



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Ana Luíza de Mendonça Oliveira

**Oficinas terapêuticas em saúde mental: um estudo sobre as
concepções de coordenadores**

UBERLÂNDIA

2018



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Ana Luíza de Mendonça Oliveira

**Oficinas terapêuticas em saúde mental: um estudo sobre as
concepções de coordenadores**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal de Uberlândia,
como requisito à obtenção do Título de
Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches
Peres

Apoio: Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior (CAPES)

**UBERLÂNDIA
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

O48o
2018 Oliveira, Ana Luiza de Mendonça, 1993
 Oficinas terapêuticas em saúde mental: um estudo sobre as
 concepções de coordenadores / Ana Luiza de Mendonça Oliveira. - 2018.
 111 f. : il.

 Orientador: Rodrigo Sanches Peres.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.715>
 Inclui bibliografia.

 1. Psicologia - Teses. 2. Saúde mental - Teses. 3. Psicologia clínica
da saúde. - Teses. 4. Terapia ocupacional - Teses. I. Peres, Rodrigo
Sanches. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Ana Luíza de Mendonça Oliveira

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora

Uberlândia, 16 de março de 2018

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro (Examinadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Eduardo João Ribeiro dos Santos (Examinador)

Universidade de Coimbra – Coimbra, Portugal

Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha (Examinador Suplente)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Marcos Mariani Casadore (Examinador Suplente)

Universidade Estadual Paulista – Assis, SP

UBERLÂNDIA

2018

Oliveira, A. L. M. (2018). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: um estudo sobre as concepções de coordenadores*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.

Resumo: As oficinas terapêuticas visam, sobretudo, à (re)inserção social e à promoção da autonomia de pessoas em sofrimento psíquico por meio do desenvolvimento de práticas coletivas diversificadas, voltadas, basicamente, à expressão criativa, ao aprendizado de atividades profissionais ou à alfabetização. Dessa forma, as oficinas terapêuticas afiguram-se como um dos principais dispositivos de tratamento oferecidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs). O presente estudo teve como objetivo compreender as concepções de profissionais que coordenam oficinas terapêuticas em CAPSs a respeito de tal ferramenta de intervenção. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com doze profissionais que coordenavam oficinas terapêuticas em CAPSs de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais. Os participantes foram entrevistados individualmente, nas instalações dos CAPSs em que atuavam, em horários definidos em comum acordo. Adicionalmente, foi utilizado um diário de campo para o registro de observações e vivências relativas às entrevistas. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. O tratamento dos dados foi empreendido a partir da análise temática de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas voltadas à interpretação de variadas formas de discurso. Foram configuradas três categorias: 1) Concepções sobre aspectos basilares das oficinas terapêuticas, 2) Concepções sobre a (não)adesão às oficinas terapêuticas e 3) Concepções sobre critérios de indicação e benefícios das oficinas terapêuticas. A primeira categoria foi dividida em três subcategorias, abarcando concepções sobre: a) o valor terapêutico das oficinas terapêuticas, b) os objetivos das oficinas terapêuticas e c) as especificidades das diferentes modalidades de oficinas terapêuticas. Verificou-se a inexistência de consenso quanto ao valor terapêutico das oficinas terapêuticas. Mas, em consonância com as concepções de diversas participantes, as oficinas terapêuticas devem ter como propósito básico a (re)inserção social dos usuários e envolvem necessariamente a produção de algo material, concreto. Constatou-se ainda que, para as participantes em geral, os limites existentes entre as diferentes modalidades de oficinas terapêuticas são pouco nítidos. A propósito da segunda categoria, os resultados evidenciaram a predominância de uma concepção em função da qual tanto a adesão quanto a não-adesão dos usuários às oficinas terapêuticas são determinadas por fatores concernentes apenas aos próprios, e não às atividades realizadas nas oficinas terapêuticas ou à coordenação. Além disso, diferenças de gênero também foram apontadas como relevantes neste sentido. Os resultados concernentes à terceira categoria permitiram depreender que, conforme a concepção da maioria das participantes, não existem critérios de indicação a serem adotados, cabendo ao coordenador de uma oficina terapêutica apenas convidar indiscriminadamente os usuários do serviço a frequentá-la. E os benefícios das oficinas terapêuticas se reduziram, basicamente, à socialização, ao suporte mútuo entre os usuários e à ocupação do tempo dos mesmos. Os resultados evidenciam a necessidade de novas pesquisas sobre o assunto, para que se possa verificar se, em outros contextos, o cenário que se apresenta é semelhante ou não. Novas pesquisas podem ser consideradas relevantes também a julgar pelas ameaças de retrocessos e de perda de direitos associadas às recentes mudanças na política de saúde mental, que, na contramão da clínica antimanicomial, incentivam o resgate da “velha Psiquiatria”.

Palavras-chave: Saúde mental; Oficinas terapêuticas; Psicologia da saúde.

Oliveira, A. L. M. (2018). *Therapeutic workshops in mental health: a study on the conceptions of coordinators*. Master's Dissertation, Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia.

Abstract: The therapeutic workshops aim, above all, at the social (re)insertion and the promotion of the autonomy of people in psychic suffering through the development of diverse collective practices, oriented, basically, to creative expression, to the learning of professional activities or to literacy. In this way, therapeutic workshops appear as one of the main treatment devices offered in Psychosocial Care Centers (CAPSs). The present study aimed to understand the conceptions of professionals who coordinate therapeutic workshops in CAPSs regarding such intervention tool. For that, we conducted semi-structured interviews with twelve professionals who coordinated therapeutic workshops in CAPSs of a city in the interior of the State of Minas Gerais. Participants were interviewed individually, at the dependences of the CAPSs where they worked, at agreed times. In addition, a field diary was used to record observations and experiences related to interviews. The interviews were recorded in audio and later transcribed. The treatment of the data was undertaken from the thematic content analysis, which consists of a set of techniques aimed at the interpretation of various forms of discourse. Three categories were configured: 1) Conceptions about basic aspects of therapeutic workshops, 2) Conceptions about (non) adherence to therapeutic workshops, and 3) Conceptions about indication criteria and benefits of therapeutic workshops. The first category was divided into three subcategories, covering conceptions of: a) the therapeutic value of therapeutic workshops, b) the objectives of therapeutic workshops, and c) the specificities of the different modalities of therapeutic workshops. There was no consensus on the therapeutic value of therapeutic workshops. But in line with the conceptions of several participants, therapeutic workshops should have as their basic purpose the social (re)insertion of users and necessarily involve the production of something material, concrete. It was also found that, for participants in general, the limits between the different modalities of therapeutic workshops are unclear. Regarding the second category, the results evidenced the predominance of a conception according to which both adherence and non-adherence of users to therapeutic workshops are determined by factors related only to their own, and not to the activities performed in the therapeutic workshops or to the coordination. In addition, gender differences were also pointed out as relevant in this regard. The results concerning the third category showed that, according to the conception of the majority of the participants, there are no indication criteria to be adopted, and the coordinator of a therapeutic workshop should only indiscriminately invite the users of the service to attend it. And the benefits of therapeutic workshops would be reduced, basically, to socialization, mutual support between users and occupancy of their time. The results evidenced the need for new research on the subject, so that it can be verified whether, in other contexts, the scenario presented is similar or not. New research may also be considered relevant for judging by the threats of setbacks and loss of rights associated with recent changes in mental health policy, which, contrary to the antimanicomial clinic, encourage the rescue of the “old Psychiatry”.

Key words: Mental health; Therapeutic workshops; Health psychology.

AGRADECIMENTOS

Uma longa estrada percorrida. Durante o caminho, algumas tempestades e pneus furados, mas também lindas paisagens, encontros e muitas trocas de experiências. Essa viagem só foi possível, pois estive acompanhada de pessoas que fizeram a diferença. Esses encontros e parcerias me provocaram transformações.

Ao Prof. Rodrigo, por sempre acolher minhas ideias (e me ajudar a organizá-las), pelo apoio, pela impecável orientação, pela parceria e pelo incentivo. E também, por pacientemente, me ajudar a percorrer esse caminho com disposição, nesse árduo processo de escrita.

À Profa. Renata Pegoraro, que me apresentou o mundo da saúde mental e uma Psicologia que eu não conhecia. Por ter me ajudado a olhar! Pela generosidade e pela disponibilidade em compartilhar comigo seu conhecimento. Pela paciência, pelo exemplo e pela inestimável contribuição em minha trajetória acadêmica.

Ao Prof. Eduardo João Santos Ribeiro, pela leitura cuidadosa e pelas grandes contribuições feitas na qualificação.

À querida Profa. Silvia, pela contribuição cuidadosa e afetuosa, não somente na pós-graduação, mas também durante a graduação.

Ao Prof. Emerson, que, nesta reta final do mestrado, me ajudou a refletir sobre a produção e o uso dos meus conhecimentos.

Aos meus pais, Carlos e Sirlene, e ao meu irmão, Vitor, pelo incentivo, pelo cuidado, pela paciência, por acreditarem em mim quando nem eu mesma acreditava, pelo colo sempre disponível e pela presença constante ao longo desta trajetória. Eu amo vocês!

À minha amiga Fabiana, que sempre esteve ao meu lado, ajudando a tornar mais leve e divertido esse caminho, por estar sempre disponível para trocar ideias, ouvir os dilemas e ajudar no que fosse preciso. Agradeço imensamente todas as conversas, apoio e reflexões.

Aos participantes desta pesquisa pelo acolhimento, pela confiança e pela gentileza. Esta pesquisa só foi possível graças à contribuição de vocês.

À Anelisa, Débora e Neftali, que cuidadosamente fizeram a leitura do material, e contribuíram com a discussão dos resultados.

À equipe e aos usuários do CAPS onde tive a oportunidade de fazer estágio durante a graduação, por tudo que me ensinaram nos três semestres que estivemos juntos.

À Adriana, secretária da pós-graduação, sempre disposta a ajudar e esclarecer as inúmeras dúvidas burocráticas que surgiram.

Ao Núcleo de Estágios e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo
financiamento parcial desta pesquisa.

SUMÁRIO

Para início de conversa	7
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: origens.	10
1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial: características básicas.	16
1.3 Oficinas terapêuticas: modalidades e finalidades.	20
1.4 Oficinas terapêuticas: algumas problematizações	23
1.5 Oficinas terapêuticas: panorama da literatura científica	27
2. OBJETIVOS	41
2.1 Objetivo geral.	41
2.2 Objetivos específicos	41
3. MÉTODO.....	42
3.1 Desenho metodológico.	42
3.2 Participantes.....	43
3.3 Instrumentos.	45
3.4 Estratégia para coleta de dados.	46
3.5 Estratégia para análise de dados	47
3.6 Aspectos éticos.	49

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 Concepções sobre aspectos basilares das oficinas terapêuticas.....	53
4.1.1 Concepções sobre o valor terapêutico das oficinas terapêuticas.....	53
4.1.2 Concepções sobre os objetivos das oficinas terapêuticas.....	58
4.1.3 Concepções sobre as especificidades das diferentes modalidades de oficinas terapêuticas	62
4.2 Concepções sobre a (não)adesão às oficinas terapêuticas.....	66
4.3 Concepções sobre critérios de indicação e benefícios das oficinas terapêuticas	73
 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
 REFERÊNCIAS	85
 APÊNDICES	99
APÊNDICE 1 - Roteiro de entrevista semiestruturada	100
APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	105

Para início de conversa...

Diego não conhecia o mar.

O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.

Viajaram para o Sul.

Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

*Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito
caminhar, o mar estava na frente de seus olhos.*

*E foi tanta imensidão do mar, e tanto o seu fulgor,
que o menino ficou mudo de beleza.*

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

- Me ajuda a olhar!

(Galeano, 2015, p.15)

Busco nas palavras do escritor uruguaio Eduardo Galeano um suporte para a apresentação do caminho que percorri até aqui com o desenvolvimento deste estudo. Assim como Diego, eu não conhecia “o mar”, isto é, a imensidão que é a saúde mental, e consequentemente, não conhecia as oficinas terapêuticas. Quando tive a oportunidade de entrar em contato com esse campo do conhecimento, pela vontade de colocar em prática o aprendizado teórico de uma clínica antimanicomial, fiquei “muda” com tanta diversidade, e precisei de ajuda para olhar cuidadosamente para as possibilidades e os desafios que encontrava pela frente.

Meu interesse por este caminho surgiu a partir da experiência vivida no Estágio Profissionalizante em Psicologia Clínica e Social oferecido pelo Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo II, nos anos de 2014 e 2015. Tal atividade despertou-me muitas curiosidades, pois me deparei com um campo de prática e pesquisa muito rico e vivo,

uma vez que o referido CAPS era um ambiente repleto de pessoas, cheiros e sons e, sendo assim, se mostrava um local de muitas possibilidades de assistência em saúde mental.

Durante o estágio, tive a oportunidade de coordenar uma oficina terapêutica. Com esta experiência, pude perceber a importância desse tipo de prática como um espaço onde é possível valorizar o potencial criativo de cada usuário, além de promover o fortalecimento da autoestima e da autoconfiança e, como consequência, fomentar a (re)inserção social e a desinstitucionalização preconizadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foi uma oportunidade por meio da qual pude criar vínculos com os usuários, e também entender melhor a função das oficinas terapêuticas. Por outro lado, a experiência trouxe inúmeros questionamentos, tais como: O que é possível em uma oficina terapêutica? O que faz com que uma oficina seja terapêutica? Para que, por quem e por que esse tipo de prática deve ser realizada?

Tomando como ponto de partida esses – e outros – questionamentos, com o presente estudo procurei compreender as concepções de profissionais vinculados a CAPSs e que coordenam oficinas terapêuticas sobre o papel das mesmas no contexto da assistência em saúde mental. Dessa forma, pretendi ampliar a discussão acerca de uma das práticas mais emblemáticas dos CAPSs e sobre os desafios inerentes à construção de serviços de saúde que se propõe a promover saúde mental no território. Trata-se de uma discussão de grande relevância tendo-se em vista que serviços dessa natureza, como alertam Pande e Amarante (2011), eventualmente podem acabar produzindo uma nova forma de cronicidade, distinta em alguns aspectos, porém tão prejudicial quanto aquela produzida pelos manicômios.

Inicialmente, serão apresentadas informações sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com destaque para a demarcação de seus antecedentes e a caracterização do atual modelo de atenção à saúde mental, no qual os CAPSs desempenham um papel de

extrema relevância. Em um segundo momento, o foco serão as oficinas terapêuticas, com uma diferenciação de suas modalidades, uma problematização sobre suas especificidades e o estabelecimento de um panorama acerca da produção científica brasileira sobre o tema.

Na sequência, serão detalhados os objetivos do presente estudo, bem como o método empregado. Os resultados, organizados em categorias e subcategorias, serão, então, apresentados e discutidos. Por fim, serão veiculadas as considerações finais do presente estudo.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: origens

No Brasil, assim como em diversos outros países, a assistência em saúde às pessoas em sofrimento psíquico foi, por muito tempo, permeada pelo descaso, pela segregação e pela violência (Devera & Costa-Rosa, 2007). Somente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que ganhou corpo no país nos anos 1980, é que se começou a pensar em novas formas de oferecer cuidado em saúde a tal população. Como resultado desse processo, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), serviços extra-hospitalares de saúde mental que possuem um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que foram concebidos como substitutivos aos manicômios. Assim, os CAPSs buscam oferecer, em seu território de abrangência, cuidado personalizado e promotor de vida e cidadania às pessoas em sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2005).

É importante destacar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo político e social complexo, norteado por uma importante mudança na forma como vemos e compreendemos a experiência humana da “loucura”, e também composto por vários segmentos da sociedade e instituições que visam desconstruir conceitos fundadores da Psiquiatria – como “desordem”, “alienação”, “cura”, “normalidade” e “anormalidade” – e promover transformações de práticas, saberes e valores presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental. Porém, de acordo com Tenório (2002), as palavras “reforma” e “Psiquiatria” caminham juntas desde o nascimento desta especialidade médica. Isso porque, como destaca o autor, foi com o nascimento da Psiquiatria, no final do século XVIII, que os “loucos” passaram a receber um tratamento distinto daquele que recebiam nos hospitais medievais juntamente com outros personagens marginalizados socialmente.

O filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), em sua obra *História da loucura na Idade Clássica*, discute a relação da sociedade com a “loucura” no decorrer dos anos, bem como o nascimento da Psiquiatria e as intervenções médicas oferecidas aos “loucos”. O autor aponta que, durante a Idade Média, os hospitais não eram uma instituição médica, mas, sim, de caridade, sendo que, nesta época, paradoxalmente a “loucura” era concebida como comédia e tragédia, erro e verdade, e os “loucos” eram vistos como demônios ou endeusados (Foucault, 1961). Já no século XVII, surgem os chamados “hospitais-gerais”, que assumem uma função de ordem social e política mais explícita, e assim se define, como consequência, um novo lugar para os “loucos” e para a “loucura” na sociedade ocidental. A internação psiquiátrica, inclusive, passou a ser determinada por autoridades reais e judiciárias na época.

Segundo Foucault (1961), com a Revolução Francesa os hospitais-gerais foram perdendo sua função original de controle social e assumiram a responsabilidade de tratar os enfermos e realizar exames, de modo que se tornaram um espaço para a reprodução do saber médico. A partir disso, o médico passou a ser o personagem fundamental desse cenário. Houve, então, uma reestruturação do espaço social, não se admitindo que nenhum cidadão fosse mais encarcerado arbitrariamente, com exceção dos “loucos”. Estes passaram a ser vistos como doentes que necessitavam de tratamento e, para tanto, foram criadas instituições específicas: os manicômios. Conforme Amarante (1995b), os manicômios possibilitaram o nascimento da Psiquiatria, pois viabilizaram o trabalho de descrição e de agrupamento dos diferentes tipos de sintomas e a denominação dos transtornos mentais.

No fim do século XVIII, o médico francês Philippe Pinel (1745-1826), precursor da Psiquiatria, difundiu o entendimento das doenças mentais como um desequilíbrio das paixões e, assim, os “loucos”, também chamados de “alienados”, deveriam ser tratados

para que voltassem para a realidade, dominando seus impulsos e afastando suas ilusões. Com essa finalidade, Pinel defendia a adoção de um “tratamento moral” articulado a um “trabalho terapêutico” e fundamentado na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio da “disciplina”, que poderia ser imposta também por meio da repressão, em tratamento asilar, sob regime de completo isolamento (Guerra, 2004).

No século XX, os manicômios se expandiram e se tornaram cada vez mais segregadores e repressivos em diversos países, inclusive no Brasil, distanciando-se, assim, dos princípios originalmente defendidos por Pinel, na medida em que a proposta do “trabalho terapêutico” foi abandonada. Passou a prevalecer a exclusão social dos “loucos”, e a “correção” do comportamento dos mesmos era feita à custa da violência e da humilhação. Dessa forma, após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade percebeu que as condições de vida a que eram submetidos os “loucos” não se diferenciavam muito daquelas que os prisioneiros nos campos de concentração haviam experimentado. Além disso, a situação dos manicômios era incompatível com os projetos de reconstrução democrática na Europa (Amarante, 2008).

Nesse contexto, surgem, principalmente na Europa, as primeiras tentativas – com algumas variações de um país para outro – de reorganizar o sistema de saúde mental em prol da construção de um novo estatuto social para os “loucos”. Iniciam-se, então, as chamadas Reformas Psiquiátricas. De modo geral, as principais correntes de tal movimento foram a Psicoterapia Institucional, as Comunidades Terapêuticas, a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria Democrática (Amarante, 2008).

A Psicoterapia Institucional surgiu na França, tendo sido protagonizada pelo psiquiatra François Tosquelles (1912 -1994) e fortemente influenciada pela Psicanálise. Esta corrente enfatizava a importância da relação entre terapeuta e paciente e, dessa

forma, posicionava-se pela defesa da manutenção de um espaço especial de acolhimento e convívio dentro do hospital para pessoas em sofrimento psíquico. Além disso, estimulava a realização de reuniões em que se discutiam abertamente as dificuldades, os projetos e planos de cada paciente, bem como assembleias e outras atividades coletivas (Passos, 2012).

O conceito de Comunidade Terapêutica foi criado pelo psiquiatra Maxwell Jones (1907-1990) na Inglaterra para aludir a experiências em hospitais psiquiátricos baseadas na utilização de técnicas que incentivavam a participação ativa de pacientes, técnicos e familiares no tratamento, com o intuito de potencializar transformações e mudanças. Como consequência, a organização do hospital era feita de forma democrática (Vieira, 2007). Para Amarante (2008), a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas tinham em comum a intenção de qualificar a Psiquiatria a partir da implementação de mudanças no hospital psiquiátrico para que este se transformasse em uma instituição efetivamente terapêutica.

Já a Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária, foi proposta Gerald Caplan (1917-2008) e começou a ser desenvolvida nos Estados Unidos da América com base na distinção de três níveis de prevenção para a Psiquiatria: primária, secundária e terciária. Como consequência, previa, sucessivamente o desenvolvimento de intervenções em condições individuais e ambientais que pudessem representar maiores risco de adoecimento mental, o diagnóstico e o tratamento precoce e, por fim, a readaptação do paciente à vida social após sua melhora. Na perspectiva da Psiquiatria Preventiva, portanto, a internação psiquiátrica era utilizada apenas quando outros recursos possíveis se esgotavam. E a utilização estratégica da noção de “crise” permitia, em última instância, a ampliação da ação da Psiquiatria para além da concepção restrita de doença mental (Ribeiro, 2004).

Mas, para conferir o devido contexto à Reforma Psiquiátrica Brasileira e à criação dos CAPSs, há que se destacar a experiência da Psiquiatria Democrática na Itália, que teve início nos anos 1960 e foi protagonizada pelo psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980). Tal corrente sugeria uma mudança na abordagem até então característica da Psiquiatria, de forma que a doença mental deveria ser “colocada entre parênteses”, o que implicava na recusa à redução do sujeito à mesma. Logo, o foco de atenção da Psiquiatria deveria voltar-se para a existência-sofrimento dos indivíduos, e isso demandava a desnaturação de conceitos pré-estabelecidos e julgamentos construídos sobre a “loucura” que levavam à exclusão social do “louco” (Amarante, 1994).

Em termos práticos, Basaglia propôs a criação de novos serviços de saúde mental, de natureza aberta, pois entendia que certos comportamentos apresentados por pacientes internados em manicômios decorriam da própria institucionalização, e não da doença mental (Amarante, 1994). Como base neste entendimento, foram criados em Trieste os chamados Centros de Saúde Mental, serviços que funcionavam 24 horas, em regime aberto, distribuídos em várias regiões da cidade, de forma criteriosa, constituindo uma rede territorial de atendimento da qual também faziam parte ambulatorios para o atendimento de emergências psiquiátricas em hospitais gerais, cooperativas de trabalho e moradias assistidas. O manicômio da cidade, inclusive, foi fechado com a criação de tal rede.

É importante esclarecer que os Centros de Saúde Mental, conforme concebidos por Basaglia, não eram serviços que visavam meramente à continuidade do tratamento após a alta hospitalar, mas, sim, buscavam assegurar às pessoas em sofrimento psíquico um espaço de cidadania, criando possibilidades de trabalho, moradia, lazer e cultura a partir da formação das cooperativas de trabalho e da construção das moradias assistidas. Logo, a implementação dos Centros de Saúde Mental evidenciou que a

desinstitucionalização é um processo mais amplo do que a desospitalização, na medida em que partiu do princípio de que as práticas “disciplinares” típicas dos manicômios eventualmente poderiam assumir novas roupagens em outros serviços de saúde se a lógica manicomial da exclusão social não fosse abandonada definitivamente (Figueiredo & Rodrigues, 2004).

Já no Brasil, as décadas de 1960 e 1970 são marcadas pelo período que ficou conhecido como “indústria da loucura”, durante o qual o setor psiquiátrico privado recebeu grandes investimentos do governo e, assim, houve um acentuado aumento da quantidade de leitos (Resende, 1994). A Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu no final dos anos 1970, em certo sentido, como uma reação a este processo. Ocorre que, tendo sido influenciada diretamente pela Psiquiatria Democrática e protagonizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a Reforma Psiquiátrica Brasileira levou, conforme Amarante (2008), à implementação gradativa de serviços de saúde que, a exemplo dos CAPSs, procuram substituir os manicômios e, sobretudo, a lógica manicomial.

Profissionais de saúde mental em todo o país aderiram ao lema “Por uma sociedade sem manicômios”, preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, e, ao longo dos anos 1980, foram promovidas discussões e realizadas novas experiências de intervenções com pessoas em sofrimento psíquico, além de que foram denunciadas a falta de recursos, humanos e materiais, nos manicômios, situações que contribuíam para a perseveração das condições precárias que neles imperavam (Amarante, 1995a). Por fim, é válido mencionar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, embora tenha surgido paralelamente à Reforma Sanitária Brasileira, movimento mais abrangente que promoveu grandes transformações no campo da saúde pública como um todo e culminou com a

criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, somente foi convertida em legislação posteriormente, como será exposto adiante.

1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial: características básicas

Na segunda metade dos anos 1980, inicia-se a experiência do Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, o primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos. Outros serviços semelhantes surgiram gradativamente pelo país e foram inicialmente regulamentados apenas por meio da Portaria GM 224/1992, segundo a qual os mesmos se enquadrariam como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (Brasil, 1992).

Além disso, a referida Portaria estabelecia que os NAPSs/CAPSs se constituiriam como porta de entrada da rede de serviços de saúde mental, oferecendo, de forma regionalizada, atendimento a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, de serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação. Outrossim, deveriam contar com leitos para repouso oferecer refeições de acordo com o turno de frequência, podendo funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. E os atendimentos oferecidos ocorreriam individualmente (atendimento medicamentoso, psicoterapêutico, dentre outros) ou em grupos (grupo operativo ou oficina terapêutica, por exemplo), abrangendo também visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias voltadas à (re)inserção social dos usuários (Brasil, 1992).

Atualmente, os CAPSs são regulamentados pela Portaria GM 336/2002, a qual amplia o alcance e a complexidade desses serviços de saúde. De acordo com tal documento, os CAPSs organizam-se segundo o perfil populacional dos municípios

brasileiros, integram a rede do SUS – ocupando lugar central na rede de atenção em saúde mental, conforme a Figura 1 – e se distinguem, essencialmente, pelo porte, pela capacidade e pela clientela. Assim, são diferenciados os seguintes tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (Brasil, 2002).



Figura 1: Rede de atenção à saúde mental no Brasil (Fonte: Ministério da Saúde, 2004)

Os CAPSs I e II funcionam de segunda-feira à sexta-feira, por oito horas diárias, e oferecem atendimento diurno para adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O que difere os dois tipos é o tamanho populacional das cidades em que são implementados, sendo que os CAPSs I se localizam em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e o CAPSs II em cidades com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Os CAPSs III também possuem o mesmo público e encontram-se em

idades com população acima de 200.000 habitantes, sendo que devem oferecer atendimento diurno e noturno 24 horas por dia, inclusive aos finais de semana e feriados, durante todos os dias da semana. Os CAPSSi se destinam ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Já os CAPSSad são voltados ao atendimento diário da população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, e podem funcionar como CAPSs III, disponibilizando leitos de hospitalidade, quando necessário (Ministério da Saúde, 2004).

Ainda de acordo com a Portaria GM 336/2002, qualquer CAPS pode oferecer três regimes de atendimento aos usuários, a saber: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

O atendimento intensivo acontece em todos os dias de funcionamento do serviço e geralmente é oferecido a pessoas com grave sofrimento psíquico, em situação de crise e dificuldades de convívio social. Já o atendimento semi-intensivo é voltado aos usuários que apresentam melhora ou conseguem manter seus relacionamentos, de modo que seu convívio social se encontra minimamente preservado, mas ainda necessitam de atenção direta da equipe para atingir mais autonomia. O atendimento não-intensivo, por fim, se destina aos casos para os quais o suporte oferecido pelo CAPS não necessita ser contínuo (Brasil, 2002).

Vale destacar que a Portaria GM 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), preconiza que os CAPSs constituem os serviços de referência em termos da atenção especializada em saúde mental, já que devem promover a (re)inserção social dos usuários, em sua área de abrangência. Porém, esta Portaria sublinhou que os CAPSs devem estar articulados com outros pontos de atenção da rede, como as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), os Centros de Convivência, as equipes de Consultório na Rua e os serviços de urgência e emergência,

como o Serviço Móvel de Atendimento à Urgência (SAMU) e as Unidade de Pronto Atendimento (UPAs) (Brasil, 2011).

Tal articulação é essencial tendo-se em conta que, conforme a lógica do cuidado psicossocial a ser desenvolvido no território com base nos CAPSs, os usuários devem ser vistos como parte integrante de uma rede de relacionamentos para que, ao invés de meros portadores de sinais e sintomas, possam se tornar protagonistas sociais. E este entendimento parte da premissa de que o sofrimento psíquico não pode ser reduzido a um estado individual interno e ontológico, mas, sim, há que ser compreendido como o resultado de interações sociais que levam o indivíduo a um estado de não-adaptação, confusão, perda de sentidos, descentralização ou sentimento de vazio e impotência. Dessa forma, a RAPS transformou-se em uma expressão da Reforma Psiquiátrica Brasileira para o fortalecimento do SUS como política de Estado (Yassui et al., 2016).

É preciso salientar também que a Portaria GM 336/2002, ao regulamentar os CAPSs, acompanhou os marcos da Lei 10.216/2001, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Logo, embora tal movimento tenha surgido no final dos anos 1970 e se tornado mais robusto nos anos 1980, foi somente no início dos anos 2000 que seus princípios se concretizaram em legislação, o que revela dificuldades quanto à superação do antigo modelo assistencial em saúde mental. Possivelmente tais dificuldades, ao menos em parte, derivaram da abrangência e complexidade da referida Lei, características que se tornam evidentes quando se observa que a mesma estabeleceu que caberia ao Estado tanto o desenvolvimento da política de saúde mental quanto a realização de ações de saúde direcionadas às pessoas com transtornos mentais, sempre estimulando a participação da sociedade e da família neste processo.

Por outro lado, a transformação do modelo assistencial em saúde mental também representa

um grande desafio, na medida em que envolve o redimensionamento do lugar social reservado à “loucura”. Como bem observou Lobosque:

“Fazer caber” o louco na cultura é ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites. Uma sociedade não tem como desconstruir seus manicômios permanendo intocada em sua estruturação: pensar, propor, sustentar formas de contrato social nas quais não seja mortífera a presença da loucura, é algo que faz parte de uma clínica antimanicomial (1997, p. 23).

De qualquer forma, avanços significativos têm sido verificados nas duas últimas décadas quanto à consecução dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Alguns desses avanços podem ser constatados quantitativamente por meio de dados divulgados pelo Ministério da Saúde, como é o caso do indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes, que no país era de 0,21 em 2002 e em 2014 foi de 0,86. Além disso, no mesmo período o número de CAPSs em funcionamento passou de 424 para 2.209, sinalizando um movimento de expansão e interiorização (Ministério da Saúde, 2015). Porém, esse número ainda pode ser considerado insuficiente considerando-se a extensão territorial e a população do Brasil.

1.3 Oficinas terapêuticas: modalidades e finalidades

Com a reconfiguração da atenção à saúde mental estabelecida pela Lei 10.216/2001 e com a regulamentação dos CAPSs operacionalizada mediante a Portaria GM 336/2002, surgiram novas propostas de atendimento em saúde às pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva da articulação entre o cuidado clínico e a atenção psicossocial. Sendo assim, houve maior difusão do trabalho multiprofissional, da escuta

e do acolhimento por meio da implementação da proposta do Projeto Terapêutico Singular, o qual contempla um conjunto de condutas terapêuticas articuladas entre a equipe de saúde e os usuários visando a reintegração social dos mesmos (Ministério da Saúde, 2007).

Oliveira (2008) salienta que, para construir um Projeto Terapêutico Singular, é preciso refletir sobre as atividades que estão sendo propostas para cada usuário, a fim de que se possa ter clareza, por exemplo, acerca de seus objetivos, de quais instituições e profissionais estarão envolvidos em seu desenvolvimento, de como e onde elas vão acontecer e, posteriormente, seja possível verificar se houve adesão ou não. Trata-se, portanto, de elaborar uma proposta a partir da própria prática, pensando e trabalhando. Logo, é necessário que as equipes de saúde compreendam que o Projeto Terapêutico Singular não é feito “para” o usuário, mas, sim, “junto” com o usuário.

É nesse contexto que as oficinas terapêuticas se difundiram e vieram se tornar, gradativamente, um dos principais dispositivos de tratamento nos CAPSs (Ministério da Saúde, 2004). Ressalte-se, porém, que as oficinas terapêuticas já constavam da Portaria GM 224/1992, que, como mencionado, definiu as condutas terapêuticas a serem colocadas em prática nos CAPSs/NAPSs. E, antes disso, foram incluídas na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) em 1991, por meio da Portaria SNAS 189/1991, cujo objetivo foi a “diversificação de métodos e técnicas terapêuticas voltadas a portadores de transtornos mentais” (Brasil, 1991).

Nesta Portaria, foram diferenciados dois tipos de atendimentos em oficinas terapêuticas. O chamado “atendimento em oficinas terapêuticas I” compreendia atividades grupais com no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes e que visavam à socialização, à expressão e à (re)inserção social dos mesmos. Tais oficinas possuíam

duração de 2 horas, deveriam ser coordenadas por profissional de nível médio, englobavam atividades variadas, como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato e artes plásticas, e somente poderiam ocorrer em serviços extra-hospitalares que contassem com pelo menos quatro profissionais de saúde de nível superior (Brasil, 1991).

Já o chamado “atendimento em oficinas terapêuticas II” dizia respeito a atividades grupais, também com no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes, e destinadas à socialização, à expressão e à (re)inserção social, sendo que se diferenciavam na medida em que deveriam ser coordenadas por profissional de saúde de nível superior e não possuíam duração pré-estabelecida. As atividades pelas quais o coordenador se encarregava eram teatro, cerâmica, artesanato e artes plásticas, as quais necessariamente deveriam ter lugar em serviços extra-hospitalares com equipe composta por pelo menos quatro profissionais de saúde de nível superior (Brasil, 1991).

Uma cartilha publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde definiu as oficinas terapêuticas como um conjunto diversificado de atividades que são realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. E realçou que tais atividades devem ser oferecidas de acordo, por um lado, com as necessidades e interesse dos usuários dos CAPSs e, por outro lado, com as possibilidades dos técnicos do serviço, visando a promoção da (re)inserção social e (re)integração familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades e o estímulo ao exercício da cidadania (Ministério da Saúde, 2004).

Na mesma publicação, as oficinas terapêuticas foram divididas em três modalidades principais: oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização. As primeiras constituem espaços de expressão plástica, corporal, verbal e musical, dentre outras possibilidades. As segundas têm como finalidade a geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, como culinária, marcenaria e

cerâmica. Já as terceiras são destinadas especificamente aos usuários que não foram letrados e procuram incentivar o exercício da leitura e da escrita (Ministério da Saúde, 2004). Mas é recomendável que cada CAPS ofereça mais de um tipo de oficina terapêutica. Somente assim cada usuário poderá decidir, juntamente com a equipe de saúde, se uma determinada oficina terapêutica será incluída ou não em seu Projeto Terapêutico singular.

Pádua e Moraes (2010) salientam que as oficinas terapêuticas expressivas se mostram importantes na medida em que são intermediárias da construção de vínculos entre os usuários e entre os usuários e o coordenador. Além disso, estimulam os usuários a compartilhar suas histórias, suas experiências e seus sentimentos, não necessariamente, porém, por meio da linguagem verbal. As oficinas terapêuticas geradoras de renda, conforme Gigante (2011), contribuem com a produção de autonomia e o fortalecimento da contratualidade, de modo que são estratégias fundamentais nos projetos de inclusão social pelo trabalho. As oficinas terapêuticas de alfabetização talvez se afigurem como as menos difundidas na atualidade, mas possuem objetivos específicos de grande relevância a julgar pelo fato de que muitos usuários encontram dificuldades para ler e escrever.

1.4 Oficinas terapêuticas: algumas problematizações

De acordo com Costa e Figueiredo (2004), práticas que remetem – direta ou indiretamente – ao que hoje se concebe como uma oficina terapêutica eram desenvolvidas com o intuito de ocupar o tempo dos pacientes psiquiátricos nos hospitais e, assim, manter um certo nível de tranquilidade no ambiente. Frente a este propósito, a música era uma ferramenta bastante comum, sendo, porém, tipicamente utilizada como uma simples distração, e não como possibilidade de expressão e comunicação. Mas, com a difusão do modelo de atenção psicossocial, iniciativas dessa natureza passaram a ser questionadas.

Afinal, como destacam Andrade e Costa-Rosa (2004), as oficinas terapêuticas, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, não podem se afigurar como uma mera forma de entretenimento ou de ocupação de tempo ocioso.

O trabalho, por meio da execução de diferentes atividades, também se sobressai como uma ferramenta recorrentemente adotada ao longo da história – desde um período anterior ao nascimento da Psiquiatria – para controlar os “loucos” e, assim, garantir a manutenção da ordem social, conforme Guerra (2004). Afinal, na época em que as internações eram decididas por autoridades reais e judiciárias, a “loucura” e outras formas de “improdutividade” eram condenadas pela burguesia, o que levou à criação das chamadas “casas de correção”. Como lembra a autora, nestas instituições “tecia-se, fiava-se, poliam-se lentes, moía-se farinha, dentre outras atividades impostas. Para manter a ocupação dos internos, chegou-se mesmo a usá-los para substituir os cavalos na moinha” (p. 26).

Como já mencionado, Pinel modificou tal cenário ao propor o “trabalho terapêutico” como um dos pilares de seu “tratamento moral”. Consequentemente, a atividade e o trabalho se fixaram no terreno da Psiquiatria. No Brasil do início do século XX, o movimento higienista, inspirando-se em Pinel, fomenta a criação das chamadas “colônias agrícolas”, onde pacientes psiquiátricos realizavam atividades eminentemente relacionadas ao plantio de frutas e hortaliças e à criação de animais. O trabalho era uma “imposição terapêutica”, além de que ocupava o tempo ocioso dos pacientes, gerava renda para manutenção das instituições e, supostamente, preservava a ordem social (Andrade & Costa-Rosa, 2014). Tal utilização do trabalho em saúde mental se tornou objeto de problematização tardiamente no país, uma vez que se revelava incompatível com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para Galletti (2004), as oficinas terapêuticas surgem como desdobramento desta constatação e se constituem como um novo dispositivo de tratamento justamente porque partem da premissa de que o respeito à singularidade dos usuários deve ser observado como diretriz principal. A autora ainda sublinha que a beleza das oficinas terapêuticas estaria associada ao fato de admitirem diferentes formatos e composições. Acompanhando este raciocínio, Lima (2004) defende que as oficinas terapêuticas organizam e estruturam o cotidiano institucional dos serviços de saúde mental e, assim, são fundamentais para a construção de uma clínica ampliada. Ademais, observa que, em uma oficina terapêutica, é possível intervir com diversas ferramentas que concorrem para a produção de subjetividades – como o cinema, a música e o esporte, por exemplo – e que podem criar possibilidades diversificadas de recomposição de uma corporeidade existencial¹.

Almeida (2004) reforça a relevância das oficinas terapêuticas ao afirmar que tais dispositivos de tratamento preenchem o espaço-tempo institucional, tornando-se por excelência, lugar de encontro dos discursos de quem cuida e de quem é cuidado. Para a autora, por essa razão a partir das oficinas terapêuticas se pode criar intercâmbio com o território, como um elo com o mundo exterior. Já Corbisier (2000) salienta que a escuta é essencial em uma oficina terapêutica, pois permite a compreensão do significado da experiência do sofrimento do usuário. Greco (2004) explora outro ponto de vista ao afirmar que as oficinas terapêuticas, visando o estímulo à criatividade dos usuários, podem também promover a produção de objetos a serem comercializados, o que contribuiria para a (re)inserção social dos mesmos pelo trabalho.

Para Rauter (2000), contudo, os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira podem ser colocados em prática por meio de diferentes ações que sejam capazes de

¹ Expressão criada pelo filósofo francês Félix Guatarri (1930-1992).

contribuir com a (re)inserção dos usuários, seja por meio do trabalho, da arte, ou proporcionado o acesso dos mesmos aos meios de comunicação de modo a fomentar a superação do isolamento que caracteriza a vivência subjetiva da “loucura”. Sendo assim, as oficinas terapêuticas se mostrarão terapêuticas de fato “caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre produção desejante e produção da vida material, caso consigam conectar-se com o plano de imanência da vida, o mesmo plano com base no qual são engendradas a arte, a política e o amor” (p. 269).

É interessante mencionar que Lopes (1996), antes mesmo da popularização das oficinas terapêuticas, alertou que tal dispositivo de tratamento deveria ser utilizado criteriosamente pelos profissionais de saúde. Ocorre que a ausência de reflexões sobre o “por quê” e o “para quê” do próprio trabalho contribuiria para o exercício da “velha Psiquiatria”, inclusive por meio das oficinas terapêuticas. Outro cuidado a ser observado a propósito da realização de oficinas terapêuticas foi apontado por Pádua e Moraes (2010). Para as autoras, as oficinas terapêuticas não podem, em absoluto, ser impostas aos usuários dos CAPSs. Ao contrário, os usuários é que deverão decidir quais oficinas terapêuticas lhes interessam ou não.

Por fim, parece razoável propor que o valor terapêutico das oficinas terapêuticas será preservado – ou potencializado – se as lições proporcionadas por dois expoentes da saúde mental brasileira não forem esquecidas. E ambos desenvolveram um trabalho revolucionário décadas antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São eles Osório César (1985-1979) e Nise da Silveira (1905-1999). Ocorre que os mesmos foram responsáveis por experiências que podem ser apontadas como o embrião das práticas hoje designadas como oficinas terapêuticas.

Osório César trabalhou no Hospital Psiquiátrico do Juquery, na cidade de São Paulo, e valorizava a produção artística dos pacientes. Sua motivação principal era ensinar

um ofício que os mesmos pudessem exercer após a alta hospitalar (Lima, 2009). Portanto, defendia a profissionalização em arte como caminho para a desinstitucionalização. Já Nise da Silveira, trabalhando no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Rio de Janeiro, evidenciou que a transformação da lógica assistencial em saúde mental vigente à época seria possível mediante a utilização terapêutica de diferentes atividades artísticas. Graças às suas inovações, os pacientes, antes incumbidos apenas de atividades laborativas, em especial voltadas à limpeza e à manutenção do próprio hospital, tiveram a oportunidade de participar de ateliês de pintura e modelagem por meio dos quais expressavam seus sentimentos e manifestavam seus desejos (Guerra, 2004).

1.5 Oficinas terapêuticas: panorama da literatura científica

Com a finalidade de obter um breve panorama do conhecimento que tem sido produzido nos últimos anos no país a respeito da utilização das oficinas terapêuticas em serviços de saúde mental e difundido por meio de artigos em periódicos científicos, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scientific Electronic Library Online – Brasil (SciELO–Brasil), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic) e Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS–Psi). Para tanto, foram conduzidas buscas nas referidas bases de dados utilizando a palavra-chave “oficina terapêutica”, no singular e no plural, sem utilizar qualquer cruzamento com outra palavra-chave e sem especificação do campo de busca, de modo a viabilizar resultados mais abrangentes. As buscas foram concluídas em 07 de outubro de 2017 e levaram à localização de 58 referências, já com a exclusão das repetições.

Em um primeiro momento, os resumos das referências localizadas foram lidos com a intenção de determinar se de fato em todas elas a utilização de oficinas terapêuticas em serviços de saúde mental se afigurava como o principal objeto de estudo. Por meio de

tal procedimento, constatou-se que 31 referências na realidade não se ocupavam diretamente das oficinas terapêuticas, ou então tratavam do emprego de oficinas terapêuticas em serviços de saúde não-especializados em saúde mental. Dessa forma, apenas 27 das 58 referências localizadas serão consideradas aqui. A seguir apresentaremos uma síntese de cada uma delas, em ordem cronológica decrescente, destacando suas principais características.

O estudo de Ibiapina et al. (2017) analisou, a partir da visão de profissionais de saúde, o impacto das oficinas terapêuticas na vida de pessoas com transtornos mentais atendidas em um CAPS de Fronteiras-PI. Para tanto, utilizaram como instrumento uma entrevista semiestruturada. Verificou-se que, para na avaliação dos profissionais, as oficinas terapêuticas são de suma importância para a (res)socialização dos usuários. Além disso, proporcionam a reflexão, o diálogo e a construção de vínculos. Sendo assim, as oficinas terapêuticas contribuem para a aproximação dos usuários em relação ao cotidiano da família e da comunidade, constituindo-se como uma ferramenta potente para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Já Mendes, Lopes e Lobo (2016) relataram a experiência de uma oficina terapêutica realizada em um CAPSad na cidade de Fortaleza-CE. Tal prática foi desenvolvida a partir da construção de um teatro de fantoches, com foco na promoção de habilidades e capacidades para o desempenho ocupacional dos usuários. Porém, as autoras referiram a preocupação de não reduzir a oficina terapêutica à obtenção de um “produto final”. Dessa forma, os principais resultados obtidos foram a potencialização das singularidades do processo de livre criação dos usuários, além do equilíbrio emocional dos mesmos e da diminuição dos efeitos negativos do uso abusivo de drogas, o que teria propiciado mudanças positivas nos campos afetivo, relacional e social.

Noronha et al. (2016) investigaram as percepções de familiares/cuidadores de adolescentes sobre as oficinas terapêuticas de um CAPSi do Estado de Santa Catarina. A partir do recurso a uma entrevista semiestruturada para a coleta de dados, as autoras verificaram que metade dos entrevistados desconheciam as oficinas terapêuticas que seus entes desenvolviam. Ainda assim, compreendiam que este dispositivo de tratamento era benéfico. Como benefícios específicos, foram apontadas melhoras no tocante à comunicação, à autoestima, à convivência familiar, ao enfrentamento de problemas cotidianos e à disposição para atividades diárias. De qualquer forma, foi salientada a importância de um maior envolvimento dos familiares/cuidadores – a ser promovido pelos profissionais de saúde – nas ações de cuidado ofertadas no serviço.

Farias et al. (2016) procuraram compreender a percepção de profissionais de saúde a respeito do funcionamento de oficinas terapêuticas. As autoras entrevistaram médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais que atuavam em diversos CAPSs de Pelotas-RS. Observou-se que parte dos profissionais entendia que as oficinas terapêuticas proporcionavam aos usuários meios para que os mesmos pudessem explorar suas potencialidades e capacidades. Além disso, foi ressaltado que as oficinas terapêuticas eram reconhecidas como espaços de expressão e produção de subjetividades, nos quais é possível estabelecer diálogos e interações que permitem trocas entre profissionais de saúde e usuários.

O estudo de Brandt et al. (2015) se afigura como um relato da experiência com oficinas terapêuticas em um CAPSi de Santa Cruz do Sul-RS. No desenvolvimento de tal prática, os sonhos eram utilizados como recurso lúdico, juntamente com desenhos, pinturas, brincadeiras e jogos. Conforme a avaliação das autoras, esta estratégia estimulou a fantasia criativa das crianças e dos adolescentes participantes. Como consequência,

viabilizou a simbolização do sofrimento por eles vivenciado e a posterior resolução de conflitos importantes.

Luci, Raccioni e Maximiano (2015) também relataram uma experiência, porém sobre a utilização de oficinas terapêuticas em uma residência terapêutica no interior do Estado de São Paulo. As autoras empregaram técnicas baseadas no Teatro do Oprimido a fim de proporcionar aos participantes novas vivências. A experiência culminou na confecção e apresentação de uma peça teatral. De acordo com as autoras, a oficina terapêutica em questão possibilitou a reafirmação da potencialidade que as experiências artísticas possuem na (re)elaboração dos sentidos e da consciência e na (re)descoberta de si e do outro.

No estudo realizado por Nunes, Torres e Zanotti (2015), buscou-se analisar as práticas de psicólogos que coordenavam oficinas terapêuticas em cinco CAPSs de um município do Nordeste brasileiro. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada. Os resultados revelaram que a maioria dos psicólogos relatou realizar oficinas terapêuticas expressivas, pois entendia que as mesmas se afiguravam como uma oportunidade de promover a convivência e a comunicação entre os usuários. No entanto, verificou-se que parte dos psicólogos não possuía total clareza em relação às possibilidades das oficinas terapêuticas, e por isso, encontrava dificuldades em planejá-las. Este estudo ainda apontou a falta de recursos (físicos e teóricos) como uma das dificuldades que podem ser encontradas por profissionais no desenvolvimento de oficinas terapêuticas em CAPSs.

Kinker e Imbrizi (2015) promoveram reflexões sobre as condições e os critérios que levam profissionais de saúde a recorrer as oficinas terapêuticas no trabalho em saúde mental. Além disso, questionaram a reprodução de práticas voltadas à “normalização” dos usuários, a exemplo daquelas que eram típicas dos manicômios. Os autores

fundamentaram suas reflexões tanto na literatura especializada quanto na própria experiência em serviços de saúde mental. Como resultado, problematizaram a crença, frequente entre muitos profissionais, de que toda e qualquer oficina terapêutica produzirá efeitos terapêuticos, bem como realçaram a necessidade de as práticas desenvolvidas em serviços de saúde mental favorecerem a desinstitucionalização, promovendo a mediação entre o sujeito e o território, possibilitando transformações sociais e construindo projetos de vida com os usuários.

Em mais um relato de experiência, Costa et al. (2013) reportaram a prática de uma oficina terapêutica em um CAPSi, em uma cidade do Rio Grande do Sul, mediante o recurso a contos infantis. Participaram de tal oficina terapêutica oito crianças, com idade entre sete e dez anos, que apresentavam dificuldades para frequentar outras atividades e, conseqüentemente, possuíam vínculos frágeis com o serviço. Apoiando-se na apresentação de material clínico acumulado ao longo de dois anos, os autores salientaram que a oficina terapêutica em questão promoveu a socialização e também estimulou a simbolização entre as crianças participantes, bem como propiciou um importante espaço não apenas de criação, mas também de escuta e mediação afetiva que fortaleceu os vínculos entre os participantes e os coordenadores.

O estudo de Cruz e Fernandes (2012) teve como intuito refletir sobre a prática das oficinas terapêuticas. As autoras realizaram observações em dois CAPSs do tipo II na cidade de Salvador-BA e verificaram certos resquícios do velho modelo asilar, bem como o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde do serviço, de todo o potencial das oficinas terapêuticas. Sendo assim, destacaram que, para não incorrerem em ações normalizadoras, os coordenadores das oficinas terapêuticas, sobretudo expressivas, não devem apenas “dar voz” aos usuários, mas, sobretudo, garantir a escuta dos mesmos em suas problemáticas singulares.

Rocha, Soares e Freitas, (2012) relataram a experiência de um projeto de extensão universitária por meio do qual foram realizadas oficinas terapêuticas em um CAPS do tipo II de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais. O objetivo das oficinas terapêuticas em questão foi bastante específico, a saber: proporcionar aos usuários a expressão e o acolhimento de relatos sobre situações de violência vivenciadas pelos próprios. Para os autores, tal objetivo foi atingido, apesar de certas resistências iniciais, pois os usuários puderam identificar diferentes formas de violência às quais foram expostos em variados contextos, ou então de que foram autores, bem como tiveram a oportunidade de ressignificá-las.

Souza e Pinheiro (2012), em outro relato de experiência, descreveram a realização de uma oficina terapêutica desenvolvida mediante o emprego de poesias, a qual foi coordenada por psicólogos em um CAPSad do sudeste brasileiro junto a sete usuários. Os autores esclareceram que os coordenadores, basicamente, procediam à leitura de poesias e, em seguida, promoviam um debate sobre os sentimentos suscitados pelas mesmas nos usuários. Os autores concluíram, a partir do relato dos usuários, que a oficina terapêutica em questão funcionou como um recurso terapêutico capaz de ensejar mudanças positivas, em especial estimulando os participantes a se manifestarem de forma livre, sem preconceitos ou julgamentos. Porém, os autores alertaram que as oficinas terapêuticas não são terapêuticas *a priori*, de forma que é preciso cuidar das relações que se estabelecem em seu âmbito para que a confiança seja a base dos vínculos.

Já Alberti, Costa e Moreira (2011), em uma referência de caráter teórico-clínico, apresentaram uma reflexão sobre as oficinas terapêuticas e o papel desta prática no campo da saúde mental. As autoras inicialmente problematizaram o lugar social da “loucura” e criticaram o emprego de práticas repetitivas e disciplinadoras que, segundo as mesmas, muitas vezes estão presentes em oficinas terapêuticas e servem apenas ao propósito de

ocupar o tempo livre dos participantes. O texto ainda reporta a experiência de uma oficina terapêutica promovida por uma psicóloga e artista plástica em um hospital psiquiátrico, junto a pacientes que se recusavam a participar de qualquer outra atividade. Tal oficina terapêutica possuía uma proposta diferente das demais já existentes na instituição e não se enquadrava na categorização estabelecida pelo Ministério da Saúde, pois permitia aos pacientes escolher o que gostariam de fazer durante sua vigência. Com esta proposta mais aberta, buscava-se promover a autonomia e a capacidade de questionamento de cada um deles.

Azevedo e Miranda (2011) procuraram identificar a percepção de familiares dos usuários de quatro CAPSs da cidade de Natal-RN sobre as oficinas terapêuticas desenvolvidas nos serviços em questão. Os pesquisadores entrevistaram 28 familiares que participavam regularmente de atividades oferecidas para as famílias dos usuários, tais como grupos, reuniões e assembleias. Os resultados obtidos apontaram que participantes compreendiam o papel e reconheciam a importância das oficinas terapêuticas como instrumentos de socialização e reabilitação psicossocial, inclusive atribuindo às mesmas a melhora das crises dos usuários. No entanto, também sinalizaram falhas e caminhos para superá-las, já que, na visão dos mesmos, as oficinas terapêuticas não ultrapassavam o espaço físico dos CAPSs.

Silva e Capitão (2011) relataram a experiência de uma oficina implementada em um CAPSad com o intuito de promover a discussão de questões relativas à sexualidade. Tal proposta foi desenvolvida ao longo de nove encontros quinzenais, com temas pré-estabelecidos, com os usuários do sexo masculino que haviam demonstrado interesse em participar. A experiência foi avaliada como positiva, visto que os resultados obtidos sugeriram que os participantes acompanharam as explicações sobre o assunto e se sentiram cada vez mais à vontade para expor sobre suas dúvidas. Porém, cabe sublinhar

que, na referência em questão, a importância das oficinas terapêuticas foi destacada a título de contexto, mas os autores não enquadraram explicitamente a prática relatada como uma oficina terapêutica, mas, sim, apenas como uma “oficina”, talvez em função de seu componente educativo marcante.

Zanotti et al. (2010) relataram a experiência de um projeto de extensão universitária que teve lugar em um CAPS do interior do Estado de Alagoas. Como parte das atividades de tal projeto, foi realizada, ao longo de três meses, uma oficina terapêutica com adultos, cujo foco foi a criação de espaços de convivência e, sobretudo, comunicação entre os usuários do serviço. A construção de histórias foi utilizada como instrumento privilegiado para tanto, sendo que as produções dos participantes foram registradas por escrito pelos estudantes e, posteriormente, veiculadas em um jornal criado especialmente para esta finalidade, conforme a sugestão de um dos participantes. Ressalte-se que o jornal se afigurou como o produto material da prática e um dos indicadores de que os objetivos foram atingidos, de acordo com os autores.

Também interessados em discutir o valor do trabalho criativo de usuários de saúde mental – no caso, especificamente pacientes psicóticos – em oficinas terapêuticas, Silva e Alencar (2009) relatam uma experiência realizada em um centro de atenção diária, na cidade do Rio de Janeiro. Os autores empreenderam uma reflexão sobre os objetos criados pelos usuários em uma oficina terapêutica expressiva e a possível função terapêutica dos mesmos, como uma tentativa de organização psíquica. Além disso, ressaltaram que o coordenador de uma oficina terapêutica expressiva não deve direcionar a criação dos usuários, mas, sim, deixar que cada um deles possa se manifestar livremente, pois isso pode conferir suporte à sua estabilização.

Domingues e Paravidini (2009) igualmente tematizaram o fazer artístico em oficinas terapêuticas, tendo explorado, a partir da realização de entrevistas, o discurso de

usuários e de profissionais de quatro CAPSs de cidades do interior do Estado de Minas Gerais. Os autores criticaram a automatização das atividades por parte de alguns profissionais que, supostamente, não tinham clareza quanto aos objetivos desta prática e, até mesmo por essa razão, apresentam dificuldades para conduzi-las. Outrossim, os autores advertiram que alguns profissionais aparentemente encaravam as oficinas terapêuticas como mero passatempo para os usuários e entendiam que os coordenadores ocupam uma posição hierárquica superior, sendo que, na realidade, deveriam ser facilitadores do processo de subjetivação dos usuários.

Hainz e Costa-Rosa (2009) relataram a experiência de um estágio realizado em um CAPS de um município do interior do Estado de São Paulo. Os autores abordaram, mais especificamente, o desenvolvimento de uma oficina terapêutica norteadas pela criação musical e voltada à reestruturação psíquica dos usuários. Os autores perceberam que um dos principais benefícios da oficina terapêutica em questão foi a criação de vínculos por parte dos usuários. Além disso, salientaram a importância da flexibilidade no tocante à coordenação para evitar a serialização do trabalho mediante o estabelecimento de uma mera “linha de produção musical”.

Monteiro e Loyola (2009), por seu turno, objetivaram identificar a qualidade das oficinas terapêuticas desenvolvidas em um hospital-dia segundo a perspectiva dos pacientes. Os autores utilizaram um roteiro de entrevista baseado em indicadores de qualidade de projetos, os quais, porém, foram originalmente criados para a avaliação de projetos educacionais. Os resultados revelaram que, para os participantes, seria importante dispor de mais tempo para executar as atividades propostas nas oficinas terapêuticas, pois muitos deles referiram que se sentiam pressionados para finalizá-las em um prazo previamente estipulado. Além disso, reivindicaram mais flexibilidade e

diversificação em termos de atividades e materiais, o que lhes permitiria maior liberdade de criação.

Borges (2008) relatou a experiência de uma oficina terapêutica destinada a usuários de um serviço ambulatorial de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro, sendo que, mais especificamente, procurou refletir sobre a função da escrita para pacientes psicóticos com base em um estudo de caso. Em linhas gerais, a autora constatou que a oficina terapêutica em questão facilitou a construção/organização do universo psíquico de um paciente, mas sublinhou que tal processo ocorreu gradativamente ao longo de dez anos.

Lima (2008) procurou compreender o sentido de uma oficina terapêutica na qual o teatro foi empregado como linguagem e que foi oferecida a uma usuária de drogas em um ambulatório especializado no interior do Estado de São Paulo. O autor reportou que a usuária em questão, com o teatro, veio a se experimentar de uma forma reconhecida socialmente, o que deixou de lado o estigma que a acompanhava até então pelo fato de ser usuária de drogas. Ademais, desenvolveu uma nova identidade, por meio de um processo que não se reduziu à emergência do personagem de “ex-dependente”, sinalizando a ocorrência de uma metamorfose emancipatória.

Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) analisaram a pertinência das oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A coleta de dados foi realizada em oito CAPSs de diferentes municípios do Estado de Mato Grosso por meio de observação participante e pelo uso de diário de campo. Os resultados obtidos demonstraram que algumas oficinas terapêuticas de fato contribuíram para a autonomia aos usuários, já que promoviam a interação entre os mesmos, pois os coordenadores não apenas estimulavam a construção de um artigo material, mas, sim, a troca de experiências, a expressão de sentimentos e a construção de vínculos. Em contrapartida, outras oficinas terapêuticas,

conforme os autores, funcionavam como um passatempo, de caráter mecânico ou obrigatório, sem conexão com a vida dos usuários, e que simplesmente deveria ser cumprido.

Cedraz e Dimenstein (2005) procuraram conhecer o funcionamento das oficinas terapêuticas realizadas em um CAPS de Natal-RN, bem como discutir em que medida as mesmas se constituíam como dispositivos de transformação da lógica manicomial. Para tanto, realizaram visitas sistemáticas a fim de vivenciar a dinâmica institucional do serviço. As autoras concluíram que as oficinas terapêuticas muitas vezes se afiguravam como práticas disciplinadoras ou como mero passatempo. Além disso, verificaram que, devido à existência de uma clara relação de hierarquia entre os técnicos e os usuários, as oficinas terapêuticas comumente eram vistas como uma tarefa a ser cumprida. Logo, preservavam em seu funcionamento vestígios de um paradigma inconciliável com os ideais de desinstitucionalização.

Em mais um relato de experiência, Mendonça (2005) contemplou oficinas terapêuticas realizadas em diferentes unidades de internação psiquiátrica. A autora qualificou as oficinas terapêuticas como dispositivos capazes de dar vez e voz aos usuários, o que seria particularmente importante em unidades de internação psiquiátrica, onde as pessoas deixam de ter seu espaço e sua singularidade. Em específico, foram abordadas duas modalidades de oficinas terapêuticas. Uma delas, de natureza expressiva, envolvia a utilização de “letras e jornais”, mas o objetivo não era a produção literária ou a confecção de um produto final, mas, sim, a participação livre dos sujeitos em um espaço de convívio e criação. A outra oficina terapêutica, realizada na enfermaria feminina, era voltada ao cuidado com a aparência das pacientes. A autora ainda defendeu que o coordenador de qualquer oficina terapêutica deve ter uma postura continente e estar atento às particularidades de cada participante.

Baptista (2003) igualmente relatou a experiência de uma oficina terapêutica expressiva, voltada, no caso, a pacientes de um hospital-dia e de um ambulatório de saúde mental na cidade de Belo Horizonte-MG. A oficina terapêutica em questão foi realizada mediante a leitura de poemas e contos, sendo que os usuários eram convidados a discutir e a escrever sobre o que o material lhes suscitou. Segundo a autora, dessa forma a cada usuário era oferecida uma possibilidade de (re)significar algo de si e, como consequência, diferenciar-se do grupo. A autora acrescentou que a escrita pode ter vários significados, mas também nenhum, e justamente por essa razão permite a relativização de conceitos pré-estabelecidos, o que contribuiria para a produção de singularidades entre os usuários. Tavares (1997), por fim, relatou a experiência de uma oficina terapêutica desenvolvida mediante a utilização de recursos artísticos em um serviço de saúde mental. O público-alvo eram usuários psicóticos egressos de internação psiquiátrica. Mas é interessante destacar que a oficina terapêutica em questão, segundo a autora, tinha como objetivo o ensino de algumas técnicas artísticas para os participantes, a fim de facilitar a expressão e a comunicação dos mesmos. Após um ano, a maioria dos usuários, ainda conforme a autora, conseguiu desenvolver-se emocionalmente, o que, inclusive, teria sido reconhecido pelos mesmos. Logo, seria possível concluir que de fato a prática relatada funcionou, por meio da arte, como um dispositivo terapêutico.

Tendo em vista as informações precedentes, um aspecto inicial a ser levado em conta diz respeito à quantidade de referências selecionadas para a demarcação de um breve panorama do conhecimento científico atualmente disponível sobre as oficinas terapêuticas, conforme aqui proposto. Ocorre que tal número pode ser considerado reduzido, a julgar, em primeiro lugar, pela importância das oficinas terapêuticas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, em segundo lugar, pelo fato de se tratar de uma prática que vem sendo citada em Portarias e documentos equivalentes sobre o

assunto há pelo menos 25 anos no país. Sendo assim, parece razoável propor que novas pesquisas sobre oficinas terapêuticas são bem-vindas, na medida em que, ao menos em tese, podem vir a fornecer elementos potencialmente proveitosos para a consolidação da transição paradigmática em saúde mental.

A necessidade de pesquisas futuras se torna mais evidente a partir da constatação de que, como já mencionado, em algumas referências os autores abordaram práticas que, a rigor, não correspondiam precisamente à definição ou à categorização de oficinas terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Em alguns casos tal situação foi discutida, mas, em outras, não. Ou seja, o termo “oficinas terapêuticas” talvez esteja sendo utilizado sem o devido critério na literatura científica. A propósito, a diferença entre o número de referências localizadas e referências selecionadas nesta oportunidade reforça tal suspeita. E talvez um fenômeno equivalente possa estar ocorrendo na prática em saúde mental, eventualmente culminado em uma descaracterização das oficinas terapêuticas. Por fim, o desenvolvimento de novas pesquisas também foi defendido por Pádua e Moraes (2010) ao empreenderem uma reflexão crítica sobre oficinas terapêuticas, baseada em artigos, dissertações e livros dedicados ao tema.

Para além disso, uma avaliação qualitativa das referências selecionadas revela que uma parcela expressiva delas se afigura como relatos de experiências, de forma que, no empreendimento de novas pesquisas, seria interessante a opção por estudos empíricos, para maior diversificação da literatura. E cabe salientar que estudos empíricos desenvolvidos especificamente junto aos coordenadores de oficinas terapêuticas se mostraram escassos, em que pese o papel fundamental desempenhado pelos mesmos. Afinal, uma oficina terapêutica eventualmente poderá, dependendo da coordenação, ser norteadada de modo indevido por uma racionalidade mais alinhada ao antigo modelo

assistencial em saúde mental do que ao novo paradigma estabelecido da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que implicaria em seu desvirtuamento.

Logo, pesquisas futuras com coordenadores de oficinas terapêuticas talvez possam vir a gerar novas informações, capazes de favorecer a superação de alguns obstáculos que ainda se apresentam a tal prática. O presente estudo foi concebido levando-se em considerações o conjunto de ponderações precedentes, sendo que, como será detalhado a seguir, teve objetivos voltados à compreensão de concepções de coordenadores de oficinas terapêuticas. Sendo assim, é preciso esclarecer que o termo “concepções” foi empregado em um sentido abrangente, porém ancorado no corpo de conhecimentos da Psicologia, para aludir a “conceitos relacionados entre si por um ponto de vista comum a todos eles” (Cabral & Nick, 2006, p. 65). E, segundo Galimberti (2002), conceitos, resultam de uma categorização cujo ponto de partida são qualidades atribuídas a um objeto ou acontecimento.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O presente estudo teve como objetivo geral compreender as concepções de profissionais que coordenam oficinas terapêuticas em CAPSs a respeito de tal dispositivo de tratamento.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos do presente estudo foram mapear como os participantes concebem aspectos de natureza teórica e prática próprios das oficinas terapêuticas desenvolvidas em CAPSs e discutir aproximações ou distanciamentos entre tais concepções e a lógica do cuidado psicossocial preconizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3. MÉTODO

3.1 Desenho metodológico

O presente estudo se afigura como uma pesquisa qualitativa. Barbosa e Souza (2009) afirmam que uma das principais vantagens das pesquisas qualitativas é possibilitar a obtenção de múltiplos olhares sobre um mesmo fenômeno, o que amplia o campo de análise e favorece a produção de novos saberes. As autoras também destacam que as pesquisas qualitativas, embora ainda sejam alvo de resistências à luz de critérios objetivistas, têm prestado importantíssimas contribuições à Ciência, sobretudo a partir da segunda metade do século XIX. Além disso, Gonzáles Rey (2010) aponta que as pesquisas qualitativas têm o mérito de valorizar os participantes, possibilitando, conseqüentemente, o envolvimento dos mesmos no processo de produção do conhecimento.

Turato (2005), seguindo a mesma linha de raciocínio, salienta que as pesquisas qualitativas não são voltadas à investigação de fenômenos em si, tomados como fatos empíricos, mas, sim, ao entendimento dos significados que os mesmos, individualmente ou coletivamente, possuem para os sujeitos. Ocorre que é em torno do que os fenômenos representam – ou, em outras palavras, das concepções construídas sobre os fenômenos – que as pessoas organizarão suas vidas. Por esse motivo, o objeto de uma pesquisa qualitativa, qual seja, deve ser analisado a partir da perspectiva dos participantes, e não da cosmovisão do pesquisador.

O presente estudo, mais precisamente, se alinha às especificidades do método clínico-qualitativo. De acordo com Turato (2003, p. 96), tal método é destinado à descrição e à interpretação dos “... significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade)”.

Assim, o autor acrescenta que as pesquisas clínico-qualitativas se destacam por certas características, dentre as quais a valorização do local cotidiano de prestação de cuidados em saúde como o ideal para a coleta de dados e o reconhecimento da importância da relação interpessoal que se estabelece entre o pesquisador e os participantes.

3.2 Participantes

Os participantes do presente estudo foram 12 profissionais que coordenam oficinas terapêuticas em dois CAPSs – sendo um CAPS II e um CAPS III – de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais. Todos eles preencheram os dois critérios de inclusão estabelecidos, a saber: possuir, no mínimo, 18 anos de idade, e, pelo menos, seis meses de experiência com a referida prática. Na Tabela 1 encontra-se uma caracterização destes profissionais em termos da idade, sexo, formação profissional e tempo de experiência em CAPSs. Por meio desta caracterização, nota-se que todos os participantes eram do sexo feminino, possuíam idade entre 25 e 58 anos e tempo de experiência entre seis meses e nove anos, e a maioria era graduada em Psicologia.

Tabela 1

Caracterização dos participantes, por idade, sexo, formação profissional e tempo de experiência em CAPSs

Participante	Idade	Sexo	Formação profissional	Tempo de experiência em CAPSs
1	45 anos	Feminino	Psicologia	8 anos
2	58 anos	Feminino	Psicologia	8 anos
3	55 anos	Feminino	Psicologia	7 anos
4	57 anos	Feminino	Serviço Social	2 anos
5	42 anos	Feminino	Psicologia	8 meses
6	26 anos	Feminino	Psicologia	1 ano
7	53 anos	Feminino	Psicologia	9 anos
8	26 anos	Feminino	Psicologia	2 anos
9	33 anos	Feminino	Psicologia	4 anos
10	27 anos	Feminino	Psicologia	6 meses
11	25 anos	Feminino	Psicologia	6 meses
12	26 anos	Feminino	Psicologia	2 anos

3.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram uma entrevista semiestruturada e um diário de campo. Nogueira-Martins e Bógus (2004) definem tal modalidade de entrevista como aquela em que o pesquisador se vale de um roteiro constituído por um determinado conjunto de perguntas relativas a tópicos de interesse para a pesquisa, e, à medida em que recebe as respostas do participante, pode proceder novas perguntas. Dessa forma, o participante desempenha um papel ativo na definição do conteúdo da pesquisa. Justamente por essa razão, a utilização de entrevistas semiestruturadas é recorrente em pesquisas qualitativas e, mais especificamente, em pesquisas clínico-qualitativas (Turato, 2005).

Além disso, Nogueira-Martins e Bógus (2004) salientam que, durante a realização de uma entrevista semiestruturada, é importante que o pesquisador tenha o cuidado de observar aspectos não-verbais do participante, como gestos, expressões faciais, entonações e hesitações. Afinal, captar expressões dessa natureza é importante para a compreensão e a validação daquilo que foi comunicado verbalmente pelo participante. Para operacionalizar o registro dos referidos aspectos não-verbais, optou-se pelo recurso a um diário de campo. Contudo, tal instrumento também foi empregado para proceder apontamentos sobre impressões relativas a eventos anteriores e posteriores às entrevistas conforme vivenciados no local da coleta de dados, sempre o mais próximo possível do momento em que ocorreram.

De acordo com Costa e Guindani (2012, p. 270), o diário de campo pode ser considerado uma excelente ferramenta para a sistematização tanto da práxis profissional quanto da atividade de pesquisa, visto que “... possibilita retornar a uma situação já passada e nela perceber determinações que constituem o presente”. Logo, pesquisadores de diversas áreas – Psicologia, inclusive – têm lançado mão de diários de campo,

principalmente no desenvolvimento de pesquisas qualitativas, conforme Zaccarelli e Godoy (2010), para viabilizar a captação de dados de natureza subjetiva, concernentes ao universo no qual os participantes se encontram inseridos. E as autoras salientam que entrevista e diário de campo se complementam, o que tende a favorecer a obtenção de resultados que espelham mais acuradamente a realidade.

3.4. Estratégia para coleta de dados

Dentre os CAPSs existentes na cidade em questão, a princípio um foi selecionado aleatoriamente. Após as devidas autorizações institucionais, todos os profissionais que coordenavam oficinas terapêuticas neste primeiro serviço e não se encontravam em férias ou afastamento quando do período reservado para a coleta de dados foram consultados sobre a possibilidade de participar do presente estudo. Verificou-se, então, que dois deles não possuíam seis meses de experiência com a referida prática, e por essa razão não foram considerados elegíveis. Os demais concordaram em participar. A seguir, outro CAPS foi selecionado aleatoriamente. Também após as devidas autorizações institucionais, os profissionais que coordenavam oficinas terapêuticas neste segundo serviço foram consultados, desta vez, porém, um a um, até que o critério de saturação fosse atingido. Portanto, a coleta de dados chegou a se estender a todos os profissionais elegíveis para participação no presente estudo no primeiro CAPS, mas não no segundo.

Tal procedimento, vale destacar, é compatível com as diretrizes do critério de saturação, pois a adoção do mesmo implica na interrupção da captação de novos participantes quando da identificação, por parte dos pesquisadores, de certa redundância nos resultados, conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008). E a utilização deste critério é frequente em pesquisas qualitativas, em especial clínico-qualitativas, nas quais, de acordo com os referidos autores, a questão “quantos participantes?” é secundária em

relação à questão “quem são os participantes?”, haja visto que os mesmos não devem ser selecionados para constituírem uma amostra estatisticamente representativa, mas, sim, por apresentar os atributos definidos como essenciais para que os objetivos estabelecidos pelo pesquisador possam vir a ser atingidos.

Todas as participantes do presente estudo foram entrevistadas individualmente, em local reservado nas instalações dos CAPSs em que trabalhavam, em dias e horários definidos segundo a disponibilidade das mesmas. As entrevistas foram gravadas em áudio, obviamente com a concordância prévia das participantes, e direcionadas por um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice 1). Em média, as entrevistas duraram de 45 minutos a uma hora. Ressalte-se que o acolhimento das participantes foi priorizado, a fim de favorecer o estabelecimento de um clima amigável durante a coleta dados, até mesmo porque isso poderia estimulá-las a se expressar com segurança. E todas as participantes demonstraram uma atitude cordial durante as entrevistas. Por fim, cabe aqui esclarecer que o diário de campo não foi utilizado na presença das participantes, para evitar qualquer espécie de constrangimento.

3.5 Estratégia para análise de dados

O *corpus* do presente estudo foi constituído pela transcrição, literal e na íntegra, das gravações em áudio das entrevistas. Este material foi submetido à análise de conteúdo, segundo a proposta de Bardin (1977/2016). Trata-se, nas palavras da autora, de um conjunto de técnicas voltadas à interpretação de variadas formas de discurso a partir de um processo que oscila entre “... os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (p. 15). Ademais, a análise de conteúdo se diferencia de outras técnicas por sua variabilidade aplicativa, característica que têm estimulado sua ampla utilização

em pesquisas em Psicologia, sobretudo qualitativas, mas não apenas, conforme Castro, Abs e Sarriera (2011).

A análise de conteúdo se orienta, conforme Bardin (1977/2016), em função de três procedimentos: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferências e interpretações. O primeiro procedimento envolve, basicamente, a realização de uma leitura flutuante do *corpus* e a execução de operações de recorte sobre o mesmo, a fim de produzir unidades comparáveis. O segundo procedimento consiste na administração das técnicas de análise sobre as unidades comparáveis decorrentes do procedimento anterior, o que leva a reagrupamentos norteados por critérios específicos. Por fim, são condensadas, com o terceiro procedimento, as informações fornecidas pela administração das técnicas de análise, efetivando a transformação de dados brutos em resultados significativos, inicialmente latentes.

Faz-se necessário esclarecer que, no presente estudo, a produção de unidades comparáveis se deu em função de temas, de modo que a execução de operações de recorte foi norteadada pelo sentido das respostas dos participantes. De acordo com Bardin (1977/2016), tal expediente se presta, principalmente, ao estudo de opiniões, atitudes e crenças – ou ainda concepções, como parece razoável acrescentar – que podem ser descobertas a partir do emprego de questões abertas. O reagrupamento das unidades comparáveis, por sua vez, foi pautado em categorias, as quais, para a referida autora, reúnem sob um título genérico um conjunto de elementos que possuem características comuns entre si, buscando-se, com isso, a obtenção de alguma forma de condensação. E as categorias, no presente estudo, resultaram da classificação progressiva dos elementos, não tendo sido, portanto, estabelecidas *a priori*. Ressalte-se também que as categorias foram validadas a partir da discussão dos resultados realizada no âmbito do grupo de

pesquisa no contexto do qual o presente estudo foi desenvolvido², em conformidade com a estratégia recorrentemente utilizada em pesquisas clínico-qualitativas.

Já os dados resultantes do emprego do diário de campo – concernentes tanto ao comportamento não-verbal das participantes quanto às impressões acerca dos eventos anteriores e posteriores às entrevistas – complementaram as informações oriundas da análise de conteúdo. Tal expediente, conforme Campos e Turato (2009), auxilia a conferir o devido contexto às interpretações propostas, sendo, portanto, de grande valia em pesquisas clínico-qualitativas. Partindo deste princípio, excertos do diário de campo serão empregados pontualmente para conectar os resultados ao espaço físico e às relações interpessoais que lhes serviram como pano de fundo. Buscar-se-á, assim, favorecer a ancoragem dos resultados em um conjunto mais amplo de evidências.

3.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi devidamente autorizado pela direção dos CAPSs nos quais a coleta de dados veio a ser realizada, bem como aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (parecer 1.957.085). Ressalte-se que todos os profissionais considerados elegíveis para a participação no presente estudo foram informados de que teriam total liberdade de recusar-se a participar ou de retirar a anuência inicial quanto à participação mesmo após a conclusão da coleta de dados, sem qualquer espécie de prejuízo. Porém, ninguém o fez. Além disso, o compromisso dos pesquisadores com a preservação do sigilo quanto à identidade das participantes e com os demais cuidados éticos necessários foram formalizados por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2), assinado antes do início da coleta de dados.

² Tal discussão foi fundamentada na leitura prévia do *corpus* do presente estudo por parte das demais integrantes do grupo de pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, cabe apresentar algumas impressões relativas à coleta de dados que foram registradas no diário de campo. É importante ressaltar que as participantes foram muito receptivas e cordiais quando consultadas sobre a possibilidade de serem entrevistadas. E as responsáveis pela direção dos CAPSs demonstraram interesse quanto ao desenvolvimento do presente estudo e se colocaram à disposição para auxiliar no que fosse preciso. Durante as entrevistas propriamente ditas, as participantes, sem exceção, foram bastante atenciosas. Fiquei³ então pensando como seria a relação das participantes com os usuários, com as responsáveis pela direção dos CAPSs e com os demais membros da equipe. Imagino que, essencialmente, o mesmo cuidado e a mesma atenção que foram dispensadas a mim se aplicam aos usuários.

Por outro lado, alguns participantes, em certos momentos da entrevista, mencionaram que não dispõem de todos os recursos materiais que necessitariam para trabalhar como gostariam, mas sinalizaram que se empenham em fazer o que é preciso. Somando-se a isso, há que se considerar que ser participante de um estudo como este e falar sobre o próprio trabalho para um estranho obviamente pode não ser algo muito confortável para algumas pessoas. Talvez por essas razões, pontualmente ocorreram respostas um pouco mais diretas – e superlativas – frente a determinadas perguntas, como ilustra o seguinte excerto registrado no diário de campo após a realização de uma das entrevistas:

[...] Percebi que, com as perguntas de cunho mais avaliativo, do tipo “O que você acha de trabalhar no CAPS”, ou “Como é para você coordenar uma oficina?”, entre outras, recebi respostas mais “secas” e “intensas”, como “É ótimo, eu

³ Neste segmento, pelo teor mais pessoal do conteúdo, o texto foi redigido na primeira pessoa do singular.

gosto muito”, “É muito bom, super tranquilo...”. Acredito que essa percepção vai de encontro com a percepção que tive, antes da entrevista, de que a participante estava com certo receio de ser avaliada. Respondendo dessa forma, talvez ela tenha procurado não me dar margem para pensar que, para ela, nem sempre a coordenação das oficinas ou o trabalho no CAPS é tão positiva [...]

Outro ponto que chamou minha atenção diz respeito ao fato de que, segundo os relatos das participantes, a maioria começou a trabalhar em um CAPS “por acaso”, uma vez que as mesmas disseram ter sido aprovadas em um processo seletivo ou concurso público que não especificava o local de trabalho, e então foram convidadas – ou designadas – para um CAPS. Até mesmo por esse motivo, algumas participantes se queixaram de certa falta de preparo profissional frente às especificidades deste tipo de serviço, alegando que tiveram uma formação mais voltada para a atuação na clínica privada. Poucas participantes, inclusive, referiram contato com o campo da saúde mental durante a graduação.

Também é interessante destacar que, para a maioria das participantes, é inegável que houve um grande avanço no campo da saúde mental no país. No entanto, se, por um lado, as políticas públicas foram criadas para a melhoria da assistência, ainda há, por outro lado, um abismo em relação ao que está disposto nas Leis e Portarias e o que se passa no cotidiano dos serviços. Inclusive tive a oportunidade de constatar pessoalmente este descompasso, porque notei que, em um dos CAPSs, o espaço físico não proporcionava as condições adequadas para que o mesmo pudesse funcionar exatamente como deveria. O excerto do diário de campo apresentado a seguir exemplifica um dos problemas constatados:

“A única sala disponível [para a realização da entrevista] não tinha luz, mas ainda estava claro, pelo horário, e então presumimos, que, pela média de duração das entrevistas, até o final de nossa conversa ainda poderíamos aproveitar a luz do sol. Durante a entrevista, a participante falou bastante das questões políticas que atravessam sua atuação no CAPS. Ela relatou que falta o mínimo para o bom andamento de um serviço de saúde (e também de uma casa). Por exemplo, ela disse que falta papel higiênico, açúcar para adoçar o café, material para as oficinas, etc. De acordo com a participante, há muitas questões burocráticas que envolvem a compra de materiais para o serviço. E todos os profissionais “se viram” como podem. A entrevista estava transcorrendo de forma tranquila, mas, com o passar do tempo, a tarde foi escurecendo e, como estávamos utilizando a luz do sol, a sala também ficou escura. Terminamos a entrevista no escuro. Apenas uma penumbra do lado de fora, de uma luminária, mas não era mais possível nos ver de forma clara. Após a entrevista, foi possível refletir sobre a atuação no CAPS, sobre como todo mundo ali “se vira” como pode. Eu vivenciei junto com ela [a participante em questão], de forma breve, é claro, a dificuldade de não ter recursos adequados para trabalhar, mas deu certo. Faltam recursos físicos, mas por acreditar no que faz, os profissionais não deixam se abater, e não param”

As informações precedentes situam – tanto subjetiva quanto objetivamente – o universo das participantes e, assim, podem auxiliar o leitor a visualizar certos aspectos tanto dos CAPSs aos quais as mesmas se encontravam vinculadas quanto das relações interpessoais lá estabelecidas, entre os profissionais de saúde, os responsáveis pela direção e os usuários. Sendo assim, as informações precedentes fornecem um contexto

para os resultados obtidos com a análise de conteúdo realizada sobre o *corpus* do presente estudo, os quais serão apresentados a seguir.

Vale destacar que a análise de conteúdo levou à organização dos resultados em três categorias. A primeira delas abarcou concepções sobre aspectos basilares das oficinas terapêuticas e foi dividida em três subcategorias, como será detalhado adiante. A segunda categoria tratou das concepções sobre a (não)adesão às oficinas terapêuticas. Por fim, a terceira categoria diz respeito às concepções sobre os critérios de indicação e os benefícios das oficinas terapêuticas.

4.1 Concepções sobre aspectos basilares das oficinas terapêuticas

A primeira categoria agrega relatos sobre as concepções das participantes concernentes a um conjunto de dimensões das oficinas terapêuticas que podem ser qualificadas como basilares. Por essa razão, optou-se por desmembrá-la em três subcategorias, as quais contemplam, respectivamente, as concepções sobre: a) o valor terapêutico das oficinas terapêuticas, b) os objetivos das oficinas terapêuticas e c) as especificidades das diferentes modalidades de oficinas terapêuticas.

4.1.1 Concepções sobre o valor terapêutico das oficinas terapêuticas

Nesta subcategoria, foram reunidos os relatos representativos de concepções referentes ao valor terapêutico das oficinas terapêuticas, sendo que não houve consenso a este respeito entre as participantes. Para algumas delas, como se vê no Relato 1, as oficinas terapêuticas podem ser enquadradas como práticas terapêuticas desde que preencham certos requisitos, e, aparentemente, o principal deles seria a capacidade de promover o bem-estar dos usuários. Já outras participantes deram a entender que concebem *toda* oficina terapêutica como terapêutica de fato, independentemente da

atividade que venha a ser nela realizada, sobretudo porque, conforme o Relato 2, este dispositivo de tratamento proporcionaria uma possibilidade de aproximação entre usuários e profissionais de saúde.

Relato 1: *“A oficina terapêutica é um espaço terapêutico... então eu entendo que terapêutico é qualquer atividade que você faça e que gere bem-estar, que te proporcione momentos prazerosos, reflexões, momentos para pensar... que te provoque, né? Que promova o questionamento dos seus conceitos, preconceitos, sua forma de estar no mundo, ou de lidar com o mundo e as coisas da vida, isso é terapêutico! Então eu vejo espaço como muito rico. São momentos que ajudam o usuário a criar vínculos, a estabelecer vínculos, trazer temas, desenvolver questões, possibilitar momentos de expressão... para que eles possam estar, pensar, refletir e expressar!”* (Participante 3)

Relato 2: *“Olha... definir a oficina é um papel assim, é...A oficina é um momento que você está próximo do paciente, um momento muito importante para todos nós, profissionais, que ali você está observando o paciente, você está trazendo para ele uma possibilidade de se expressar... porque nós temos um leque, por exemplo, de muitas coisas que a gente oferece numa oficina, e todas elas têm ali o seu cunho terapêutico...Todas elas têm”* (Participante 4)

Um terceiro subgrupo de participantes demonstrou uma concepção mais crítica, como aquela sintetizada por meio do Relato 3, o qual relativizou a questão da promoção do bem-estar veiculada por meio do Relato 1 e realçou que as oficinas terapêuticas podem ser qualificadas como práticas terapêuticas ainda que produzam certo incômodo inicial

por desencadearem discussões e reflexões capazes de estimular, em um segundo momento, o exercício da cidadania. E o Relato 4, em certo sentido, acompanhou o Relato 3, na medida em que sublinhou a importância tanto de recuperar a condição de cidadãos dos usuários quanto de (re)inseri-los socialmente por meio das oficinas terapêuticas. Entretanto, há que se ressaltar que a participante responsável pelo Relato 3 não esclareceu exatamente como isso poderia ser feito.

Relato 3: *“Olha... eu vou falar um pouco das minhas [oficinas terapêuticas]. Isso é uma coisa que inclusive, a gente questionou muito em reuniões de equipe. Qual é o sentido da oficina? É para gerar um bem-estar? As minhas oficinas geralmente são voltadas para a questão da cidadania, e falar de cidadania nem sempre é uma coisa confortável. Porque isso vai tocar nos nossos pontos, né? Teve uma vez, que, por exemplo, eu fiz uma dinâmica para a gente poder falar sobre o aborto, porque é um assunto pesado, né? E aí, no momento, eu percebi que muitas pessoas entraram em atrito com as suas crenças religiosas, morais e tudo... E algumas pessoas saíram daqui muito pensativas, outras pessoas saíram bem tranquilas, apesar da discussão calorosa. E aí isso gerou muita preocupação, né? Porque a minha oficina estava incomodando, estava cutucando coisas, e aí como que a gente ia fazer para dar esse suporte? Porque são pessoas que já estão em sofrimento, né? E aí a gente pensou em estratégias para acolher essa angústia que fica após a oficina. Mas eu acho que até isso é terapêutico. Porque se a gente não desconstrói algumas coisas, como é que a gente constrói outras, né? E aí eles começaram a perceber isso. E aí quando eu parei com a oficina, eles pediram de volta. A gente pensa que o terapêutico é sempre algo que vai sair bem, né? E eu acho que nem sempre vai sair bem. Acho que a gente precisa olhar, para cuidar*

do que ficou, mas a gente precisa pensar juntos outras coisas. Acho que o terapêutico é benéfico, mas acho que nem sempre vai gerar aquele bem-estar no momento, mas assim, é uma oficina de cidadania que eu acho que é terapêutica, por ajudar a gente a conversar sobre qual é o meu papel diante da sociedade”
(Participante 6)

Relato 4: “[nas oficinas terapêuticas] *a gente trabalha muito com a inserção social, o resgate da cidadania, acho que precisa articular a saúde mental com outros aspectos. Tem muitas coisas que não vão ser abarcadas só com a saúde”*
(Participante 7)

É interessante observar que, em um texto anterior à difusão das oficinas terapêuticas nos CAPSs e até mesmo da conversão da Reforma Psiquiátrica Brasileira em legislação, Nascimento (1990) já questionava o potencial terapêutico que, para muitos profissionais de saúde, seria intrínseco às práticas baseadas em atividades que eram utilizadas como dispositivos de tratamento – auxiliares, à época – em saúde mental. Para a autora, a crença no referido potencial terapêutico intrínseco se ancorava em uma ideia de causalidade linear, segundo a qual haveria uma atividade especialmente indicada para o aprimoramento de cada função do usuário, seja ela física ou psicológica, por exemplo. Este tipo de ideia não se revelou subjacente às concepções das participantes do presente estudo, o que se afigura como um achado positivo. Em contrapartida, é possível vislumbrar um certo resquício da mesma nas entrelinhas do Relato 2, o qual ensejou uma generalização questionável. Afinal, nem toda relação que se estabelece entre profissional de saúde e usuário se revelará terapêutica.

Kinker e Imbrizi (2015) aprofundaram a linha de raciocínio defendida por Nascimento (1990) ao salientarem que, na atualidade, as atividades realizadas em oficinas terapêuticas muitas vezes ainda são erroneamente consideradas terapêuticas apenas por seguirem certos padrões – tecnológicos e relacionais – cientificamente reconhecidos. Os autores, assim, valorizam as respostas que os profissionais de saúde apresentam para dar conta das necessidades de cada usuário em particular, sempre em conexão com a maneira peculiar por meio da qual o mesmo vive a experiência do sofrimento psíquico. O potencial terapêutico de uma oficina terapêutica, portanto, será ou não efetivado se fomentar a construção de novos projetos de vida como desdobramento de um processo a ser protagonizado pelo usuário. E tal premissa parece implícita aos Relatos 3 e 4, a julgar pela ênfase na questão da cidadania que os caracteriza.

Além disso, o Relato 4 ressaltou que o valor terapêutico das oficinas terapêuticas, ao menos segundo a concepção de algumas participantes, está atrelado a seu desfecho em termos da (re)inserção social dos usuários. Tal achado, inicialmente, poderia ser considerado totalmente consistente com as proposições de Cedraz e Dimenstein (2005), para quem seria temerário qualificar como terapêutica toda oficina terapêutica. Porém, as autoras defendem que, para fazer jus a esta qualificação, uma oficina terapêutica não deve ser norteadada apenas pela preocupação em (re)inserir socialmente os usuários, mas, sim, em promover mudanças estruturais na sociedade a fim de viabilizar a desinstitucionalização dos mesmos. Compartilhando desta perspectiva, Rauter (2000) enfatizou que as oficinas terapêuticas precisam abarcar questões políticas concernentes à sociedade como um todo, de modo que devem ser objeto de constante reflexão.

4.1.2 Concepções sobre os objetivos das oficinas terapêuticas

Esta subcategoria se refere aos relatos que tratam das concepções das participantes sobre os objetivos das oficinas terapêuticas. Diversas participantes, reforçando o Relato 4, defenderam que as oficinas terapêuticas devem ter como propósito básico a (re)inserção social dos usuários, como se vê no Relato 5. Por outro lado, apenas duas participantes preconizaram que os objetivos – específicos, ao menos – das oficinas terapêuticas seriam variáveis, pois dependeriam do Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. O Relato 6 é representativo desta concepção, e ainda sugere que o benefício proporcionado por uma oficina terapêutica eventualmente será circunstancial. Uma concepção distinta pode ser depreendida dos Relatos 7 e 8, os únicos nos quais foi feita alusão, ainda que pontual, à noção de empoderamento. Mas é preciso esclarecer que o Relato 8 se afigura como um recorte de um relato sobre o papel dos CAPSs e da Reforma Psiquiátrica em um sentido mais amplo, e não especificamente sobre as oficinas terapêuticas.

Relato 5: “[A oficina terapêutica] *Seria uma modalidade de acompanhamento com vistas à busca da autonomia, com busca à inserção social, e ao resgate de potencialidades. Então seria estratégias de cuidado terapêutico, de interação, de promoção do resgate da cidadania, do valor do sujeito, o resgate de potencialidades*” (Participante 7)

Relato 6: “*Uma oficina terapêutica, eu acho que é uma oficina que tem por objetivo melhorar em algum aspecto, a qualidade de vida daquela pessoa, nem que seja naquele momento, sabe? Mas contribuir de alguma forma, com o Projeto Terapêutico dela*” (Participante 8)

Relato 7: “ [...] *Pelo que eu sei, pelo que eu vou entendendo, e tenho lido bem pouco, eu confesso, eu acho que as oficinas terapêuticas são uma... será que eu posso dizer ferramenta? É... digamos uma ferramenta, assim, para que as pessoas se empoderem mesmo, para que elas se fortaleçam. Então eu entendo uma oficina como um meio que você vai utilizando de um trabalho, de algo que eles estão fazendo, mas que faça sentido para a vida deles [...]*” (Participante 5)

Relato 8: “*A Reforma Psiquiátrica veio para humanizar esse... acompanhamento na saúde mental, e eu acho muito, muito, muito importante mesmo! [...] A reintegração desse usuário... o convívio com a família, com a sociedade, para que ele possa se empoderar para ocupar seus espaços, né?*” (Participante 3)

Os referidos posicionamentos podem ser considerados ilustrativos da multiplicidade que, conforme Galletti (2004), é própria do universo das oficinas terapêuticas. A autora adverte que, aproximando-se da pluralidade da vida, não há um modelo rígido a ser seguido no desenvolvimento deste dispositivo de tratamento, de modo que diversos processos e variadas linguagens podem ser empregadas. Por extensão, seria possível discriminar uma certa gama de objetivos para as oficinas terapêuticas. Uma postura mais restritiva a este respeito poderia acentuar os riscos de naturalização das oficinas terapêuticas, sendo que, para a referida autora, este fenômeno levaria ao aprisionamento de tais práticas.

Por outro lado, seria recomendável que o Projeto Terapêutico Singular fosse apontado com maior frequência pelas participantes como norteador da definição dos objetivos específicos que as oficinas terapêuticas assumiriam para cada usuário. Afinal, como já mencionado, é por meio da construção do Projeto Terapêutico Singular –

processo do qual o usuário deve participar ativamente – que se programa a participação em uma determinada oficina terapêutica (Pádua & Moraes, 2010). Mais do que isso, a operacionalização da assistência em saúde mental como um todo passa pelo Projeto Terapêutico Singular, como estabelece o Ministério da Saúde (2007). Contudo, a maioria das participantes sinalizou que, comumente nos serviços em que trabalham, tal diretriz não é observada, como se pode depreender do Relato 9. De qualquer forma, a questão dos critérios de indicação para a participação em oficinas terapêuticas e o papel do Projeto Terapêutico Singular serão abordados detalhadamente em uma categoria posterior.

Relato 9: *“Olha, eu tenho percebido aqui que as oficinas são livres, né? São levados aos pacientes diariamente várias opções de atividades. E aí dentro de um mesmo horário, de um mesmo espaço, funcionam várias oficinas diferentes, né? Outro dia a gente fez... tem gente pintando, tem gente fazendo colagem, trabalho com tecidos, trabalho com azulejos... então hoje em dia é mais livre... não tem nada preso.... Ah, hoje é dia de isso, isso e tal... Amanhã é dia de tal... então tem uma liberdade para o usuário escolher o que que ele vai fazer... então acho que é uma atividade mais livre nesse sentido, né?”* (Participante 1)

Faz-se necessário enfatizar que, a partir da análise de conteúdo, foi possível identificar ainda uma quarta concepção sobre os objetivos das oficinas terapêuticas. Ocorre que algumas participantes sinalizaram que o desenvolvimento de uma oficina terapêutica envolveria a produção de algo material, concreto. Os Relatos 10 e 11 exemplificam claramente esta concepção. Em uma série de outros relatos, tal concepção não foi explicitada de maneira tão direta, mas se revelou nas entrelinhas a julgar pelo fato de que diversas participantes, quando solicitadas a discorrer sobre as oficinas terapêuticas

que coordenavam, optaram por uma caracterização baseada nas atividades realizadas. E as atividades realizadas, tipicamente, se referiam à confecção de algum produto, como se vê os Relatos 12 e 13.

Relato 10: *“A oficina... eu sempre lembro de oficina de algo... para mim fica muito a ideia de algo a ser produzido. De ser um momento e ter alguma produção daquele momento”* (Participante 9)

Relato 11: *“[...] Oficina terapêutica é uma oficina que tem uma produção de algo [...]”* (Participante 11)

Relato 12: *Nas minhas oficinas a gente faz tapete, faz bijuteria, faz mosaico... e o meu foco é mais na área do artesanato [...]”* (Participante 4)

Relato 13: *“Já fiz oficina de argila, de pintura em tecido... e agora nós estamos trabalhando a pintura a dedo no azulejo. Já tive oficinas de tricô, de crochê, de pintura em madeira, de flores de papel, de comida”* (Participante 2)

Tal achado pode ser considerado problemático, uma vez que remete a uma concepção hegemônica na década de 1920 e que fundamentava a “assistência em saúde mental” oferecida nas colônias agrícolas. Afinal, nas instituições dessa natureza diferentes atividades relativas às chamadas “ergoterapia” e “laborterapia” se afiguravam, concomitantemente, como o meio e o fim do tratamento, como lembram Andrade e Costa-Rosa (2014). Quando isso ocorre, as atividades acabam por promover uma ocupação “vazia” dos usuários, o que, obviamente, não é compatível com as finalidades das oficinas

terapêuticas conforme estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Portanto, fica evidente que, como alerta Rauter (2000), as oficinas terapêuticas eventualmente podem ensinar o exercício da “velha Psiquiatria”. E ressalte-se que este cenário, ainda que de modo inespecífico, foi criticado por apenas uma participante, como se vê no Relato 14.

Relato 14: *“Então... a oficina, assim...eu particularmente, eu tenho uma crítica em certa parte do que seria uma oficina no CAPS, de como ela tem que ser trabalhada. Quando eu entrei foi uma das coisas que eu fiquei mais assim... sem saber como fazer. Às vezes você vê uma oficina sendo conduzida de um jeito, e aí você percebe que ela não está agregando tanto, beneficiando tanto o paciente. Muitas vezes é por conta da falta de recurso, ou às vezes, não sei... Tem os pacientes crônicos que dá para trabalhar de uma forma, mas tem outros que a gente tem que trabalhar de outra forma, mais direcionado, mas a oficina eu acho que pode ser trabalhada de várias formas com os pacientes, e nem sempre é trabalhado a partir do que o paciente gosta, o que seria bom para ele, eu acho que as oficinas deixam muito a desejar, apesar que pode trabalhar diversas coisas. Tem esse impasse”* (Participante 12)

4.1.3 Concepções sobre as especificidades das diferentes modalidades de oficinas terapêuticas

Esta subcategoria reúne relatos referentes às concepções das participantes sobre as especificidades das diferentes modalidades de oficinas terapêuticas. Em linhas gerais, observou-se que a distinção estabelecida pelo Ministério da Saúde entre oficinas terapêuticas expressivas, geradoras de renda e de alfabetização foi citada apenas pontualmente pelas participantes. Tal achado pode ser considerado um tanto quanto

preocupante, até mesmo porque aparentemente se afigura como um desdobramento do fato de parte delas ter sugerido que o desenvolvimento de uma oficina terapêutica envolveria, invariavelmente, a produção de algo material. Logo, os limites existentes entre as diferentes modalidades de oficinas terapêuticas parecem ser pouco nítidos, ao menos na prática, para as participantes. Os Relatos 15 e 16 exemplificam esta impressão por sustentarem que algumas delas concebem que toda oficina terapêutica, por meio do recurso a diferentes atividades, possuiria um caráter predominantemente expressivo.

Relato 15: *“Eu acho que a oficina é uma expressão. Eu defino como uma expressão. É como se naquele momento, a pessoa dissesse de outras formas o que ela está sentindo. É lógico que tem as de artesanato, mas até nelas, o paciente quando está fazendo, ele está se expressando e ele vai te falando daquilo que ele está sofrendo”* (Participante 10)

Relato 16: *“A oficina que eu participo é de meditação, seguida ou de pintura ou de desenho. Sempre nessa parte expressiva. Então é assim que funciona: primeiro tem o relaxamento, a gente coloca uma música e aí eles têm aquele momento de relaxar, de se alongar e tudo, e aí eles fazem tipo uma visualização, e depois tem essa parte da pintura e do desenho [...]”* (Participante 11)

Em contrapartida, outras participantes qualificaram de modo menos genérico como expressivas as oficinas terapêuticas por elas coordenadas, como se vê nos Relatos 17 e 18. Assim, demonstraram uma concepção sobre as especificidades das diferentes modalidades de oficinas terapêuticas mais alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, o que pode ser qualificado como positivo. O Relato 17, inclusive, especifica que variadas

linguagens artísticas comumente são empregadas no desenvolvimento da oficina terapêutica reportada pela participante em questão. É válido reforçar que diversas pesquisas – Mendes, Lopes e Lobo (2016), Souza e Pinheiro (2012) e Lima (2008), dentre outras – demonstraram a importância da arte como forma de expressão no contexto de oficinas terapêuticas. Porém, como advertiram Domingues e Paravidini (2009), o fazer artístico pode ensinar apenas repetição quando uma oficina terapêutica é implementada com o intuito de ocupar e distrair os usuários.

Relato 17: *“Atualmente eu faço uma oficina, que é uma oficina de expressão, uma expressão mais verbal com poesias, textos reflexivos e contos. Normalmente ou um dos pacientes trazem algum texto ou eu ofereço algum texto... muito nesse movimento, né? No desejo deles com as possibilidades aqui do CAPS também. Às vezes é uma letra de música. Então eu ou algum deles faz a leitura, depois a gente faz uma reflexão, uma conexão com o que o texto, as palavras podem estar despertando em relação à história de cada um, com o mundo interno de cada um. Em alguns momentos a gente pode fazer algumas produções. Ou a produção coletiva de textos, ou um relato próprio de cada um”* (Participante 7)

Relato 18: *“A maioria [das oficinas que eu coordeno são] do tipo expressiva mesmo”* (Participante 2)

Algumas participantes aparentemente compartilham uma concepção mais aberta sobre as especificidades das diferentes modalidades de oficinas terapêuticas. Afinal, afirmaram coordenar oficinas terapêuticas que não se enquadram na categorização estabelecida pelo Ministério da Saúde, conforme os Relatos 19 e 20. Parece razoável

propor que iniciativas como estas, embora possam ser consideradas interessantes, tendem a se distanciar mais facilmente dos objetivos para os quais foram inicialmente idealizadas. Ocorre que o processo utilizado para o desenvolvimento das oficinas terapêuticas, nestes casos, foi empregado pelas participantes como único parâmetro para caracterizá-las. Porém, é preciso sublinhar que o mesmo não foi observado apenas a propósito da descrição de oficinas terapêuticas supostamente inovadoras, como ilustram os Relatos 21 e 22. O risco de distanciamento em relação aos objetivos de tais práticas também pode ser vislumbrado, já que uma “oficina de artesanato”, a princípio, tanto poderia ser expressiva quanto geradora de renda, bem como uma “oficina de poesia” poderia ser expressiva ou de alfabetização.

Relato 19: “[...] *Também tinha oficina de alongamento, de caminhada, de dança, né? Essas coisas assim*” (Participante 1)

Relato 20: “*Eu também fazia uma oficina, onde a gente ia para alguns lugares da cidade. A gente visitou o Muna, a gente visitou o Museu de Uberlândia, e o Museu do Índio*” (Participante 9)

Relato 21: *Então eu já desenvolvi oficina de jornal [...] É... oficina de música... oficina de... [...] Tem também oficina de literatura, de poesia*” (Participante 3)

Relato 22: “*As oficinas de artesanato, eu acho que os pacientes ficam mais à vontade, mais tranquilo para conversar [...]*” (Participante 11)

Encerrando a presente subcategoria, é preciso salientar que uma participante, por meio do Relato 23, estabeleceu uma equivalência entre oficina terapêutica e grupo terapêutico. Obviamente toda oficina terapêutica é realizada em grupo, mas tal equivalência se revela controversa, sobretudo considerando-se que os grupos terapêuticos, tipicamente, são direcionados à abordagem de questões de caráter mais pessoal e/ou íntimo, o que geralmente não se observa nas oficinas terapêuticas. Contudo, Jucá, Medrado, Safira, Gomes e Nascimento (2010) defendem que a polarização entre grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas pode fomentar uma dicotomia entre questões pessoais e questões sociais – ou entre dispositivos com enfoque clínico, por um lado, e enfoque político – que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, na realidade, deveria combater.

Relato 23: *“Aqui no CAPS eu faço um grupo terapêutico que é uma oficina, onde a gente... geralmente eu levo um tema, eu levo um assunto específico, e geralmente eu trabalho com conceitos, para que a gente debata sobre esses conceitos. E aí durante esse debate, vão aparecendo várias coisas, e os pacientes relatam estar mais aliviados depois”* (Participante 8)

4.2 Concepções sobre a (não)adesão às oficinas terapêuticas

Nesta segunda categoria foram reunidos relatos que tratam dos fatores que, de acordo com as concepções das participantes, contribuiriam para a adesão ou não-adesão dos usuários às oficinas terapêuticas. É interessante destacar que, para a maioria das participantes, tais fatores seriam, basicamente, de natureza “interna”, ou seja, se refeririam apenas aos próprios usuários, e não às atividades realizadas nas oficinas terapêuticas ou à coordenação. O suposto desinteresse dos usuários se destacaria com o principal fator “interno”, conforme os Relatos 24, 25 e 26. É interessante apontar que o

Relato 25 também salientou a influência de uma menor disponibilidade circunstancial devido ao estado emocional de cada usuário, ao passo que o Relato 26, aludiu a usuários que seriam refratários às oficinas terapêuticas em geral.

Relato 24: *“Os [usuários] que abandonam [as oficinas terapêuticas], é porque não gosta do tipo de atividade que está sendo proposta”* (Participante 12)

Relato 25: *“Eu acho que alguns não se identificam com as atividades que são oferecidas. Tem alguns pacientes, também, que às vezes preferem ficar mais isolados, porque precisam de um momento mais sozinho mesmo. E às vezes, naquele dia, ele não está bem e aí não quer nada. Mas no outro dia, ou na outra semana, já consegue participar, e começa a se envolver”* (Participante 2)

Relato 26: *“Olha, na minha [oficina terapêutica], a maioria tem adesão, mas sempre tem alguns que não ficam. Então, por exemplo, na minha tem sempre dois ou três que não aderem. E eu percebi também que não aderem a outras oficinas. A maioria deles, falaram que é porque eles não conseguem participar, ou não conseguem estar em grupo. Às vezes eles vem, mas não ficam... eu acho que aí é o interesse, sabe? Eles têm o interesse em outras atividades mesmo”* (Participante 6)

Este achado pode ser considerado preocupante, pois, em linhas gerais, é compatível com os resultados reportados por Figueiró e Dimenstein (2010) em uma pesquisa que se ocupou da dinâmica institucional em dois CAPSs II. Ocorre que os autores verificaram que, nos serviços em questão, prevalecia um modo de funcionamento

estático, definido pelos profissionais de saúde. Consequentemente, muitos usuários se mostravam apáticos e desinteressados em relação às oficinas terapêuticas, sugerindo uma falta de conexão entre os desejos e necessidades destes e a assistência que lhes era ofertada. Portanto, os usuários deveriam poder participar mais ativamente da gestão dos serviços como um todo e, mais especificamente, do planejamento das oficinas terapêuticas, conforme a recomendação dos autores.

Por meio de outros relatos, algumas participantes conceberam a existência de fatores “internos” especificamente fundamentados em diferenças de gênero que seriam responsáveis pela não-adesão dos usuários às oficinas terapêuticas, como se vê nos Relatos 27 e 28. Este achado também pode ser considerado preocupante por remeter a concepções ultrapassadas sobre a assistência em saúde mental. Afinal, nos hospitais psiquiátricos brasileiros do final do século XIX e início do século XX, as atividades indicadas – ou impostas – aos pacientes, ao menos em parte, comumente eram determinadas pelo sexo dos mesmos: homens cultivavam a terra ou trabalhavam com couro ou madeira, ao passo que mulheres bordavam ou costuravam, como apontam Santiago e Yassui (2011).

Relato 27: *“No geral, eu percebo que os homens têm mais dificuldades de aderir alguma atividade. As mulheres são mais flexíveis”* (Participante 2)

Relato 28: *“Quando a gente faz uma oficina de tapete, por exemplo, os homens têm muita resistência em participar, porque falam que fazer tapete é coisa de mulher”* (Participante 4)

Porém, é válido mencionar que Casagrande e Bao (2013), em um estudo sobre o cotidiano de um hospital psiquiátrico brasileiro nos anos 1950 e 1960, revelaram que a “divisão sexual do trabalho” era evidente na instituição em questão. Logo, não se trata de um fenômeno restrito ao final do século XIX e início do século XX. Além disso, os autores defenderam que a “divisão sexual do trabalho” seria legitimada por uma “ideologia naturalista” presente em todas as sociedades, segundo a qual haveria atividades próprias de homens e mulheres. E, nos termos desta ideologia, as “atividades masculinas” seriam mais valorativas, pois as “atividades femininas” corresponderiam à esfera privada. Os autores apuraram, inclusive, que as mulheres internadas no hospital psiquiátrico em questão se ocupavam com a costura, o bordado e o tricô, além de realizarem serviços internos relativos à limpeza e organização das alas.

Poucas participantes, como se vê nos Relatos 29 e 30, mencionaram fatores de natureza “externa”, isto é, relativos às próprias oficinas terapêuticas ou à coordenação, como decisivos para a adesão ou não-adesão dos usuários. E, quando o fizeram, recorreram a argumentos pouco incisivos. O primeiro destes relatos, por exemplo, enfatizou que as atividades desenvolvidas nas oficinas terapêuticas deveriam “fazer sentido” para os usuários, e que o coordenador contribuiria para tanto relacionando-as à vida dos mesmos. Mas não esclareceu exatamente como essa relação poderia ser estabelecida ou reforçada. Já o segundo destes relatos, por seu turno, sustentou a importância do “gosto” dos usuários pelas atividades e, adicionalmente, da “identificação” com o coordenador, sendo esta condição aparentemente determinada por uma mera questão de afinidade pessoal. Tratar-se-ia, portanto, de um fator mais interno do que externo, ao contrário do que se poderia cogitar a partir de uma leitura superficial.

Relato 29: *“Então, inicialmente quando se chega no CAPS, e começa a fazer o tratamento, atribui-se a medicação como aquela que vai resolver todos os conflitos do usuário que chega, e eu particularmente tento tirar deles isso. Eu falo que a medicação é algo complementar [...] E eu converso bastante com eles assim, quando eles falam que a oficina ou o grupo não adianta nada. Eu acho que, no geral, eles ficam muito presos nessa questão palpável que é a medicação. Mas aos poucos eles começam a perceber e a falar que o que alguém disse numa oficina, ou o que a gente fez numa oficina, faz sentido [...] Deixa eu tentar pegar um exemplo aqui. Outro dia teve um usuário que falou que vinha aqui só para colorir. Que sentido é esse, do colorir? Se a gente pegar o colorir em si mesmo, acho que não faz sentido nenhum. Que oficina é essa? Agora, se a gente pegar esse colorir e fazer uma relação com a história de vida, eu acho que faz muito sentido. Então eu acho que ainda há um despreparo meu, e nosso [da equipe do CAPS como um todo], nesse sentido também, que pode até contribuir com essa desistência. Mas também não posso falar que é só nosso, porque tem um pouco deles também de não acreditar no trabalho, de ter uma resistência em fazer o tratamento. E aí a gente tem que pensar nisso também, porque [o usuário] está resistindo ao tratamento?” (Participante 5)*

Relato 30: *“Eu acho que vai muito do que cada um gosta. Por exemplo, tem paciente que ama bingo, tem outros que odeiam bingo, se falar que tem bingo, vão embora. Então é muito da identificação de cada um mesmo. De gosto, de identificação com o profissional também. Os pacientes que eu sou mais próxima, querem ficar na oficina que eu estou. Tem paciente que gosta muito de falar, então quer uma roda de conversa. Então depende muito. Eu acho que deveria ter um*

número maior de oficinas e que elas fossem fixas, para que os pacientes possam se encaixar nelas” (Participante 9)

Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) verificaram que os coordenadores podem auxiliar a conferir significado para as oficinas terapêuticas ao priorizar a troca de experiências e a construção de vínculos entre os usuários, conclusão esta que apode ser apontada como um detalhamento da concepção subjacente ao Relato 29. Em contrapartida, faz-se necessário sublinhar que o Relato 30 – minimizando contraditoriamente o papel da “identificação” com o coordenador – veiculou, em seu segmento final, a ideia de que os usuários devem se “encaixar” nas oficinas terapêuticas. Assim, seria simplesmente o caso de haver uma oferta mais diversificada, e não de se refletir sobre as oficinas terapêuticas ofertadas. Entretanto, como defende Almeida (2004), as oficinas terapêuticas tendem a se tornar práticas automatizadas quando implementadas de forma pouco reflexiva.

Cumprе assinalar que a atribuição de maior peso a fatores “internos” em termos da adesão ou não-adesão às oficinas terapêuticas espelha o fato de que, considerando-se o *corpus* como um todo, foi possível notar que, conforme as participantes, os usuários geralmente dispõem de poucas oportunidades para participar ativamente das decisões tomadas nos CAPSs em que são assistidos, embora tais decisões digam respeito diretamente aos mesmos. Este fato se revelou em negativo, pois não houve sequer um relato que pudesse sinalizar alguma abertura quanto a tal participação. Logo, depreende-se uma horizontalidade – semelhante àquela verificada na pesquisa de Figueiró e Dimenstein (2010) – das relações entre os usuários e os profissionais de saúde, pois estes parecem detentores da “palavra final” acerca do funcionamento dos CAPSs. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), contudo, o protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPSs.

Os usuários deveriam ser convidados a participar ativamente das discussões e decisões sobre o funcionamento dos serviços, inclusive por meio da realização de assembleias, mas a maioria das participantes deu a entender que isso não ocorre com frequência⁴. E o mesmo aparentemente se aplica aos familiares dos usuários. Algumas participantes, a propósito, se queixaram de que os familiares tendem a se distanciar deliberadamente do cotidiano dos CAPSs. O Relato 31 exemplifica estas queixas por apontar, com certo conformismo, que as famílias muitas vezes delegam aos profissionais de saúde toda a responsabilidade pelo tratamento de seus entes. Seria esperada uma maior disponibilidade para tentar reverter esta situação, em um primeiro momento acolhendo a família em suas dificuldades e, em um segundo momento, trabalhando no sentido de fortalecê-la visando à corresponsabilização do cuidado em saúde, conforme Mielke, Kohlrausch, Olschowsky e Schneider (2010). Afinal, um dos objetivos dos CAPSs, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), é justamente o fortalecimento dos laços familiares dos usuários.

Relato 31: *“Eu percebo assim, que por mais que é um CAPS, eu percebo que as famílias querem trazer o paciente para cá, deixar e é isso. É muito difícil contar com a participação da família. Então, assim, no nosso grupo de família, a gente tem duzentos pacientes, e vem três familiares para participar do grupo. É uma participação irrisória. Eu falo que, às vezes, é como se o paciente fosse nossa família. A gente que tem que resolver as coisas para eles, e a família dá uma mão. Isso eu acho muito difícil no serviço”* (Participante 9)

⁴ É interessante mencionar que apenas uma participante citou a realização de assembleias com os usuários no CAPS em que trabalhava.

Referendando a importância de se dar maior voz aos usuários e seus familiares, faz-se necessário mencionar que algumas pesquisas evidenciam que os mesmos podem apresentar sugestões importantes sobre o funcionamento de oficinas terapêuticas. Em uma dessas pesquisas, Monteiro e Loyola (2009) constataram que, para muitos usuários, compete ao coordenador colocá-los no centro das intervenções e assumir uma postura acolhedora. Ademais, os usuários criticaram atividades realizadas de modo pouco inovador nas oficinas terapêuticas. Na mesma direção, Azevedo e Miranda (2011) reportaram que familiares comumente valorizam as oficinas terapêuticas como instrumentos de (re)socialização e reabilitação psicossocial, em especial quando estimulam a aprendizagem de um ofício, pois apontam para a necessidade de pensar o “louco” como cidadão. Por outro lado, demonstram insatisfação com as oficinas terapêuticas que apenas se prestam a ocupar o tempo dos usuários.

4.3 Concepções sobre critérios de indicação e benefícios das oficinas terapêuticas

Na terceira categoria foram agregados os relatos que dizem respeito às concepções das participantes sobre os critérios de indicação e os benefícios das oficinas terapêuticas. Faz-se necessário antecipar que, para além da existência de uma íntima relação entre os tópicos em questão, tais relatos foram contemplados em conjunto porque se revelaram de caráter predominantemente genérico, conforme a análise de conteúdo. Ocorre que a maioria das participantes referiu que não observava qualquer critério de indicação para definir se um usuário frequentará ou não as oficinas terapêuticas por elas coordenadas, simplesmente porque, a rigor, não haveria nenhum critério a ser observado. Os Relatos 32, 33, 34 e 35, em linhas gerais, são emblemáticos deste posicionamento.

Relato 32: *“Critério para participar da oficina não tem. A oficina é oferecida, eles são convidados a participar, a gente tenta envolvê-los, buscá-los de alguma forma para que eles fiquem à vontade para participar da oficina. Este é o sistema”* (Participante 2)

Relato 33: *“Não [utilizo nenhum critério para definir os usuários que participarão das oficinas terapêuticas que eu coordeno]. A gente deixa aberto para todos”* (Participante 6)

Relato 34: *“Qualquer usuário que tiver no CAPS, participa [das oficinas terapêuticas que eu coordeno]”* (Participante 12)

Relato 35: *“Não [utilizo nenhum critério para definir os usuários que participarão das oficinas terapêuticas que eu coordeno]. A oficina é posta, e as pessoas que se interessam, podem participar... Numa integração livre.”* (Participante 1)

Porém, é válido salientar que os Relatos 32 e 33 sinalizaram, respectivamente, que os usuários são “convidados” a frequentar as oficinas terapêuticas coordenadas pelas participantes, sendo que os mesmos teriam total liberdade para decidir se aceitariam o convite ou não. Já os Relatos 34 e 35, em suas entrelinhas, dão a entender que o poder de decisão dos usuários seria relativo. Afinal, o Relato 34 sugere uma certa confusão entre direito e dever dos usuários quanto à presença nas oficinas terapêuticas. E o Relato 35 se sobressai pela passagem em que a palavra “posta” foi empregada, devido à ambiguidade por ela instaurada. Por um lado, tal palavra, devido ao seu sentido próprio, denota que as oficinas terapêuticas seriam ofertadas “prontas” aos usuários, ou seja, resultariam

exclusivamente da iniciativa dos coordenadores. Por outro lado, parece razoável cogitar, a julgar pela semelhança sonora existente entre as palavras “posta” e “imposta”, que talvez a presença nas oficinas terapêuticas seja apresentada como indispensável para os usuários.

O fato de a maioria das participantes ter mencionado que não adota nenhum critério de indicação para definir se um usuário frequentará ou não as oficinas terapêuticas por elas coordenadas pode ser considerado negativo, na medida em que se afigura como um indício de que tais dispositivos tendem a ser colocados em prática pelas mesmas sem a devida reflexão. Como consequência, os usuários comumente seriam levados a assumir um papel passivo em relação ao próprio tratamento, já que, na melhor das hipóteses, poderiam decidir se frequentarão ou não as oficinas terapêuticas que lhes são sugeridas indiscriminadamente. Mas é preciso sublinhar que as pesquisas de Cedraz e Dimenstein (2005) e Figueiró e Dimenstein (2010) reportaram resultados semelhantes, em seus aspectos gerais.

A primeira delas demonstrou que muitos profissionais de saúde não empreendem qualquer movimento mais consistente no sentido de problematizar as oficinas terapêuticas que coordenam, pois se limitam a apresentar propostas das quais os usuários serão “consumidores”. A segunda pesquisa igualmente adverte que, tipicamente, as oficinas terapêuticas estão mais conectadas com os profissionais de saúde do que com os usuários, e por essa razão os primeiros buscam “induzir” com insistência os segundos a frequentá-las. Logo, as oficinas terapêuticas tendem a ser planejadas, executadas e até mesmo reformuladas sem que os interesses dos usuários sejam de fato contemplados. É possível propor que a definição de critérios de indicação, a serem adotados com flexibilidade e discutidos com os usuários, poderia se afigurar como um dos caminhos possíveis para a reversão deste cenário.

Uma única participante se distinguiu por ter sinalizado, como se vê no Relato 36, que os materiais passíveis de utilização em determinadas atividades desenvolvidas em oficinas terapêuticas constituiriam uma espécie de critério de indicação condicional, a depender do risco que supostamente ofereceriam para a integridade física dos mesmos. No caso, o referido risco seria determinado tanto pelas características dos materiais quanto pela condição emocional dos usuários. Logo, embora possa ser considerado pertinente a princípio, tal cuidado, no limite, sugere que ainda perduram resquícios do antigo estigma de periculosidade da “loucura”, segundo o qual é necessário tutelá-la, ainda que sutilmente.

Relato 36: *“Nenhum [critério é utilizado para definir os usuários que participarão das oficinas terapêuticas que eu coordeno]. A gente tem, por exemplo, um cuidado... se o paciente naquele dia não estiver bem, nós temos o cuidado de não levar uma oficina que tenha manuseio de algum material perfuro-cortante. Essas coisas. E quando a gente leva, fica tudo sob a nossa guarda. Mas critérios não temos”* (Participante 2)

Algumas participantes conceberam que o diagnóstico dos usuários constituiria um critério de indicação para as oficinas terapêuticas que coordenam, como se vê nos Relatos 37 e 38. Ambos também realçaram que as vontades e as necessidades dos usuários devem ser levadas em conta, o que poderia ser considerado positivo, se tomado isoladamente. Porém, o fato de o diagnóstico ser empregado como principal critério de indicação sinaliza um processo de reificação dos usuários, do qual é emblemática a alusão, no Relato 38, ao código alfanumérico (F.20) estabelecido para a esquizofrenia na Classificação Internacional de Doenças. Além disso, é interessante notar que o Relato 39

– assim como o Relato 37, ainda que mais indiretamente – deu a entender que a presença em oficinas terapêuticas seria contraindicada para os usuários que, supostamente, representariam uma ameaça à manutenção da ordem do “grupo”.

Relato 37: *“Sim [eu utilizo um critério para definir os usuários que participarão das oficinas terapêuticas que eu coordeno]. Há um critério que está muito ligado ao paciente querer. E também ao diagnóstico, dependendo do caso, por exemplo, um transtorno de personalidade, onde o paciente atua muito e falsifica sintomas quando está em um grupo. A gente evita que esse paciente fique em grupo e leva só para o atendimento individual. Outros casos, a gente mantém em grupo”*
(Participante 1)

Relato 38: *“Tem! Para mim, os F.20 são os melhores para participar de atividades de desenho e de pintura. Eles não gostam de muita coisa pré-estabelecida. Para esse público, as oficinas desse tipo funcionam melhor. Mas depende muito da pessoa também. Na hora que a gente faz a avaliação e percebe que é uma pessoa muito agitada, a gente vai direcionando para essas oficinas mais manuais. Para outros que precisam de um relaxamento, a gente coloca em outro tipo, na minha, de meditação, por exemplo”* (Participante 10)

Relato 39: *“[...] a gente percebe que tem paciente que não se encaixa na oficina. Se sente mal, se sente incomodado, você vê que ali ele não fala nada, entra mudo e sai calado. Para esses pacientes, a gente tenta um atendimento individual, aí depois tenta voltar ele para a oficina, tenta intercalar. Tem pacientes que não se misturam, estão sempre no canto, sozinhos. Aí tem gente não tem nenhum ganho*

com a oficina. Agora tem muito paciente que tem muita necessidade de expor a dor, expor o sofrimento, então a gente também tenta dosar esses pacientes, não colocar em algumas oficinas, porque acaba que eles trazem toda atenção da oficina para si, e sempre com questões muito negativas” (Participante 9)

Em contraste com o que seria esperado, apenas uma participante salientou que o critério de indicação para uma determinada oficina terapêutica deveria ser pautado no Projeto Terapêutico Singular do usuário, como se pode observar no Relato 40. Tal participante asseverou que, para tanto, é necessário que os profissionais de saúde do serviço tenham conhecimento acerca das oficinas terapêuticas em andamento. Outra participante igualmente notou esta necessidade. Porém, conforme o Relato 41, no serviço ao qual a mesma se encontra vinculada, em sua própria perspectiva, as informações não circulariam da forma adequada devido a uma desintegração persistente do trabalho que se mostra prejudicial aos usuários.

Relato 40: *“O critério, quando a pessoa é inserida, quando ela é acolhida, e é feito o Projeto Terapêutico, a pessoa que acolhe, ou a referência dessa pessoa, vai definir. Recentemente a gente conseguiu fazer uma definição de qual oficina em cada dia, mais ou menos. Então a gente já sabe que na quarta à tarde, uma psicóloga faz atividades corporais, na quinta de manhã, é a enfermagem que faz, então é educação em saúde, alongamento também. Na segunda de manhã, é caminhada, então a gente se organizou assim, para a pessoa poder escolher o que mais agrada” (Participante 11)*

Relato 41: *“Olha... ao meu ver, deveriam ter oficinas mais específicas, por exemplo, na segunda-feira, uma oficina específica de... sei lá... vamos pensar aqui, uma oficina de jornal. Vamos pegar um texto, ler, vamos ver o que entendemos e vamos escrever alguma coisa sobre ele. Na terça, uma oficina que visa algo, na quarta, outra que vise outra coisa, na quinta e na sexta. Não existe isso aqui. Se você me perguntar o que a minha colega faz, eu não sei. Já levei isso para a reunião, para a gente poder estabelecer isso assim... o tipo de oficina, porque, vai dar a possibilidade de o usuário que chega, optar por aquela oficina que ele se identifica mais. Acho que não faz sentido ele participar de uma oficina terapêutica que às vezes não tem muito a ver, que não traga benefícios”*
(Participante 5)

Cabe explicitar que o Relato 40 está em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (2004), segundo as quais deve-se elaborar um Projeto Terapêutico Singular para todo usuário no início de seu acompanhamento em qualquer CAPS. Para tanto, um profissional de saúde da equipe será definido como terapeuta de referência e terá como responsabilidade construir, monitorar, avaliar e redefinir, quando necessário, o Projeto Terapêutico Singular, juntamente com o respectivo usuário, sendo que a participação de seus familiares também será relevante. Dessa forma, a cada usuário poderá ser oferecido um tratamento que respeite suas particularidades e que – em contraste com o processo de reificação já mencionado a propósito do Relato 38 – viabilize a personalização dos atendimentos.

Oliveira (2010) reafirma as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde ao enfatizar que o Projeto Terapêutico Singular precisa ser elaborado e executado, com metas claras, em parceria por toda a equipe do serviço com a participação ativa dos

usuários e seus familiares. E é justamente da ausência dessa colaboração entre os profissionais de saúde que se queixou a participante responsável pelo Relato 41. Parece razoável cogitar que um trabalho mais integrado possibilitaria à equipe tanto discutir critérios de indicação potencialmente úteis na prática quanto implementar oficinas terapêuticas mais compatíveis com as demandas dos usuários, contribuindo, assim, para o êxito do Projeto Terapêutico Singular.

Ressalte-se ainda que Mângia et al. (2006) especificaram como eixos norteadores do Projeto Terapêutico Singular a ênfase no usuário em seu contexto e a preocupação com a continuidade de sua vida na comunidade. Kinker e Imbrinzi (2015), seguindo essa linha de raciocínio, defenderam que, para que as oficinas terapêuticas possam escapar das armadilhas do controle social, é necessário que viabilizem uma imersão no campo social. Ou seja, para além de estarem previstas em um Projeto Terapêutico Singular, devem estar vinculadas a um plano de intervenção social mais amplo, voltado à desinstitucionalização. Porém, nenhuma das participantes que fez menção ao Projeto Terapêutico Singular citou preocupações semelhantes a estas, apontadas pelos referidos autores.

Por fim, cumpre assinalar que, conforme a concepção da maioria das participantes, os benefícios das oficinas terapêuticas seriam tão imprecisos quanto os critérios de indicação. Foram frequentes as alusões aos ganhos oriundos diretamente da socialização entre os usuários, como se vê nos Relatos 42, 43 e 44. Tal achado, em certo aspecto, seria esperado, pois, desde a Portaria SNAS 189/1991, a socialização está estabelecida como um dos objetivos básicos das oficinas terapêuticas, como já mencionado. Porém, mais do que a mera convivência entre os usuários, as oficinas terapêuticas, como advertem Rauter (2000) e Costa e Figueiredo (2004), devem promover a superação do isolamento causado pela “loucura” por meio da consecução de um objetivo mais amplo, que seria, justamente, a (re)inserção social.

Relato 42: *“Eu acho que principalmente [os benefícios das oficinas terapêuticas] é a questão da interação entre eles [os usuários]. Porque é uma oportunidade de criar laços e fazer amizades”* (Participante 9)

Relato 43: *“Olha... [os benefícios das oficinas terapêuticas] interação social, que é um grande problema para pessoas com transtornos mentais [...] Conseguir elaborar coisas que a pessoa não costuma tocar fora de um grupo, por exemplo. Perceber no outro aquilo que, ou melhor dizendo, perceber que outras pessoas podem estar passando por aquilo que ele também está passando. Ouvir sugestões de pessoas que passam pela mesma situação. Entrar em contato com realidades diferentes...”* (Participante 8)

Relato 44: *“Ah, eu acho que [os benefícios das oficinas terapêuticas] é a socialização, a percepção de que ele consegue fazer uma atividade. Tem gente que nunca fez nenhuma atividade. Tem gente que tá por conta de doença, então fica às vezes deitado o dia inteiro, aí começa a fazer uma atividade e volta para a vida. Ocupa a cabeça. É um momento em que eles conversam entre eles, vão percebendo as habilidades de cada um. Pede ajuda. Saem um pouco daquela coisa da doença o tempo inteiro. Podem conversar sobre outras coisas”* (Participante 1)

O Relato 43 também contemplou, ainda que de forma vaga, a importância do suporte mútuo entre os usuários, o que pode ser considerado positivo, já que, conforme Figueiró e Dimenstein (2010), muitas vezes as oficinas terapêuticas assumem uma

dinâmica que, equivocadamente, inviabiliza tal processo. Contudo, o Relato 44 fez referência à “ocupação da cabeça” dos usuários como um dos benefícios das oficinas terapêuticas. O Relato 45, de forma semelhante, aludiu à “ocupação do tempo”. Ambos sugerem uma concepção tributária de posicionamentos que não se harmonizam com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na medida em que preconizam o combate ao ócio como se o mesmo fosse algo intrinsecamente prejudicial aos usuários.

Relato 45: *“Eu acho que [um dos benefícios das oficinas terapêuticas] é eles [os usuários] saberem que vão lá, e além de serem ouvidos, eles vão ter uma ocupação do tempo. Uma ocupação que vai significar alguma coisa. Porque se eles só viessem, sem nada, acho que o tempo vago ia ficar muito grande. Então a oficina, eu acho que foi para isso mesmo”* (Participante 10)

Ressalte-se que posicionamentos semelhantes também foram observados em outras pesquisas. Cedraz e Dimenstein (2005), por exemplo, concluíram que as oficinas terapêuticas muitas vezes são reduzidas a meros dispositivos de ocupação. E advertiram que os próprios usuários tendem a incentivar tal fenômeno, pois defendem que o tempo que passam nos CAPSs deveria ser preenchido integralmente por atividades que não lhes permitam “ficar parados”. Ribeiro, Sala e Oliveira (2008), Domingues e Paravidini (2009) e Alberti, Costa e Moreira (2011) igualmente denunciaram o fato de que as oficinas terapêuticas comumente acabam servindo apenas ao propósito de entreter ou distrair os usuários, funcionando como uma espécie de passatempo, sendo que, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, deveriam, na realidade, promover a transformação social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionado, o presente estudo teve como objetivo geral compreender as concepções de profissionais que coordenam oficinas terapêuticas em CAPSs a respeito de tal dispositivo de tratamento. Parece razoável propor que este objetivo foi atingido, a julgar pelos resultados proporcionados pela análise de conteúdo. Sendo assim, vale a pena recapitula-los. A primeira categoria contemplou aspectos basilares das oficinas terapêuticas e foi desmembrada em três subcategorias. Uma subcategoria revelou que não houve consenso entre as participantes sobre o valor terapêutico das oficinas terapêuticas. A maioria delas sinalizou que concebe as oficinas terapêuticas como práticas terapêuticas por excelência, ou desde que promovam o bem-estar momentâneo dos usuários. Poucas participantes salientaram que, para que possam ser qualificadas como terapêuticas, as oficinas terapêuticas devem estimular o exercício da cidadania. Já a segunda subcategoria reuniu relatos que apontam que, para diversas participantes, as oficinas terapêuticas devem ter como propósito básico a (re)inserção social dos usuários. Mas foi possível identificar uma concepção segundo a qual o desenvolvimento de uma oficina terapêutica envolveria a produção de algo material, concreto. A última subcategoria ilustrou que, para as participantes em geral, os limites existentes entre as diferentes modalidades de oficinas terapêuticas são pouco nítidos.

Por meio da segunda categoria, evidenciou-se que, conforme a concepção da maioria das participantes, tanto a adesão quanto a não-adesão dos usuários às oficinas terapêuticas se determinariam com base em fatores concernentes apenas aos próprios, e não às atividades realizadas nas oficinas terapêuticas ou à coordenação. Diferenças de gênero também foram apontadas como relevantes neste sentido. A terceira categoria, por fim, agregou relatos sobre os critérios de indicação e os benefícios das oficinas terapêuticas. Foi possível depreender que, conforme a concepção predominante entre as

participantes, na realidade não existiriam critérios de indicação a serem adotados, cabendo ao coordenador de uma oficina terapêutica apenas convidar indiscriminadamente os usuários do serviço a frequentá-la. E os benefícios das oficinas terapêuticas se reduziriam, basicamente, à socialização, ao suporte mútuo entre os usuários e à ocupação do tempo dos mesmos.

Esse conjunto de resultados, como já mencionado, sugere tanto aproximações quanto distanciamentos entre as concepções das participantes e a lógica do cuidado psicossocial preconizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Logo, reforçam a necessidade de se fazer das oficinas terapêuticas objeto de reflexão permanente, para que tais dispositivos de tratamento não venham a ser desfigurados. Os resultados ora reportados igualmente evidenciam a necessidade de novas pesquisas sobre o assunto, até mesmo para que se possa verificar se, em outros contextos, o cenário que se apresenta é semelhante ou não. A propósito, novas pesquisas podem ser consideradas especialmente relevantes a julgar pelas ameaças de retrocessos e de perda de direitos associadas às recentes mudanças na política de saúde mental, que, na contramão da clínica antimanicomial, incentivam o resgate da “velha Psiquiatria”.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S., Costa, A. C., & Moreira, J. O. (2011). Oficina do ócio: um convite para o sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(3), 499-512.
<https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000300007>
- Almeida, N. (2004). Contribuições à tematização das oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial. In: C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 83-94). Rio de Janeiro: Contracapa.
- Amarante, P. D. C. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 1(1), 61-77.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>
- Amarante, P. D. C. (1995a). *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Amarante, P. D. C. (1995b). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarante, P. D. C., & Nocam, F. (2012). *Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni.

Andrade, M. C. & Costa-Rosa, A. (2014). O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(1), 27-41.

Azevedo, D. M., & Miranda, F. A. N. (2011) Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery*, 15(2), 339-345.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>

Baptista, F. L. C. (2003). Da identificação maciça à emergência do sujeito. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 121-129.

Barbosa, D. R., & Souza, M. P. R. (2009). História da Psicologia: contribuições da etnografia e da história oral. *Temas em Psicologia*, 17(1), 81-91.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. (Original publicado em 1977)

Borges, S. (2008). A função da escrita na psicose. *Estilos da Clínica*, 13(25), 52-63.
<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v13i25p52-63>

Brandt, J., Bender, F., & Menezes, A. L. T. (2015). Reflexões de uma experiência de oficina terapêutica infantil no CAPSIA: os Sonhadores. *Aletheia*, 196-207.

Brasil (1991). *Portaria n° 189, de 19 de novembro de 1991*. Brasília. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12211.html>>. Acesso em: 8 de agosto de 2015.

Brasil (1992). *Portaria n° 224, de 29 de janeiro de 1992*. Brasília. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>. Acesso em: 9 de julho de 2017.

Brasil (2001). *Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001*. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 9 de julho de 2017.

Brasil (2002). *Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>> Acesso em: 9 de agosto de 2017.

Brasil (2011). *Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso: em 9 de agosto de 2017.

Boccardo, A. C. S., Zane, F. C., Rodrigues, S., & Mângia, E. F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22 (1), 85-92. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>

Cabral, A., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix.

Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>

Casagrande, A. B. & Bao, C. E. (2013). Conjugando gênero e loucura: as experiências de homens e mulheres no cotidiano asilar do Hospital-Colônia Adauto Botelho/PR (1954-1960). *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10*, Florianópolis.

Castro, T. G., Abs, D., & Sarriera, J. C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (4), 814-825. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400011>

Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 5(2), 300-327.

Corbisier, C. (2000). A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: P. D. C. Amarante, (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.279 – 299). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Costa, C. M., & Figueiredo, A. C. (2004). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa.

Costa, A. M., Cadore, C., Lewis, M. S. R., & Perrone, C. M. (2013). Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência. *Barbaroi*, 38, 235-249.

Costa, J. V., & Guindani, M. K. (2012). Didática e pedagogia do diário de campo na formação do assistente social. *Emancipação*, 12(2), 265 – 278. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.12i2.0008>

Cruz, K. S., & Fernandes, A. H. (2012). Dispositivos clínicos dos psicólogos em CAPS de Salvador: entre tutela e clínica das psicoses. *Psicologia e Saúde*, 4(2), 94-105.

Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na prática. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79.

Domingues, M. A., & Paravidini, J. L. (2009). A construção de ofícios terapêuticos em saúde mental. *Mental*, 7(13).

Farias, I. D., Thofehrn, M. B., Andrade, A. P. M., Carvalho, L. A., Fernandes, H. N., & Porto, A. R. (2016). Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 12(3), 147-153. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i3p147-153>

Figueiredo, V. V., & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 173-181. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000200004>

Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. D. B. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, 22 (2), 431-446. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800015>

Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

Foucault, M. (1961). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Galeano, E. (2015). *O livro dos abraços*. 3ª edição. Porto Alegre: L&PM.

Galletti, M. C. (2004). *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Editora da UCG.

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo Veintiuno.

Grego, M. G. (2004). Oficina: uma questão de lugar? In: C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 83-94). Rio de Janeiro: Contracapa.

Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 23-58). Rio de Janeiro: Contracapa.

Gigante, M. P. (2011). *Perfil das oficinas de geração de trabalho e renda no âmbito da atenção psicossocial no Brasil*. Dissertação de mestrado. Pelotas- RN. Universidade Católica de Pelotas.

González Rey, F. (2010). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.

Hainz, C. G., & Costa-Rosa, A. (2009). A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por foraclusão. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 405-412.

<https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000200022>

Ibiapina, A. R. S., Monteiro, C. F. S., Alencar, D. C., Fernandes, M. A. & Costa Filho, A. A. I. (2017). Oficinas Terapêuticas e mudanças sociais em pessoas com transtornos mentais. *Escola Anna Nery*, 21(3).

Jucá, V. J. S., Medrado, A. C., Safira, L., Gomes, L. P. M., & Nascimento, V. G. (2010). Atuação psicológica e dispositivos grupais nos Centros de Atenção Psicossocial. *Mental*, 8(14), 93-113.

Kinker, F. S., & Imbrizi, J. M. (2015). O mito das oficinas terapêuticas. *Polis e Psique*, 5(3), 61-79.

Lima, E. A. (2004). Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 59-81). Rio de Janeiro: Contracapa.

Lima, E. M. F. A. & Pelbart, P. P. (2007). Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, 14(3), 709-735.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300003>

Lima, A. F. (2008). Dependência de drogas e psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 91-101.
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100010>

Mielke, F. B., Kohlrausch, E., Olschowsky, A., & Schneider, J. F. (2010). A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (4), 761-765.
<https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>

Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf>. Acesso em: 8 de agosto de 2017.

Ministério da Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 8 de agosto de 2017.

Ministério da Saúde (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 8 de agosto de 2017.

Ministério da Saúde (2015). *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10*, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> Acesso em 08 de novembro de 2017.

Monteiro, R. L., & Loyola, C. M. D. (2009). Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 18(3), 436-442.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000300005>

Nascimento, B. A. (1990). O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 1(1), 17-21.

Nogueira-Martins, M. C. F., & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>

Noronha, A. A., Folle, D., Guimarães, A. N., Brum, M. L. B., Schneider, J. F., & Motta, M. G.C. (2016). Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4).
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56061>

Nunes, V. S., Torres, M. A., & Zanotti, S. V. (2015). O psicólogo no CAPS: um estudo sobre oficinas terapêuticas. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 5(2), 135-146.

Oliveira, G. N. (2008). O Projeto Terapêutico Singular. In: G. W. S. Campos & A. V. Guerrero (Orgs.), *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 283-297). São Paulo: Hucitec.

Pádua, F. H. P., & Moraes, M. L. S. (2010). Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. *Psicologia USP*, 21(2), 457-478.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000200012>

Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>

Passos, I. F. (2012). Duas versões históricas para a Psicoterapia Institucional. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 21-32.

Rauter, C. (2000). Oficinas para que? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: P. D. C. Amarante, (Org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.267-277). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Resende, H. (1994). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis: Vozes.

Ribeiro, S. L. (2004). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 92-99.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>

Ribeiro, L. A., Sala, A. L. B., & Oliveira, A. G. B. (2008). As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Mineira de Enfermagem* 12(4), 516-522.

Rocha, T. H. R., Soares, J. B., & Freitas, L. M. (2012). Atividades de extensão em oficinas sobre situações de risco psicossocial e violência com usuários de um serviço de saúde mental: relato de experiência. *Aletheia*, 228-239.

Santiago, E. & Yassui, S. (2011). O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória histórica e reflexões sobre sua atual utilização. *Revista de Psicologia da UNESP*, 10 (1), 195-210.

Silva, M. A., & Capitão, C. G. (2011). Oficina de sexualidade, uma abordagem ampliada para se trabalhar com alcoolistas: relato de experiência. *Revista da SBPH*, 14(1), 112-124.

Silva, T. J. F., & Alencar, M. L. O. A. (2009). Invenção e endereçamento na oficina terapêutica em um centro de atenção diária. *Revista Latinoamericana de*

Psicopatologia Fundamental, 12(3), 524-538.

<https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000300008>

Souza, L. G. S., & Pinheiro, L. B. (2012). Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial: álcool e drogas. *Aletheia*, 38-39, 218-227.

Tavares, C. M. (1997). Oficina de arte: atuação terapêutica da enfermeira psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50(4), 569-576.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71671997000400011>

Tenório, F. (2002). A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-59.

<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-517.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Vieira, C. (2007). A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Revista Toxicodependências*, 13(3), 15-22.

Yassui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. D. C. (2016). From manicomial logic to territorial logic: impasses and challenges of psychosocial care. *Journal of Health Psychology*, 21(3), 400-408.
<https://doi.org/10.1177/1359105316628754>

Zanotti, S. V., Oliveira, A. A. S., Bastos, J. A., & Silva, W. V. N. (2010). Jornal do CAPS: construção de histórias em oficinas terapêuticas. *Psico PUCRS*, 41(2), 278-284.

Zaccarelli, L. M., & Godoy, A. S. (2010). Perspectivas de uso de diários nas pesquisas em organizações. *Cadernos EBAPE.BR*, 8(3), 550-563.
<https://doi.org/10.1590/S1679-39512010000300011>

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Idade e formação

1.1 Qual é a sua idade?

1.2 Qual é a sua formação profissional (tipo de curso, ano, instituição)?

1.3 Você tem alguma formação complementar (tipo de curso, ano, instituição)?

2. Situação profissional

2.1 Antes de trabalhar no CAPS, você trabalhou em outro serviço de saúde? Se sim: como era para você esse trabalho? Quais eram os pontos positivos e negativos?

2.2 Há quanto tempo você trabalha no CAPS?

2.3 Como se deu sua inserção no CAPS?

2.4 Como é para você trabalhar no CAPS? Quais são os pontos positivos e negativos?

2.5 Quais atividades você desenvolve no CAPS além da(s) oficina(s) terapêutica(s)?
Descreva cada uma delas.

2.6 Na sua opinião, de que maneira sua formação profissional contribuiu para o trabalho que você desenvolve atualmente no CAPS?

2.7 Você atualmente trabalha em outro lugar, além do CAPS? Se sim, como é para você esse trabalho? Quais são os pontos positivos e negativos?

3. Políticas Públicas de Saúde Mental

3.1 Para você, como é possível definir um CAPS? Para você, qual seria o seu principal público-alvo?

3.2 Na sua opinião, qual é o papel do CAPS no contexto do Sistema Único de Saúde?

3.3 Na sua opinião, qual é o papel do CAPS no contexto da Reforma Psiquiátrica?

3.4 Na sua opinião, qual é o papel do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial do município?

3.5 Como você avalia as Políticas Públicas de Saúde Mental na atualidade?

4. Oficinas terapêuticas

4.1 Para você, como é possível definir uma oficina terapêutica?

4.2 Que tipo de oficina(s) terapêutica(s) você coordena no CAPS? Descreva seu funcionamento.

4.3 Como surgiu e de quem partiu a ideia de oferecer a(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena?

4.4 Quantos usuários normalmente participam da(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena?

4.5 Quais são as principais características dos usuários da(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena? (sexo, idade, escolaridade, diagnóstico, etc)

4.6 A(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena foram planejadas para usuários com características específicas?

4.7 Há algum critério para a definição dos usuários que participam da(s) oficinas(s) terapêutica(s) que você coordena? Como eles chegam para a(s) oficinas(s) terapêutica(s): são encaminhados, convidados, apresentam demanda espontânea ou chegam de alguma outra maneira?

4.8 Como é para você coordenar oficina(s) terapêutica(s)? Quais são os pontos positivos e negativos?

4.9 Você divide a coordenação com mais alguém? Se sim, como foi planejada essa divisão? Como ela funciona na prática? Quais são os pontos positivos e negativos?

4.10 Na sua opinião, de que maneira sua formação profissional contribuiu para o trabalho que você desenvolve especificamente na coordenação da(s) oficinas(s) terapêutica(s)?

4.11 Como você chegou à sua forma atual de trabalho quanto à coordenação da(s) oficinas(s) terapêutica(s)?

4.12 Em sua trajetória profissional, ocorreram mudanças internas e/ou externas que o conduziram à sua forma atual de trabalho quanto à coordenação da(s) oficinas(s) terapêutica(s)?

4.13 Você segue alguma linha ou abordagem teórica específica quanto à coordenação da(s) oficinas(s) terapêutica(s)?

4.14 Como você define quais atividades serão desenvolvidas a cada dia na(s) oficinas(s) terapêutica(s) que você coordena?

4.15 Na sua opinião, quais benefícios uma oficina terapêutica pode proporcionar aos participantes?

4.16 Na sua opinião, quais benefícios a(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena tem proporcionado aos participantes?

4.17 Na sua opinião, o que leva os usuários a frequentarem ou a abandonarem a(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena?

4.18 Na sua opinião, qual é avaliação que os usuários fazem da(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena? Essa avaliação é feita espontaneamente pelos usuários, há algum momento durante ou após as a(s) oficina(s) terapêutica(s) em que essa avaliação possa ser feita de modo formal ou ela é realizada de alguma outra maneira?

4.19 Qual é avaliação que você faz da(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena?

4.20 Na sua opinião, qual é avaliação que os demais profissionais do CAPS fazem da(s) oficina(s) terapêutica(s) que você coordena? Essa avaliação é feita espontaneamente pelos

profissionais, há algum momento durante as reuniões de equipe em que essa avaliação possa ser feita de modo formal ou ela é realizada de alguma outra maneira?

4.21 Para encerrar, você gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE 2**Termo de consentimento livre e esclarecido**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**A percepção dos profissionais sobre as oficinas terapêuticas no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs)**” sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Sanches Peres e da pesquisadora Ana Luiza de Mendonça Oliveira.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender o funcionamento das oficinas terapêuticas segundo os profissionais responsáveis pelas mesmas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Ana Luiza de Mendonça Oliveira, no momento da realização da entrevista, no local de trabalho de cada um dos participantes.

Na sua participação você participará de uma entrevista sobre o assunto em questão, a ser conduzida pela pesquisadora Ana Luiza de Mendonça Oliveira. A entrevista será gravada em áudio e transcrita pela própria pesquisadora, sendo que, após a transcrição, a gravação será desgravada. A entrevista, após a autorização da Secretaria Municipal de Uberlândia e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, acontecerá nos dias e horários acordados com a coordenação dos CAPSs, levando-se em consideração a rotina da unidade, evitando o comprometimento de suas atividades. Adicionalmente, a pesquisadora deverá utilizar um diário de campo para registrar as impressões do campo.

Em nenhum momento você será identificado pelos pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem na possibilidade de comprometimento da confidencialidade da identificação dos sujeitos por motivos alheios aos pesquisadores.

Os benefícios serão a obtenção de subsídios para o aprimoramento das oficinas terapêuticas no contexto dos CAPSs e a obtenção de um maior conhecimento sobre o assunto em pauta.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Ana Luiza de Mendonça Oliveira. Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720. Campus Umuarama. Uberlândia. Fone: (34) 3218- 2701 ou Rodrigo Sanches Peres. Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720. Campus Umuarama. Uberlândia. Fone: (34) 3218 – 2235.

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131. . O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, dede 20.....

Rodrigo Sanches Peres
Pesquisador

Ana Luiza de Mendonça Oliveira
Pesquisadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa