

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E**  
**TECNOLÓGICA INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO,**  
**CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA**  
**CAMPUS JARAGUÁ DO SUL**

ERIK MARTINA  
FERNANDA TIBOLLA  
KAREN HEIDEMANN  
LAISA HORN  
MARIA FERNANDA SPEZIA  
THAYNA NICOLE BERTOLDI

**CONTRIBUIÇÕES DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DOS**  
**USUÁRIOS DO CAPS II DE JARAGUÁ DO SUL**

**JARAGUÁ DO SUL/SC**  
**2018**

**ERIK MARTINA  
FERNANDA TIBOLLA  
KAREN HEIDEMANN  
LAISA HORN  
MARIA FERNANDA SPEZIA  
THAYNA NICOLE BERTOLDI**

**CONTRIBUIÇÕES DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DOS  
USUÁRIOS DO CAPS II DE JARAGUÁ DO SUL**

Projeto de pesquisa desenvolvido no eixo formativo diversificado “Conectando Saberes” do curso Técnico em Modelagem do Vestuário (Modalidade Integrado) do Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Jaraguá do Sul.

Orientadora: Caroline Weiberg  
Coordenador: Selomar Borges

**JARAGUÁ DO SUL/SC  
2018**

## SUMÁRIO

<b>1 TEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>2 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>3 PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>4 HIPÓTESES.....</b>	<b>3</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>3</b>
5.1 OBJETIVO GERAL.....	3
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
<b>6 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>4</b>
<b>7 HISTÓRICO.....</b>	<b>6</b>
7.1 NORMALIDADE VERSUS LOUCURA - A SEGREGAÇÃO E OS MANICÔMIOS.....	6
7.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	8
7.3 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	9
7.3.1 Redução de leitos.....	10
7.3.2 As residências terapêuticas.....	12
7.3.3 O programa de volta para casa.....	13
7.3.4 A estratégia de redução progressiva a partir dos hospitais de grande porte....	13
7.4 CENTROS DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAIS.....	14
7.4.1 Terapia ocupacional e oficinas terapêuticas.....	16
<b>8 CAPS II DE JARAGUÁ DO SUL.....</b>	<b>17</b>
<b>9 METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
9.1 LOCUS DA PESQUISA.....	20
9.2 SUJEITOS DE PESQUISA.....	20
9.3 COLETA DE DADOS.....	21
9.4 ANÁLISE DE DADOS.....	21
9.5 ÉTICA NA PESQUISA.....	21
<b>10 CRONOGRAMA.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>30</b>

## **1 TEMA**

Saúde Mental.

## **2 DELIMITAÇÃO DO TEMA**

Contribuições das oficinas terapêuticas no tratamento dos usuários do CAPS II de Jaraguá do Sul.

## **3 PROBLEMA**

De acordo com o documento *Saúde Mental No SUS: Os Centros De Atenção Psicossocial*, “As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS.” (BRASIL, 2004a, p.20). As oficinas são realizadas em grupo e de acordo com a necessidade de cada usuário, podendo variar, desde oficinas de desenho, pintura e música, até a fabricação de bijuterias e a prática da costura (BRASIL, 2004a). Assim, pretendemos investigar como essas oficinas auxiliam na saúde mental, propondo então, a seguinte pergunta: qual a contribuição das oficinas terapêuticas no tratamento dos usuários do CAPS II de Jaraguá do Sul?

## **4 HIPÓTESES**

- As oficinas terapêuticas auxiliam no tratamento dos usuários do CAPS II de Jaraguá do Sul;
- O apoio familiar e esforço pessoal do sujeito influenciam nos resultados do tratamento;
- Além das oficinas terapêuticas, é necessário um tratamento globalizado, incluindo acompanhamento profissional através de medicamentos prescritos pelo psiquiatra.

## **5 OBJETIVOS**

## 5.1 OBJETIVO GERAL

Compreender de que forma as oficinas terapêuticas atuantes no CAPS II de Jaraguá do Sul influenciam no tratamento de doenças mentais.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Questionar o conceito de “louco” e a noção de “perigo” que doentes mentais podem apresentar para a sociedade;
- Explicar como funcionavam os manicômios e hospícios antes da Reforma Psiquiátrica;
- Verificar como as oficinas terapêuticas oferecidas pelo CAPS II de Jaraguá do Sul influenciam no tratamento dos usuários;
- Observar uma oficina terapêutica de bijuteria no CAPS II de Jaraguá do Sul.

## 6 JUSTIFICATIVA

O grupo escolheu esse tema pois acredita que há uma necessidade de conhecer e estimular a utilização dos tratamentos oferecidos pelos CAPS, e que a existência dessas instituições é muito importante para a população. Da mesma forma, é importante quebrar o conceito de louco, muito presente na sociedade atual, e assim, desmistificar o medo que as pessoas sentem pelos mesmos.

A escolha do tema deve-se a percepção da evolução do tratamento dado ao doente mental, bem como a ainda atual falsa ideia de “perigo” que estes apresentam para a sociedade. Estes julgamentos precipitados criam uma série de paradigmas em relação a autonomia, personalidade e integridade do doente mental, que passa a ser encarado, muitas vezes, a alguém relacionado apenas com a sua doença e não como um cidadão, erro que, de acordo com Rotelli et al (2001), também é cometido por parte da psiquiatria.

Nogueira e Costa (2007, p.6) afirmam que

a crítica ao modelo manicomial surgiu com a crítica ao paradigma racional psiquiátrico, na busca de sua desconstrução, pois a maior falha da psiquiatria foi deter-se em um objeto fictício, a doença, quando deveria ter considerado a existência complexa e concreta do sujeito e do corpo social.

Esses sujeitos acabam por sofrer maldades e crueldades por serem considerados loucos. O estereótipo do louco mudou com o decorrer da história, mas sempre foi marcado pela exclusão social, sobretudo pelo medo do diferente, entendendo esses sujeitos que escapam do que se considera como normal como um perigo à sociedade. Sobre a noção de periculosidade, (BELMONTE, 1996, p.165) afirma que ela é “ligada ao diagnóstico é mais um dos fatores a reforçar a necessidade de proteção da sociedade por meio da segregação do doente mental, incluindo-se, ainda, a questão da desinformação por parte daquela para lidar com a doença mental”.

A Lei que estrutura a Política de Saúde Mental no Brasil surge como um importante ganho para todos os que defendem a Reforma Psiquiátrica. Os dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) indicam que 60% dos países membros possuem legislação em saúde mental (cobrindo 72% de toda a população mundial). De acordo com Duarte e Garcia (2013, p.44), “essas legislações foram aprovadas principalmente após o ano 2000, e vêm crescendo significativamente após 2005”.

Onocko-Campos e Furtado (2006, p.1053), apontam que

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os transtornos mentais de cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde; além do que, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área.

Atualmente, o Ministério da Saúde, por meio de diversas ações, fornece atendimento, por meio do Sistema Único de Saúde, para doentes mentais. Uma das ações instituídas durante o processo de desinstitucionalização foi a criação da Centros de Atendimento Psicossociais. No documento *Saúde Mental em Dados 12* (BRASIL, 2015a), a partir de dados apurados pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do Indicador de Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes por ano e UF pode-se verificar um crescimento no número de CAPS em todas as regiões do Brasil entre dezembro de 2002 (ano que marca a primeira habilitação desses serviços) e dezembro de 2014. Em 2014, a cobertura nacional era de 0,86 CAPS/100 mil habitantes, sendo a cobertura de Santa Catarina 0,97

CAPS/100 mil habitantes. Consideram-se como parâmetros do indicador uma cobertura acima de 0,70 muito boa.

Do ponto de vista da saúde mental, a desinstitucionalização, inspirada na experiência de Trieste-Itália, é exatamente o oposto a toda prática de abandono e coação. Ela visa transformar, progressivamente, a vida do sujeito que passa de paciente coagido a voluntário, a paciente como hóspede, a eliminação de tutelado jurídico (ROTELLI et al, 2001).

Dados de 2017 do Ministério de Saúde apontam que “no Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Desse total, pelo menos 5 milhões (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes” (BRASIL, 2017). Em Jaraguá do Sul, de acordo com relato da enfermeira responsável pelo CAPS II (APÊNDICE A), a instituição atende cerca de 500 usuários.

## **7 HISTÓRICO**

Neste capítulo, iremos abordar a mudança do conceito de normalidade/loucura ao longo da história, a criação dos manicômios e sua desinstitucionalização a partir das ações propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

### **7.1 NORMALIDADE VERSUS LOUCURA - A SEGREGAÇÃO E OS MANICÔMIOS**

De acordo com Brena O'Dwyer (2015), o conceito de loucura está diretamente associado à ideia de normalidade, portanto, para entender esse conceito é necessário estar ciente que a percepção de “louco” passou por inúmeras mudanças ao longo dos tempos.

Na Grécia Antiga, segundo Belmonte (1996), o louco era considerado um indivíduo com poderes divinos, portanto, não era preciso expulsá-lo ou controlá-lo, já que ele poderia auxiliar no entendimento das mensagens enviadas pelos deuses. De acordo com o documento *Memória da Loucura*, na Idade Média, a loucura era associada ao demônio e, devido a isso, os indivíduos eram “acorrentados e expostos

ao frio e à fome ou, em casos extremos, queimados em fogueiras” (BRASIL, 2009, p 37).

Esses tratamentos se estenderam até o século XVIII, período no qual, qualquer comportamento diferenciado ou agressivo era associado à loucura e portanto, se via a necessidade de afugentar os loucos em prisões e deixá-los à espera da morte.

Na virada do século XVIII para o XIX, a loucura é percebida como uma doença, um objeto de conhecimento exclusivo de médicos. A partir desse momento começam a ser construídos os manicômios, que posteriormente passam a ser chamados de Hospitais Psiquiátricos; ambos tinham a mesma função, que era esconder o que não desejava ser visto. (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014, p.125).

Segundo Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014), os considerados loucos, juntamente com outras minorias, eram recolhidos e mantidos isolados em edifícios antigos sustentados pelo poder público. Essas instituições manicomiais possuíam uma realidade muito precária, os pacientes “comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados” (ARBEX, 2013, p.12). Parte desses sujeitos não possuíam um diagnóstico de doença mental. Eles eram, muitas vezes, epiléticos, alcoólatras e homossexuais, ou seja, pessoas que eram julgadas incômodas para a sociedade, sendo assim, ditas como não normais ou desviantes. A loucura passa a ser um inimigo da ordem a ser combatido pela ciência.

O hospício, portanto, é construído socialmente como espaço terapêutico para o louco, cuja anormalidade é entendida como resultado da degeneração das raças negra e pobre, podendo ser transmitida através das gerações e, ainda, incluindo-se as teorias importadas da França quanto à periculosidade intrínseca da loucura. (BELMONTE, 1996, p.168)

Essa realidade institucional de segregação, violência e crueldade também esteve presente no Brasil, desde o século XIX. Em 1852, o primeiro manicômio, D. Pedro II, foi criado na cidade do Rio de Janeiro. (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

A institucionalização do hospício brasileiro se deu na segunda metade do século XIX, tendo como marco o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. Porém, foi no Brasil República que o louco e a loucura adquiriram status de doente e doença e passaram a ser objetos de especialistas. (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p.2)

Belmonte (1996, p.169) afirma que

Mesmo com os avanços obtidos no final do século XIX, como a proclamação da República e a separação do Hospício de Pedro II da administração da Santa Casa a questão jurídica sobre o louco ainda se encontra pendente. Apenas em 1903 é aprovada a lei dos alienados, que confere ao hospício o status de único lugar apto a receber loucos, subordinando a internação ao poder médico. O poder clerical, que responde pelas Santas Casas, perde sua autoridade sobre a loucura, as irmãs de caridade são excluídas do hospício e enfermeiras leigas francesas são importadas da Europa, por iniciativa de Teixeira Brandão. Essa mudança se dá para fazer face ao antigo poder clerical e não para melhor atender as necessidades do louco, mas também significa a mudança do olhar, antes de caridade, para um olhar científico.

De acordo com Ramminger (2002), entre as décadas de 50 e 70 houve um aumento de 213% da população internada em manicômios psiquiátricos do Brasil. Esse regime de instituições manicomiais com comportamentos desumanos prevaleceu até os anos 1980, quando vinculado com ações de movimentos populares - que buscavam uma mudança neste comportamento, ficou notória a necessidade de uma reforma nessas instituições.

## **7.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:**

Vista a necessidade de uma reforma no modelo de tratamento dos usuários de doenças mentais, é iniciada a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tinha como principal objetivo a humanização dos hospitais psiquiátricos e dos usuários de doenças mentais. (SANTOS, 2013).

De acordo com Nogueira e Costa (2007), em 1970, os movimentos populares (movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, e também, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM) se evidenciaram devido ao esgotamento do regime militar e à distensão política, o que culminou na implantação de um sistema único de saúde. Seu intuito era denunciar a violência nos manicômios e a mercantilização da loucura, e também a construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico, que de acordo com Vieira (1981, on-line) é “o poder de classificação e tratamento de uma anomalia” e ao modelo hospitalocêntrico que não visa a prevenção de doenças mentais, apenas o tratamento dentro dos hospitais, e assim auxiliar às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005).

Segundo Melo (2012), é necessário observarmos dois objetivos de suma importância na Reforma Psiquiátrica: desconstruir a ideia de louco que oferece perigo em meios sociais; e também

o fortalecimento dos serviços substitutivos que segundo Amarante (2009), são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado a população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial. (MELO, 2012, p.86)

Sobre a ideia de perigo, Belmonte (1996) diz que:

A noção de periculosidade ligada ao diagnóstico é mais um dos fatores a reforçar a necessidade de proteção da sociedade por meio da segregação do doente mental, incluindo-se, ainda, a questão da desinformação por parte daquela para lidar com a doença mental. (BELMONTE, 1996, p.165).

De acordo com o documento *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil* (BRASIL, 2005), no final da década de 80, ocorreram eventos onde surgiram propostas e ações que foram de grande importância para o processo da Reforma Psiquiátrica, como o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), que ocorre em 1987, e tinha como lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Neste mesmo ano o primeiro serviço substitutivo dos manicômios, o CAPS, é implantado em São Paulo, “sendo fruto de uma intervenção política e social da Secretaria Municipal de Saúde na Antiga Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes” (MELO, 2012, p.88). Essa intervenção esclareceu que era realmente possível o tratamento fora dos manicômios, o que gerou, nesse mesmo período, o surgimento do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), um serviço substitutivo disponível 24 horas e direcionado ao acolhimento de usuários em crises.

De acordo com Amarante (2012, p.92, apud MELO, 2008:87), com o aumento dos serviços substitutivos como o CAPS, a ideia de desinstitucionalização e a necessidade da abertura de novos centros que poderiam substituir os manicômios ganha força no Brasil.

### **7.2.1 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Segundo Boarini (2000), a desinstitucionalização é entendida como algo de longa duração, não apenas a desospitalização do portador de transtorno mental ou a suposta humanização dos locais de segregação e furto da liberdade, mas capaz de produzir uma sociedade fundamental nos valores de liberdade, cidadania, justiça social e no respeito aos diferentes, entre outros princípios.

Devemos, pois, diferenciar desospitalização de desinstitucionalização. A desospitalização diz respeito ao processo de criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais opostos aos espaços que se caracterizam como locus de repressão e sofrimento e que promovem a exclusão social. Ao passo que o processo de desinstitucionalização, bem mais complexo, fundamenta-se na ideia de desconstrução e invenção. (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p.5)

De modo que, desinstitucionalizar é ocupar-se do sujeito e não da doença, a partir de então, as instituições de cuidados ganharam um novo sentido e o tratamento deixou de significar apenas prescrição de medicamentos e a aplicação de terapias tornou-se um ocupar cotidiano do tempo, do trabalho, do lazer, do fazer algo, construir uma atividade conjunta etc. (FERNANDES, 1999).

Para tanto, foram tomadas uma série de ações para a desinstitucionalização ocorrer de fato, como a redução de leitos, criação de residências terapêuticas, o Programa de Volta para Casa, a estratégia de redução progressiva a partir dos hospitais de grande porte, e a criação dos centros psicossociais, tudo isso visando uma reforma no modelo de tratamento dos usuários de doenças mentais.

Para tanto, a maioria das informações apresentadas foram retiradas do documento: *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas* (BRASIL, 2005, s/p).

### **7.3 REDUÇÃO DE LEITOS**

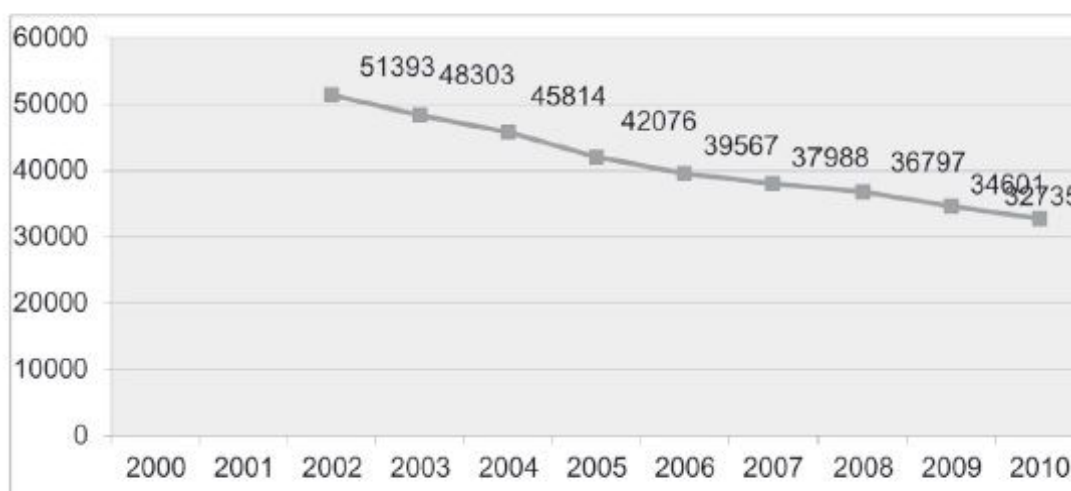
A partir dos anos 90, o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil, mas foi no ano de 2002 devido uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que foram instituídos mecanismos eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos, a partir dos macros-hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, é

preciso considerar o histórico das implantações de hospitais psiquiátricos nos estados, assim como as diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira (BRASIL, 2005, s/p).

Segundo o documento *Saúde Mental em Dados 12* (BRASIL, 2015a), em 2013, os 167 hospitais psiquiátricos existentes estavam distribuídos em 116 municípios. Os estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas e Paraná apresentaram um percentual de leitos acima da média nacional. Por outro lado, na região Norte havia o menor número de leitos em hospitais psiquiátricos. Até dezembro de 2014, existiam 10 hospitais psiquiátricos no país indicados para descredenciamento do SUS a partir das avaliações do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). Estes 10 Hospitais somavam cerca de 1.200 leitos.

De acordo com o relatório da *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas* (BRASIL, 2005, s/p), o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Dados do artigo “Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica”, mostram que em 1996 havia 72.514 leitos ativos no SUS, já em 2002, 51.393 e em 2010, 32.735 (como mostra a imagem). Os leitos para



psiquiátricos no Brasil ainda expressa o processo histórico de instalação nos estados de um modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental conforme a imagem abaixo:

IMAGEM 1

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vêm possibilitando a diminuição dos leitos psiquiátricos no país, além do fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o motivador do processo de reforma (BRASIL, 2005, s/p).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou, em seu portal, no ano de 2017, um levantamento que mostra o fechamento de 85 hospitais e quase 16 mil leitos psiquiátricos em 11 anos (entre 2005 e 2016). Das 40.942 unidades psiquiátricas existentes em 2005, restavam 25.097 em dezembro de 2016, o que representa redução de 38,7% na oferta de leitos psiquiátricos (CFM, 2017).

#### **7.4 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS**

De acordo com Almeida e Cezar (2016), o serviço da residência terapêutica tem como premissa básica a implantação e consolidação de um modelo de atenção à saúde mental voltado para a inserção social dos portadores de transtornos mentais na comunidade.

A implantação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde, que faz com que as concretizações das diretrizes superem o modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou encaminhadas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2005, s/p).

De acordo com Brasil (2004b), as residências terapêuticas se estabelecem como alternativas de moradia para uma grande comunidade de pessoas que estão

internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado. Elas se constituem como

dispositivo no processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos. No ambiente residencial não são mais considerados pacientes e sim moradores” (CAVALCANTI, 2005, p. 32).

As residências também podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contém um suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. Cada residência deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores. Assim,

Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inserção de um usuário em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. (BRASIL, 2005, s/p)

Além disso, deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território.

## **7.5 O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA**

O Programa de Volta para Casa é essencial para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras de independência das pessoas com transtornos mentais. Além de contribuir nos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Foi criado pela lei federal 10.708, sancionada em 2003 (BRASIL, 2005, s/p).

O objetivo do Programa é “contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação” (Brasil, 2005, s/p), potencializando sua emancipação e autonomia. Atualmente, de acordo com o site da

Caixa Econômica Federal, o auxílio é de R\$ 412,00, pago por meio de crédito em conta, durante o período de um ano.

Segundo o manual *De Volta Para Casa* (BRASIL, 2003), o programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem-estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que o pagamento do auxílio-reabilitação seja feito diretamente ao beneficiário, através do convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal.

## **7.6 A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO PROGRESSIVA A PARTIR DOS HOSPITAIS DE GRANDE PORTE**

De acordo com o documento *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas* (BRASIL, 2005, s/p), em 2004, o Ministério da Saúde aprova o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar SUS (PRH) com o intuito de reduzir os leitos psiquiátricos a partir de macro hospitais e hospitais de grande porte.

No Programa são definidos os limites pelo número de leitos máximo e mínimo de redução anual para cada classe de hospitais. Todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Já os que possuem entre 320 e 440 leitos devem reduzir no mínimo 40 leitos ao ano e os que detêm 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Neste processo, os gestores do município e do estado, hospitais e controle social, devem incorporar o aumento das ações e equipamentos para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.

Os centros hospitalares privados também fazem parte do programa, o PNASH/Psiquiatria verifica a redução de leitos para que os centros hospitalares privados possam ganhar incentivos financeiros.

Todo o processo citado acima, exige negociações e pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e controle social. Sendo que as pactuações devem ser conduzidas de forma responsável na desinstitucionalização de pacientes e não somente a redução programada de leitos.

Segundo o relatório da *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas* (BRASIL, 2005, s/p), para cada redução significativa de porte de um hospital, deve haver, além do incremento da rede de atenção local à saúde mental, um trabalho delicado de reinserção social das pessoas com longa história de internação.

## **7.7 CENTROS DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAIS**

Surgem como um dispositivo antimanicomial e uma forma de tratar transtornos mentais graves os CAPS (Centros de Atendimento Psicossocial), que segundo a *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (2005)*, trouxeram a possibilidade de organizar uma rede que substituiria os hospitais psiquiátricos. Essas instituições, segundo o site *Programa de Atenção Integral à Saúde*, têm o propósito de acolher pacientes com transtornos mentais, incentivar a integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Portanto, segundo o site oficial do Ministério da Saúde os CAPS possuem diferentes categorias, que visam atender as necessidades de cada indivíduo:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

(BRASIL, s/d)

Os atendimentos nos CAPS segundo o Brasil (2015b) são feitos de acordo com o Projeto Terapêutico Singular seguindo as determinações do Ministério da Saúde, que propõe que através de uma reunião feita pela equipe de médicos, enfermeiros e demais funcionários do CAPS seja elaborado propostas para o

tratamento de cada usuário. Conforme o *Manual do CAPS* (2004) essas ações podem variar em:

- Tratamento realizado com medicamentos psicoativos ou psicofármacos;
- Conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico;
- Atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas; Exemplo: festas, bazares, feiras, passeios, campeonatos de esporte;
- Oficinas terapêuticas;
- Oficinas culturais;
- Projetos de inserção no trabalho;

E também atividades que envolvem as famílias dos usuários como:

- Visitas domiciliares que são atendimentos realizados por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa;
- Atendimentos a uma família ou a uma pessoa de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos;
- Reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, e tentar ajudar um ao outro;

Segundo Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) essas oficinas terapêuticas e grupos realizados nos CAPS cumprem a finalidade de reabilitação psicossocial e promovem espaços de (re) construção de papéis sociais e trocas com os espaços externos ao CAPS. Essas oficinas são tecnologias valiosas, pois oportunizam, com o trabalho e a expressão artística, espaços de socialização, interação, (re) inserção social. Nelas, o sujeito, tem liberdade de se expressar, sendo capaz de lidar com seus medos e inseguranças, bem como de realizar trocas de experiências.

Conforme necessidade do paciente e do “estado” no qual se encontra, o tratamento segundo Marcus Vinicius (2016) ocorre de formas e frequências diferentes:

- Atendimento Intensivo: O usuário frequentará todos os dias o CAPS. São pacientes com intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilita de viver em sociedade necessitando de atendimento contínuo. O atendimento pode ser feito em domicílio pois alguns pacientes podem não aceitar a intervenção dos profissionais do CAPS num primeiro momento provavelmente devido ao quadro delirante. São usuários em surto psicóticos e crises neuróticas.

- Atendimento Semi-Intensivo: O usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. O paciente já apresentou melhora significativa do quadro sintomático, mas ainda tem dificuldades de relacionamento necessitando de atenção direta da equipe para recuperar sua autonomia de vida.
- Atendimento Não-Intensivo: O paciente não mais precisa de suporte contínuo da equipe pois o paciente já apresenta autonomia e consegue relacionar-se bem com sua família e sociedade. O usuário pode ser atendido até três dias no mês.

(VINICIUS, 2016)

### **7.7.1 TERAPIA OCUPACIONAL E OFICINAS TERAPÊUTICAS**

A psicanalista Amanda Mont'Alvão Veloso (2016) afirma que Nise da Silveira (1905-1999) foi quem revolucionou o tratamento de pacientes psiquiátricos no Brasil ao criar a terapia ocupacional. Em 1944, aos 39 anos, a psiquiatra Nise da Silveira começou a trabalhar no Hospital Dom Pedro II, antigo Centro Psiquiátrico Nacional, onde se recusou a utilizar os tratamentos da época, que incluíam tratamentos de choque, camisa de força e isolamento. Ela foi transferida para o setor de terapia ocupacional do hospital, um espaço de pouco prestígio na época. Foi nesse setor que ela implementou, juntamente com o psiquiatra Fábio Sodré, a terapia ocupacional no tratamento psiquiátrico. Em seus atendimentos, Nise “procurava criar um clima de liberdade, sem coação, no qual, por meio de diversas atividades, os sintomas pudessem encontrar oportunidade para sua expressão e, como ela dizia, serem despotencializados” (CASTRO; LIMA, 2008, s/p).

Nos CAPS, a terapia ocupacional é denominada oficina terapêutica. As oficinas terapêuticas consistem em atividades de grupo realizadas com o intuito de desenvolver a socialização familiar e social dos usuários, expressar sentimentos e emoções, desenvolver habilidades e melhorar a autonomia. Elas são também uma forma de acolhimento, convivência, mediação do diálogo e acompanhamento. (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

No entanto, quando fundadas, as oficinas terapêuticas serviam como atividade que, por meio de trabalho, recuperaram ou mantinham a ordem social. Já, nos CAPS,

a arte em suas várias expressões vem sendo utilizada nas oficinas terapêuticas, embora em alguns casos a apropriação do seu campo conceitual pelos técnicos em saúde mental ainda ocorra de forma incipiente.

A arte é capaz de produzir subjetividades, catalisar afetos, engendrar territórios desconhecidos e/ou inexplorados. Ainda que haja indefinição por parte dos profissionais da área quanto às formas de compreensão da relação entre arte e terapia, o seu valor na reabilitação está na possibilidade do usuário trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais. (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p.340).

Sendo assim, as oficinas têm como objetivo explorar a criatividade e expressão dos pacientes por meio de atividades que estimulam a autonomia e a socialização.

## **8 CAPS II DE JARAGUÁ DO SUL**

Disponibilizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para tratar pacientes que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, dependentes químicos, entre outras patologias psiquiátricas, os CAPS foram criados para combater os antigos manicômios, e oferecer um serviço de qualidade para esses pacientes, com profissionais capacitados para oferecer um tratamento mais humano e digno (CAPS, 2018).

Sobretudo, segundo o blog da Instituição (CAPS II, 2012), o CAPS II de Jaraguá do Sul atende com maior exclusividade usuários com transtornos mentais graves (como esquizofrenia, depressão grave e transtorno bipolar), disponibilizando atendimento profissional com psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, e buscando não apenas a realização de acompanhamento médico e prescrição de medicamentos aos usuários, mas também a estimulação da integração para com a família e a sociedade, além da oportunidade de desenvolvimento de habilidades em oficinas terapêuticas. O encaminhamento para atendimento no CAPS II é feito através da rede municipal de Saúde, sem possibilidade de atendimento por livre demanda e, conforme a chegada, todos os pacientes são submetidos a análise profissional, para um melhor entendimento do quadro em que o recém usuário se encontra.

De acordo com o OCP News (2011), embora os CAPS componham a base principal da atenção à saúde mental, o tratamento inicia-se nas unidades de atenção básica. Além disso, pacientes com depressão leve ou moderada, ou com transtornos mentais estabilizados e que já tenham uma rede de apoio familiar e social formada, podem ser tratados nos postos de saúde, necessitando de atendimento realizado na

instituição somente aqueles que apresentam risco elevado de suicídio, não dispõem de suporte social ou então não apresentam resultados na atenção básica.

Segundo CAPS (2018), o CAPS II deveria dispor da seguinte equipe de profissionais necessária para seu funcionamento:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 4 profissionais de nível superior de outras profissões como: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional competente ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Recentemente o CAPS II de Jaraguá do Sul teve o local de sua sede alterado. Anteriormente, localizado na Rua Araquari, 287, no bairro Ilha da Figueira, nas proximidades do colégio E.E.B Holando Marcellino Gonçalves (Homago), atualmente o CAPS II realiza atendimento no seguinte endereço: Rua Olívio Domingos Brugnago, 500, Vila Nova, em frente ao Bar do Oca. Segundo Portal da Clic (2018), a mudança ocorreu devido à estrutura de acessibilidade oferecida pelo novo endereço, que não havia no antigo, além da economia de aproximadamente R\$ 1,5 mil mensais, com o novo aluguel.

Durante a visita ao CAPS, o grupo percebeu que a nova sede é um local de boa convivência entre os funcionários e usuários da instituição, demonstrando ser um ambiente que proporciona tranquilidade e bem-estar.

## **9 METODOLOGIA**

Como metodologia será utilizado o Estudo de Caso que, segundo Yin (2001), é muito aplicado em pesquisas sobre fenômenos sociais complexos como nas áreas de psicologia, sociologia ou ciência política. Este método consiste em um “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (GIL, 2002, p.54).

O Estudo de Caso “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p.32). Podemos então dizer que o Estudo de Caso serve para responder questões que o pesquisador não tem

controle sobre o que está sendo estudado. Normalmente, esses fenômenos são estudados em seus ambientes naturais, como fizemos ao visitar o CAPS II e faremos novamente ao revisitá-lo durante o desenvolvimento da pesquisa.

No Estudo de Caso, além da observação, são usados outros meios para fazer a pesquisa, como entrevistas. Segundo Abramovay (2003, p.2), “o termo entrevista significa ‘um encontro e um colóquio entre pessoas’. Quando se atribui sentido técnico ao termo, ele passa a refletir o encontro de um investigador que formula as perguntas a um investigado”. Como entrevistadores, realizaremos uma série de perguntas ao responsável pela oficina como uma forma de obter mais respostas para nossos questionamentos visando compreender, do ponto de vista do oficinheiro, se as oficinas estão influenciando no tratamento das doenças mentais e quais são seus objetivos com essa atividade. O modelo de entrevista será definido posteriormente.

Ainda, após as observações, dependendo da recepção dos sujeitos da pesquisa, podem ser realizadas entrevistas ou grupos focais com os usuários para alcançar as percepções deles sobre as oficinas, e se eles realmente acreditam que elas estão influenciando no tratamento. Como os sujeitos da pesquisa ainda não estão definidos, não sabemos se eles estarão dispostos a participar da pesquisa para além das participações nas oficinas. Nosso objetivo utilizando o Estudo de Caso é explorar, descrever e explicar o que são as oficinas terapêuticas, e assim avaliar como elas ajudam no tratamento dos usuários.

Dentro do Estudo de Caso existem algumas subdivisões como, por exemplo, o estudo etnográfico que, segundo Stenhouse,

é o estudo em profundidade de um único caso, através da observação participante, apoiada pelas entrevistas: em geral não se foca diretamente nas necessidades práticas dos atores, mas preocupa-se com interpretações e significados que estes atribuem aos contextos em que participam isso pode ser motor do desenvolvimento. (STENHOUSE apud AMADO, 2014, p.132).

Bogdan e Biklen (1994), no entanto, o denominam como microetnografia, que se caracteriza por ser

um tipo específico de estudo de caso, podendo-se fazer uso deste termo quando o estudo é conduzido em unidades pequenas dentro de uma instituição ou quando o cerne da investigação se concentra em uma atividade organizacional muito específica (SILVEIRA; VIEIRA, 2009, p.141).

André (2008, p.38) seleciona três características de um pesquisador que queira utilizar a metodologia do Estudo de Caso: tolerância à ambiguidade (saber

conviver com dúvidas e incertezas e aceitar um esquema de trabalho aberto e flexível), sensibilidade (recorrer à intuição, percepção e emoção tanto na coleta de dados quanto na análise) e ser comunicativo (fazer boas perguntas e ouvir atentamente, colocando-se no lugar do outro para entender melhor o que ele está dizendo).

De acordo com Merriam (In ROCHA, 2015, s/p), “como no estudo de caso o instrumento principal é o pesquisador, um ser humano, as observações e análises estarão sendo filtradas pelos seus pontos de vista filosóficos, políticos, ideológicos”. Ainda, neste tipo de pesquisa, corre-se o risco “de que o pesquisador se deixe fascinar pelo pitoresco e inusitado, se prenda mais naquilo que mais parece, se perca nas minúcias do dia-a-dia e deixe de lado o que é verdadeiramente significativo ou as questões mais amplas” (ANDRÉ, 2008, p.34). Desta forma, por ser uma pesquisa realizada por seis pesquisadores (mais a orientadora), devemos estar atentos ao componente humano, valorizando as características desejáveis aos pesquisadores, bem como estando atentos aos riscos de envolvimento. Ainda, cientes do rigor metodológico a ser seguido para que o trabalho não se constitua de um apanhado de visões particulares, mas de uma conjunção potente de olhares diversos.

## **9.1 LOCUS DA PESQUISA**

A pesquisa será realizada no CAPS II de Jaraguá do Sul.

## **9.2 SUJEITOS DE PESQUISA**

Os sujeitos da pesquisa serão os usuários que participarem da oficina durante as três observações e o profissional responsável por ela. A ideia é realizar as três observações em semanas seguidas visa que o grupo se mantenha o mais homogêneo possível, visto que a sua participação pode iniciar ou finalizar de acordo com o início ou fim do tratamento. Deste modo, não há como saber de antemão quais e quantos sujeitos comporão a pesquisa. Os participantes serão orientados a respeito dos objetivos do estudo e procedimentos e assinarão o termo de consentimento livre esclarecido (apêndice B) caso optem por participar da pesquisa.

### **9.3 COLETA DE DADOS**

Os dados observados durante as sessões das oficinas serão registrados em um diário de campo. As sessões serão acompanhadas por uma dupla de pesquisadores por sessão, visando minimizar as interferências na dinâmica do grupo. A entrevista realizada com o profissional responsável pela oficina será gravada e transcrita conforme regras da ABNT. Caso haja entrevistas ou grupos focais com os usuários, essas também seguirão o mesmo padrão de gravação e transcrição.

### **9.4 ANÁLISE DE DADOS**

Após a coleta de dados, será realizada Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). As categorias de análise serão definidas após a observação atenta dos dados registrados no diário de campo. Pensamos que os temas “loucura”, “perigo” e “família” possam vir a se tornar categorias, mas elas apenas serão definidas após as observações, visto que podem haver informações e significados que não consigamos vislumbrar neste momento.

### **9.5 ÉTICA NA PESQUISA**

Por se tratar de uma pesquisa com sujeitos, buscaremos ao máximo respeitar sua fala e sua integridade. Seus nomes serão omitidos de forma a preservar suas identidades. Os dados coletados serão analisados de acordo com a proposta metodológica, visando a uma análise neutra. Sabemos, entretanto, que a neutralidade absoluta não existe. Assim, buscaremos ao máximo manter um olhar livre de preconceitos.

## 10 CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Fev 2019</b>	<b>Mar 2019</b>	<b>Abril 2019</b>	<b>Mai 2019</b>	<b>Jun 2019</b>	<b>Jul 2019</b>	<b>Ago 2019</b>	<b>Set 2019</b>	<b>Out 2019</b>	<b>Nov 2019</b>	<b>Dez 2019</b>
Pesquisa bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Observação das Oficinas Terapêuticas		x	x								
Elaboração do roteiro de entrevista			x								
Entrevista com o oficineiro				x							
Organização dos dados		x	x	x							
Análise dos dados					x	x	x				
Elaboração do relatório parcial		x	x	x	x						
Revisão relatório parcial					x	x					
Apresentação do relatório parcial						x					
Escrita da pesquisa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Apresentação do trabalho final											x

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, Miriam. **Pesquisa sobre Vitimização e Racismo nas Escolas.** O que é uma entrevista? Doc. 14, Brasília: UNESCO, 2003. Disponível em: <<https://cdnbi.tvescola.org.br/contents/document/publications/1449252746513.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. **As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental.** Revista IGT na Rede, v. 13, nº 24, 2016. p. 105 – 114. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

AMADO, João (org.). **Manual de Investigação Qualitativa em Educação.** Universidade de Coimbra – Portugal, 2014.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil.** 1. ed. São Paulo. Geração Editorial, 2013. Disponível em: <<http://politicaedireito.org.br/wp-content/uploads/2017/02/Holocausto-Brasileiro-Daniela-Arbex-1.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. **Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares.** 2011. disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>> Acesso em: 24 out. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELMONTE, Pilar Rodriguez. **A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos.** Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1996. 224 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dydn3/pdf/escola-9788575412671-15.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018.

BOARINI, M.L. (org.). **Desafios na atenção à saúde mental.** Maringá: Eridem, 2000.

BOGDAN RC, BIKLEN SK. **Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos.** Lisboa/Porto: Porto Editora; 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **“De Volta para Casa” Manual do Programa.** Brasília-DF, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_PVC.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Residências Terapêuticas o que são, para que servem.

**Série F. Comunicação e Educação em Saúde.** Brasília-DF, 2004b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em: 06 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.

**Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, 2005. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 20 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Memória da Loucura.** Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura\\_apostila\\_monitoria\\_2\\_ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria_2_ed.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2018

\_\_\_\_\_. **Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil.** 2017. disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2010/06/transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2018

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 a. Disponível em:

<[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em 10 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Saúde para você. Saúde Mental. Ações e programas.

**Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** Brasília. s/d .Disponível em:

<<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental em Dados. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** Brasília. 2015. Disponível em:

<[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2018

CASTRO, Eliane Dias de; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. **Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira.** 2008. Disponível em:

<[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832007000200017&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832007000200017&script=sci_arttext&tlng=en)> Acesso em: 24 nov. 2018.

CAPS II JARAGUÁ DO SUL. Blog. **Contato.** 2012. Disponível em:

<<http://caps2jsul.blogspot.com/#>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

CAPS. Site. **CAPS em Jaraguá do Sul-SC: Como Funciona, Endereço e Telefone**. 2018. Disponível em: <<https://caps-contato.site/caps-em-jaragua-do-sul-sc/>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

CAVALCANTI, M. T. **Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria**. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3)>. Acesso em: 05 nov. 2018.

DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. **Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil**. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/3871/3797>>. Acesso em: 25 out. 2018.

FERNANDES, M. I. A. (org.) **Fim de Século: ainda manicômio?** São Paulo: IPUSP, 1999.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVAT, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. Ciências humanas e sociais, v.18, n.2, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/1797/1067>>. Acesso em: 05 out. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOVERNO FEDERAL. **De Volta para Casa, Programa de transferência de renda do Governo Federal**. S/d. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/programa-de-volta-para-casa/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. **Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>>. Acesso em: 16 set. 2018.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Política Pública de Saúde Mental: discutindo o paradigma da desinstitucionalização. **Universidade Federal Do Maranhão**. São Luís, Maranhão, ago. 2007. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/d7d2c633a8b08b4a7236MariaSonia\\_liduina.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/d7d2c633a8b08b4a7236MariaSonia_liduina.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2018.

OCP NEWS. **Especial – Jaraguá precisa de mais alas psiquiátricas**. 2011. Disponível em: <<https://ocponline.com.br/especial-jaragua-precisa-de-mais-alas-psiquiatricas/>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

O'DWYER, Brena. **As construções de loucura e normalidade**. In.: Revista Capitolineia. 12. ed. 2015. Disponível em:

<<http://www.revistacapitolina.com.br/construcoes-de-loucura-e-normalidade/>>.  
Acesso em: 04 nov. 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** *Cad. Saúde Pública*. 2006, vol.22, n.5, pp.1053-1062. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

PORTAL DA CLIC. **CAPS II atende em novo endereço.** 2018. Disponível em: <<http://portaldaclic.com.br/noticia/356909/caps-ii-atende-em-novo-endereco>>.  
Acesso em: 05 nov. 2018.

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Programa de Atenção Integral à Saúde.** S/d. Disponível em: <<http://www.spdmpais.org.br/institucional/o-que-fazemos/53-caps-centro-de-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 07 out. 2018.

RAMMINGER. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** *Bol da saúde*, v.16, n.1, 2002. Disponível em: <[http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520172224v16n1\\_10saudemental.pdf](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520172224v16n1_10saudemental.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2018.

RIBEIRO, Lorena Araújo. SALA, Ariane Liamara Brito. OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial.** Cuiabá. V 12. N 4. Out dez 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/296>> Acesso em: 05 nov. 2018.

ROCHA, José Cláudio. **Estudo de Caso: Metodologia e Epistemologia.** 2015. Disponível em: <[https://joseclaudiorocha.jusbrasil.com.br/artigos/332690218/estudo-de-caso?fbclid=IwAR1hHQikVtX\\_AuvLC-jfLKEMYUWdjBELayP8hknMGeAzMJgCV\\_Pk5w22q5k](https://joseclaudiorocha.jusbrasil.com.br/artigos/332690218/estudo-de-caso?fbclid=IwAR1hHQikVtX_AuvLC-jfLKEMYUWdjBELayP8hknMGeAzMJgCV_Pk5w22q5k)>.  
Acesso em: 10 nov. 2018.

ROCHA, Denise Abigail Britto Freitas. **Formação e Monitoramento de Juristas leigos. A Experiência de uma ONG com a Educação Popular na Região Sisaleira da Bahia.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, 2004 - 150 f. Disponível em: <[file:///C:/Users/Caroline/Documents/IFSC/CONNECTANDO%20SABERES/2018/SA%20C3%9ADE%20MENTAL/metodologia%20-%20estudo%20de%20caso/Dissertacao\\_Denise%20Rocha.pdf](file:///C:/Users/Caroline/Documents/IFSC/CONNECTANDO%20SABERES/2018/SA%20C3%9ADE%20MENTAL/metodologia%20-%20estudo%20de%20caso/Dissertacao_Denise%20Rocha.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ROTELLI F. **O inventário das subtrações.** In: NICÁCIO, F. (org.). *Desinstitucionalização*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 61-64.

SANTOS, Felipe. *Psicologia da Hipomania. Reforma Psiquiátrica no Brasil.* 2013. Disponível em: <<https://psicologiadahipomania.wordpress.com/2013/03/04/reforma-psiquiatica-no-brasil/>>. Acesso em: 16 set. 2018.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stieble. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local.** In.: Ciência & Saúde Coletiva. Volume 14. nº1. 2009. p. 139-148. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n1/139-148/pt>>. Acesso em 05 nov. 2018.

VELOSO, Amanda Mont'Alvão. **Quem foi Nise da Silveira, a mulher que revolucionou o tratamento da loucura no Brasil.** 2016. Disponível em: <[https://www.huffpostbrasil.com/2016/04/19/quem-foi-nise-da-silveira-a-mulher-que-r-evolucionou-o-tratament\\_a\\_21701186/](https://www.huffpostbrasil.com/2016/04/19/quem-foi-nise-da-silveira-a-mulher-que-r-evolucionou-o-tratament_a_21701186/)> Acesso em: 24 nov. 2018.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. **Organização e saber psiquiátrico.** Rev. adm. empres. vol.21. n 4. São Paulo Out dez. 1981. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901981000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901981000400005)>. Acesso em: 23 out. 2018.

VINÍCIUS, Marcus. **Enfermagem Esquematizada.** CAPS. 2016. Disponível em: <<http://www.enfermagemesquematizada.com.br/caps/>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Atlas.** 2011. Genebra, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/)>. Acesso em: 31 out. 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: <[https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia\\_da\\_pesquisa\\_estudo\\_de\\_caso\\_yin.pdf](https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf)> Acesso em: 24 nov. 2018.

## APÊNDICES

### A

#### Relatório de visita ao CAPS

(Todas as informações presentes no relatório a seguir foram para nós repassadas pela enfermeira do CAPS II de Jaraguá do Sul durante visita dia 05/09/2018).

No dia 05 de setembro de 2018, fizemos uma visita ao CAPS II de Jaraguá do Sul acompanhados pela coordenadora da pesquisa Caroline Weiberg e pelo professor José Roberto Machado. Fomos recebidos pela enfermeira responsável, e tivemos a oportunidade de conhecer o interior e exterior do local, além de esclarecermos dúvidas que surgiram no início desta pesquisa. A conversa foi gravada com autorização da enfermeira para possibilidade de consulta às informações repassadas, porém, não é objetivo desta pesquisa e, por esse motivo, não foi transcrita.

Segundo a enfermeira, o CAPS tem a função de fornecer suporte aos usuários e evitar ao máximo a internação, visto que a mesma, na maioria das vezes, pode ser traumática e ocorre contra a vontade dos pacientes. Sendo assim, a equipe recorre a este meio somente quando não há auxílio da família do usuário ou quando este apresenta risco para si próprio e para terceiros.

De acordo com a profissional, o encaminhamento ao CAPS é feito pelos setores de psiquiatria de outras instituições de saúde, como hospitais gerais ou postos de saúde. Ao chegarem ao local, os usuários são recebidos com acolhimento por parte da equipe da instituição, que procura conhecer e avaliar cada caso individualmente, por meio de um “plano terapêutico individual”, no qual é definida a forma de tratamento, que, na maioria das vezes inclui medicação, oficinas e/ou grupos terapêuticos, variando conforme a necessidade do usuário em questão.

A enfermeira ressalta que a instituição auxilia cerca de 500 pessoas. Os usuários apresentam diversos casos diferentes, porém os mais comuns para lá encaminhados são: de grande sofrimento psíquico, depressão, tentativas de suicídio, transtorno bipolar e de ansiedade, que cada vez mais vem sendo portados

por usuários extremamente jovens na faixa de 20 a 25 anos, o que resultou na criação de um grupo específico para jovens, o chamado “Grupo da Interação”.

Como descrito pela profissional, além de acompanhamento de psicólogos, psiquiatras e neurologistas, o CAPS ainda oferece visitas domiciliares e a chamada “medicação assistida”, aplicada pelos funcionários a domicílio ou na própria instituição, quando o usuário não dispõe de autonomia ou responsabilidade para medicar-se sozinho. Outras formas de acompanhamento dos casos são: reuniões diárias para discutir casos mais críticos; reuniões semanais juntamente com a coordenação da instituição e assembleias mensais com os familiares dos usuários.

Como relata a enfermeira responsável, o CAPS II de Jaraguá do Sul oferece diversos grupos e oficinas como: “Grupo rosa” e “Agora Vai” comandados por psicólogos, “Grupo da Interação” para os usuários mais jovens, grupos de expressão, de memória, de psicoeducação e de bate papo, além de oficina da cidadania para explorar a parte de cidadã dos pacientes, oficina de música, e oficina de costura e bijuteria nas quais os objetos confeccionados são vendidos e seus valores revertidos juntamente com a renda obtida por bazares, para a realização de passeios diferenciados com os usuários.

Apesar de atender uma demanda significativa de pessoas e lhes proporcionar auxílio, a enfermeira destaca que muitas atividades da instituição foram cortadas devido a falta de profissionais qualificados para realizá-las e comandá-las.

## B

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA JARAGUÁ DO SUL  
CÂMPUS CENTRO

Pesquisador responsável: Caroline Weiberg

Endereço: Rua Getúlio Vargas, 830, Cidade: Jaraguá do Sul, Estado: Santa Catarina

Fone: (47) 32768700 E-mail: caroline.weiberg@ifsc.edu.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa sobre as *Contribuições das oficinas terapêuticas no tratamento dos usuários do CAPS II de Jaraguá do Sul*, que tem como objetivo compreender de que forma as oficinas terapêuticas atuantes no CAPS II de Jaraguá do Sul influenciam no tratamento de doenças mentais. O motivo que nos leva a estudar é a percepção da evolução do tratamento dado ao doente mental. Estes julgamentos precipitados criam uma série de paradigmas em relação a autonomia, personalidade e integridade do doente mental, desejamos com esse trabalho quebrar isso.

Para esta pesquisa adotaremos como procedimento de estudo: observações de três sessões da oficina terapêutica de bijuteria e uma entrevista que será feita com muito cuidado, sendo que o Sr. (a) poderá escolher se quer ou não responder a determinadas perguntas, evitando assim que se sinta desconfortável.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra no seguinte critério de inclusão: usuário de doença (s) mental (is).

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores e pelo CAPS II de Jaraguá do Sul.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou

gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, e os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Instituto Federal de Santa Catarina - Campus Centro, e a outra será fornecida a (o) Sr. (a).

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico ( ) \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Jaraguá do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador