

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Gabriela Farias Nazário de Oliveira

**Oficinas terapêuticas e a saúde mental: Uma revisão bibliográfica**

**JOÃO PESSOA, PB**  
**DEZEMBRO, 2021**

Gabriela Farias Nazário de Oliveira

**Oficinas terapêuticas e a saúde mental: Uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Universidade Federal da Paraíba, como parte  
dos requisitos para a obtenção do título de  
Bacharel em Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Ieda Franken  
Rodrigues

**JOÃO PESSOA, PB**

**DEZEMBRO, 2021**

Gabriela Farias Nazário de Oliveira

**Oficinas terapêuticas e a saúde mental: Uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Universidade Federal da Paraíba, como parte  
dos requisitos para a obtenção do título de  
Bacharel em Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Ieda Franken  
Rodrigues

**DATA DA APROVAÇÃO: 09/12/2021**

**BANCA EXAMINADORA**

**Ieda Franken Rodrigues**  
**ORIENTADOR(A) - UFPB**

**Marísia Oliveira da Silva**  
**EXAMINADOR(A) - UFPB**

**Sandra Souza da Silva**  
**EXAMINADOR(A) – UFPB**

## **Resumo**

O presente artigo tem por objetivo apresentar o panorama das publicações científicas sobre oficinas terapêuticas desenvolvidas nos serviços de saúde mental do Brasil. Se desenvolve a partir de uma revisão bibliográfica, com trabalhos encontradas nas seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo, Index Psi e Pepsic, entre os anos de 2011 e 2021. A análise dos resultados permitiu identificar as atividades realizadas nas oficinas, bem como o seu papel na desinstitucionalização, reinserção social e mudanças na vida dos usuários e familiares. Finaliza apontando a importância do alinhamento dessas práticas na formação profissional, com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), e, também a articulação dos serviços de saúde para inserção da família no tratamento do usuário.

Palavras-chave: Oficinas terapêuticas; Saúde mental; Desinstitucionalização.

## **Abstract**

This article aims to present an overview of scientific publications on therapeutic workshops developed at mental health services in Brazil. It is developed from a literature review, with works found in the following databases: Lilacs, Scielo, Index Psi, and Pepsic, between the years from 2011 to 2021. The analysis of the results allowed us to identify the activities carried out in the workshops, as well as their role in deinstitutionalization, social reintegration, social integration, and changes in the lives of users and families. It concludes by pointing out the importance of aligning these practices in professional training, with the guidelines of the Psychiatric Reform, through Permanent Health Education (EPS) Permanent Health Education (PHE), and also the articulation of health services for the inclusion of the family in the user treatment.

Keywords: Therapeutic workshops; Mental health; Deinstitutionalization.

## **Introdução**

A história da loucura humana é marcada desde muito tempo pelo processo de exclusão, na cultura Ocidental, a loucura marcava um processo de oposição entre a razão e a desrazão, na qual o indivíduo alienado era impossibilitado de desfrutar da razão, sendo assim não tinha liberdade de escolha e não era tido como sujeito de direito (Birman, 2000).

Segundo Foucault, (2007), no período do Renascimento algumas cidades europeias concretizaram o fenômeno chamado Nau dos Loucos, onde os loucos eram expulsos das cidades por meio de embarcações, nas quais navegavam sem rumo em busca de sua razão. Tal prática beneficiava a sociedade, que se via livre dessas pessoas e a eles mesmos, pois acreditava-se que se livrariam de um mal.

Durante o século XVII, a exclusão se configura por meio dos hospitais Gerais, criados com o objetivo de “higienizar” os locais públicos, retirando das ruas os mendigos, libertinos, prostitutas, loucos, criminosos, doentes, enfim, qualquer pessoa julgada como ameaça à ordem da razão, da moral e da sociedade (Millani & Valente, 2008). Ou seja, os hospitais não possuíam um caráter médico, mas sim a função de garantir a ordem pública, excluindo do meio urbano aqueles considerados inimigos do rei ou do Estado, bem como os que ameaçavam o bem-estar das classes dominantes. (Brito & Dimenstein, 2008).

No período da Revolução Francesa, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, há uma mudança na condição civil e política dos alienados, de forma que atendessem aos princípios desta revolução. Assim, a loucura alcança uma condição psicológica, e a psiquiatria emerge, no campo da medicina, com o objetivo de tratar o paciente e preservar a sociedade contra os doentes. Segundo Castel (1978), em 1793 o

médico Pinel, responsável pelo hospital geral de Paris, desenvolveu o que veio a ser chamado de tecnologia pineliana, consistia em estratégias de isolamento, organização do espaço asilar, e construção de uma relação terapêutica baseada na autoridade. Além disso, a corrente alienista, tendo Pinel como representante, justifica a exclusão do louco com a necessidade de conhecer a loucura e, assim, poder dominá-la. Dessa forma, os asilos se reformulam, passando a ser espaços de isolamento do objeto para experimentação e cura dos sujeitos, assim, na Europa, muda-se o status de louco para doente mental (Belmonte, 1996).

Sob a influência da Revolução Francesa na nova ordem mundial, grande parte dos países ocidentais adotaram os princípios alienistas. Assim, o asilo psiquiátrico/manicômio tornou-se contundente no tratamento daqueles considerados loucos, sem Razão, delirantes e alucinados, afastando-os do convívio com os demais cidadãos. Nesse local era feito um tratamento moral, sob a forma de imposição de normas de conduta e desencorajamento de comportamentos impróprios. Além disso, pelo contexto histórico, não havia psicofármacos, então as doenças mentais eram tratadas com convulsoterapias, camisas de força, amarras, hidroterapia, castigos corporais, lobotomias e cadeiras giratórias, o que causava grande sofrimento para os asilados e, em alguns casos, até mesmo a morte (Amarante, 2003).

No Brasil, a intervenção na saúde mental teve início com a chegada da família real no país (1808) pois, nesse período, com o crescimento das cidades e mudanças econômicas, havia a necessidade de uma reorganização urbana (Belmonte, 1996). Dessa forma, em 1830, uma Comissão da Sociedade de Medicina realiza uma análise a respeito da situação dos loucos nas cidades. A partir daí, o louco, que antes circulava livremente nos espaços, adquire a condição de doente mental e é destinado a um espaço social específico para seu tratamento (Amarante, 1994). Nessa época, àqueles considerados doentes mentais deveriam ficar em espécies de asilos, chamados de Casas de Misericórdia, que eram comandados pela Igreja

Católica. Nesses locais não havia reconhecimento do Estado para validar a assistência psiquiátrica, além de que, era assegurado por lei a segregação de doentes mentais como forma de proteger a sociedade (Belmonte, 1996).

Segundo Goffman (1961) os hospícios serviam como depósitos de pessoas indesejáveis pela população, a função médica era praticamente inexistente, sendo o principal objetivo desses locais, a exclusão e aniquilação dos sujeitos. O autor designou de instituição total, como sendo “local de residência e/ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11). Nesses espaços, as atividades cotidianas e necessidade básicas eram praticadas no mesmo local por todas as pessoas, obedecendo rigorosamente a uma autoridade, dentro dos critérios e horários da instituição, não havendo, portanto, diferenciação das necessidades pessoais.

Somente após a Segunda Guerra Mundial, começaram os questionamentos a respeito dos tratamentos realizados nos manicômios, isso porque nessa época os hospitais eram comparados aos campos de concentração nazistas (Caldas & Nobre, 2012). Uma referência ao movimento italiano de Franco Basaglia (1924-1980), que juntamente com seus companheiros iniciou a transformação da assistência psiquiátrica italiana, através de duas experiências nos hospitais de Gorizia e Trieste, hoje em dia é considerado uma das grandes referências na luta contra os desumanos hospitais psiquiátricos. A partir da década de 70, emerge no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica, com os movimentos de críticas ao modelo hospitalocêntrico. Contemporaneamente, em 1978, surge no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se destaca na luta pelos direitos em saúde mental. Primeiramente o movimento organiza críticas ao modelo psiquiátrico clássico e sua prática nos hospitais, entendendo a psiquiatria para além do seu

papel médico-terapêutico. A partir disso, visualizou-se a inversão deste modelo, tendo como proposta a desinstitucionalização (Amarante, 1995).

Em 1987, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o movimento dos trabalhadores em saúde mental, na cidade de Bauru, destacou a importância da participação da sociedade nas questões de saúde mental e assistência psiquiátrica. Outro marco importante na luta antimanicomial ocorreu em 1989 com a criação do projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a substituição do modelo clássico de internação por uma assistência humanizada (Amarante, 2015). Em 1990 é promulgada a Declaração de Caracas, nela os países se comprometeriam em reestruturar o sistema psiquiátrico, tal documento contribuiu para que o Brasil desenvolvesse métodos assistenciais substitutivos ao modelo manicomial (Caldas & Nobre, 2012).

Em 2001, a Lei Federal Nº 10.216 estabeleceu a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental e modificou o modelo assistencial de Saúde Mental. A partir desses marcos, utilizando os princípios do Sistema Único de Saúde, foram criados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), redes de atenção à saúde mental, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, lares abrigados etc. Esses serviços oferecem acolhimento àqueles em sofrimento psíquico, mantendo preservados os laços familiares e sociais, além de buscar a autonomia do sujeito em seu próprio tratamento (Hirdes, 2009).

Os CAPS, assim como outros serviços substitutivos, tiveram início oficialmente em 2002 a partir da portaria nº 336/GM. Essa portaria estendeu o funcionamento e a multiplicidade dos CAPS, cujo objetivo é o cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, possibilitando atendimento clínico e a reinserção social. É um serviço regionalizado e integrado ao SUS, que busca substituir o modelo clássico dos hospitais

psiquiátricos, por meio da promoção à cidadania, inclusão dos usuários e sua família. As atividades dos CAPS seguem o modelo da clínica ampliada, com práticas de atenção psicossocial que buscam promover a qualidade de vida, autonomia e protagonismo do sujeito. Ou seja, ao definir as atividades como estratégia terapêutica, é preciso pensar na finalidade destas e no envolvimento dos técnicos, usuários, familiares e comunidade. Essas tarefas podem ser: psicoterapia em grupo ou individual, atividades comunitárias, oficinas terapêuticas, acompanhamento do uso de medicação etc. (Brasil, 2004)

As oficinas terapêuticas representam uma importante ferramenta no processo de ressocialização, tendo em vista que proporciona o trabalho, o agir, o respeito às diversidades, a construção de identidade coletiva, a manifestação dos sentimentos, a reconstrução de vínculos e a subjetividade (Noronha *et al.*, 2016). Enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental, as oficinas terapêuticas atuam com uma equipe multidisciplinar – enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesão – em diversos tipos de atividades, entre elas: oficinas expressivas, com pintura, argila, dança, fotografia, teatro; oficinas geradoras de renda, como marcenaria, brechó, costura e oficinas de alfabetização, que exercitam a leitura e a escrita. (Brasil, 2004)

As práticas substitutivas em Saúde Mental se constituem com a perspectiva de um novo olhar à loucura, proporcionando aos sujeitos um lugar de cuidado, liberdade e cidadania. Nesse sentido, dada a importância das oficinas terapêuticas e a escassez de revisões bibliográficas a respeito deste tema, pretende-se através desse trabalho, analisar publicações científicas sobre as oficinas terapêuticas nos serviços de saúde mental no Brasil. Para isso realizou-se uma revisão integrativa da literatura, em bases de dados científicos, com

o objetivo específico de identificar o papel das oficinas terapêuticas no cuidado da saúde mental, no processo de desinstitucionalização, mudanças na vida dos familiares e usuários e na autonomia e inserção social destas pessoas.

### **Metodologia**

O tipo de pesquisa desenvolvida foi a Revisão Bibliográfica, na qual abrange toda a bibliografia já publicada em relação ao tema de estudo, cujo objetivo é colocar o pesquisador diante de uma ampla variedade de conteúdo dito, escrito ou filmado sobre determinado assunto (Marconi & Lakatos, 2003). Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo, Index Psi e Pepsic. Foram utilizados para busca dos artigos os seguintes descritores e suas combinações: “Oficinas terapêuticas”, “Oficinas”, “Serviços de Saúde Mental” e “Saúde Mental”.

Os critérios de inclusão definidos para seleção dos trabalhos foram: artigos, teses e dissertações publicados na língua portuguesa, em revistas de Psicologia ou Enfermagem, de metodologia empírica, realizados no Brasil, e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos. Nessa mesma direção, os critérios de exclusão utilizados foram: não trazer as palavras “Oficinas terapêuticas”, “Serviços de saúde mental” ou “Saúde mental” no título, resumo ou palavras-chave, também foram excluídos artigos que tinham como método de pesquisa a revisão bibliográfica.

A pergunta norteadora elaborada para essa pesquisa foi: O que tem sido publicado sobre as oficinas terapêuticas nos serviços de saúde mental no Brasil, no ano de 2011 a 2021? Para isso foram elaboradas duas hipóteses: 1) As oficinas terapêuticas contribuem para a reinserção social dos usuários de serviços de saúde mental e 2) As oficinas terapêuticas seguem os princípios da desinstitucionalização. Além disso, a análise dos estudos teve como base norteadora cinco variáveis a saber: A) Caracterização dos resultados, B) Caracterização

das oficinas terapêuticas, C) Contribuição das oficinas terapêuticas, D) Dificuldades encontradas nas oficinas terapêuticas, E) Modelo manicomial e desinstitucionalização.

Procedeu a coleta de dados sob três etapas: a) levantamento inicial dos artigos usando os descritores temáticos já citados e o operador booleano AND, para aumentar a especificidade de busca; b) leitura dos títulos, resumos, palavras-chave, assim foi possível selecionar os artigos potencialmente relevantes para a revisão; c) leitura integral dos textos. Em cada etapa foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão pertinentes.

Na primeira etapa foram encontrados 31 artigos. Após a leitura dos títulos, resumos e palavras-chave foram excluídos 15 artigos por não cumprirem os requisitos dos critérios de inclusão (etapa 2). Finalmente, após a leitura integral de cada *paper* (etapa 3), 1 artigo foi excluído, pois o foco era no trabalho dos residentes e não nas oficinas terapêuticas, totalizando, assim 15 artigos para amostra final da revisão.

## **Resultados**

### **(A) Caracterização das publicações**

Dentre os 15 artigos usados na amostra final da revisão, a maioria foi publicado em periódicos da área de Enfermagem (artigos 2, 4, 7, 8, 13, 14, referidos no Quadro I, abaixo), em seguida, periódicos da área de Psicologia (artigos 1, 3, 9, 11, 15). Quanto ao tipo de estudo, observou-se a predominância do tipo qualitativo, podendo ser qualitativo-descritivo (artigos 4, 6, 12, 13, 14), qualitativo- exploratório (artigo 9), qualitativo-exploratório-descritivo (artigos 2, 7, 8) ou qualitativo (artigos 5, 10, 11). Ainda, em relação a abordagem utilizada, encontrou-se os conceitos de Deleuze e Guattari, em sua proposta Esquizoanalítica (artigo 15), da Psicanálise (artigos 1, 9), e outro estudo fundamentado na teoria Histórico-Cultural de Lev Vygotsky (artigo 8).

## QUADRO 1

**Caracterização dos artigos selecionados**

| ARTIGO | AUTOR (ANO)                                               | PERIÓDICO                                              | TIPO DE ESTUDO                          |
|--------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1      | Cruz & Fernandes (2012)                                   | Revista Psicologia e Saúde                             | Estudo de caso                          |
| 2      | Silva, Azevedo, Rosado, Coelho & Oliveira (2020)          | Revista Nursing                                        | Qualitativo-<br>Exploratório-Descritivo |
| 3      | Rocha, Pena, Manffré & Jesus (2019)                       | Revista Vínculo                                        | Relato de Experiência                   |
| 4      | Noronha, Folle, Guimarães, Brum, Schneider & Motta (2016) | Revista Gaúcha de Enfermagem                           | Qualitativo-Descritivo                  |
| 5      | Queiroz & Delamuta (2011)                                 | Revista Ciência e Saúde Coletiva                       | Qualitativo                             |
| 6      | Silva, Ramos, Assad, Pedrão & Miasso (2018)               | Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (2018) | Qualitativo-Descritivo                  |
| 7      | Azevedo & Miranda (2011)                                  | Escola Anna Nery (2011)                                | Qualitativo-<br>Exploratório-Descritivo |
| 8      | Farias, Buss Thofehrn & Prado Kantorski (2016)            | Revista Uruguaya de Enfermería (2016)                  | Qualitativo-<br>Exploratório-Descritivo |
| 9      | Soares, Souza, Silva, Rocha, Melo & Cavalcanti (2019)     | Psicologia: Ciência e Profissão                        | Qualitativo-<br>Exploratório            |

|    |                                                             |                       |                                      |
|----|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 10 | Carvalho (2016)                                             | Tese de Doutorado     | Qualitativo                          |
| 11 | Bittencourt & Francisco (2017)                              | Estudos de Psicologia | Qualitativo                          |
| 12 | Coelho, Arruda, Carneiro, Lima & Barros (2020)              | Revista Barbarói      | Qualitativo-Descritivo               |
| 13 | Ibiapina, Monteiro, Alencar, Fernandes & Costa Filho (2017) | Escola Anna Nery      | Qualitativo-Descritivo               |
| 14 | Pinto (2011)                                                | Escola Anna Nery      | Qualitativo-Descritivo               |
| 15 | Santos & Romagnoli (2012)                                   | Mental                | Pesquisa-Intervenção<br>Cartográfica |

### **(B) Caracterização das Oficinas Terapêutica**

Quanto aos locais de realização dos trabalhos apresentados nos artigos temos: CAPS tipo I (artigos 3, 5, 6, 8, 11, 13), instalados em municípios com pelo menos 15 mil habitantes, CAPS II (artigos 1, 7, 9, 14), em municípios com pelo menos 70 mil habitantes, CAPS III (artigos 2, 15), que funcionam 24 horas por dia, CAPS i (artigos 4, 12), que atendem crianças e adolescentes e CAPSad (artigos 2, 7, 10), voltados à população com transtorno pelo uso de álcool e outras drogas. Além disso, em relação a localidade dos estudos feitos, destacam-se a região Sudeste (artigos 2, 3, 5, 6, 14, 15) e Nordeste (artigos 1, 7, 9, 10, 11, 13); havendo dois trabalhos no Sul (artigos 4, 8), e um no Norte do país (artigo 12).

Em relação a seus objetivos as oficinas foram citadas nos estudos como: oficinas expressivas (artigos 1, 12, 14, 7, 4), de trabalho (artigos 1, 5), teatro (artigos 6, 15), alfabetizadora (artigo 7), tecnologia (artigo 11), rádio (artigos 5, 14), dialógica (artigo 9), de reflexão (artigo 10), oficina de beleza (artigos 4, 13), conduta (4), produção de sabão (artigo

3), culinária (artigo 13), bijuterias (artigo 14), confecção de objetos e pintura (artigos 3, 4, 13), apenas dois trabalhos não citam o tipo de oficina realizada (artigos 2, 8).

Quanto a coleta de dados, apenas dois artigos não informaram a data (5, 15), o restante foi coletado nos anos de 2007 (7), 2011 (1, 11, 14), 2013 (4, 6, 8, 9), 2014 (9, 10, 13), 2017 (2), 2018 (3) e 2019 (12).

Um dos objetivos dos CAPS é o incentivo da família nos serviços, pois, muitas vezes, é o contato mais próximo que o usuário tem com o mundo. Além de estimular o usuário a se envolver no projeto terapêutico, a família pode atuar diretamente nas atividades ofertadas, dessa forma, elas são indispensáveis no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (Brasil, 2004). Dentre os artigos selecionados para análise, a grande maioria menciona a importância do apoio familiar no processo terapêutico (2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15), no entanto, desses treze artigos, apenas três apresentam a participação direta da família nas atividades do CAPS (7, 10, 13).

Quanto ao tratamento no CAPS, logo ao iniciar o acompanhamento, é traçado o projeto terapêutico individual/singular, elaborado pela equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as necessidades pessoais de cada usuário. Observou-se, entre os artigos finais, que a maior parte deles citam o projeto terapêutico individual (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), ademais, dentre esses, cinco artigos (2, 4, 8, 9, 10) informam que o projeto terapêutico é construído com a participação dos usuários.

Quanto aos objetivos das oficinas terapêuticas apresentadas nos artigos, foi possível agrupá-los em dois eixos: O primeiro aborda a reinserção social, autonomia e cidadania (3, 13, 6, 14, 7, 8, 5, 2) como pontos principais das oficinas. Foram citadas atividades que tem por objetivo o exercício da cidadania e a construção de potencialidades, buscando o resgate do sujeito e a sua emancipação. Esses espaços terapêuticos, por exemplo, proporcionam a

simulação desse exercício por meio da interação, do diálogo e do empoderamento, oportunizando aos usuários seu protagonismo e integração na comunidade, assim como preconiza a Reforma Psiquiátrica.

O segundo eixo refere-se à capacidade das oficinas na produção de subjetividades e expressão (artigos 11, 15, 12, 9). Para isso foram realizadas atividades artísticas, com a valorização da capacidade criativa, imaginativa e expressiva dos sujeitos, a partir disso, também é possível o desenvolvimento da autoestima e autoconfiança.

### **(C) Contribuições das Oficinas Terapêuticas**

As oficinas terapêuticas são ferramentas importantes, tanto para os usuários, quanto para a família e profissionais. Com relação aos usuários (artigos 6, 7, 9, 11, 13, 14), é possível observar, que, por meio das oficinas, conseguiram desenvolver a comunicação verbal e não verbal, assim como a capacidade de resolução de problemas (artigo 6), também houve diminuição das crises do transtorno mental e redução de danos (artigo 7), trouxe aos usuários o sentimento de felicidade (artigos 11, 14) e de se sentirem úteis (artigos 11, 13, 14), além de autonomia, acolhimento, socialização e desenvolvimento de habilidades cotidianas (artigos 11, 9), e por fim o aprendizado das tarefas domésticas (artigos 6, 13).

Para os familiares é perceptível as mudanças positivas no comportamento do usuário, relatam, por exemplo, que houve desenvolvimento na expressividade e na resolução de conflitos, além da harmonia no ambiente familiar (artigo 4). A participação dos familiares nas oficinas permite uma maior aproximação com o usuário (artigo 11) e acompanhamento do seu tratamento, possibilita também a ajuda mútua do grupo e o compartilhamento de experiências (artigos 7, 9).

Em relação as contribuições das oficinas terapêuticas para os profissionais dos CAPS, a dinamicidade dessas atividades possibilita a observação do comportamento dos

usuários e de sua interação com o meio e com os outros, além disso, permitem a construção de vínculos entre usuários e a equipe interdisciplinar, dessa forma, é possível compreender os sujeitos em sua complexidade e completude (artigos 4, 9, 11).

#### **(D) Dificuldades encontradas nas Oficinas Terapêuticas**

Cinco publicações relatam dificuldades enfrentadas na execução das oficinas terapêuticas (artigos 5, 12, 7, 4, 2), entre elas, a falta de infraestrutura, déficit de funcionários e escassez de material para realização das atividades (artigos 2, 12), o que acarretava, muitas vezes, na ausência das oficinas e excesso de tempo ocioso, considerado um fator que, indiretamente, pode estar ligado ao abandono do tratamento pelos usuários em abstinência de álcool e outras drogas (artigo 2). Além da insuficiência de recursos humanos e financeiros, o que nesse caso resultava em uma fila de espera para entrar na oficina de trabalho (artigo 5).

Outra dificuldade observada foi em relação a organização das oficinas, onde a divisão dos grupos seguia o critério de faixa etária, dessa forma, boa parte das demandas não eram trabalhadas em sua singularidade nas atividades (artigo 12). Do ponto de vista dos familiares, ainda falta oficinas de qualificação profissional dos usuários, estes sugerem que nesses espaços os sujeitos possam aprender algum tipo de ofício, como marcenaria ou elétrica, oportunizando a inserção no mercado de trabalho (artigos 4, 7).

#### **(E) Modelo manicomial e Desinstitucionalização**

O último tema a ser analisado se refere as ações que sustentam os princípios da desinstitucionalização e a reprodução do modelo manicomial. Verificou-se resquícios do modelo manicomial no novo modelo de cuidado da loucura, esses aspectos, até então considerados superados, aparecem de maneira disfarçada em muitas instituições. É possível encontrar nos artigos oficinas terapêuticas em que há cobranças e expectativas de

produtividade, dessa forma, não há como o serviço ser terapêutico se não é procurado e executado de forma livre (artigos 1, 3, 7, 12).

As oficinas terapêuticas, por exemplo, têm como um dos objetivos a expressão da subjetividade, são espaços destinados a fala, porém é preciso dar um sentido específico a cada uma dessas falas que trazem questões singulares. Visto que as oficinas são realizadas em grupo, isto implica perda da possibilidade de se trabalhar a singularidade de cada usuário, assim é trabalhado apenas o que é coletivo. Dessa forma, há a necessidade de alternativas individuais, dado que, muitas vezes os usuários possuem além da intervenção medicamentosa, apenas as oficinas terapêuticas (artigo 1), ou até mesmo não se sentem à vontade com o grupo (artigos 1, 4, 13), pois, para muitos sujeitos, não basta apenas oferecer um espaço de troca social, é preciso dar as ferramentas que possibilite o convívio. Além disso, em um CAPS visitado no estudo 7, as oficinas terapêuticas ocupavam grande parte do tempo do usuário na instituição, conseqüentemente, também a equipe técnica, o que inviabilizava a promoção de outras estratégias assistenciais voltadas para o trabalho externo e articuladas com a comunidade. Sendo assim, o tratamento não deve ser homogêneo. O envolvimento nas oficinas ampara muitos usuários, mas não é a única opção para todos.

Outra questão que o movimento reformista pensou ter superado, foi o caráter pedagógico dado as oficinas terapêuticas, em que se estabelecem relação do tipo professor-aluno, onde são transmitidos valores justificados como certos. Assim, é apagado o caráter reabilitador das oficinas, ao invés de espaços de criatividade, liberdade, autonomia e trocas, acabam por ceder ao antigo modelo das grades manicomiais (artigos 1, 7, 15). Dito isto, observou-se no estudo 7, em um dos CAPS investigados, que os usuários eram impedidos de escolher qual atividade gostariam de participar, além da existência de uma escala diária,

rígida e fechada, elaborada conjuntamente entre a coordenação do CAPS e o psiquiatra, com a finalidade de controle, normalização e “produção”.

O modelo hospitalocêntrico continua atrelado ao saber médico, visto que a função do médico se restringe a atendimentos individuais, priorizando o tratamento medicamentoso, deixando para os outros profissionais as atividades restantes (artigos 12, 13). De outra maneira, observa-se nos artigos analisados a percepção do sujeito como um ser integrado, que necessita de uma atenção diferente do modelo de pronto-socorro. Diferente dos manicômios, em que os sujeitos eram reduzidos a doença, no modelo substitutivo a equipe interdisciplinar desenvolve um projeto terapêutico individual que envolve o conhecimento não só do usuário, como também da família, do seu modo de vida, da comunidade em que vive, do trabalho (artigos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Um ponto importante que caracteriza os serviços substitutivos em detrimento do modelo manicomial, é o objetivo de reinserção social dos indivíduos, para isso é preciso a articulação com outros serviços, que precisam ser acionados para o efetivo alcance da integralidade (artigo 5, 10). Além disso, como forma de efetivar o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, que é a ocupação dos usuários na cidade, é fundamental o envolvimento dos serviços terapêuticos na comunidade, por meio de eventos sociais, como passeatas, bailes, eventos esportivos, entre outros, pois foge da lógica Institucional e do encarceramento em saúde mental, como apresenta os estudos 3 e 5.

## **Discussão**

### **Oficinas terapêuticas como ferramentas de desinstitucionalização**

Segundo Emerich (2007, p.5) "Não basta derrubar os muros para acabar-se com os manicômios. O que é hospitalocêntrico são as práticas, mais sutis que as estruturas físicas".

Dessa forma a desinstitucionalização, assim como a Luta Antimanicomial, é uma luta política, e constante, por transformações na estrutura social e nas políticas de saúde.

As práticas desenvolvidas nos serviços substitutivos podem servir de recurso para a desinstitucionalização, entretanto não é o fato dessas práticas serem realizadas em instituições abertas que garantem sua função na desinstitucionalização (Lima, 2004). Nas publicações analisadas foram encontrados quatro artigos (artigos 1, 7, 14, 15) que perpetuam a lógica manicomial, utilizada sutilmente em serviços substitutivos reveladas em frases como: “Não vai vir trabalhar, não?”, e, também “O que você está fazendo aí parado, que não foi para sua oficina?”, confiscando a autonomia e liberdade tão prezada pela reforma psiquiátrica.

Ainda em relação as práticas não superadas pela Reforma e repetidas nos modelos substitutivos, há uma problemática no que se refere as atividades oferecidas. Identificou-se em alguns artigos (artigos 1, 2, 7) que há no imaginário dos usuários e dos familiares que o tratamento deve necessariamente estar pautado na ocupação do tempo, visto que alguns usuários expressam que ficar parado é como se desse espaço para pensamentos ruins. Há uma ideia de que as horas passadas nesses espaços devem ser destinadas integralmente a ocupação do tempo. Essa ideia de que a ocupação da mente diminui o mal-estar cristalizou-se no entendimento dos técnicos, usuários e familiares. No entanto, as oficinas perdem seu caráter terapêutico quando se colocam como mais uma tarefa a ser cumprida, ou com o objetivo de produtividade, visto que não considera a singularidade de cada usuário. Além disso, juntamente com a liberdade de escolha do sujeito, é fundamental, para a condução do tratamento, a participação destes no planejamento das oficinas.

Assim sendo, resta a inquietação a respeito das oficinas: estão servindo como espaços de criação e possibilidades ou reproduzindo um modelo de ocupação do tempo? Simultaneamente foram encontrados, na maioria dos artigos (artigos 3, 4, 5, 6, 7, 8,

9, 10, 11, 13, 14, 15) oficinas terapêuticas que se constituíam como espaços de expressividade, subjetividade, trocas sociais, afeto e comunicação. Dessa forma, as oficinas podem representar uma importante ferramenta de ressocialização, na medida em que possibilitam o agir e o pensar coletivo, dentro de uma lógica de respeito a diversidade e incentivo ao desenvolvimento da capacidade de cada um.

Cedraz e Dimenstein (2005) destacam que as oficinas potencializam a produção psíquica dos usuários, assim, possibilitam a participação destes no meio social, na família, na cultura e no trabalho produtivo. Quando esse processo é amparado pela desinstitucionalização, deve-se pensar o papel do usuário em saúde mental para além do CAPS, como uma nova forma de viver e lidar com a loucura.

A análise dos artigos encontrados demonstrou que poucas oficinas se articularam com a comunidade ou com outros serviços intersetoriais (artigos 5, 10). Em relação a este último, o estudo 10, revela dificuldades encontradas no acesso a outros serviços, ficando a atenção aos usuários restrita ao CAPSad, mesmo necessitando de outros níveis de cuidado. No estudo 5, os funcionários do serviço de saúde investigado, relatam que a rede SUS funciona, porém com muita dificuldade, principalmente pela insuficiência de profissionais de saúde mental, o que dificulta a comunicação do projeto terapêutico para a Unidade de Referência do paciente, quando este recebe a alta da internação. Além disso, apenas três publicações (artigos 3, 5, 13) apontaram atividades grupais que envolviam a comunidade, como venda de produtos confeccionados pelos usuários, realização de bailes, eventos esportivos e passeata nas ruas da cidade. Também, observou-se que a articulação profissional-usuário se deu de forma efetiva, por meio das oficinas foi possível estabelecer vínculos e desenvolver aspectos relacionais, que são importantes para o exercício pleno da cidadania (artigos 4, 9 11).

**Oficinas terapêuticas como ferramenta de mudanças na vida dos usuários e familiares.**

As oficinas terapêuticas permitem a criação de vínculos entre usuários, equipe e familiares, por meio dessas trocas é possível estabelecer a integração social e familiar. Isso ocorre por meio de atividades expressivas, manuais, teatrais, culturais, como por exemplo, a pintura, oficina dialógica, de rádio, culinária, música, entre outras. Para que isso ocorra, é preciso que estas tenham significados e objetivos, possibilitando o desenvolvimento em direção a autonomia do sujeito.

De acordo com as publicações analisadas, foi visto que a família tem papel importante no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, podendo incentivar e até mesmo participar das atividades e assembleias. Apesar da maioria dos artigos informar sobre a função familiar (artigos 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 11, 12, 13 14, 15), apenas três deles (artigos 7, 10, 13) menciona a participação destes no serviço. Diante disto fica a reflexão de como as Instituições substitutivas podem incluir os familiares no processo terapêutico dos usuários.

Paralelamente, os artigos que trazem a participação da família veem isso como algo positivo. Assim, os textos trazem falas que evidenciam tal posicionamento, como as das mães de usuários do serviço, que relatam as mudanças de comportamento dos filhos, a aproximação com a família, a melhora na comunicação, na participação das atividades domésticas, na resolução de problemas, além disso os familiares percebem a participação nas atividades do CAPS como forma de acompanhamento dos usuários, sendo possível formar grupos e receber orientações de cuidados fora e dentro do lar (artigo 7).

Já em relação aos usuários, estes expressam que as oficinas terapêuticas foram importantes para o desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal, expressão, criatividade, socialização, se sentem mais felizes, úteis e autônomos, além disso tiveram a oportunidade de aprender a produzir objetos e ganhar dinheiro com isso. Em uma oficina de informática (artigo 11), por exemplo, foi observado a melhora da autoestima em uma usuária,

que se sentia inferior por não saber usar as ferramentas do computador, assim, a inserção digital constitui-se como uma possibilidade de reabilitação e reinserção social, também, sua incorporação possui relevância social, política, tecnológica e terapêutica; ainda em outro exemplo, em uma oficina de bijuterias (artigo 14), os usuários declaravam “tudo é de todos”, no sentido de se apropriarem e serem protagonistas do espaço.

### **Reinserção social dos usuários**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre os serviços de saúde, têm um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica. O surgimento desses serviços demonstra a possibilidade de um sistema substitutivo as internações no Hospital Geral. Assim, um dos objetivos do CAPS é a inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, e fortalecimento dos vínculos com a família e comunidade (Brasil, 2004).

Desse modo, as oficinas terapêuticas nos CAPS possibilitam a expressividade dos sujeitos por meio da arte, com valorização da criatividade, imaginação, habilidade, além de fortalecer autoestima, autoconfiança e empoderamento, de forma que os indivíduos se reconheçam como sujeitos de direitos. Ademais, as oficinas se caracterizam pelo seu caráter reabilitador, assim como sugere a Reforma Psiquiátrica. Com base nisso, as oficinas buscam construir espaços de singularidades e potencialidades, no sentido de buscar no sujeito sua autonomia e emancipação. Também, por meio destas, é possível simular e realizar o exercício da cidadania, isto se deve as interações sociais, por meio do diálogo, do contato e do entendimento.

Entretanto, não adianta proporcionar meios de expressão, subjetividade e interação, se os usuários continuarem aprisionados em quartos, excluídos das relações familiares e comunitárias, tratados como alienados, perigosos etc. Sobre essa questão, faz-se o questionamento: Qual é o papel das oficinas terapêuticas nas mudanças do imaginário social

e quais intervenções estão sendo feitas para isso? Pois, para que essa reinserção se dê de fato, é preciso mudar o imaginário social sobre a loucura. Além disso, é preciso que haja o cuidado integral, por meio da articulação dos serviços de saúde e comunitários, incluindo usuários em espaços sociais que integrem escola, trabalho, lazer, entre outros.

De acordo com as publicações analisadas, é possível identificar que a maioria dos artigos (artigos 3, 13, 6, 11, 14, 15, 7, 8, 5, 2) se referem ao processo de reinserção social, porém muito focado nas atividades intramuros, poucos estudos examinados abordaram, por exemplo, a articulação da rede de serviço (artigos 5, 10), enquanto não houve artigos que tratassem da conscientização da população, do investimento na formação profissional dos usuários, aliança com artistas, pintores, autores, articulação com instituições, universidades e movimentos sociais.

### **Considerações Finais**

O objetivo deste trabalho foi analisar as produções científicas brasileiras sobre as oficinas terapêuticas nos serviços de saúde mental, identificando a contribuição destas no processo de desinstitucionalização, reinserção social e mudanças na vida do usuário e sua família. A análise dos quinze artigos, deu uma visão ampla do que vem sendo produzido no país, além da pluralidade de vivências em diferentes espaços.

As oficinas terapêuticas têm o papel de acolher os indivíduos e possibilitar no dia a dia do serviço formas de reabilitá-los, de maneira a resgatar a cidadania, autonomia, e autoconfiança de pessoas que historicamente foram excluídas de todos os ambientes e privadas de seus papéis sociais.

No entanto, diante das dificuldades identificadas nos serviços, percebe-se a falta de estrutura e materiais para realização das oficinas, falta de articulação do CAPS com a

comunidade e com outros serviços intersetoriais, perpetuação do modelo manicomial e dificuldade na inserção da família no processo terapêutico.

Isto posto, torna-se essencial pensar em como articular cada vez mais ações do CAPS com a comunidade, dentro de uma perspectiva antimanicomial. Uma alternativa para esse impasse seria a formação profissional condizente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, desenvolvimento de atividades extramuros que envolvam usuários, família e comunidade, além da estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS). A Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS) é uma estratégia de formação e desenvolvimento dos profissionais para o SUS, cujas diretrizes estão implementadas na portaria GM/SM 1.996, de 20 de agosto de 2007 e tem como objetivo a aprendizagem por meio do trabalho em saúde com a finalidade de promover mudanças nesse contexto (Brasil, 2017).

De acordo com o documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (Brasil, 2004), o apoio à família é um dos alicerces que amparam a frequência dos usuários nos serviços. Dessa maneira, um caminho a traçar seria a articulação da equipe interdisciplinar na busca de estratégias eficazes para inserção da família, como por exemplo, atividades em grupo, atendimentos individuais e visitas domiciliares, com o objetivo de conhecer os aspectos sociais, culturais e emocionais do indivíduo. É preciso que a família também seja acolhida e reconheça seu papel nesse processo, de forma que se crie um vínculo entre ela e o serviço, além da reintegração do sujeito no seu lar.

Além disso, em relação a hipótese 1, pode-se afirmar que ainda não ocorre uma efetiva reinserção social dos usuários. Diante do exposto, é notório que há mudanças positivas nos tratamentos de saúde mental, sendo as oficinas, muitas vezes, esse lugar de liberdade e humanização, porém a reinserção não atingiu outros espaços além do próprio CAPS. Os usuários ainda não se encontram no cerne de suas famílias, são vítimas de

preconceito nas ruas, são estigmatizados como perigosos, irracionais, e no que se refere as atividades produtivas, são retirados desse quadro, impedidos de ganharem visibilidade.

Percebeu-se também que embora as oficinas terapêuticas adotem em seu discurso o paradigma da desinstitucionalização, revelou-se em suas atividades resquícios de um tratamento moral, base promotora da psiquiatria clássica, que, uma vez posta como ineficaz, não deve servir como norte das ações em saúde mental. Dessa forma, entende-se que a hipótese 2 não foi efetivamente alcançada, visto que está guardado no íntimo das pessoas o desejo de controle, normatização, identidade e subjugação, ainda mais em uma sociedade que se desenvolveu ancorada na rejeição de tudo que não se encaixa na racionalização da vida.

Por fim, ciente das limitações deste estudo e da redução de amostras, acredita-se que este trabalho abre caminhos para novas pesquisas que possam ampliar e contribuir com a discussão apresentada, como por exemplo, estudos que abordem a perspectiva da família em relação as oficinas, a articulação do CAPS com a comunidade e com os serviços de cuidado integral, estudos sobre o conhecimento dos profissionais em relação as práticas da reforma psiquiátrica, além de mais trabalhos que deem voz aos usuários dos serviços de saúde mental.

Reforça-se também que, apesar da Reforma Psiquiátrica, leis e portarias, a luta antimanicomial é permanente, e apesar das conquistas ainda há muito pelo que lutar. É preciso analisar de forma crítica as práticas das oficinas terapêuticas, uma vez que os resquícios da institucionalização ainda estão presentes.

### **Referências**

Amarante, P. (1994). Asilos, alienados e alienistas: Uma pequena história da psiquiatria no Brasil. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 73–84.

- Amarante, P. D. C. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 11 (3a ed.). [Acessado 8 novembro 2021], pp. 491–494.
- Amarante, P. (2003). Saúde Mental, políticas e instituições: Programa de educação à distância. Vol. 3. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.
- Belmonte, P. R. (1996). A Reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos. *Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio.*, org. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Birman, J. (2000) Entre o cuidado e o saber de si: Sobre Foucault e a psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BRASIL. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990–2004, 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p.125–36.
- Brasil. 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](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Diário Oficial da União, 2017.

- Brito, M. A. M.; Dimenstein, M. (2008). Contornando as grades do manicômio: Histórias de resistências esculpidas na instituição total. *Aletheia*, n. 28, p. 188–203.
- Caldas, A. de A., & Nobre, J. C. de A. (2012). Saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira: Reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. *Cadernos UNIFOA*, n.20, dez/2012.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica – A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: Modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 5 (2a ed.), 300–327
- Emerich, B. F. (2007). *CAPS no território: Cuidado onde a vida acontece*. Programa de Aprimoramento em Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: < [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/caps\\_no\\_territorio.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/caps_no_territorio.pdf) >
- Foucault, M. (2007). *História da loucura: Na idade clássica*. (7a ed.) São Paulo: Perspectiva.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, n. 1, pp. 297–305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>>. Epub 20 Jan 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

- Lima, E. A. (2004). Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In C. M. Costa, A. C. Figueiredo, Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro (pp. 59–81).
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas.
- Millani, H. de F. B., & Valente, M. L. L. de C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas* (Edição em português), 4(2), 01–19.
- Nobre, J. C. d. A., & Caldas, A. d. A. (2012). Saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira: Reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. *Cadernos UniFOA* 7, nº. 20.
- 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 Enfermagem*, 37(4):e5606

