento em saúde mental coletiva, torna-se inevitável admitirmos que é por meio das interações que se percebe a pessoa.

No dia-a-dia de trabalho em saúde mental, os usuários vão se construindo e reconstruindo laços que se perderam, principalmente naqueles casos de transtornos em que os sintomas são mais evidentes e fazem com que a pessoa fique isolada e, muitas vezes, discriminada pela própria família e pela sua comunidade devido a sua condição (PINHO *et al*, 2013), o que vem sendo viabilizado também por intermédio das oficinas terapêuticas.

Cabe ressaltar que esses aspectos manifestados, muitas vezes na forma da discriminação ou do próprio preconceito, como falado anteriormente, são parte de uma construção histórica, que com a proposta dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, passa a ser repensado e reconstruído como um novo paradigma de atenção ao portador de sofrimento psíquico, por meio do qual, há de se considerar aspectos que, ao longo da história, foram ignorados como a integralidade da pessoa e as suas manifestações como ser humano.

5.1.2 Interação entre profissional e usuário

Segundo os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, as oficinas terapêuticas devem ser pensadas e concretizadas como espaços que podemos chamar de locais de co-produção, nos quais, pela sua característica de coletividade, trazem um sentido de fazer junto, considerando a visão global do sujeito, levando-se em conta que se está lidando com uma pessoa social, cultural, orgânica e subjetiva (CAMPOS, 2007).

Dessa forma, faz-se necessário entender o usuário, objeto do trabalho, como mais uma pessoa que está inserida lado-a-lado com o oficineiro, sujeito que ocupa o mesmo espaço em que acontecem interações entre todos os seus participantes e, consequentemente, deve ocorrer o vínculo e a aproximação entre os indivíduos.

> [...] os usuários fazem um vínculo muito bom com os coordenadores e estabelecem uma comunicação muito afinada com os professores da oficina (P5AS4).

> [..] oportuniza da gente ficar mais próxima do paciente, a proximidade dos profissionais e paciente, a boa comunicação, a possibilidade de saber mais sobre o paciente, na condição mais informal é muito importante (P1ENF1).

Compreender o usuário enquanto pessoa que possui anseios e condições existenciais, que são única e exclusivamente dele, tangencia uma competência que deve estar afinada com o ambiente da oficina, que é a comunicação entre os participantes (WETZEL; ALMEIDA, 2001).

Nesse sentido, a oficina fomenta as interações de forma saudável para que a comunicação também o seja, de maneira que os laços estabelecidos entre as pessoas possam ser de cumplicidade e de confiança. Ocorrendo um processo de interação nesses moldes, é possível o resgate da capacidade de se integrar do usuário com outras pessoas, a fim de produzir, se expressar e se sentir digno como pessoa.

> [...] o que esse espaço proporciona é o vínculo, é a troca com o profissional e os outros usuários, ele sai de casa e se integra com as pessoas (P9MED1).

> O significado enquanto recurso para o cuidado coletivo é o de contribuição para socialização dos pacientes portadores de sofrimento psíquico, o vínculo entre o usuário e o profissional, o aumento de autoestima e de inclusão social (P12AS2).

Para Soares, Santana e Siqueira (2000), pensar cuidado exige do profissional um comprometimento com a pessoa, de forma que o tocar, o sentir, o escutar e o auxilio ao outro sejam parte dos seus fazeres cotidianos para que o usuário possa superar suas dificuldades.

Uma das características importantes das oficinas terapêuticas é a sua oportunidade de proporcionar diálogos, interações e construção de vínculos entre as pessoas, de forma que há um resgate da sociabilidade por meio do

exercício da aproximação entre os distintos atores que frequentam esse espaço (PINHO *et al,* 2013). Esse comprometimento com a pessoa diz respeito a uma boa capacidade e disponibilidade do profissional para interagir com o usuário, transcendendo suas atribuições preconizadas pela instituição tecnicista tradicional, ou seja, seguindo o que preconiza a reforma psiquiátrica.

Quando mencionado tal olhar, podemos nos remeter ao que historicamente nos fora ensinado em termos de cuidado em saúde, embasado no uso de ferramentas previamente instituídas, advindas das tecnologias duras, como as medicações ou instrumentos palpáveis (OLIVEIRA; SOUZA, 2012), porém, aqui nos referimos a outra lógica de cuidado, por meio da qual, a gama de instrumentos é mais flexível e concebida por um prisma que abarca o que a mente puder criar como mecanismo de atenção à pessoa, inclusive, a própria interação do profissional com esse usuário.

Baggio (2007), referindo-se à humanização do cuidado em saúde, menciona também essa outra faceta do cuidado, no que diz respeito à aproximação entre os indivíduos, cuidador e usuário, transcendendo os limites de determinadas técnicas. Se na oficina terapêutica, efetivamente houver essa forma de interação, será viabilizado a outros profissionais que também fazem parte do CAPS, a oportunidade de verem a pessoa por uma perspectiva que vai além daquela experimentada pelo atendimento ambulatorial individual.

> Então, esse todo que eu consigo ver muito mais facilmente dentro da oficina, ajuda depois, nos atendimentos individuais, nas avaliações individuais, a fazer o link entre a vida da pessoa em si com a questão da doença (P10MED2).

> As relações estabelecidas em uma sala de oficina, em um espaço de oficina, são espaços muito mais horizontalizados, de trocas e de outras formas de reconhecimento por parte dos indivíduos que fazem parte daquele espaço [...] e isso permite que se veja no indivíduo o que ele não apresenta nos espaços individuais como na frente de um profissional individualmente, em um espaço mais formal (P26AS6).

> Uma coisa é o usuário dentro do atendimento individual, outra é dentro do atendimento coletivo. Outra coisa é o usuário participando das oficinas sem a dita pressão de tá sendo avaliado, de tá sendo analisado por uma pessoa; então acho que as oficinas, elas pegam esse outro lado do usuário que nos ajuda muito no atendimento (P21PSI5).

As falas dos profissionais vão exatamente ao encontro dessa lógica de atenção quando referem que a observação da oficina permite-lhes relacionar o

que vê do usuário no espaço coletivo com aquilo que o usuário refere na consulta individual, o que normalmente ocorre por meio de um discurso focado essencialmente na manifestação verbal.

Pode-se perceber que, quanto maior a gama de opções de cuidado e atenção à pessoa, maior e mais eficaz deverá ser o conhecimento a respeito dela, o que suscita como consequência uma expectativa de que o tratamento atinja os objetivos pressupostos pela própria lógica da atenção psicossocial (PINHO *et al,* 2013), e trazendo o termo espaço interativo como significado de oficina terapêutica no CAPS.

Como resultado das interações da equipe com os usuários na oficina, essa ferramenta apresenta um significado especialmente relacionado com sua potencialidade como espaço de mediação das interações entre as pessoas, no qual é viabilizada a construção de mecanismos para que as pessoas venham interagir em outros espaços, a partir do exercício da interação no micro espaço nela constituído.

Autores como Valladares *et al* (2003) reconhecem a potencialidade das oficinas como terapêuticas, porém, apontam uma importante fragilidade que refere-se ao seu foco, o qual não pode fugir do propósito da reabilitação psicossocial, proporcionando ao usuário, ferramentas necessárias que proporcione a internalização de significados relevantes para sua vida.

Essa observação nos traz um alerta para que não percamos a qualidade desse espaço que é constatado como uma ferramenta que faz a diferença na atenção psicossocial pelas suas características.

5.1.3 Interação usuário e familiar

Uma das capacidades que fica extremamente afetada com as manifestações sintomáticas do transtorno mental é a de interação entre o usuário e o seu familiar. Sabe-se que, quando um sujeito demonstra certos sintomas ou comportamentos que fogem aos padrões convencionados como normais, estes sintomas podem ser o reflexo do adoecimento da família, o que acaba impedindo que haja uma boa interação e até mesmo, a aceitação da família para com a lógica psicossocial, que atualmente é adotada para o

tratamento ao seu familiar doente (ZANETTI; GALERA, 2007; BORBA *et al,* 2011).

Por outro lado, doença mental acarreta em manifestações que, consequentemente, influenciam na harmonia da família levando-a ao aprendizado de manejos, de cuidados e de tarefas que alteram as rotinas, causando impacto financeiro, dentre outras situações que podem levá-la ao adoecimento (BANDEIRA; BARROSO, 2005). Segundo Melman (2002), esses aspectos acabam acarretando em uma sobrecarga aos cuidadores que são membros da família, e que, muitas vezes, se veem adoecidos, sufocados pela angústia de se sentirem impotentes diante do seu ente querido que esta mentalmente enfermo e não poderem resolver seu problema.

Nesse aspecto, a oferta de cuidado às famílias é fundamental para que os cuidadores se sintam acolhidos e seus anseios sejam atendidos, porém, frequentemente, as famílias recorrem aos serviços de atenção psicossocial apresentando certa resistência em partilhar do cuidado com o serviço e em serem também responsáveis por este cuidado (BORBA *et al,* 2011).

Por outro lado, fica evidenciada para a família a necessidade de sua participação no tratamento do usuário desde que a mesma esteja preparada para essa atribuição (VECCHIA; MARTINS, 2009), uma vez que o CAPS propõe um cuidado em liberdade, por meio do qual a interação do seu usuário com a família e com a sociedade ao seu entorno também fazem parte da evolução do próprio tratamento.

Claro que esse entendimento do paradigma psicossocial deve ser socialmente construído, para que venha substituir o velho e conhecido método de cuidado asilar e centrado na internação psiquiátrica hospitalar.

> A oficina não é ter que ir sempre ao CAPS, a oficina é tu interagir com outras pessoas, interagir com a própria família (P1ENF1).

> Imagina uma oficina onde o usuário possa interagir com a equipe, com seu familiar, sem ser obrigatória, uma vez por mês; vem quem quiser, vêm os familiares e todos do CAPS que quiserem participar. Isso iria fortalecer os vínculos entre os usuários entre eles e com seus familiares, e permitir que se resgatasse muita coisa nesse sentido (P8ENF3).

A oficina é entendida pelos profissionais como sendo um meio pelo qual as pessoas resgatam suas possibilidades de interação, inclusive, com seus

familiares, buscando reestabelecer o equilíbrio nas relações. Quando, na reabilitação do usuário, este vivencia o convívio saudável com os demais participantes das oficinas, comunidade e, como resultado, apresenta melhorias nas suas interações familiares. Essa ideia pode ser encontrada nas falas a seguir:

> A oficina é o diferencial dos serviços de ambulatório, e que propiciariam o convívio social dos usuários, com familiares (P6PSI2).
>
> Se não fossem as oficinas, somente o atendimento individual, acho que não daria conta dessas questões de fomentar o convívio dos usuários com seus familiares de uma forma tão eficaz como acontece através das atividades coletivas (P8ENF3).

Segundo Esperidião (2001), a boa acolhida do serviço para com os familiares e a prestação da atenção e assistência adequadas, faz com que as famílias sejam parceiras no processo de desinstitucionalização dos usuários. Com isso, pensar na oficina como ferramenta mediadora do processo de reconstrução das interações saudáveis entre usuários do CAPS e seus familiares, pode ser uma estratégia cada vez mais necessária.

Essa aproximação, por meio da qual as interações voltam a ser saudáveis, pode influenciar na dinâmica da recuperação do usuário, proporcionando resultados muito mais rápidos e eficazes (RIBAS; TERRA; ERDMANN, 2005; PINHO *et al,* 2013).

> [...] minha ideia é fazer um baile mensal. Neste baile, vem todo mundo: os usuários, os familiares, os que estão de alta. Aqueles que faz anos que não vêm ao CAPS, podem vir, porque nesse dia tu congrega todo mundo (P8ENF3).

O profissional propõe fomentar essas interações por meio de um baile mensal, o que na verdade é uma oficina, na qual, se integrariam todos os seguimentos de atores que interagem no cenário do CAPS, facilitando assim, uma aproximação entre as pessoas.

Tal proposta, segundo Lussi, Pereira e Pereira Júnior (2006), vai ao encontro da ideia de que o processo de reabilitação do sujeito envolve os diversos atores sociais que vivenciam o dia-a-dia do tratamento do usuário, compreendendo o próprio usuário, seus familiares, os profissionais do serviço e a comunidade que compõe a rede de apoio desse usuário e do serviço que frequenta.

Para isso, a família é grande aliada e necessita, tanto quanto o usuário, de cuidado especial para que ela possa dar o suporte que a pessoa necessita para que seu tratamento seja mais eficaz. É consenso o pensamento de que a família merece uma atenção para que possa dar conta das demandas apresentadas pelo seu ente que é portador de algum sofrimento psíquico, o que acaba sendo diluído entre os membros dessa família e causando tamanho sofrimento a todos, abrindo uma emergente demanda por atenção psicossocial à família como um todo (MEDEIROS *et al*, 1993; SARACENO, 1999; BORBA *et al,* 2011).

Ribeiro (2004) aponta as oficinas terapêuticas como espaços que preparam o usuário para sua interação com a família de maneira saudável, construindo assim, estratégias para que seus laços com os familiares possam ser fortes e duradouros, favorecendo sua recuperação e amenizando a sobrecarga e o sofrimento dos demais membros da família.

5.1.4 Interação entre os usuários do CAPS

Objetivando a reinserção efetiva do usuário na sua rede de convívio social, o CAPS que lhe é referência deve estar situado dentro do território de sua moradia, possibilitando-lhe a interação com sua família e comunidade, bem como o desenvolvimento de atividades nas imediações da sua moradia (MIELKE *et al,* 2009). Devido a fatores como o transtorno ou o pré-conceito do usuário, frequentemente o acesso ao tratamento acaba sendo retardado pelo mesmo ou pela sua família, mas quando chega ao serviço, acaba afinando-se com o tratamento devido à forma como é acolhido, as interações com outros usuários e com os profissionais do CAPS.

> O difícil é ele engrenar, o difícil é tirar ele de casa e fazer ele vir, tá chegando, tá meio atrapalhado, mas depois que ele vem, ele percebe todas essas outras coisas, todas essas melhorias e a interação com as outras pessoas (P9MED1).

> Tem paciente que chega aqui já dizendo que não quer participar de oficina [...] vem trazidos pela família que já está cansada, desgastada, mas depois que a gente vai conhecendo o usuário e conversando com a família, ele já começa a entender e participar muito bem de tudo [...] é necessário conquistar a confiança (P1ENF1).

A aproximação da equipe com a família, pelo estabelecimento de vínculo de confiança, é importante para que o usuário venha a se estimular a participar

das atividades propostas pelo CAPS (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). A partir do momento que ele chega ao CAPS e decide aderir ao tratamento, ele deverá se deparar com um grupo de pessoas que partilham, se apoiam e estão dispostas a construir um espaço para a promoção da saúde e do bem estar coletivo, considerando as possibilidades de construção de novas amizades.

> É o momento que os usuários têm para troca de afeto, de amizade, além da prática do exercício, de atividades artísticas, musicais, várias atividades que são desenvolvidas no CAPS (P5AS5).

De acordo com Lappann-Botti (2004), uma oficina, para ser considerada como terapêutica, necessita apresentar algumas características que se referem à comunicação, ou seja, deve possibilitar ao usuário o sentimento de que ele está sendo acolhido pelo espaço, pelo coletivo a sua volta e pela equipe que o cuida. Esse cenário, consequentemente favorecerá a comunicação do usuário por meio da sua expressão, seja verbal ou não verbal; seja objetiva ou subjetiva. A comunicação e as interações fazem parte de um amplo leque de manifestações que permeiam as ações e os acontecimentos que ocorrem dentro da oficina e que levam seus participantes a construírem novos significados para isto (AFONSO, 2006).

Com esse aporte, pode-se pensar na oficina como espaço relacional do qual o usuário faz parte, tendo direitos e deveres para sua efetiva participação, o que implica diretamente na oportunidade de construção de relações interpessoais saudáveis através das interações entre os frequentadores do espaço chamado de oficina terapêutica.

> No tratamento, eles entre eles, fazem coisas que às vezes até em casa eles não têm, que é conversar, que é trocar uma receita e falar disso, daquilo, daquele outro; eles têm aquele convívio deles ali, eu acho isso bem interessante (P17ENF5).

O sujeito fala da oportunidade que a oficina oferece para que os usuários tenham acesso ao diálogo, ao convívio saudável e a interação com outros usuários, o que não ocorre no seio familiar devido aos desgastes das relações e à própria sintomática do usuário. Essas manifestações constituem-se em possibilidades de experimentação e de suprimento de carências decorrentes do desgaste familiar.

A oficina é um lugar dinâmico, de mediação, no qual o oficineiro observa o que está acontecendo com o usuário, como ele está se manifestando nas suas interações com o meio e com outras pessoas (GRECO, 2004). Nesse espaço, segundo Vygotsky, a mediação não diz respeito somente ao ensinamento que é transmitido do profissional para o usuário, mas principalmente, refere-se à interlocução entre as pessoas de maneira que sejam criados novos significados e sentidos após o processo da internalização (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006) que será mediado pela oficina.

Dessa forma, o fato de buscar conhecer o que representam as interações entre as pessoas para elas mesmas, bem como sua significação num espaço controlado, pode servir de parâmetro para que a equipe tenha uma dimensão maior da sintomática da pessoa quando fora de ambientes estressores que podem ser o próprio seio familiar ou mesmo o consultório individual, de maneira que, na oficina terapêutica, o usuário se manifesta mais espontaneamente.

> [...] há uma interação boa entre os usuários e também deles com os profissionais, estando todo mundo prestando atenção, afinal, uns cuidam dos outros e eu acho que toda equipe consegue enxergar isso. Mesmo você não estando lá fazendo uma oficina, você esta enxergando se ele esta mal, se está chateado, se está mais angustiado, e você consegue fazer esse tipo de troca. Eles mesmos também acabam falando se o colega não está bem (P9MED1).

> Às vezes conseguem muito mais transmitir suas ideias e sintomas ou sentimentos dentro de uma oficina do que eu orientando assim, individualmente. Isso ajuda muito percebo pra gente ver se o usuário está bem ou como realmente ele está sem a pressão do espaço mais formal, pois na atividade coletiva, eles estão descontraídos, interagindo entre eles [...] (P1ENF1).

As surpresas da experimentação, o inesperado, as interações, são parte de uma dinâmica complexa e que podem despertar o ser humano para o resgate da sua vida em sociedade (LIMA, 2004), de forma que as trocas e o aprendizado tenham uma função de estimulante para que a pessoa se valorize e passe a sonhar, a querer viver para novas conquistas.

> Os usuários na oficina interagem entre eles, conversam e constroem novos laços de amizade e afetos [...] muitas vezes, depois de muitos anos afastados do convívio social, eles conseguem aos poucos voltar a interagir com outras pessoas e isso possibilita que eles voltem a vida em sociedade, o que é objetivo do tratamento do CAPS (P4ENF2).

Quanto à interação entre os usuários, é muito relevante a possibilidade de contato e relações interpessoais, de maneira que há uma tendência dos sujeitos a manifestarem sua compreensão dessa interação como sendo sinônimo de oportunidade para o crescimento como ser humano e para a reconstrução de laços e afetos perdidos.

5.1.5 Interação entre equipe interdisciplinar do CAPS

Esse tópico, em especial, tange um campo de grande complexidade e que implica em uma série de reflexões para que venhamos a compreender de fato o que representa a interação entre os profissionais, uma vez que o trabalho da equipe somente evolui com características de interdisciplinaridade se houver boas relações e diálogo entre os profissionais. Além disso, estamos tratando de um modelo de equipe que historicamente é muito recente e que cada vez incorpora mais saberes, os quais são diariamente partilhados no cotidiano de trabalho, levando muitas vezes o profissional a sair da sua zona de conforto para se empoderar de saberes de domínio comum à equipe, afinando-se também com um discurso que deve ser comum a essa equipe.

Se pensarmos pela lógica da atenção psicossocial, a qual se pode dizer que, por ser muito recente, ainda está em construção, é inevitável que se caia constantemente em um processo de avaliação das práticas profissionais que, com a mesma constância, são desconstruídas e reconstruídas a fim de se ajustarem nesse novo paradigma que norteia o processo de trabalho em saúde mental (RIBAS; TERRA; ERDMANN, 2005).

Quando aqui se fala em processo de trabalho, há de se considerar que em um CAPS, uma equipe, mesmo que constituída por muitos profissionais de muitas e distintas áreas de conhecimento, ainda assim deverá ser uma equipe, e não, equipes que ocupam um mesmo espaço físico.

De acordo com Rocha (2005), um dos grandes desafios para os profissionais que trabalham em conformidade com esse modelo é a linha tênue que separa os saberes específicos dos saberes coletivos, o que consequentemente implica nas ações que podem acabar se confundindo e invadindo o campo do outro.

Cabe, então, que se busque entender os aspectos referentes à interdisciplinaridade para que se possam assimilar esses limites, que por outro lado, podem ser vistos como potencialidades preservadas.

Interdisciplinaridade diz respeito à maleabilidade dos saberes que são comuns a todos os membros e permitem que a equipe tenha um discurso com a mesma linguagem, mesmo que com saberes específicos distintos, e caminhe nas suas práticas para um mesmo sentido (BRASIL, 2004), sendo este o fundamento do modelo de equipe vigente no CAPS.

> Como nós trabalhamos em equipe, nós fazemos essa troca diariamente com os profissionais das oficinas que podem nos passar muitas vezes até mais informações do que em alguns momentos a gente consegue colher num atendimento individual (P5AS4).

> Precisamos estar diariamente trocando informações com os colegas, avaliando como as coisas acontecem e interagindo entre a gente, pois muitas coisas acontecem dentro da oficina que quem não está convivendo diretamente ali precisa saber para poder cuidar do usuário (P1ENF1).

Referir-se a trocas, como se percebe nas falas, pode ser entendido como um processo de comunicação que vai além da questão de simplesmente passar uma informação, mas deve ir ao encontro da compreensão do espaço de oficina como um espaço de construções.

Buscando proporcionar a compreensão da integração entre as pessoas e de como se dá o processo de aprendizagem e desenvolvimento, Vygotsky descreve o funcionamento da zona de desenvolvimento proximal, como sendo o espaço em que ocorre o desenvolvimento de funções que estão em processo de amadurecimento e que, posteriormente se consolidarão passando para zona de desenvolvimento real (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Por outro lado, as construções apresentadas pela oficina podem dar um viés para que o significado de oficina seja distorcido ou superficial, já que as interações entre os oficineiros e os profissionais da saúde acabam ficando muito resumidas a visitas nas oficinas ou aos diálogos que ocorrem fora do espaço da oficina.

> Às vezes o profissional está participando da oficina de alguma coisa, acaba ficando ali com o grupo, e ai já foge um pouco da oficina, mas acredito que muitas vezes você consegue observar coisas lá dentro,

> que são demonstradas em outros espaços. Acho que se perde por não se conseguir fazer isso mais vezes (P9MED1).

> Essa relação mais próxima do usuário que o oficineiro tem é privilegiada, pois permite que ele descubra coisas de que as pessoas não costumam falar, mas que fluem normalmente em conversas informais ou nos próprios trabalhos [...] e isso tudo, acaba sendo relatado pelo oficineiro para os colegas de equipe (P18PSI6).

As falas fazem certa referência à fragilidade das interações entre os oficineiros e os profissionais de saúde da equipe interdisciplinar, quando pelas demandas do serviço, as interações acabam sendo superficiais e as trocas de informações entre os distintos ambientes do CAPS acabam ocorrendo por meio de relatos.

Considerando as construções sócio-históricas de quem relata, toda a troca de informação será a partir do que foi processado por quem relata e não uma construção direta de significações para as interações dentro do espaço no qual as atividades acontecem (TOSTES, 2012).

Nesse sentido, para que a comunicação seja fidedigna ao que de fato ocorre, há uma necessidade de que exista uma linguagem comum entre os membros da equipe interdisciplinar, uma vez que os CAPS vêm agregando um ascendente número de sujeitos e de profissões.

Na comunicação é que estão calcadas as interações e as relações de trabalho, devendo considerar a cooperação mútua e um diálogo sem ruídos, justamente por se tratar de sujeitos singulares e permeados por subjetividades (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

> [...] assim, as oficinas influenciam nas nossas atividades, como eu te disse, é fundamental o diálogo entre os profissionais. O conteúdo que os profissionais da oficina trazem para nós, que muitas vezes, o paciente não traz numa abordagem mais individualizada, nos ajuda muito, então, a gente pode resgatar e trabalhar com ele em outros espaços (P4ENF2).

O sujeito reforça o que as autoras preconizam como primordial para um relacionamento saudável em equipe, bem como para que o trabalho seja eficaz, evidenciando assim, a importância da comunicação e da troca informações entre os distintos profissionais.

Silva e Costa (2008) em seu estudo apontam ainda, a importância da tolerância e da flexibilidade entre os membros da equipe de trabalhadores da

saúde mental para que essas relações sejam saudáveis, uma vez que a equipe é vista como o cerne para uma efetiva atenção psicossocial.

As diferentes ideias e posicionamentos de profissionais com distintas formações podem trazer tensões e desgastes para a equipe, mas também, podem contribuir para seu enriquecimento e dinâmica do serviço, uma vez que todos os membros da equipe colaborem para que o exercício profissional possa ser desempenhado com ética (GULJOR, 2003).

> A interação entre os profissionais de diferentes áreas enriquece a equipe, tornando o convívio de todas as áreas possíveis. Então, tem os profissionais da saúde, os profissionais da música, das artes, do artesanato, da atividade física, de forma que todos colaboram com o trabalho interdisciplinar (P6PSI2).
>
> A oportunidade de socialização entre os profissionais amplia as possibilidades de trabalho para atender ao usuário, pois a interação e o intercâmbio fazem com que se tenha uma visão ampliada (P13PSI4).
>
> Por ser uma equipe interdisciplinar, com vários profissionais de várias áreas, é necessário que haja uma boa interação entre todos, mesmo que cada um esteja na sua função, fazendo seu trabalho (P20AS3).
>
> Acho que a oficina influencia indiretamente no trabalho de todos os membros da equipe, principalmente, na questão da gente poder contar com o outro colega, poder interagir, trocar ideias sobre o usuário, ter mais conteúdo no prontuário desse usuário pra gente poder trabalhar junto nos atendimentos, ver outras facetas desse usuário (P21PSI5).

Com isso, podemos nos remeter à importância das interações entre os distintos trabalhadores, para que o desempenho dos seus papéis como cuidadores seja eficaz e não venha a acarretar em prejuízos no cuidado ao usuário.

5.1.6 Meio de cuidado coletivo

Proporcionar cuidado em coletividade possibilita à pessoa, que ela venha a interagir com outras pessoas, constituindo-se assim, em uma forma mais efetiva de tratamento, principalmente quando se trata de serviço de saúde mental.

Para Almeida (2004) as oficinas terapêuticas são um meio ou dispositivo para o trabalho em Saúde Mental, constituindo-se num importante espaço no qual se podem operacionalizar as ações nos CAPS. Essas ações, de maneira

geral, ocorrem direcionadas à coletividade, ou seja, as oficinas são organizadas para atenderem a grupos de pessoas que, por sua vez, interagem, se comunicam e trocam experiências.

> Eu acho que de todas as atividades coletivas oferecidas pelo CAPS, são as oficinas que têm essa resposta terapêutica mais rápida, mais do que os atendimentos individuais e, mais ainda, do que o psiquiatra, que o usuário busca tanto, justamente por sua abordagem coletiva (P10MED2).

Alguns autores apontam para uma importante tendência do mundo contemporâneo que diz respeito à crescente individualidade do ser humano em consequência do que o sistema capitalista cada vez mais impõe e exige (RAUTER, 2000; JARDIM, 2005; SOUSA, 2012). Esse fato tem levado as pessoas ao isolacionismo e à perda da capacidade de interagir e de trabalhar coletivamente.

A reforma psiquiátrica, ao propor um novo modelo de cuidado, em que o usuário deve ser considerado como cidadão e sujeito ativo, envolve a sociedade e a responsabiliza pelo tratamento e pela aceitação desse usuário, norteando o caminho que leva os serviços substitutivos a reconhecerem e considerarem a oficina como terapêutica e como uma ferramenta produtora da coletividade.

Nesse sentido, as oficinas podem ser vistas como um meio pelo qual se constrói uma consciência de sujeito coletivo que vem a substituir a ideia do tratamento isolacionista e individualista, que foi praticado ao longo da história pelos analistas tradicionais como meio de atenção a pessoa.

> O significado da oficina terapêutica, eu acho que é uma das formas mais efetivas de se ter um cuidado coletivo [...] visualizar a pessoa na sua integralidade e como um sujeito coletivo. Acho que é a melhor forma de cuidar coletivamente as pessoas (P2PSI3).

> Acho que a oficina terapêutica na saúde mental tem um papel importante. Acho que tem toda uma busca pela autonomia e a ressignificação do papel desse sujeito na sociedade, a busca pela autoestima da pessoa, a oportunidade de ver esse sujeito integralmente, como uma pessoa que está interagindo em coletividade (P21PSI5).

Pode-se observar o relato de uma potencialidade que nos remete ao viés apontado por autores de diferentes épocas, que nos leva a identificar os diferenciais da produção individual e da produção coletiva, que sofre influência

das relações interpessoais, mostrando-se mais relacionada e contextualizada com o usuário na sociedade contemporânea, bem como com suas relações sócio-históricas (SILVA, 1997; TENÓRIO, 2002; SURJUS; TOGNI; ONOKO, 2011).

Conhecer as características do indivíduo por meio das suas relações, implica na melhor compreensão da pessoa pela ótica da sua realidade, não a do terapeuta que é atrelada as suas construções simbólicas e, consequentemente, implicam em um julgamento desse indivíduo, que é embasado nas verdades do terapeuta.

Pensar a questão da coletividade ainda refere outro importante elemento do próprio cuidado em atenção psicossocial, que é a atenção à família. Quando tratamos de família em saúde mental no âmbito do CAPS, é necessário que se considere todos os formatos e constituições de família possíveis, o que nos leva, também, a pensar na característica familiar que o próprio serviço inspira, por meio do seu cuidado, da forma que acolhe ao usuário e seus responsáveis ou mesmo aos usuários egressos do CAPS.

Lussi, Matsukura e Hahn (2011) reconhecem a importância de medidas protetivas tanto para o usuário quanto para seu familiar ou cuidador, que convive a maior parte do tempo com a pessoa portadora do transtorno. Observemos a fala a seguir:

> [...] fazendo uma oficina que é um baile, o usuário, o ex-usuário, o familiar, vão vir e conversar com as pessoas, podem não dançar, mas vão estar juntos uma vez por mês em uma atividade grande e coletiva (P8ENF3).

Ao mesmo tempo em que o sujeito menciona o aspecto referente à interação entre as pessoas por meio de um baile no CAPS, ele também está relacionando a importância de que essa interação aja não só entre os usuários do serviço, mas também, em relação a seus familiares, aos egressos do CAPS (ex-usuários), e às pessoas que o cercam.

De acordo com Lussi, Matsukura e Hahn (2011), o paradigma da reabilitação psicossocial consiste na defesa de cuidados que contemplem todas as necessidades e anseios do usuário, bem como do seu familiar, reconhecendo-se as cooperações destes, de forma a contribuir com o andamento do serviço e do seu PTS.

Pensando-se na lógica psicossocial, o fato do sujeito ser tratado coletivamente implica na valorização das relações entre as pessoas e do convívio saudável em coletividade, como sendo a reprodução do modelo social no qual estamos inseridos. Nesse micro espaço, as decisões, as relações e os fazeres são partilhados e há uma pactuação para que se mantenham assegurados os direitos e deveres de todas as pessoas que são parte desse espaço.

> Na verdade, a oficina terapêutica é um dispositivo, é um meio de trabalho coletivo (P9MED1).

> A própria operacionalização da oficina, de dividir um espaço coletivo, de dividir nas oficinas de artesanato, de dividir os materiais para que todos tenham o material, e que possam utiliza-los corretamente na busca da autoestima, de poder ver um trabalho bonito, poder ver o quanto pode ser valorizado aquilo que o sujeito faz. Acho que, também por isso, a oficina acaba sendo um meio de cuidado coletivo muito eficaz (P21PSI5).

Assim, de maneira geral, a oficina terapêutica, de acordo com os sujeitos, possui um significado alusivo ao seu potencial como ferramenta para o cuidado coletivo.

5.2 Oficina terapêutica como expressão da subjetividade

A subjetividade, construída pelas relações sócio-históricas, que as pessoas estabelecem, manifesta-se por meio da linguagem adquirida a partir desse meio, sendo esta, a mediadora das características subjetivas de cada sujeito (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007; MOLON, 2009). Assim, falar de subjetividade é falar de autonomia e de particularidades, de um conjunto de características que dizem respeito à singularidade da pessoa e ao processamento das informações que essa pessoa, a partir das suas construções, devolve à sociedade (LEAL, 2001; SILVA, 2009).

De acordo com Davel e Vergara (2001), subjetividade refere-se à capacidade do indivíduo de formular pensamentos e condutas a partir das suas relações com o meio, o que é fundamental para que o ser humano possa conviver em sociedade e manifeste seus conhecimentos individuais para contribuir com o processo coletivo. Esse aspecto, presente nas manifestações

humanas, segundo os autores, muitas vezes, no processo de trabalho, é deixado de lado em detrimento do crescente aumento das demandas.

Pela perspectiva vygotskiana, as relações interpessoais são permeadas pela subjetividade de cada sujeito, que se soma no contexto do intercâmbio das informações por meio das interações, construindo-se assim, novos significados condizentes com as relações sócio-históricas (THOFEHRN; LEOPARDI; AMESTOY, 2008; REGO, 2009).

Para a compreensão dos processos de trabalho em saúde, faz-se necessário que se considere os aspectos da subjetividade humana, uma vez que não existe sujeito sem manifestações subjetivas (RAMMINGER; NARDI, 2008).

Mesmo que o trabalhador esteja imerso em um universo de normas, regras e submissões, suas manifestações serão então, permeadas por suas percepções e construções da sua condição de ser humano, singular, portanto, objetivo e também subjetivo.

5.2.1 Enfoque na saúde

Quando uma pessoa procura o tratamento oferecido pelo CAPS, normalmente está vivenciando um momento de extrema fragilidade emocional e, em decorrência desse quadro, acaba manifestando somente os sintomas da doença como foco da sua vida, o que chamamos de crise. “Não se centralizando na doença da pessoa que está enferma, faz-se um resgate de aspectos positivos, isto é, a atenção deixa de ser a doença e passa a ser o da reconstrução da vida” (RIBAS; TERRA; ERDMANN, 2005. p.138).

Quando ela é acolhida por um CAPS e, no seu Plano Terapêutico Singular (PTS) é incluída uma ou mais oficinas terapêuticas, abre-se uma nova porta para que, na condição de usuário do serviço, essa pessoa possa resgatar sua percepção de saúde e rever seus conceitos de ser ou estar doente, e de ser ou estar saudável, o que pode influenciar na qualidade de vida da pessoa, uma vez que implicará em maior ou menor preocupação com sua condição física ou mental, fazendo com que a pessoa acabe não percebendo o que há no seu entorno, tornando-se escravo da doença.

Nesse momento, as oficinas terapêuticas podem constituir-se em uma importante ferramenta para canalizar os pensamentos e as projeções desse usuário à produção de algo útil para si e para a coletividade a sua volta, o que poderá leva-lo a um processo de reabilitação psicossocial mais efetivo, no qual ele tenha consciência de que o objetivo do CAPS e das ferramentas disponibilizadas para este processo é a sua reabilitação.

Para isso, as intervenções da equipe interdisciplinar são indispensáveis, porém, tratando-se de um objetivo maior e comum a essa equipe, os distintos espaços terapêuticos devem possibilitar uma avaliação ampliada da pessoa, para que se possa acessá-la como um todo, percebendo assim suas manifestações diante do coletivo e, também, em frente a um profissional, em um ambiente mais clínico e de abordagem mais individualizada.

> As oficinas ajudam a gente a ter essa avaliação mais completa da vida da pessoa como um todo, acho que nos atendimentos individuais acaba aparecendo muito a questão da doença (P10MED2).

> Acho que o papel da oficina do serviço é importante pra descentralizar o cuidado em saúde, e desmistificar aquela ideia de que cuidado em saúde é feito por profissionais tipo psicólogo, psiquiatra, enfim [...] quando outros profissionais podem proporcionar um cuidado focado na saúde e nas potencialidades do indivíduo, valorizando seus aspectos e manifestações saudáveis e não proporcionar um trabalho focado na doença (P211PSI5).

Resguardando as devidas proporções e características de cada um desses espaços, é nas oficinas que, pela sua proposta de trabalho focado em um objetivo, seja expressivo, educativo ou de produção, o usuário se manifesta de maneira saudável, ou seja, mostra suas potencialidades para solucionar os problemas apresentados dentro do espaço de trabalho. Assim, as oficinas podem se tornar um ofício, sem o objetivo de gerar renda, mas especificamente, de proporcionar convívio, atividades prazerosas e peculiares, experiências terapêuticas aliadas a recursos saudáveis, que estimulam a catarse, a transformação e a autonomia (CAMPOS, 2005).

> Nos atendimentos, eu acho importante devolver para a pessoa, mostrar que ela não é o tempo inteiro adoecido, é muito mais tempo saudável do que adoecido (P10MED2).

> Em geral, o que o usuário demonstra na maior parte do tempo de oficina é seu lado saudável mesmo, pois ele interage, ele se expressa, ele cria [...] (P21PSI5).

A transformação da pessoa e o salto qualitativo na sua vida, ocorre quando ela consegue se perceber como um ser humano que é muito maior do que sua própria doença e que, além da manifestação de sintomas, ela pode descobrir ou redescobrir sua potencialidade para superar o sofrimento e, mesmo, aprender com ele. Além disso, o portador de transtorno mental, na sua condição de pessoa com todos os seus atributos, pela lógica da reabilitação psicossocial, pode superar seu sofrimento e votar a ser produtivo para a sociedade, seja pelo seu trabalho ou pela demonstração de suas capacidades (LEÃO; BARROS, 2011).

Novamente, cabe trazer para essa reflexão a experiência de Nise da Silveira que, em meados dos anos 1940, potencializa o trabalho com a saúde mental dos seus pacientes por meio de atividades expressivas com o uso da arte, por exemplo. Isso nos mostra quão adequada, estava essa pioneira na utilização de técnicas tão além do seu tempo em apostar em algo com o que, hoje, estamos mais familiarizados: lidar com a saúde em vez da doença em si (FRAYZE-PEREIRA, 2003).

De acordo com Vygotsky (2007), a mediação ocorre por ferramentas que podem ser psicológicas ou materiais. No caso deste estudo, essas ferramentas se referem ao *setting* de elementos fornecidos ao trabalhador pelas oficinas terapêuticas ou mesmo o próprio espaço relacional destas oficinas.

Diversos autores estudaram essa questão em décadas posteriores às primeiras experiências bem sucedidas de Nise, como Winnicott (1971), Ostrower (1991), Guerra (2004), Farias *et al* (2003; 2013; SILVA; FARIAS, 2013). Os muitos autores brasileiros e estrangeiros, mencionam, em seus relatos de experiência e achados científicos, a relevância do uso de ferramentas de trabalho em saúde mental que foquem na saúde das pessoas, deixando temporariamente de lado, sem ignorar, é claro, a sintomática do indivíduo que está em sofrimento psíquico. Somente assim haverá lucidez e racionalidade, bem como emoção para mobilizar a construção de alicerces sólidos embasados na saúde da pessoa, alimentando-a e fortalecendo seu desejo pela manutenção do sentimento de estar saudável.

As oficinas terapêuticas, por meio de suas propostas de trabalho permitem à pessoa criar, o que vem ao encontro do que nos diz o sujeito a seguir:

> Essa capacidade de criação, o ato criativo é que te faz desenvolver tua atenção nos aspectos saudáveis da pessoa. Na capacidade de criar alguma coisa. Isso é entrar em contato com a saúde. A gente não fica olhando o sujeito doente, a gente fica vendo as pessoas, com o que elas trazem de saúde (P23AS6).

Aqui, o significado concebido para a oficina, no que se refere à produção de saúde, nos diz que a criação ou o ato criativo leva a pessoa à valorização dos seus aspectos saudáveis, reafirmando as ideias dos diversos autores mencionados anteriormente (LAPPANN-BOTTI, 2004).

Dessa forma, o ato criativo e a viabilização da criatividade são vistos como sinônimos de foco na saúde. Outra característica, mencionada por um dos sujeitos, aponta para a importância de construir a valorização dos aspectos saudáveis do indivíduo.

> Na oficina, a pessoa partilha o espaço com os outros, aprende a dividir e sai daquele pensamento obsessivo que ela tem em relação à doença [...] ela aprende que existem outras coisas para as quais ela pode atentar que lhe podem ser mais úteis do que ficar pensando só na doença e sofrendo com isso. Muitas vezes, o usuário vê que, junto com outros, ele pode fazer coisas maravilhosas e se sente bem com isso, bem melhor (P8ENF3).

A partilha do espaço ou a de produção coletiva dos participantes da oficina é assinalado aqui como uma potencialidade do espaço de oficina para a produção da valorização dos aspectos saudáveis da pessoa, o que, consequentemente, podemos considerar como a produção da saúde propriamente dita.

Os momentos vivenciados na oficina, com a certeza da libertação das amarras psicossociais que assolaram o doente por anos de sua existência, pelo modelo psicossocial de cuidado, passam a ser uma possibilidade para a criação, para a vivência e para que a pessoa possa ser o que é em essência, libertando seus monstros e seus temores, desconstruindo o conceito de louco como perigoso e abrindo as celas invisíveis para que ele de fato seja um ser sociável, sem o estigma da loucura tradicional.

Nesse sentido, as oficinas terapêuticas no CAPS, associadas a outros dispositivos regulados de acordo com a lógica psicossocial proporcionam a

reabilitação do usuário (SILVA; COSTA, 2008), o que compreende sua liberdade de expressão.

Na contemporaneidade, vemos que as lutas de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental objetivam a construção de um novo significado para a loucura como sendo sinônimo de singularidade, e de criatividade, que é intrínseca a cada ser humano. Por outro lado, as constantes avaliações da atenção ao portador de transtorno e a sua família tem encontrado indícios de uma perversão legal, que ocorreu ao longo da história, na qual sempre houve uma inversão de valores. Assim, o doente era o louco, e por isso, indigno de viver em sociedade; as atrocidades ocorridas na sociedade sana e correta eram apenas fatos justificáveis pelos discursos mais distintos e retoricamente ricos.

Basaglia (1982; 1985), em suas discussões na década de 1980, já questionava o modelo social excludente e mostrava caminhos para um novo paradigma de cuidado à pessoa, por meio do qual a doença seria apenas uma faceta do ser humano, que a levaria a experimentar o mundo a sua volta por uma sensorialidade muito particular e por construções de significados pessoais.

No século XXI, com o norte do paradigma psicossocial, a atenção ao portador de transtornos mentais segue uma linha de cuidado que considera todas as manifestações da pessoa, tanto as potencialidades quanto os sintomas do seu transtorno (VASCONCELLOS, 2008).

Essa capacidade da pessoa pode ser explorada e usada a favor dela própria quando há uma abordagem que busca sua compreensão como ser singular, busca respeitá-la e principalmente, valorizar seus aspectos saudáveis.

5.2.2 Ferramenta para a expressividade

Pensar expressividade humana de maneira não verbal é extremamente subjetivo e amplo do aspecto linguístico, pois muitas e distintas são as possibilidades do ser humano se comunicar e manifestar seus sentimentos e percepções em relação ao mundo no qual está inserido.

Quando se trata de cuidado em saúde, a percepção do profissional e a amplitude de seus conhecimentos acerca dessa habilidade é de grande valia para que efetivamente a pessoa possa ser compreendida quanto as suas

necessidades. Absortos pelo cotidiano do dia-a-dia de trabalho e pelas tarefas que nos preenchem como ser social, acabamos perdendo a capacidade de ler o próximo além das suas palavras, porém, aferindo as suas entrelinhas por meio das mais diversificadas manifestações humanas.

A comunicação é primordial para que haja um tratamento adequado à pessoa mentalmente enferma, de maneira que são necessários conhecimentos sobre a mente humana e as manifestações sintomáticas dos transtornos, para que se possa compreender e ser compreendido por essa pessoa, e para que essa comunicação seja eficiente (TAYLOR, 1992; LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006).

Em 1972, Travelbee já mencionava a importância dessa habilidade no tratamento de pessoas mentalmente comprometidas, ressaltando também a necessidade de que a comunicação seja clara, de modo que tanto o emissor quanto o receptor se façam compreender (LEOPARDI, 2006).

Já no Séc. XXI, Castro e Silva (2001), referindo-se às práticas do enfermeiro em saúde, apontam a comunicação não verbal como constituinte de uma gama de ferramentas necessárias para uma boa interação entre paciente e profissional e, havendo boa interação, essas ferramentas podem ser facilitadoras para uma assistência humanizada em saúde.

Uma vez que vimos à comunicação não verbal apontada como um artifício valioso para a interação e para a atenção humanizada e integral ao usuário, a oficina de expressão pode ser considerada como uma ferramenta mediadora do processo de comunicação entre os sujeitos.

As oficinas de expressão exercem um importante papel para que se compreenda mais integralmente o usuário no contexto do CAPS, uma vez que, por meio das propostas de atividades expressivas, proporcionam a oportunidade de manifestação verbal ou por meio de linguagens que permitem a comunicação não verbal (MENDONÇA, 2005; LIMA, 2006).

> [...] a oficina de expressão, serve para o usuário poder colocar as coisas que muitas vezes tem dificuldade de se expressar, até de outra forma, de falar, de sentar, de conversar. Tem paciente que vai conseguir fazer isso dessa forma mais corporal mesmo. Então, eu acho que essas oficinas de educação física, dança, funcionam bem. A de musica também, eu acho que poder expressar seus sentimentos, expressar o que já não vem conseguindo fazer a muito tempo (P9MED1).

Para Frayze-Pereira (2003), a arte pode destruir a comunicação comum e fazer surgir novas formas de comunicação. Dentre essas novas formas, pode-se pensar que o sujeito amplia seu vocabulário de falas e de instrumentos para sua comunicação, sendo que, além das palavras, sua voz, seu corpo e suas produções passam a ser uma extensão do seu pensamento para comunicar suas ideias e seus sentimentos ao mundo exterior.

Por meio da arte e do artesanato, as oficinas se constituem num meio de inserção do usuário na sociedade (MIELKE *et al,* 2009), o que permite também que a pessoa se organize mentalmente e possa se comunicar com outras pessoas, bem como descobrir novas alternativas para preencher o seu tempo.

> A oficina pode proporcionar que o usuário descubra gostos e interesses que muitas vezes não tem oportunidade na vida de experimentar determinadas atividades, que são prazerosas e que estão mesmo mais relacionadas com a questão da arte (P7PSI1).

É pertinente que pensemos na oportunização do espaço de oficina para o aprendizado e a experimentação de fazeres que, na maioria das vezes, as pessoas em seu cotidiano de cidadãos produtivos, não se dedicam ou não se permitem experimentar. Somente quando precisam se afastar das suas atividades cotidianas devido à doença mental e buscam o tratamento em um CAPS, é que encontram nas oficinas, propostas pelas quais ele pode aprender e ensinar, fazendo um intercâmbio de saberes e construir novos saberes a partir das relações que estabelece nesse espaço.

De acordo com a teoria sócio-histórica de Vygotsky, é nesse espaço relacional que o indivíduo constrói suas significações e se constrói como pessoa na sua completude, por meio das mediações que viabilizam sua internalização das experiências (REGO, 2009).

Nesse sentido, falar em fazer artístico trata-se das práticas e do uso de técnicas para o exercício da expressão de ideias e sentimentos que nem sempre se podem quantificar pela palavra, constituindo-se, esse conjunto de meios como alternativas para a expressividade não verbal (SILVA; FARIAS, 2013), o que na perspectiva vygotskiana se considera como ferramentas mediadoras (REGO, 2009). As cores, os sons, os movimentos, ou outros materiais que possam ser usados, permitem a manifestação de dimensões do

consciente ou do subconsciente humano que ainda não puderam ser acessados por via da verbalização, ou mesmo, oportunizar a exteriorização de ideias, conforme referem os sujeitos a seguir:

> Oficina terapêutica vem, assim, para possibilitar que a pessoa se expresse, que a pessoa ganhe voz (P7PSI1).

> O processo terapêutico de oficina faz toda a diferença, porque você está sempre buscando novas atividades para fazer e novas coisas para ajudar o usuário, para possibilitar que ele possa se expressar e possa ser compreendido (P8ENF3).

Nise da Silveira, em seus estudos e práticas cotidianas, já apostava nas mandalas e nas artes plásticas como instrumentos mediadores para dar voz aos seus pacientes, uma vez que sentia necessidade de acesso a dimensões incomensuráveis, de acordo com a perspectiva linguístico-verbal (FRAYZE-PEREIRA, 2003). Ela já apostava em fazeres que valorizassem as emoções e partia do princípio de que, por meio dessas emoções, os resultados terapêuticos poderiam ser mais eficazes e humanizados.

> Eu acho que é nas oficinas terapêuticas que as pessoas de fato aparecem como elas são [...] acaba que na oficina terapêutica, a gente consegue, nos casos mais graves, ter uma resposta mais positiva [...] porque a pessoa está ali, livre de qualquer expectativa assim, do outro, elas estão como elas realmente são (P6PSI2).

> A oficina possibilita outras formas de expressão para o usuário, que vão além do diálogo na sala de atendimento individual. Eu acho que isso tem uma função importantíssima dentro do CAPS para que se veja como o usuário realmente está (P10MED2).

Por meio das falas, pode-se perceber a manifestação um conhecimento que vai ao encontro do que fora preconizado nos primórdios da vanguarda reformista da psiquiatria, ou seja, apostar na oficina terapêutica como uma ferramenta que permite a revelação da pessoa em sua essência, torna-a uma extraordinária tecnologia de cuidado e de atenção à pessoa. A oficina permite compreendermos a pessoa efetivamente, na sua completude, incluindo, assim, as dimensões psíquicas mais complexas e profundas do ser humano.

Nesse aspecto, a significação construída para oficina se refere diretamente ao seu potencial para transcender a dimensão da racionalidade, da palavra e do verbalizável, para autorizar a pessoa a se manifestar e revelar

elementos que nem ela mesma conhece, levando-a assim a uma percepção e consciência de si mesma.

5.2.3 Espaço lúdico

É quase impossível, nos dias atuais, pensarmos em espaços de convívio social e produção coletiva sem associarmos o aspecto lúdico a eles. Trabalhar com jogos e brincadeiras nesses espaços, por meio do lúdico, possibilita que as pessoas possam elaborar seus conflitos de maneira prazerosa (FARIAS; FIGUEIREDO, 2005). Na brincadeira, o ser humano pode ser criativo e demonstrar sua personalidade, de maneira que ele descobre o seu eu (WINNICOTT, 1971; SILVA; FARIAS, 2013). Sendo a brincadeira prazerosa e lúdica, pode-se considerar que o espaço de oficina - no qual é permitido experimentar, errar e acertar - como um processo construtivo, lúdico e provedor do gozo e do prazer da experimentação, assim como na vida.

> Eu acho que o significado para oficina é o auxílio lúdico no tratamento do CAPS. Para o tratamento do usuário no CAPS (P1ENF1).
>
> A oficina é muito importante na busca da autonomia do sujeito, nas construções que ela proporciona e isso se dá de uma forma mais fluente devido ao seu aspecto lúdico. As pessoas fazem muitos jogos de maneira divertida e prazerosa, e isso torna o ambiente muito terapêutico (P21PSI5).

Os sujeitos reforçam a potencialidade dos aspectos lúdicos da oficina terapêutica, como importantes no processo de reabilitação psicossocial. Por outro lado, os fazeres do oficineiro e do espaço de oficina não podem ser reduzidos apenas ao seu caráter lúdico ou de espaço recreativo. Muito além da capacidade de promover práticas prazerosas, por meio dessa ferramenta, é possível o aprimoramento de múltiplas habilidades, bem como estabelecer-se um importante espaço para a reabilitação do usuário. Liberato e Dimeistein (2009), referindo-se à oficina de dança na atenção psicossocial, apontam uma importante reflexão no que diz respeito à concepção desta prática que, muitas vezes, acaba sendo reduzida apenas ao seu aspecto lúdico, o que implica numa descredibilização dos múltiplos potenciais reabilitadores que essas e outras práticas podem proporcionar à pessoa. Ainda reforçam que, muito além de ser considerada como somente recreativa voltada para a descontração dos

usuários, proporciona-lhes um bom preparo físico e a melhora na sua expressividade corporal.

Reduzir os fazeres não médicos a algum aspecto referenciado pelo senso comum, pode ser considerado como ignorar seu potencial terapêutico enquanto técnica ou recurso utilizado pelo CAPS, bem como desconsiderar o profissional que detém uma formação específica para desenvolver suas práticas.

Dentre as múltiplas propostas de fazeres apresentados por meio de oficinas terapêuticas, é importante que se considerem suas especificidades, não desconsiderando que haja atividades tão somente de caráter lúdico, porém evitando generalizar a concepção de oficina como somente um espaço para recreação ou para ocupar o tempo das pessoas. Segundo Mielke *et al* (2009 p.160):

> O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento.

Para as autoras, é evidente a multiplicidade de fazeres, porém, observando as denominações das atividades de acordo com suas especificidades, entende-se cada fazer como constituinte de um sistema maior, que é resultante da soma de diferentes e importantes fazeres, para que assim se constitua a multiprofissionalidade da equipe, o que poderá resultar na interdisciplinaridade da mesma.

Quando se avaliam os distintos fazeres em saúde mental, há de se refletir sobre a finalidade desses fazeres bem como seu direcionamento quanto ao plano terapêutico singular (PTS) do usuário. Assim, faz-se relevante que essas atividades sejam prazerosas, bem como o são ao indivíduo saudável no seu “habitat social”, ou seja, no seu cotidiano, em sociedade, como cidadão.

> A oficina faz parte da atividade de vida, assim como faz parte ir num encontro com os amigos, faz parte da atividade de vida vir na oficina terapêutica [...] e essa característica mais lúdica, muitas vezes atrai o usuário, porque é prazeroso (P10MED2).

Essa fala elucida um dos aspectos que não podem ser ignorados, que é o fato de a oficina não se distanciar do que realmente são os fazeres cotidianos do sujeito, de modo que esse sujeito se sinta fazendo algo que, além de lhe ser satisfatório, lhe cause a sensação de que está pertencendo a um grupo e de que está fazendo algo útil, seja para si próprio ou para a coletividade da qual faz parte.

As autoras Munari e Godoy (2006), quando se referem à questão educacional, no ensino de enfermagem, atentam para a funcionalidade das atividades vivenciais ou lúdicas como importante para o relacionamento entre professor e aluno, bem como para a auto percepção desse aluno, contribuindo também para seu sentimento de pertença no espaço em que está inserido. Esta mesma característica também pode ser considerada como relevante para o funcionamento das oficinas terapêuticas, uma vez que estamos tratando de um espaço relacional no qual se constroem saberes e significados para as vivências, assim como na relação professor aluno em sala de aula.

Havendo tal sentimento, as ações e manifestações ocorrerão de uma forma mais naturalizada e saudável, ampliando assim o uso das potencialidades desse espaço para o que de fato é proposto, devendo assim alcançar o seu objetivo com maior eficácia que é o bom relacionamento entre os envolvidos no espaço e a reabilitação psicossocial do usuário.

5.3 Superação das limitações e reabilitação psicossocial

O que denominamos reabilitação psicossocial não é efetivamente algo que pode ser apresentado como uma receita de uso universal, pois se trata de um processo que varia de pessoa para pessoa; de cultura para cultura, tendo, portanto, um conceito ou uma diversidade de funções que não estão dadas.

Para que se conceitue a reabilitação, é necessário que se compreenda o processo de inclusão do indivíduo na sociedade por meio de iniciativas de ajuda mútua entre os atores sociais (BORBA *et al,* 2011), considerando-se o que representa superação de limitações, uma vez que estas são relativas a cada indivíduo, que por sua vez, é um universo de singularidades e significações, as quais compreendem o paradigma psicossocial (MOURA; FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2012).

Dessa forma, pode-se pensar no quão complexo é o processo de reflexão e de construção dessa discussão que nos remete à compreensão do que seria a reabilitação psicossocial. Ainda há de se considerar a complexidade da sociedade em que estamos inseridos como seres humanos, limitados, capazes e únicos em essência.

De fato, esse tópico refere-se ao principal objetivo do conjunto de ferramentas utilizado pelo CAPS, o qual se propõe a reabilitar o indivíduo para o convívio social.

Tratando-se de inserção social, de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, os CAPS são localizados conforme as necessidades da população que buscam atender. Para isso, estão em territórios, ou seja, dentro de espaços geográficos e culturais que dizem respeito à identidade daquela comunidade (KANTORSKI, 2008).

Localizados no tempo e no espaço, entrelaçam-se a uma rede de dispositivos que constituem a comunidade, sendo, portanto, a rede de convívio do usuário. Essa lógica, para uma efetiva reabilitação psicossocial, é primordial pelo fato dos serviços estarem inseridos dentro do território do usuário, o qual compreende sua realidade, sua comunidade, cultura e família, evitando assim as internações ou abordagens unicamente centradas nos hospitais, viabilizando a consolidação dos vínculos sociais e o exercício da cidadania (BRASIL, 2004).

No que se refere à superação do usuário, os entrevistados manifestam um viés importante para que se pense mais profundamente na dinâmica de trabalho do CAPS.

> O crescimento é bilateral, é uma via de mão dupla, e claro, isso no processo de trabalho é crescimento. Eu não sou a mesma pessoa que entrou no CAPS há dez anos [...] assim como o profissional cresce e se supera a cada dia, o usuário também (P8ENF3).

> No fundo, na oficina, tu podes ver o que tu tá conseguindo de avanço, de melhoria no todo. Às vezes, desenvolver atividades muito pequenas e simples, pra eles representa uma superação imensa, frente às dificuldades e as limitações que eles apresentam (P20AS3).

Nas falas, podemos e devemos, inicialmente, lembrar que a instituição da dinâmica psicossocial é mais ampla do que nos restringimos a considerar, quando vimos de uma formação tradicional em saúde, pois, de acordo com a

lógica psicossocial de atenção a saúde mental, os distintos olhares sobre o usuário permitem que ele seja observado por uma dimensão muito mais ampla.

Para uma compreensão do sentido que nos remeta ao que é a superação de limitações do usuário, no contexto do CAPS, considerando elementos que nos são fornecidos pelos sujeitos, é necessário que haja uma aproximação entre essa dinâmica e o cuidado, para não haver um "tendenciosismo" ao mergulharmos em apenas uma perspectiva do todo e nos afinarmos com certa prática ou certa conduta, e principalmente, emitirmos julgamentos sobre os demais fazeres a partir de uma visão restrita.

Nesse sentido, podemos citar as palavras de Vasconcellos (2008), que, em sua dissertação refere que:

> [...] seja a interação entre as práticas, entendida como troca de produção material entre oficinas ou como um profundo entendimento dos técnicos sobre a prática alheia, existem, ao longo do serviço, diferentes expectativas sobre o tema. Em si, este é um dado valioso, pois discutir a articulação entre as práticas e os profissionais sem visitar suas significações para os sujeitos é incorrer no risco de produzir uma circularidade discursiva vazia (VASCONCELLOS, 2008 p. 153).

Considerando a rigorosidade metodológica para uma produção intelectual consistente, nos deteremos apenas em demonstrar a significação construída por profissionais no que diz respeito à temática superação das limitações, uma vez que essa superação apenas se refere a um elemento do processo de recuperação do usuário, o qual será discutido a seguir.

Inicialmente, considerar a limitação de uma pessoa nos remete a um status de superioridade em relação à mesma, pois, se considerarmos a singularidade de cada ser humano, analisaremos cada pessoa com suas subjetividades e construções que advém das suas interações sócio-históricas. Seguindo essa lógica, avaliar a superação das limitações de uma pessoa, requer uma extraordinária ampliação da percepção dos sujeitos e a disponibilidade de um leque de ferramentas para que essa observação seja neutra e considerável para sua evolução.

Essa competência aparece no relato dos sujeitos quando, referindo-se aos seus CAPS, quando mencionam a importância de que se considere a singularidade e a individualidade de cada pessoa.

> [...] a individualidade do paciente “com suas limitações” não é considerada [...] e isso é necessário que seja considerado quando vamos cuidar de um usuário, pois cada pessoa é um universo (P13PSI4).
>
> Acho que a individualidade de cada pessoa tem que ser respeitada, pois cada sujeito é único. Cada um tem o seu tempo, as suas habilidades e também as suas limitações (P10MED2).

Para isso, as questões éticas e a fundamentação do diagnóstico do usuário são imprescindíveis para que a equipe possa compreender a pessoa e de fato considerar sua superação, ao ponto de entender que houve um salto qualitativo, o qual implicará na sua qualidade de vida dentro ou fora da instituição.

5.3.1 Desenvolvimento de habilidades e potencialidades

De acordo com as ideias de Vygotsky, habilidades e potencialidades referem-se ao conjunto de capacidades necessárias para o convívio em sociedade e o desempenho de atividades, que o indivíduo vai adquirindo e aprimorando ao longo da sua vida por meio das suas interações com o meio e com outras pessoas que possam ser mediadoras do amadurecimento do aprendizado (VYGOTSKY, 2007).

Dentre os propósitos das oficinas terapêuticas no CAPS, o mais importante refere-se ao fato de se constituírem em uma ferramenta que pode viabilizar, à equipe, ver as pessoas por múltiplas perspectivas. Neste espaço, o profissional pode perceber as potencialidades que permeiam a vida da pessoa acometida por um sofrimento mental, o qual é apenas um sintoma manifesto pela pessoa, que como ser humano, constitui-se de um universo de singularidades, saberes e vivências.

Conforme a lei de humanização do SUS, que propõe inovações na assistência à saúde, com o intuito de melhor atender ao ser humano, de acordo com Delfini *et al* (2009), a equipe deve estar em sincronia entre si bem como

com os usuários, a fim de que haja uma efetiva produção de saúde de forma que possa ser respeitada a singularidade do indivíduo.

O conjunto de características que torna cada pessoa única, contemplando suas habilidades, potencialidades e diversidade, só pode ser percebido por meio de dispositivos que tirem do foco o sofrimento, revelando outras dimensões da pessoa, que não se remetam à manifestação unicamente da doença.

Vygotsky apresenta a potencialidade humana como a capacidade de utilizar um conjunto de ferramentas psicológicas ou conhecimentos que possibilitam a resolução de problemas, seja pela mediação de agentes externos ou pelo processamento das informações já adquiridas pelo indivíduo (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006; VYGOTSKY, 2007).

> Nada melhor que oficina terapêutica para ti ver as potencialidades dos pacientes, estimular as potencialidades dos pacientes, e também ver as limitações (P4ENF2).

> O espaço da oficina é um espaço de troca de conhecimento, mais do que a atividade proposta, em si, é um espaço onde se pode ver os usuários com suas dificuldades e estimular suas potencialidades (P10MED2).

Nesse sentido, a oficina proporciona ao profissional perceber a pessoa por uma ótica mais ampliada, ou seja, visualizar as manifestações que apontam as potencialidades e fragilidades do usuário, além de elementos da doença mental propriamente dita. Com a identificação dessas habilidades, é possível compreender-se melhor a pessoa, bem como pensar estratégias para ajudá-la no seu processo de reabilitação.

Saraceno (2001) observa a relevância do acompanhamento de maneira próxima em relação ao usuário, que é proporcionada ao oficineiro, o que lhe permite uma compreensão maior do que ele traz da sua realidade para a oficina, considerando assim suas potencialidades e fragilidades, seus desejos e seu querer, de acordo com sua história de vida.

Quanto à manifestação das fragilidades, pode-se por meio delas também perceber características de personalidade e informações relevantes para seu processo de reabilitação psicossocial.

De acordo com Vygotsky, fica evidenciado a importância de um agente externo, no caso o oficineiro, para auxiliar o indivíduo na aquisição do conhecimento e posterior desenvolvimento da sua potencialidade enquanto ser humano capaz, ativando assim, a chamada zona de desenvolvimento potencial (VYGOTSKY, 1978; REGO, 2009).

Pode-se perceber referências ao potencial do espaço de oficina para a auto percepção do usuário, como um fator importante para o desenvolvimento das suas habilidades.

> É uma possibilidade de desenvolver habilidades, muito mais no sentido de contribuir para o tratamento do usuário no CAPS, fazendo com que as pessoas comecem a perceber a sua capacidade (P3AS1).
>
> Muitos aprendem a fazer alguma atividade daqui e chegam muito bem em casa, mostrando o que fizeram. Se “dão” conta de que são capazes de fazer coisas úteis e que podem se inserir na sociedade como cidadãos (P10MED2).

Assim, as habilidades mencionadas fazem referência à capacidade do usuário de preencher lacunas na sua vida, o que é primordial para a reconstrução dos mecanismos necessários para que essa pessoa possa se reinserir na sociedade e resgatar sua vida de forma digna enquanto cidadã, como valores éticos e morais, e sua capacidade de respeitar e exigir respeito ou de estabelecer comunicação com outras pessoas.

Pitta (2001) refere-se a esses aspectos como essenciais para que as pessoas acometidas por transtornos possam de fato se inserir nos meios sociais, sendo que, a reabilitação psicossocial deve ser viabilizada por meio de mecanismos como os serviços e as ferramentas por ele oferecidas, dentre estas, as oficinas terapêuticas.

Cabe ao oficineiro, como profissional responsável pela oficina, perceber e escutar o usuário, dialogar e estar atento as suas manifestações e necessidades, sendo mediador das relações e interlocutor da dialética que permeia o ambiente promovido pela oficina (AMARANTE, 2001; CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Para isso, é pertinente que se pense no quanto essas oficinas trazem a reabilitação do usuário como foco das ações nela desenvolvidas, ou o que de fato se objetiva com tais ações.

> Seu objetivo é que a pessoa ganhe autoestima, perceba habilidades e capacidades que às vezes não são reconhecidas pelos outros e nem pela própria pessoa (P7PSI1).
>
> Acho que um dos grandes objetivos das oficinas é melhorar a autoestima, que um grande numero de usuários que chegam aqui no CAPS, chagam com transtorno depressivo, assim acho que a oficina auxilia e muito a reverter esse quadro, a mostrar pra pessoa sua potencialidade para superar as dificuldades e os próprios sintomas da doença (P10MED2).

Tratar do desenvolvimento de habilidades e potencialidades da pessoa, é considerar sua reabilitação como um todo, ou seja, durante o seu processo de reabilitação, que se inicia pelo resgate da autoestima, da vontade de viver e de conviver com outras pessoas, acaba levando a pessoa a manifestar suas potencialidades para desenvolver coisas que outrora não lhe eram atrativas devido ao embotamento causado pelo transtorno mental, que por consequência, decorre na insatisfação da pessoa consigo mesma.

Guerra (2004) aponta a oficina terapêutica como uma ferramenta que é capaz de fazer a diferença no meio em que ocorre, pois sua potencialidade de produzir significações perante o usuário é extraordinária.

Essas significações, de acordo com Vygotsky, referem-se à representação do externo na atividade psicológica interna do indivíduo (VYGOTSKY, 2007), sendo evidenciados no espaço de mediação, de forma que transcendem do plano palpável para o subjetivo e inconsciente do sujeito e vice versa, havendo uma consequente construção de significado para suas ações e produções.

A experimentação de produção de significados para a vida do usuário, tem se mostrado útil para que ele possa levar uma vida na qual se sinta capaz e autônomo, mesmo com limitações, o que nos remete a conceber a oficina como terapêutica pelo fato de proporcionar ao usuário o desenvolvimento das suas habilidades e potencialidades.

5.3.2 Processo de recuperação e reconquista de habilidades do usuário

A recuperação do indivíduo não mais é do que sua reabilitação psicossocial, que decorre do sucesso no uso das ferramentas mediadoras das estratégias para o tratamento do usuário, objetivando a obtenção de tal resultado.

Dessa maneira, a pessoa reabilitada terá desenvolvido suas capacidades e recuperado suas habilidades para o retorno ao convívio social, como é o esperado para que o usuário possa ter alta do CAPS. Nesse cenário, as oficinas terapêuticas, segundo os entrevistados apresentam o seguinte significado:

> [...] elas são outra forma de trabalhar o processo de recuperação das pessoas, de poder fazer aflorar as capacidades, a recuperação da pessoa (P23AS6).
>
> [...] vem como uma potencialidade, não para desenvolver habilidade em si, mas para que a pessoa se sinta capaz (P3AS1).
>
> Na medida em que o usuário expressa sua voz de uma forma mais melódica, pra fora, abre a boca, bota o som pra fora, ele esta entrando em contato com o que lhe mostra ser capaz de alguma coisa [...] durante o tratamento, ele vai resgatando suas habilidades e reconhecendo suas potencialidades (P23AS6).

Esse “ser capaz de alguma coisa” refere-se ao resgate da autovalorização como pessoa, e do reconhecimento das próprias habilidades. Quando falamos de habilidades, estamos nos reportando às habilidades sociais do indivíduo, as quais são definidas pelo seu comportamento na sociedade, o que se constitui em uma forma ou um conjunto de manifestações públicas do mesmo (DEL PRETTE, 2006). Com essas habilidades, o sujeito se manifesta e conquista o mundo a sua volta, bem como seu espaço nesse mundo, inserindo-se produtivamente nele e colaborando para o bom andamento da máquina social. Quando esse indivíduo fica mentalmente comprometido, parte dessas habilidades é perdida ou fica inativa durante o período de crise.

No sistema produtivista em que estamos inseridos, para que sejamos reconhecidos socialmente, é necessário que tenhamos a capacidade de produzir e manifestarmo-nos de acordo com as normas preestabelecidas por esse sistema.

No processo de reabilitação psicossocial preconizado pelo CAPS, o uso das oficinas diversas, como ferramenta de reabilitação, visa resgatar as habilidades daquele usuário que outrora foram perdidas, fazendo com que o mesmo viesse a ficar à margem da organização social pela sua condição emocional perturbada. Nesse sentido, quando a equipe interdisciplinar dispõe dessas oficinas dentro do CAPS, estamos falando de um *setting* de

ferramentas terapêuticas que pode ser utilizado para o resgate do que fora perdido pelo usuário.

> A oficina terapêutica para mim é o espaço de, vamos dizer, reconquista das suas capacidades, tanto na parte emocional quanto na autoestima (P8ENF3).

> É na oficina que as coisas acontecem. Ali é um espaço em que o sujeito se recupera, recupera sua saúde mental. Muitos aprendem a fazer alguma atividade aqui e chegam muito bem em casa; veem que são capazes de aprender, que são capazes e que podem recuperar sua dignidade perante a sociedade (P10MED2).

> Os usuários que estão sempre nas oficinas, estão interagindo [...] quer dizer, é conhecimento que eles tão adquirindo. São habilidades que eles tão desenvolvendo, é a capacidade que cada um também tem pra poder demonstrar através do que fazem. assim, eles tão se recuperando (P18PSI6).

Aqui a oficina é apresentada como uma espécie de trampolim, no qual o usuário se apoia, impulsiona-se e se lança para a vida, confiante de si mesmo e da sua capacidade de ser, simplesmente ser. Esse “ser” é o que, muitas vezes, a pessoa perde com o passar do tempo, esquecendo-se de que é capaz, de que têm direitos e de que pode, sim, fazer aquilo que estiver de acordo com seus direitos e com as leis para um bom convívio social.

Decorrente desse processo, ele resgata sua autoestima, conquista novas amizades e se sente sujeito social convivendo com outras pessoas.

> Com o passar dos meses eles já estão falando, eles já estão se arrumando melhor [...] já faz uma amizade com um, com outro quando tem algum evento fora do CAPS. Eles já criam como se fosse uma rodinha de amigos (P17ENF5).

Del Prette e Del Prette (2005) atentam para o fato de que não se pode subestimar a potencialidade desse espaço como próprio para o desenvolvimento de habilidades sociais, nem considerar que somente as ações nele desenvolvidas são suficientes para a reabilitação do usuário. Há de se considerar a diversidade de aspectos que envolvem uma pessoa em tratamento no CAPS e, consequentemente, suas distintas necessidades que devem ser supridas para que tais habilidades sejam reabilitadas.

> É possível manter estável, estabilizar os sintomas, manter a pessoa mais tranquila no convívio com a família, com a sociedade, além de possibilitar essa inserção e esse convívio com outras pessoas que tornam então o usuário um cidadão mais feliz, mais capaz, também mais autônomo (P5AS4).

Quando nos referimos à reconquista de habilidades por meio das oficinas, é importante que frizemos que estas habilidades possuem um conceito mais subjetivo e tangente ao convívio do indivíduo com outros, com a sociedade normatizada e instituída, de forma que ele aja adequadamente e de acordo com essas normas, principalmente, tratando-se de respeitar o próximo e exigir respeito para si enquanto pessoa e cidadão que representa. Conquistando-se isto, se está referindo que aquela pessoa conquistou ou reconquistou suas habilidades tão necessárias para ser aceita pelos grupos sociais.

5.3.3 Meio de reinserção na sociedade

Diferentemente das propostas clínicas oferecidas dentro da estrutura física do CAPS, as oficinas terapêuticas, por meio das propostas culturais e artísticas, tirando o usuário de dentro do CAPS para espaços externos, dentro ou fora do território do serviço, como acontece muitas vezes com as oficinas de artes plásticas, artesanato, educação física e música, por exemplo. Estas acabam levando o usuário para apresentar os trabalhos produzidos dentro do serviço à sua comunidade, ou praticar exercícios físicos e esportes em academias ou quadras desportivas. Dessa forma, pode-se considerar que essas oficinas oportunizam ao usuário a saída da instituição e o tratamento passa a ocorrer, naquele momento, no lugar onde se encontra a pessoa, inserindo-a na comunidade e proporcionando-lhe o convívio social.

> Eu vejo que muitas vezes isso vai além das oficinas, essa troca eles acabam ficando amigos e isso sai do CAPS, até pras vidas na comunidade, nas famílias, eles acabam ganhando novos amigos fora do CAPS com a possibilidade de participarem das oficinas nos diversos espaços [...] (P5AS4).

> A oficina é um encontro de vida, um encontro de experiências, como isso se traduz terapeuticamente, eu acho que se traduz assim como na vida da gente, a gente vai nos encontros, quando a gente vai para alguma festa, para um encontra de amigos [...] assim, eu vejo os usuários trocando contatos, telefone, e se ligam durante a semana pra combinarem de sair, de se socializarem (P13PSI4).

É possível observarmos que, por meio da oficina, o usuário reencontra oportunidades para se inserir na comunidade bem como para se aproximar de

outras pessoas, reconstruir sua rede social e, consequentemente, isso acaba reaproximando o usuário dos seus familiares.

A atenção psicossocial brasileira nos moldes atuais, em uma leitura vygotskiana, é fruto de uma série de construções sócio-históricas e culturais que partiram da participação de distintos seguimentos sociais, uma vez que o cuidado em saúde mental passou a ser humanizado ocorrendo assim uma mudança no paradigma assistencial, o que implica nas práticas cotidianas dos profissionais e da sociedade em relação ao portador e transtorno mental (AMARANTE, 2001; KANTORSKI *et al,* 2008), que tem como característica a aproximação entre os atores sociais.

Ao encontro dos pressupostos do SUS, esse processo de aproximação do usuário do serviço em relação à sua comunidade, proporcionado pela oficina, de certa forma, resulta no fortalecimento dos laços familiares e comunitários, levando a pessoa a se sentir parte da sociedade por meio da participação ativa na sua comunidade (BRASIL, 2004).

> É o principal recurso para que se possa trabalhar no sentido de trazer a reinserção social dos usuários [...] sem a oficina terapêutica não tem como pensar no serviço do CAPS. Acho que é fundamental (P5AS4).

Por meio desta fala, observa-se que a oficina é vista como um espaço que promove a reinserção do usuário, ou seja, significa que a pessoa experimenta o ato de estar na sociedade. Ainda que junto com outras pessoas do CAPS - o que confere certa segurança ao usuário, quando sai da estrutura física da instituição - ele está rompendo com as amarras ideológicas e vivenciando a liberdade e o exercício da interação com a coletividade extra CAPS (SILVEIRA, 1986; FRAYZE-PEREIRA, 2003).

A construção desse processo de reinserção começa quando a oficina permite que a pessoa manifeste seus saberes e dialogue com o técnico por uma perspectiva horizontal, o que favorece o processo de compreensão da comunicação entre o sujeito e o objeto.

Dessa maneira, o usuário deverá se sentir mais tranquilo e com liberdade para manifestar espontaneamente suas potencialidades, sem medo de julgamentos e esquecendo momentaneamente, as fragilidades e o sofrimento decorrentes da sua doença.

A integralidade da atenção compreende o credenciamento das potencialidades do usuário para que ele se sinta capaz de ocupar seu espaço na sociedade, como cidadão.

> Atender os pacientes não só na parte como o problema mental, mas atender ele em todas as suas necessidades é fazer com que ele se insira na sociedade (P22MED3).

No que diz respeito à valorização da saúde do usuário, ou seja, da sua capacidade enquanto ser humano, Tavares (2003) analisa a arte como sendo uma importante aliada na descoberta das potencialidades da pessoa para que ela se reinsira na sociedade. Nesse sentido, os sujeitos apontam características importantes das oficinas terapêuticas:

> É extremamente importante, porque ela tem o papel ressocializador (P4ENF2).

> A oficina é um local onde as pessoas se ressocializam, conversam e reconstroem suas relações, amizades, afetos, se tornam cidadãos sociais novamente (P10MED2).

Ainda que muitos profissionais não saibam de fato definir tecnicamente, com argumentação embasada em teorias, é inegável a referência ao potencial das linguagens artísticas enquanto artefatos que permeiam o espaço do CAPS, fazendo com que a oficina seja potencializada enquanto ferramenta.

> [...] a gente vê as pessoas que chegam se nenhuma autoestima e, depois de um tempo no CAPS, participando das atividades de artes, por exemplo, melhoram, já conseguem se manifestar mais [...] vejo que as artes são fundamentais para esse processo de recuperação da pessoa (P8ENF3).

> Eu acho sem as artes, os CAPS seriam muito limitados. Eu vejo os usuários se expressarem nas telas, no desenho, na música, enfim, eles acabam mostrando um lado que só no atendimento individual é impossível de se perceber (P1ENF1).

Não obstante dessa relação das artes com a terapia, encontram-se outros meios pelos quais as oficinas são balizadas, como os esportes, o artesanato, a produção de culinária, as atividades laborais em hortas, dentre uma infinidade de atividades conhecidas como ocupacionais, que possuem propostas técnicas que podem ser identificadas de acordo com suas

características de dinâmica, materiais e forma como se estabelece a comunicação.

Diversos autores referem cientificamente as oficinas terapêuticas como ferramentas de grande potencial para a reinserção do usuário na sociedade, uma vez que elas possuem uma dinâmica que rompe com o isolamento, permitindo o exercício da construção e desconstrução de conceitos e aproxima o usuário da sua família por meio das suas produções (RAUTER, 2000; LAPPAN-BOTTI; LABATE, 2004; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

5.4 Qualificação profissional

Uma vez que se pensa um modelo relativamente novo de atenção ao usuário, como o de atenção psicossocial, que está em constante evolução e crescimento, é fundamental que sejam discutidas questões referentes as habilidades dos sujeitos para o desempenho profissional no CAPS, com enfoque na educação permanente. Assim, trataremos dessas questões neste capítulo.

5.4.1 Educação permanente e conhecimento técnico em saúde mental

Cotidianamente nos remetemos às especialidades que tradicionalmente são reconhecidas como legítimas, quando se trata de credencial em saúde mental. Porém, pensar em formação em saúde mental pela lógica da reforma psiquiátrica, requer que se entenda a necessidade do intercâmbio entre os saberes e a partilha de experiência do dia-a-dia, considerando-se o valor de toda a diversidade profissional que ocupa os espaços mediadores disponibilizados pelo CAPS.

Existe uma lacuna entre a formação acadêmica e as reais necessidades do SUS, pois os profissionais, uma vez formados, caem no mercado de trabalho e são absorvidos pelas demandas, o que muitas vezes, não lhes permite conhecer a estrutura a sua volta.

Para isso, possibilitar a educação permanente para os profissionais, o que é previsto em lei pelo Ministério da Saúde, é uma estratégia que busca a qualificação SUS por meio da atualização dos profissionais de acordo com as

transformações e as práticas dos serviços (TAVARES, 2006; MUROFUSE *et al*, 2009).

Considerando as constantes transformações que vem ocorrendo, a evolução do sistema, as novas constituições de equipe e as novas demandas, conjeturar oficina terapêutica pode despertar um dilema no que tange a questão: o que prioritariamente deve ser considerado como habilidade e competência, primordialmente necessárias para que o oficineiro possa desempenhar suas atividades dento de um CAPS?

Referir-se a competência do trabalhador da saúde mental, de acordo com uma definição dos anos 1970, diz respeito ao conjunto de capacidades, conhecimentos e habilidades do sujeito trabalhador (LAZZAROTTO, 2001), considerando sua maleabilidade para conviver com a evolução do sistema em que está inserido, da sua equipe e das demandas.

Considerando o desenvolvimento sócio-histórico do sujeito, o desenvolvimento das competências para o trabalho na oficina terapêutica, além da formação específica e da oportunidade de educação permanente, deverá ocorrer no dia-a-dia, por meio das relações e das construções que se referem ao aprendizado de novos significados e instrumentalização para o desempenho profissional (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Atualmente, o termo competência abrange uma gama de saberes necessários para desempenhar o trabalho em saúde mental, os quais consideram o desempenho do profissional diante das situações cotidianas considerando sua subjetividade intrínseca às habilidades para comunicar-se com sua equipe, solucionar criativamente os problemas, dominar as tecnologias disponíveis, pensar sistemicamente buscando colaborar com a equipe autoconfiante das suas atitudes e decisões (SIQUEIRA, 2009).

Pelo fato de estarmos inseridos num mundo capitalista, muitas vezes nos deparamos com as exigências de uma sociedade que almeja ver uma produção esteticamente bela (RINALDI; CABRAL; CASTRO, 2008; LAPAM-BOTTI, 2004).

Nesse sentido, o oficineiro deve ter a competência para resguardar a oficina afim de que não se torne um espaço somente de produção de objetos esteticamente belos, correndo o risco de perder o foco da proposta que deve

ter um caráter terapêutico, transformando-a em um espaço produtivista, sem preocupação com a manifestação e o bem estar do usuário.

> Acho que aqui falta uma pessoa com formação mais especializada, porque na verdade, quem faz a oficina aqui é uma coisa meio empírica, assim, as pessoas vão aprendendo no dia-a-dia (P15MED4).

Pode-se observar certa preocupação com o aspecto da formação específica em saúde mental para desenvolver atividades no CAPS, pois o fato do aprendizado em campo é denotado como falta de conhecimento para o exercício profissional.

Por outro lado, há também a falta de formação permanente, de forma que ao ingressar no CAPS, o profissional se depara com a oportunidade de conhecer as políticas de saúde mental, o modelo de serviço e de equipe na qual está se inserindo como trabalhador.

> Há uma dificuldade às vezes no conhecimento, por esses profissionais não terem essa abordagem da saúde, acabam não tendo um conhecimento que poderia ajuda-los no trabalho com o usuário [...] essa falta é compensada com a boa vontade desses profissionais (P18PSI6).

> O que eu acho é que, quem trabalha a mais tempo no CAPS, tem um conhecimento que falta para quem chega. Os novos profissionais precisam se capacitar um pouco nas questões da reforma e nas questões de saúde, porque as vezes, algumas pessoas, chegam novas e sem esse entendimento, e isso cria um problema, porque a pessoa as vezes não está para o que se objetiva no serviço, não tem a clareza do objetivo do seu trabalho. Acho que falta uma formação continuada (P6PSI12).

O conhecimento da saúde mental e do processo de trabalho na área em que está inserido como profissional, pode ser o grande diferencial para que os encaminhamentos desses oficineiros sejam adequados às necessidades dos usuários e efetivos enquanto recurso terapêutico, evitando assim, que a oficina seja um espaço somente produtivista.

Campos (2005), referindo-se às artes, menciona que estas se constituem numa importante ferramenta de expressividade e que não se deve submeter o usuário às exigências da sociedade capitalista, comprometendo-se com o produtivismo, mas sim, comprometendo-se com o propósito inicial que é o de reabilitação. Para isso, conhecer a reforma psiquiátrica e o processo de

trabalho em saúde mental é fundamental para que o profissional responsável pela oficina possa tomar suas condutas mais adequadas ao seu propósito.

> A gente entra e tenta trazer o paciente para as práticas propostas pela oficina, e daí a importância da gente ter profissionais que sabem o que estão fazendo. Isso mostra a importância da formação profissional (P9MED1).

A fala do sujeito, referindo-se à formação do oficineiro, pode nos despertar uma inquietação a respeito do olhar pelo qual estamos avaliando essa formação, pois todos os profissionais possuem uma formação específica para o exercício da sua prática profissional, seja ela popular ou acadêmica. Porém, para que se utilize efetivamente esse conhecimento técnico específico para a prática terapêutica em saúde mental, requer-se outro tipo de formação e uma atenção muito especial ao ser humano, objeto das ações desenvolvidas por meio das oficinas no CAPS.

De acordo com Mendonça (2005), o oficineiro não deve ser um sujeito passivo e, sim, um profissional que está pronto para enfrentar a evolução da sua proposta de trabalho no espaço de oficina, estando atento às manifestações das pessoas, e sustentando sua proposta, para que possa atingir os objetivos do uso de tal ferramenta.

Muitas vezes, mesmo que usados de forma terapêutica, os recursos disponíveis no CAPS ainda estão no campo do empirismo e com insipiência teórica a respeito da sua eficácia. Muito embora na prática se evidenciem resultados importantes e satisfatórios, há falta de conhecimento do seu mecanismo de funcionamento.

Tavares (2003) menciona essa fragilidade no caso do uso das artes, já que se trata de uma ferramenta para expressão. Atenta para a eficácia do seu uso enquanto recurso terapêutico, muito embora, diante de instrumentos mais tradicionais e teoricamente consistentes como a psicanálise ou a “medicalização”, ainda se tenha uma importante caminhada a percorrer, no sentido da fundamentação sobre o uso de novas ferramentas para a reabilitação psicossocial no CAPS.

O fato é que, as atividades propostas pelo serviço devem despertar o interesse do indivíduo para que o mesmo venha querer participar e possa sentir-se parte do ambiente em que está inserido.

Além do conhecimento, da motivação e da atitude, os quais se constituem em importantes requisitos para o aprimoramento da comunicação, se as práticas não forem adequadas para o desenvolvimento das potencialidades do sujeito, não haverá uma eficácia no seu processo de desenvolvimento (MESQUITA, 1997; RINALDI; CABRAL; CASTRO, 2008).

Com isso, pode-se presumir que para haver um aproveitamento eficaz dos fazeres em saúde mental, de maneira consciente e apropriada, a formação do trabalhador e o conhecimento das características do seu serviço, são muito importantes. Essa referência ao conhecimento diz respeito, primordialmente, à apropriação do saber com relação aos objetivos do CAPS, enquanto instituição, e ao seu processo de trabalho, no qual esse oficineiro está inserido.

Esse conhecimento pode ser adquirido basicamente de duas formas, sendo que uma se dá por meio da socialização dos sujeitos no seu meio de trabalho (BRASIL, 2004), por meio de sua construção sócio-histórica (VYGOTSKY, 2007), considerando-se o repasse de informações por profissionais mais antigos ou pela própria instituição.

Outra é por meio da participação em eventos, cursos, o que requer também a iniciativa da instituição e o interesse do profissional para conhecer melhor as particularidades e características do seu processo de trabalho, sendo muito importante a qualificação e atualização dos trabalhadores para a boa prestação do serviço (MUROFUSE, 2009).

Reforçando a ideia de que somente a formação específica não dá conta das demandas do serviço, podemos perceber na fala a seguir, a manifestação do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade no contexto do CAPS, de maneira que os profissionais avaliam e encaminham o usuário para que o mesmo possa ter uma atenção ampliada.

> Eu habitualmente encaminho o usuário para o assistente social ou para enfermagem, porque a pessoa, por mais psicótico, por mais doente que esteja, alguma coisa sabe fazer. Algum interesse, alguma habilidade ela tem (P15MED04).

Nesse sentido, o conhecimento da dinâmica de trabalho preconizada pelo modelo de atenção psicossocial é fundamental, muito embora, nem todos os profissionais que ingressam no CAPS possuem conhecimento do modelo psicossocial.

> A proposta da reforma, para o artesão, por exemplo, não é fazer um artesanato somente. É diferente de fazer em uma escola, na comunidade, numa loja. É uma proposta de saúde, então, as pessoas quando chegam, tem que ter conhecimento, saber da proposta da reforma psiquiátrica, da proposta da saúde (P6PSI2).

> Às vezes, considero um pouco rígidas as oficinas e não me sinto a vontade para questionar, pois parece "invasão" ao trabalho do colega [...] a realização da tarefa proposta é mais valorizada que a presença do usuário no grupo. Penso que isso se deve a falta de conhecimento do serviço, dos objetivos em saúde mental, e também de uma formação continuada, para o profissional. Eu sei que podemos aprender no dia-a-dia, mas uma capacitação para trabalhar no CAPS ajudaria muito (P13PSI4).

De acordo com Vygotsky, o ser humano se constrói histórico e culturalmente por meio das suas relações (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006), sendo que, para compreendê-lo, é necessário entendermos como se dão suas relações com o meio, e, através destas, o homem se reconstrói e reconstrói o próprio ambiente no qual convive (REGO, 2009).

Pela lógica psicossocial, essa compreensão é proporcionada pelas potencialidades do serviço, o que requer conhecimentos que vão além das especificidades técnicas, ou seja, todos os espaços físicos ou relacionais do serviço devem estar disponíveis para trocas de conhecimentos e construção de novos significados, portanto, nas salas, no refeitório, na cozinha ou em qualquer outro espaço, todos podem e devem interagir.

Vygotsky apresenta em seus estudos o mecanismo cerebral que permite ao ser humano que, por meio das suas relações com outros, ocorra o que ele chama de internalização dos significados, os quais representam os processos externos e que pode ocorrer de duas formas: uma refere-se ao aprendizado por meio do processamento do que já está internalizado, chamada de nível de desenvolvimento real; a outra, nível de desenvolvimento potencial, a qual se refere ao aprendizado mediado por sujeitos mais experientes por meio do

convívio e das interações (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006; REGO, 2009), sendo exatamente o que ocorre dentro dos espaços do CAPS.

Abuhab e Santos (2005) lembram que, ao longo da história, o poder da classe médica, por muitos anos, se sobrepôs ao de outros profissionais, sufocando qualquer possibilidade de autonomia destes. Dessa forma, há uma importante ruptura paradigmática quando as equipes interdisciplinares de atenção psicossocial ampliam suas potencialidades, agregando uma diversidade de profissionais com saberes específicos distintos e com saberes coletivos, ou seja, aqueles de domínio necessários por todos os profissionais da equipe interdisciplinar. De posse desses conhecimentos, suas ações deverão ter objetivos condizentes com o que é pressuposto pela atenção psicossocial, não ficando assim, uma série de fazeres, centrados em objetivos desconexos do seu contexto e da sua função dentro desta mesma equipe.

Autores levantam uma importante fragilidade das equipes de CAPS, no sentido de pensarmos na fragmentação dos saberes, o que se reflete nas práticas e condutas cotidianas que não seguem as pactuações das reuniões de equipe nem o propósito do próprio serviço (ABUHAB; SANTOS, 2005). Essa discussão aponta para uma lacuna que requer maior aprofundamento, em virtude de se tratar da identificação da falta de conhecimento do processo de trabalho em saúde mental, o que nos leva a construir uma significação para oficina como sendo um espaço que permite a interação, por outro lado, há um engessamento nas práticas por falta de uma formação calcada no paradigma psicossocial.

De acordo com Vygotsky, a construção sócio-histórica do individuo se dá mediante suas relações com o meio em que está inserido, ocorrendo portanto pelas relações e interações que o levam a compreensão do todo através da ativação da sua Zona de Desenvolvimento proximal (VYGOTSKY, 2007), cujas oficinas constituem-se neste estudo como instrumento mediador.

Quando este aspecto é referido, se pensa na flexibilidade que o CAPS propõe para que os profissionais interajam e construam suas práticas, por meio da soma dos saberes, da interação e da consciência de que existem saberes que são tão necessários ou mais do que propriamente o saber técnico específico de casa sujeito. Ainda assim, na atualidade, as equipes são

submissas ao domínio de um conhecimento de processo de trabalho que foi construído ao longo da história e que é de domínio do médico, o qual delega as atribuições de outros profissionais (PIRES, 2008).

Sabe-se que a manutenção dessa hegemonia conceitual mantém certo corporativismo dentro dos serviços e domínio sobre o coletivo, o que pode, por vezes, emperrar a evolução do tratamento que tem por finalidade principal o usuário, aquele que fica de fato prejudicado.

Nessa linha de raciocínio, o significado construído para formação profissional aponta claramente para a necessidade, principalmente, de conhecimento do processo de trabalho em saúde mental, nos moldes da reforma psiquiátrica, o que acaba sendo evidenciado na fala a seguir:

> [...] na verdade, cientificamente, aqui e em tudo que é CAPS, não tem ninguém com formação profissional para encaminhar uma pessoa pra cá ou pra lá. A assistente social não tem, o enfermeiro não tem, eu não tenho (P15MED4).

Nessa fala, o sujeito aponta a falta de formação profissional da equipe técnica do CAPS para realizar encaminhamento do usuário para as oficinas, o que pode ser considerado como uma fragilidade da equipe e, decorrente desta, pode gerar insegurança ou empirismo em algumas condutas. Por outro lado, a cumplicidade e partilha dos fazeres, pode ser fundamental para a otimização dos recursos disponíveis no serviço.

Pires (2008) fala da importância das diversas novas profissões que ocupam cargos dentro dos serviços de saúde atuais para tornar a assistência mais ampliada e eficiente. Para que trabalhadores de formações tão distintas possam partilhar de espaços comuns à equipe, ela ressalta que é fundamental haver o inter-relacionamento entre esses profissionais, o que Thofehrn e Leopardi (2006) também apontam como relevante, assim como haver um processo de trabalho saudável na equipe, de forma que haja respeito e comunicação entre os distintos profissionais.

Pela lógica da interdisciplinaridade, o trabalho em equipe na atenção psicossocial requer o reconhecimento, por parte dos sujeitos, de que a formação técnica para o exercício profissional no CAPS deve transcender o enfoque da escola tradicional de saúde, ampliando o conceito de saber e, considerando como conhecimento necessário e comum, aquele que tange a

comunicação, à sensibilidade, à tolerância e à permissão para a interação entre os sujeitos que, acima de tudo, são seres humanos, assim como o objeto das suas ações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho em saúde, especialmente nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, possibilita aos profissionais da saúde, importantes avanços na assistência aos portadores de transtornos mentais e aos seus familiares, muito embora, se encontrem importantes lacunas que ainda necessitam ser preenchidas.

Nesse sentido, a presente pesquisa detectou pontos, que merecem atenção especial, podendo contribuir para melhorias nas relações de trabalho dos profissionais trabalhadores dos CAPS de Pelotas, bem como sugerir ajustes para trabalhadores desse modelo de serviço.

Um destes pontos refere-se à diversidade de instrumentos que são utilizados no processo de trabalho interdisciplinar, uma vez que foi identificado que o trabalho da equipe é primordialmente relacional, calcado na comunicação como ferramenta operacional. Assim, um dos principais significados encontrados para oficina terapêutica diz respeito à comunicação, que se desdobra em diversas categorias, dentre as quais podemos observar a relevância dessa ferramenta, conforme apontado pelos sujeitos, para a desconstrução e reconstrução de conceitos, buscando uma afinação entre equipe interdisciplinar, usuário, familiar e comunidade com a lógica da atenção psicossocial. Faz-se necessário que se eliminem os ruídos para que haja uma clareza na comunicação e uma boa sintonia entre os profissionais.

É possível identificarmos distintos significados para oficina, atribuídos por cada sujeito, de acordo com sua percepção, ficando evidenciado o quanto cada um está inserido nos espaços das oficinas, entendendo-se assim, que nem todos os profissionais da saúde possuem conhecimento dessa ferramenta.

De acordo com o referencial teórico que fundamenta as análises dos temas emergentes, as relações são fundamentais para a construção dos

significados, de maneira que, quanto mais inseridos no espaço, mais subsídios ou significados que viabilizam a compreensão dos fatos permearão o discurso desses sujeitos, e mais profunda será sua compreensão da realidade em questão.

Assim, pode-se também observar que alguns profissionais possuem pouco conhecimento sobre o CAPS e sobre a lógica psicossocial, bem como o efetivo funcionamento das oficinas terapêuticas, ficando evidenciada a importância de capacitação e educação continuada para os profissionais, o que deverá proporcionar a qualificação necessária aos novos trabalhadores e a atualização aos profissionais com maior tempo de trabalho no CAPS. Assim, acredita-se que a equipe se sentirá empoderada das ferramentas de trabalho disponibilizadas pelo CAPS, devendo trabalhar com maior embasamento científico de acordo com os pressupostos da atenção psicossocial.

A superficialidade nas relações interdisciplinares pode implicar na dificuldade de encaminhamento dos usuários do CAPS para as oficinas, bem como no empoderamento desse espaço, o que deve ocorrer por meio da participação dos profissionais da saúde. Por outro lado, são manifestadas limitações e rigidez em algumas oficinas, o que, de acordo com os sujeitos, se deve a falta de conhecimento da dinâmica de trabalho pela lógica psicossocial, por parte da equipe interdisciplinar.

Outro significado relevante para oficina terapêutica, refere-se à sua potencialidade enquanto ferramenta para a expressão da subjetividade, por meio da qual, usuários, familiares e profissionais, trabalham numa perspectiva da descentralização do foco na doença, valorizando a saúde, a expressividade e o aspecto lúdico como recurso terapêutico.

Assim, os usuários podem desenvolver suas habilidades e potencialidades cognitivas, manuais, corporais, expressivas, de forma que sua reinserção na sociedade e o seu reconhecimento como cidadão são favorecidos.

Em alguns serviços, mesmo de base comunitária e formados por equipes interdisciplinares, há uma reverência aos médicos por parte de alguns profissionais das equipes, como sendo superiores a outros profissionais, o que chama a atenção quando ocorre dentro do cenário de serviços de atenção

psicossocial, que possuem um modelo de equipe interdisciplinar, norteado pelo paradigma da atenção psicossocial.

Outro fato digno de ser aqui considerado é a manifestação de alguns profissionais, durante suas reflexões, ao responderem os questionamentos, ou mesmo em diálogos informais, quando referem nunca ter pensado no que significa oficina, nem se quer que a oficina dentro do serviço seja uma ferramenta para a reabilitação psicossocial dos usuários.

A partir da interpretação dos dados e do diálogo com os autores que fundamentam as análises, pode-se mencionar que o significado de oficina terapêutica para os profissionais de saúde do CAPS, de maneira geral, vai ao encontro dos seguintes pressupostos apresentados no projeto desta pesquisa:

- Constitui-se em uma ferramenta mediadora entre equipe, usuário e familiar.
- O entendimento de terapia através da oficina, é de que esta favorece a relação entre as pessoas em sofrimento psíquico e social, causando-lhes a sensação de bem estar, a oportunidade de expressão e de organização mental para superação das suas fragilidades.
- Possibilita a reinserção dos usuários na sociedade por meio das atividades e das produções decorrentes do trabalho coletivo.

Assim, acredita-se que a presente pesquisa atingiu seus objetivos, de forma que a questão foi respondida e os pressupostos confirmados.

Deve ser considerado, como limitação desse estudo, o fato de abordar apenas a uma parcela de profissionais da equipe do CAPS, conhecendo-se, portanto, os significados de oficina terapêutica apenas para os profissionais da saúde. Assim, pensa-se que emerge uma lacuna importante para ser preenchida por meio de pesquisas posteriores acerca do processo de trabalho da equipe interdisciplinar do CAPS, buscando compreendê-lo pelo olhar dos oficineiros, e dos profissionais que não possuem formação específica em saúde, como requisito para seu desempenho profissional.

Espera-se que a devolução dos resultados deste estudo e as consequentes discussões acerca do conteúdo emergente, possam contribuir

para a sensibilização das equipes dos CAPS, evoluindo na avaliação do seu processo de trabalho, bem como, venha fomentar a consolidação do modelo psicossocial por meio da compreensão, em profundidade, dos significados das práticas em saúde de acordo com o paradigma psicossocial.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, D.; SANTOS, A.B.A.P.; MESSENBERG, C.B.; FONSECA, R.M.G.S.; ARANHA E SILVA, A.L. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80.

AFONSO, M.L.M. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. In_ Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 9-61.

ALMEIDA, N. **Contribuições à tematização das Oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial.** In: COSTA, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004a. p. 167 – 172.

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco; 2006. p.221-40.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. ***Cad. Saúde Públ.,*** *Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Set, 1995.*

_____. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos; p. 163-185.1997.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2006.

ASSUMPÇÃO, L.O.T.; MORAIS, P.P.; FONTOURA, H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida, Notas introdutórias. **Revista Digital – Buenos Aires**, Año 8. Nº 52. Septiembre de 2002.

BAGGIO, M.A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Rev Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2013 jan 15] 8(1): [cerca de 8 p]. Disponível em: http:// www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm

BALLARIN, M.L.G.S. et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicol. Estud,** vol.16, n. 4, p. 603-611, 2011.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J. Bras. Psiquiatr.* 2005; 54(1): 34-46.

BARRETO, S.J. O lugar do corpo na universidade (Dissertação de Mestrado em Educação: Ensino Superior). Blumenau: FURB, mimeo, 1997.

BASAGLIA, F. A Instituição Negada. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

_____. A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática. São Paulo, Editora Brasil Debates, 1982.

BECKER, L.; BARRETO, S.J. A importância da musicoterapia na redução do estresse escolar. Revista **Recre@rte** Nº3 Junio 2005.

BORBA, L.O.; PAES, M.R.; GUIMARÃES, A.N; LABRONICI, L.M; MAFTUM, M.A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar Rev Esc Enferm USP 2011; 45(2):442-9.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de Outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm> Acesso em: 16 novembro 2012.

_____. 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; 2004, p.125-36.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de saúde mental: relatório final. Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Editora MS, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. (Série E. Legislação de Saúde) 2. ed. 9 p. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº. 311 de 18 de janeiro de 2007.** Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em:<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345> Acesso em: 16 novembro 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponivel em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431440#> Acesso em: jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. (2010). DATA-SUS. **Dados em Saúde Mental. Número de CAPS por tipo de UF.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_dados_atualizados5abril>

_____. Ministério da Saúde. (2011). DATA-SUS. **Dados em Saúde Mental. Número de CAPS por tipo de UF.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf> Acesso em: set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. **Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem.** Rev Bras Enferm, Brasilia 2012 jan-fev; 65(1): 97-103.

CABRAL, B.; LUCENA, M.; OLIVEIRA, M.; GOUVEIA, M.; FREITAS, P.; PEREIRA, S. et al. Estação Comunidade. In: LANCETTI, A. *SaúdeLoucura. Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 109-116.

CAMPOS, M.A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. J Bras Psiq 1992; 41(6):255-7.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria *paidéia* e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

CAMPOS, F.N. Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS de Uberlância – MG. 2005. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Uberlândia.

CARVALHO, T.; NÓBREGA, A.C.L.; LAZZOLI, J.K.; MAGNI, J.R.T.; REZENDE, L.; DRUMMOND, F.A.; OLIVEIRA, M.A.B.; ROSE, E.H.; ARAÚJO, C.G.S.; TEIXEIRA, J.A.C. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Rev Bras Med Esport** _ Vol. 2, Nº 4 – Out/Dez, 1996.

CASTRO, R.B.R.; SILVA, M.J.P. **A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2001, vol.9, n.1, pp. 80-87. ISSN 0104-1169

CERQUEIRA, L. **Pela Reabilitação em Psiquiatria: da praxiterapia a comunidade terapêutica**. 2ª ed. 147 p. São Paulo, 1973.

CHIAVERINI, D.H. (Organizadora). [et al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

DAVEL, E.; VERGARA, S. Gestão com pessoas e subjetividade. 3ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

DELFINI, P.S.S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P.P.; GUIMARAES, P.O.S. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1483-1492. ISSN 1413-8123

DELGADO, P.G.G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. Revista Saúde em Debate, n. 35, p.80-4, jun 1992.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. Habilidades sociais: conceitos e campo teórico-prático. Texto on-line disponibilizado em: http://www.rihs.ufscar.br em Dezembro de 2006.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet] 2001 [acessado 2012 jul 20]; 3(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista

FARIA, I.B.R.; VENTURA, J.C.; SILVA, D.E.; PIRES, R.O.M. **O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da Amazônia.** Cogitare Enfermagem, 2010. Departamento de Enfermagem da UFPR – Curitiba, Paraná.

FARIAS, I.D.; FIGUEIREDO, M.B.X. **Crianças especiais: experiência com artes, música, jogos, brincadeiras.** Anais do XXIV Simpósio Nacional de Educação Física. II Seminário de Extensão, 2005.

_____.; THOFEHRN, M.B.; GOUVÊIA, M.N.; ARRIEIRA, I.C.O.; AMESTOY, S.C. Grupo Vocal Esperança: Música e saúde mental. In: **SALUD MENTAL: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención.** v. 2.Buenos Aires, Argentina. 483-1038; 2013

_____.; THOFEHRN, M.B.; GOUVÊIA, M.N.; NOGUEIRA, V.O.; AMESTOY, S.C.; ARRIEIRA, I.C.O. As oficinas terapêuticas e o convívio social do usuário de CAPS. In: **SALUD MENTAL: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención.** v. 2.Buenos Aires, Argentina. 483-1038; 2013

FERRAZ, M.H.T. **Arte e Loucura:** Limites do Impossível. Ed. Lemos – São Paulo, 1998.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam Salud Publica.** 2008, vol.24, n.3, pp. 180-188.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latinoam. Enfermagem,** 13(2): 262-268, 2005.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHIANELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa Saúde da Família. v. 8. n. 1-3 p. 25–32 JAN. DEZ. 2008.

FRANKL, V.E. Psicoterapia e sentido da vida. 4ª. ed. Trad. Alípio Maia de Castro. São Paulo: Quadrante, 2003a.

_____. Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo. 11ª ed. Aparecida, SP: Editora Santuário, 2005.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. *Estudos Avançados,* set./dez. de 2003, 17 (49).p.197-208.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat.** Fund. São Paulo, 2005. VIII, 1, 109-122.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional referência: para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.22, p.239-5, mai/ago 2007.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRECO, M.G. Oficina: uma questão de lugar? In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 83-94.

GUERRA, A.M.C**.** Oficinas em Saúde Mental: Percurso de uma História, Fundamentos de uma Prática. In **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental - Sujeito, Produção e Cidadania***.* Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

GULJOR, A.P.F. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental. 197p. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

JUCÁ, V.J.S.; MEDRADO, A.C; SAFIRA, L; GOMES, L.P.M; NASCIMENTO, V.G. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. Mental - ano VIII - n. 14 - Barbacena - jan.-jun. 2010 - p. 93-113.

JARDIM, G.A.S. O individualismo na cultura moderna. Revista Eletrônica de Ciências Sociais – Número 7 – setembro de 2005. p. 23-31.

KANTORSKI, L.P. et al. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, 2008. v. 6 n. 1, p. 87-105.

_____.; SOUZA, J.; WILLRICH, J.Q.; MIELKE, F.B. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. *R Enferm UERJ* 2006; 14(3):366-371.

LABAN, R. **Dança educativa moderna.** São Paulo. Ed. Ícone, 1990.

LAPPANN-BOTTI, N.C. **Oficinas em saúde mental: história e função.** 2004 (Tese) Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____.; LABATE, R.C. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. Texto& Contexto Enferm. 2004 out/dez; 13(4): 519-26.

LAZZAROTTO, E.M. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde. [Dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção/UFSC; 2001.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Interface-Comunic., Saude, Educ. 2011;15(36):137-52.

LEAL, E.M. “Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira”. In: FIGUEIREDO, A.C. CAVALCANTI, M.T. (Org.). A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à

III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 69-83.

LIBERATO, M.T.C.; DIMEISTEIN, M. Experimentações entre dança e saúde mental. Fractal: Revista de Psicologia, v. 21 – n. 1, p. 163-176, Jan./Abr. 2009.

LIMA, E.A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 59-82.

LIMA, E.M.F.A. A saúde mental nos caminhos da terapia ocupacional. O mundo da saúde. São Paulo, 2006. Jan/Mar. 30(1):117-122.
LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JÚNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(3):448-456.

_____.; MATSUKURA, Thelma Simões; HAHN, Michelle Selma. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(2):185-192.

MACAGNAM, M.F. **Arteterapia e Saúde Mental: Oficina como espaço de participação e criação***. Monografia de Especialização em Arteterapia*. Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2010. (74 p.) Disponível em: http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaMaristelaMacagnan.pdf

MACHADO, M.H. et al. **O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro: Fiocruz - Ensp, 1992.

MEDEIROS, E.; CHATAIGNIER, G.M.C.; SILVA FILHO, J.F. Grupo de familiares do hospital-dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria**,** Rio de Janeiro, v. 42, n. 8, p. 449-451, set. 1993.

MEDEIROS, M.H.R. **Terapia Ocupacional**: um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Hucitec, 2003.

MELO, W. **Nise da Silveira**. Coleção Pioneiros da Psicologia Moderna, vol 4.
Rio de janeiro: Imago, Conselho Federal de Psicologia, 2001.

MELLO, M.C.; FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. Acta Paul Enferm. 2007; 20(1): 87-90.

MELLO, L.C. **Nise da Silveira:** caminhos de uma psiquiatra rebelde. Curitiba: MUSEU Oscar Niemayer, 2009.

MELMAN, J. Família e doença mental**:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MENDONÇA, T.C.P. As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação. Psicologia, Ciência e Profissão, Minas Gerais, 2005, 25 (4), 626-635

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MESQUITA, R.M. Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo, 11(2):155-63, jul./dez. 1997.

MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M.S. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):159-164, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2007.

_____; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 30ª Ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2011.

MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Org.). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre, Artmed, 2007.

MENDES, E.V.; (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995, p. 19-91.

MENDONÇA, T.C.P. **As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação.** Rev. PSICOLOGIA CIÊNCIA E ROFISSÃO, 2005, 25 (4), 626-635.

MIRANDA, F.A.N. **Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares.** Esc Anna Nery (impr.) 15 (2):339-345 abr-jun; 2011.

MOLON, S.I. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. 2. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, Vozes, 2009.

MOURA, S.G.; FERREIRA FILHA, M.O; CARVALHO, M.A.P. Evolução histórica da abordagem em saúde mental no Brasil: da reforma psiquiátrica aos dias atuais. Rev enferm UFPE. 2012; 6(3)

MUNARI, D.B.; GODOY, M.T.H.; ESPERIDIÃO, E. Ensino de enfermagem psiquiátrica / saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Giás. Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (4): 684 - 93.

MUROFUSE, N.T.; RIZZOTTO, M.L.F; MUZZOLON, A.B.F; NICOLA, A.L. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3).

NEVES, J.L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** Caderno de pesquisas em administração, São Paulo. V. 1, Nº 3, 2º Sem/1996.

OLIVEIRA, M.K. **Vygotsky:** aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio histórico. 4.ed. São Paulo: Scipione, 2001.

OLIVEIRA, E.B; SOUZA, N.V.M. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):457-62.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. ***Saúde em Debate,*** Rio de Janeiro, v. 25, n. 58,p. 98-111, maio-ago/2001.

OSTROWER, F. Espaço e expressão. In: OSTROWER, Fayga. Universos da Arte. Rio de Janeiro: Campus, 1991. p. 30-43.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública,** 35(1): 103-109, 2001.

PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C; SCHWARTZ, E; LANGE, C; ZILLMER, J.C.V. Atividades terapêuticas: compreensão de familiares e profissionais. Esc Anna Nery (impr.)2013 jul - set ; 17 (3):534- 541.

PINTO, A.G.A. Produção do cuidado em saúde menta l: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial. (Dissertação de Mestrado). − Fortaleza, 2008. 191p; il.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2ª ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridad Social – CUT; Annablume, 2008.

PIRES, D. **A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho.** Rev Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In _ PITTA, A.M.F. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

RAMMINGER, T.; NARDI, H.C. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. Interface [online] - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.339-46, abr./jun. 2008.

RATNER, C. **A psicologia sócio-histórica de Vygotsky:** aplicações contemporâneas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REGO, T.C. **Vygotsky:** uma perspectiva histórico-cultural da educação. 20º ed. – Petrópolis – RJ: Vozes, 2009.

RIBAS, D.L.; TERRA, M.G; ERDMANN, A.L. O paradigma complexo: um novo olhar para a saúde mental. Contexto e Educação - Editora UNIJUÍ - Ano 2 0 - nº 73/74 - Jan. / Dez . 2005 - P.131-142.

RINALDI, D.L; CABRAL, L.H; CASTRO, G.S. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ: RJ, 2008. Ano 8, n.1, p.118-125.

RIO GRANDE DO SUL. Lei 9716, de 07 de agosto de 1992. Lei da reforma psiquiátrica e da proteção aos que padecem de sofrimento psíquico. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 7 de agosto de 1992.

ROCHA, M.D.; ALMEIDA, C.M. Dança de salão, instrumento para a qualidade de vida. **Rev. Movimento & Percepção.** Espírito Santo do Pinhal, SP. v.7 n. 10. Jan/jun 2007. ISSN: 1679.8678

ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3)350-7.

SANTOS, L.R. Direitos do cidadão usuário do SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde. Porto Alegre – UFRGS/ PME, 2004. 132p.

SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 19ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2011. 176 p.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Cora; 2001.

_____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: SARACENO, Benedetto. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SILVA, A.L.A. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997. 161 p. (Mestrado em Enfermagem).

SILVA, R.C.; FARIAS, I.D. **Arte como expressão:** oficinas terapêuticas no CAPS Escola. Org. CARVALHO, J.C. (Org) Arte e ciências em diálogo. 135-142. Ed. Gracio, 1ª ed. Coimbra, Portugal. Out de 2013.

SILVA, E.A.; COSTA, I.I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008

SILVA, L.M.B. **Oficinas terapêuticas para quê? Da subjetividade à reabilitação psicossocial.** Disponível em: < http://coleciona-

sus.bvs.br/lildbi/docsonline/0/8/080-Oficinas__Terap%EAuticas.pdf> Acesso em 15 de Janeiro de 2013.

SILVA, M.D.P.; LUSSI, I.A.O. Geração de renda e saúde mental: O cenário do município de São Carlos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, jan/abr de 2010, v. 18, n1, p. 35-48.

SILVA, F.G. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. Psicologia da Educação. São Paulo, nº. 28, jun. 2009.

SILVEIRA, N. "Os inumeráveis estados do ser". Catálogo de Exposição 40 anos de experiência em terapêutica ocupacional. Rio de Janeiro, 1986.

SIQUEIRA, M.M. **As competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: o caso NEAD-UFES.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)[online]. 2009, vol.5, n.2, pp. 1-14.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 127-34, 2008.

SOARES, M.C.; SANTANA, M.G.; SIQUEIRA, H. O cuidado de enfermagem no cotidiano das enfermeiras (os) autônomas (os). À luz de alguns conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderard. *Texto Contexto Enferm* 2000; 9(2):106-117.

SOUSA, J.F.A. O modo de produção capitalista e a subjetividade individualista subjacente: reflexos sobre a espacialidade urbana. Mnemosine Vol.8, nº2, p. 70-95. 2012.

SURJUS, L.; TOGNI, S.; ONOKO, R. A avaliação dos usuários sobre os centros de atenção psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. Rev latinoam psicopatol fundam. 2011; 14:122-33.

TAVARES, C.M.M. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. Rev Bras Enferm. 2003; 56(1): 35-9.

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):287-95.

TAYLOR, C.M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, M.O.L. O nascimento da Psiquiatria no Brasil. **Anais do I Congresso de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: TeCorá: Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 310-319.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. 167 p.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Hist cienc saude- Manguinhos. 2002; 9(1):25-59.

THOFEHRN, M.B; LEOPARDI, M.T. Construtivismo Sócio-Histórico de Vygotsky e a Enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5): 694-8.

_____.; LEOPARDI, M.T. **Teoria dos Vínculos Profissionais:** formação de um grupo de trabalho. 163p. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 2009.

_____.; LEOPARDI, M.T.; AMESTOY, S.C. Construtivismo: experiência metodológica em pesquisa na Enfermagem. Acta Paul Enferm 2008;21(2):312-6.

TORCHI, T.S.; BARBOSA, M.A.M. **A música como recurso no cuidar em enfermagem.** Ensaios e ci., Campo Grande, v. 10, n. 3, p. 125 - 138, dez. 2006.

TOSTES, M.A. A influência do inconsciente do interprete no processo de concretização da norma constitucional. Rev. Fac. Direito UFMG, Belo Horizonte, n. 61, pp. 425 - 443, jul./dez. 2012.

TRAVELBEE, J. Intervencion en enfermeria psiquiátrica. Cali: OPAS/OMS, 1979.

VAN DER VEER, R; VALSINER, J. Vygotsky: uma síntese. Tradução Cecília C. Bartalotti. São Paulo: Loyola, 1999. 479 p.

VASCONCELLOS**,** M.; GRILLO, C.J.N.; SOARES, M.S. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade. Apostila do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade de Minas Gerais, 2009.Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf> Acesso em 22 de janeiro de 2013.

VASCONCELLOS, V.C. A dinâmica do trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na Contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.

VYGOTSKY, L.S. **Formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1998.

_____. **A formação social da mente.** In: Interação entre aprendizado e desenvolvimento (Cap. 06). 7º ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 87 – 106.

_____. **Pensamento e linguagem.** 4ª Ed. 135 p. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____.; LÚRIA**,** A.R.; LEONTIEV, A.N.; **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Icone, 1988.

WAIDMAN, M.A.P.; ELSEN, I. **O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização.** Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3):341-9.

WINNICOTT, D.W. O brincar – a atividade criativa do eu (*self*). In: WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971. p. 79-93.

WESTPHAL, M.F. **O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis:** um compromisso com a qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):39-51, 2000.

WETZEL, C.; ALMEIDA, M.C.P. A construção da diferença em saúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul - RS. **Saúde Debate.** 001;25(58):77-87.

WETZEL, C; KANTORSKI, L. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto contexto- enferm.** 13:593-8; 2004.

ZANELLA, A.V. **Vygotsky:** contribuições à psicologia e o conceito de zona de desenvolvimento proximal. Itajaí (SC): Editora UNIVALI; 2001.

ZANETTI, A.C.G; GALERA, S.A.F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Rev Gauch Enferm**. 2007;28(3):385-92.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Carta a Gerencia de Saúde Mental do município

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Profª Drª Maira Buss Thofehrn
E-mail: mairabusst@hotmail.com
Orientando: Izamir Duarte de Farias
Tel: (53) 84180058 / 91053240
E-mail: izamironline@hotmail.com

Pelotas,____de_____de 2013.

Prezado(a) Gerente de Saúde Mental

Ao cumprimentá-lo (a) cordialmente, eu, Izamir Duarte de Farias, mestrando do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem – UFPel e tendo como orientadora a Profª Drª Maira Buss Thofehrn, venho por meio deste solicitar sua autorização para desenvolver minha pesquisa intitulada "*OFICINAS TERAPÊUTICAS: SIGNIFICADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS".*

A presente pesquisa tem objetivo Compreender o significado das oficinas terapêuticas no processo de trabalho para os profissionais de saúde CAPS.

Terei compromisso ético de resguardar todos os colaboradores envolvidos na pesquisa, assim como coordenadores, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.

_____

Mestrando Izamir Duarte de Farias

Ciente. De acordo_____

Data:_____

APÊNDICE B

Carta à Coordenação do CAPS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Profª Drª Maira Buss Thofehrn
E-mail: mairabusst@hotmail.com
Orientando: Izamir Duarte de Farias
Tel: (53) 84180058 / 91053240
E-mail: izamironline@hotmail.com

Pelotas,____de_____de 2013.

Prezado (a) Coordenador (a)

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, eu, Izamir Duarte de Farias, mestrando do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem – UFPel e tendo como orientadora a Profª Drª Maira Buss Thofehrn, venho por meio deste solicitar sua autorização para desenvolver minha pesquisa intitulada "*OFICINAS TERAPÊUTICAS: SIGNIFICADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS".*

A presente pesquisa tem objetivo Compreender o significado das oficinas terapêuticas no processo de trabalho para os profissionais de saúde CAPS.

Terei compromisso ético de resguardar todos os colaboradores envolvidos na pesquisa, assim como coordenadores, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.

_____

Mestrando Izamir Duarte de Farias

Ciente. De acordo_____

Data:_____

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Pesquisa: OFICINAS TERAPÊUTICAS: SIGNIFICADOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS

Orientadora: Dra. Maira Buss Thofehrn
Tel. (53) 99829763 e-mail: mairabusst@hotmail.com
Pesquisador responsável: Izamir Duarte de Farias
Tel. (53) 91053240 / 84180058 e-mail: izamironline@hotmail.com

Eu, Izamir Duarte de Farias, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, estou desenvolvendo a pesquisa com o objetivo geral de **compreender o significado das oficinas terapêuticas no processo de trabalho para os profissionais de saúde do CAPS.**

Desta forma, convido-o a participar dessa pesquisa, por meio de entrevistas, as quais não acarretarão em qualquer risco para os participantes.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa e da utilização do gravador;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- Da segurança de que não serei identificado;
- Da divulgação dos resultados nos meios científicos.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa intitulada **"**OFICINAS TERAPÊUTICAS, NO PROCESSO DE TRABALHO, DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO CAPS**".**

Pelotas, ____ de _____de 2013.

_____ _____

Participante da Pesquisa **Pesquisador**

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Roteiro da entrevista

Data da entrevista: ___/___/2013_____

Identificação do sujeito: _____

Número da entrevista: _____ **Horário início:** _____**Horário término:** _____

1- IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Nome:_____

Idade:_____ **Sexo:** (M) (F)

Formação profissional:

Formação técnica:_____

Graduação:_____

Especialização na área de:_____

Outros:_____

Tempo de formação:_____ **Tempo de trabalho em CAPS:**_____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Enquanto recurso para o cuidado coletivo, na sua concepção, qual o significado de oficina terapêutica?
2. Comente sobre o sentido das oficinas fazerem parte das possibilidades de atenção oferecidas pelo CAPS.
3. Comente sobre os resultados decorrentes da participação dos usuários nas oficinas.
4. Comente sobre o impacto das oficinas no processo de trabalho da equipe de saúde do CAPS.
5. As oficinas influenciam na sua prática profissional? Em caso afirmativo, como você descreve essa influência exercida pelas oficinas?
6. Você gostaria de falar sobre algum aspecto referente às oficinas terapêuticas e o funcionamento do CAPS que não foi contemplado na sua fala até o momento?

APÊNDICE E

Relatório de campo

O presente relatório busca descrever o processo de pesquisa, destacando aspectos relevantes no percurso da aproximação com o campo de estudo, bem como dos sujeitos e da coleta de dados em si, a qual se iniciou assim que o projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Enfermagem da UFPEL.

No dia 1º de abril de 2013 foram entrevistados os primeiros sujeitos e o término das entrevistas ocorreu em agosto do mesmo ano, quando foram completados 22 entrevistados dos 24 sujeitos previstos, sendo que, foi considerado um profissional de saúde por CAPS, sendo compreendidos como profissionais de saúde aqueles com formação em psicologia, enfermagem, medicina, psiquiatria e serviço social.

Cabe aqui destacar que dos profissionais da área médica que foram entrevistados, somente quatro corresponderam às exigências do projeto de pesquisa e, destes, um trabalha em três CAPS da rede, portanto, sendo entrevistado representando os serviços aos quais está vinculado.

Das facilidades: por ser profissional do CAPS a mais de 10 anos, tive acesso relativamente fácil aos serviços e às equipes, uma vez que os profissionais desses serviços são profissionais colegas da secretaria municipal de saúde.

Foi possível detectar diferenças importantes entre os serviços, no que se refere à cultura dos distintos territórios e equipes, bem como na dinâmica de trabalho de cada CAPS, muito embora, existam aspectos comuns a toda rede devido aos protocolos estabelecidos por parte da secretaria de saúde.

Das dificuldades: acesso a alguns profissionais de alguns serviços devido à demanda e a outros, pelo fato de estarem cansados de concederem entrevistas a diversos pesquisadores e não obterem retorno.

Um dos casos representativos nesse sentido foi o acesso a um profissional que, mesmo tendo agendado o encontro com antecedência, foram necessárias três visitas ao serviço e um “plantão” de espera pela disponibilidade do mesmo devido ao número de usuários atendidos por ele

durante a tarde e também a sua resistência em conceder entrevista devido a experiências com pesquisas anteriores que não tiveram retorno.

Somente no terceiro encontro com o serviço e após tentativas de diálogo com o mesmo, sem forçar a intensão de entrevista-lo, por meio de um diálogo informal é que foi possível o acesso efetivamente à sua entrevista para a coleta dos dados.

Pode ser destacado como aspecto importante o que foi observado em alguns serviços que, mesmo de base comunitária e formados por equipes interdisciplinares, há uma reverência aos médicos, por parte de profissionais das equipes, como sendo superiores a outros profissionais desses serviços, o que chama a atenção quando ocorre dentro do cenário de serviços de atenção psicossocial que seguem o modelo preconizado pela reforma psiquiátrica brasileira.

Outro fato digno de ser aqui apontado foi a manifestação de alguns profissionais durante suas reflexões ao responderem os questionamentos, quando disseram nunca terem pensado no que significa oficina, nem se quer, que a oficina dentro do serviço é uma ferramenta para a reabilitação psicossocial dos usuários. Um sujeito da pesquisa ainda apontou que a entrevista lhe alertava para pensar sobre a questão e passar a considerar a possibilidade de encaminhar os usuários do CAPS para os espaços de oficinas, uma vez que também são recursos do serviço.

Quanto ao discurso dos profissionais ao responderem a entrevista, sem fazer julgamento ou nenhuma análise, devo manifestar a sensação, ao ouvir suas construções dialógicas de significação para as oficinas terapêuticas, como que atribuindo verbalmente um significado que, pela sua expressão corporal e não verbal, demonstrando insegurança e desconhecimento das próprias oficinas terapêuticas, o que torna suas falas com distintos sentidos. Ademais, a observação, mesmo não tendo sido projetada como instrumento para coleta de dados, foi complementar para a compreensão mais efetiva do funcionamento de cada serviço por onde passei, bem como para o conhecimento da estrutura física, dos usuários e seu perfil e da dinâmica dos atendimentos de maneira ampliada.

Assim que foi concluída a coleta dos dados, com apoio de acadêmicos da graduação que participam do Núcleo de Pesquisas em Enfermagem (NEPen) para a transcrição, obtive os mesmos no formato de texto, o que possibilitou-me avançar no processo de análise, seguindo os passos da proposta operativa de Minayo.

Como resultado, com base na análise dos dados, posso mencionar que o significado de oficina terapêutica para a equipe interdisciplinar do CAPS vai ao encontro dos seguintes pressupostos teóricos:

- Para os profissionais da saúde, as oficinas terapêuticas constituem-se em uma ferramenta mediadora entre equipe, usuário e familiar.
- O entendimento de terapia através das oficinas, para os profissionais de saúde do CAPS, é de que estas favorecem a relação entre as pessoas em sofrimento psíquico e social, causando-lhes a sensação de bem estar e a oportunidade de expressão e de organização mental para superação das suas fragilidades.
- As oficinas terapêuticas possibilitam a reinserção dos usuários na sociedade por meio das atividades e das produções decorrentes do trabalho coletivo.

Dessa forma, buscando responder a questão, pode-se destacar que a presente pesquisa aponta lacunas no que se refere a integralidade no cuidado ao usuário do CAPS, considerando-se que, mesmo não tendo sido perguntado especificamente a respeito da questão, em nenhum momento das observações, dos diálogos informais ou das entrevistas, surgiu qualquer menção ao aspecto da espiritualidade do ser humano.

Também se podem perceber algumas fragilidades nas informações que se referem ao efetivo conhecimento dos sujeitos com relação aos objetivos das oficinas ou mesmo que estas se constituem em ferramentas de trabalho do CAPS e que podem ser indicadas ou utilizadas como dispositivos terapêuticos.

Dados que foram adquiridos informalmente, por meio das observações e diálogos com diversas pessoas, apontam que as demandas cotidianas dos trabalhadores e a atuação dos mesmos em diversos locais de trabalho, a fim

de melhorarem seus rendimentos financeiros podem ser considerados como fatores que fazem com que os trabalhadores tenham menor disponibilidade para o que em saúde mental no Brasil é popularmente chamado de “militância pela causa”, ficando esta restrita a poucos profissionais que trabalham nos CAPS mais por acreditar no modelo de cuidado do que propriamente pelo reconhecimento ou remuneração.

Essa afirmação pode ser constatada por meio da observação dos profissionais durante as entrevistas, sem fazer julgamento ou análise do discurso não verbal, devo manifestar como sensação que, ao ouvir suas construções dialógicas de significação para as oficinas terapêuticas, atribuíram verbalmente um significado e pela sua expressão corporal, demonstraram insegurança e desconhecimento das oficinas terapêuticas. Essa afirmação também fica evidenciada por meio do discurso objetivo de alguns profissionais.

Ademais, a observação, mesmo não tendo sido projetada como instrumento para coleta de dados, foi complementar para a compreensão mais efetiva do funcionamento de cada serviço, bem como para o conhecimento da sua estrutura física, dos usuários e da sua dinâmica para o fluxo dos atendimentos de maneira ampliada.

ANEXOS

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA

PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Oficinas terapêuticas no processo de trabalho da equipe interdisciplinar do CAPS

Pesquisador: IZAMIR DUARTE DE FARIAS
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 13908313.0.0000.5316
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 232.387
Data da Relatoria: 28/03/2013

Apresentação do Projeto:
Adequada

Objetivo da Pesquisa:
Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Os pendências foram contempladas integralmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Adequados

Recomendações:
Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Nenhuma

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PELOTAS, 28 de Março de 2013

Assinador por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br