
**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

EVELINE LUZ PEREIRA

**TERAPIA OCUPACIONAL E OFICINAS TERAPÊUTICAS NO
CUIDADO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL**

BRASÍLIA - DF
2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

EVELINE LUZ PEREIRA

**TERAPIA OCUPACIONAL E OFICINAS TERAPÊUTICAS NO
CUIDADO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

EVELINE LUZ PEREIRA

**TERAPIA OCUPACIONAL E OFICINAS TERAPÊUTICAS NO
CUIDADO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof. Avaliador 1

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para meu marido Paulo e filha Bianca, que
estiveram sempre ao meu lado,
incentivando-me, contribuindo para mais
essa realização profissional, mesmo
estando ausente em momentos importantes.
Amo muito vocês!*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por me dar coragem para voltar a estudar e força para ir em busca de mais uma conquista e realização profissional.

Aos meus pais, Ana e Edival, por guiarem os meus primeiros passos rumo ao que sou.

A minha família, Avós, Tios, Primos e meu Irmão Guilherme pelo carinho de sempre.

A todos os professores deste curso que nos presentearam com suas experiências.

A todos os meus amigos e amigas que sempre me apoiaram em minhas decisões.

As minhas colegas de trabalho, companheiras de luta pelas Oficinas Terapêuticas do Hospital São Vicente de Paulo, Seni, Geane e Lúbia. Obrigada por entenderem a minha ausência em certos momentos.

A todos aqueles de alguma forma ajudaram a semear, cultivar e colher os frutos desses anos de curso.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!!

*“O buraco do espelho está fechado
Agora eu tenho que ficar aqui
Com um olho aberto, o outro acordado
No lado de lá onde eu caí
Pro lado de cá não tem acesso
Mesmo que me chamem pelo nome
Mesmo que admitam meu regresso
Toda vez que eu vou a porta some
A janela some na parede
A palavra de água se dissolve
Na palavra sede a boca cede
Antes de falar não se ouve
Já tentei dormir a noite inteira
Quatro, cinco, seis da madrugada
Vou ficar ali nessa cadeira
Uma orelha alerta, outra ligada
O buraco do espelho está fechado
Agora eu tenho que ficar agora
Fui pelo abandono abandonado
Aqui dentro do lado de fora.”*

*Austregésilo Carrano
(Trecho do filme Bicho de Sete Cabeças, inspirado no livro Conto dos Malditos).*

RESUMO

A modalidade de atendimento em Oficinas Terapêuticas é um dispositivo da atual política de Saúde Mental do Brasil, sendo uma forma de reabilitação do indivíduo na sociedade, visto que são espaços e ações de reinserção social à cidadania. Vale lembrar que a realização de oficinas terapêuticas contribui também para estabilização clínica dos usuários, proporcionando uma melhor aceitação e adaptação ao tratamento. Esta pesquisa buscou por meio da revisão bibliográfica refletir sobre a importância das Oficinas Terapêuticas na reabilitação dos indivíduos com sofrimento mental, dando ênfase aos usuários que frequentam tais oficinas existentes no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo situado em Taguatinga – DF.

Palavras-chave: Saúde Mental, Terapia Ocupacional, Oficinas Terapêuticas.

ABSTRACT

The modality of attendance in Therapeutic Workshops is a device of the current mental health policy in Brazil, providing the rehabilitation of the individual in society, as a space of reintegration and actions that enable social development and citizenship. The realization of Therapeutic Workshops also contributes to clinical stability of the users, allowing a better acceptance and adaptation to the treatment. This research aims to reflect the importance of Therapeutic Workshops rehabilitation of individuals with mental distress, emphasizing the users attended at São Vicente de Paulo's Psychiatric Hospital located in Taguatinga – DF.

Keywords: Mental Health, Occupational Therapy, Therapeutic Workshops

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Espaço Físico da Oficina de Trabalhos Manuais	46
Figura 2 - Espaço Físico das Oficinas de Bijuteria e de Tapeçaria	46
Figura 3 – Espaço Físico da Oficina de Tecelagem	47
Figura 4 – Amostra de alguns produtos confeccionados pela Oficina de Trabalhos Manuais. Chinelos e Roupas customizadas	47
Figura 5 – Amostra de alguns produtos confeccionados pela Oficina de Bijuteria. Colares, Pulseiras e Brincos	48
Figura 6 – Amostra de alguns produtos confeccionados pela Oficina de Tecelagem. Tapetes de barbantes produzidos em teares	48
Figura 7 – Amostra de alguns produtos confeccionados pela Oficina de Tapeçaria. Tapetes feitos em telas com retalhos de tecido de malha	49
Figura 8 - Artesanato: Cadeirinhas feitas com pregadores de roupas.	49
Figura 9 – Desfile “Dasloukas” 2013	50
Figura 10 – Produto confeccionado pela Oficina de Trabalhos Manuais. Boné em Crochê....	50
Figura 11 – Produto confeccionado pela Oficina de Tecelagem. Poncho em Lã.....	51
Figura 12 – Produto da Oficina de Bijuteria. Colar porta caneta de miçangas	52

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIVP'S – Atividades Instrumentais de Vida Prática
- AVD'S – Atividades de Vida Diária
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- DF – Distrito Federal
- GAPI – Grupo de Acompanhamento Pós Internação
- HSVP – Hospital São Vicente de Paulo
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
- NOT – Núcleo de Oficinas Terapêuticas
- PVC – Programa Vida em Casa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1.2. METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA.....	16
1.2.1. TIPO DE PESQUISA.....	16
1.2.2. LOCAL DA PESQUISA.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1. Breve Histórico da Loucura.....	18
2.2. A Terapia Ocupacional no Tratamento da Saúde Mental.....	21
2.3. Oficinas Terapêuticas no Contexto da Saúde Mental e suas Importâncias.....	23
2.4. Histórico do Hospital São Vicente de Paulo.....	24
2.5. Histórico das Oficinas Terapêuticas do Hospital São Vicente de Paulo.....	25
2.5.1. Descrição da Clientela Atendida Pelas Oficinas Terapêuticas do Hospital São Vicente de Paulo	26
3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	32
4. CONCLUSÃO DE RESULTADOS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXOS.....	39
Anexo A: Modelo de Avaliação Inicial.....	40
Anexo B: Modelo de Avaliação Terapêutica Ocupacional.....	42
Anexo C: Contrato Terapêutico/Termo de Compromisso.....	45
Anexo D: Ilustrações	46

INTRODUÇÃO

Percorrer pelo caminho da história da deficiência e suas várias representações sociais, é uma forma de entender e compreender porque estes indivíduos foram afastados do nosso convívio, não sendo possível conhecê-los. No imaginário das pessoas é bastante forte a representação e categorização generalizada destas pessoas, em que um cego é igual em sua deficiência que um deficiente auditivo ou um indivíduo com deficiência física e/ou mental. O tratamento é dado da mesma maneira.

A sociedade ocidental contemporânea produz e naturaliza uma visão do sofrimento psíquico como objeto de intervenção da ciência, seja ela medica ou de outras práticas “psi”. Nesse paradigma, o sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”, com quadros nosológicos claramente delimitados. O objetivo final, ou seja, a cura, pode até ser conceituado de maneiras diferentes, mas, raramente, escapa à noção de (re) adaptação a um mundo do qual ele não faz parte ou ao qual se mostra estranho (Braga, 2005).

Sabe-se que essa visão de mundo arvora-se em ser “A Verdadeira” e que já foi assimilada a tal ponto que se corre até mesmo o risco do ridículo se tentar apresentar os fatos sob outra ótica. Entretanto, a história mostra que nem sempre foi assim: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. Vale destacar ainda que a forma como a experiência com a loucura vai sendo conceituada influencia diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela (Braga, 2005).

Poucas são as informações encontradas em tempos antigos frente à deficiência. Mas é chocante saber que indivíduos que nascessem diferentes eram mortos, abandonados e chamados de monstruosos. Isso em qualquer tipo de deficiência.

Somente no período pós-guerra desponta um cenário propício para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade. Começam a surgir, em vários países, questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformulação. Alguns desses movimentos colocavam em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas, como exemplo, a experiência de Franco Basaglia nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, as

quais tinham como principal referência a defesa da desinstitucionalização (Amarante, 1995).

Em continuidade a esse processo, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, que possibilitaram a delimitação dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira atual e a proporção de serviços substitutivos ao modelo hospitalar. Dentre os marcos conceituais desse processo destacam-se o respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral, onde o processo saúde/ doença mental é entendido dentro de uma relação com a qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2001).

Atualmente, observa-se significativa mudança a assistência aos portadores de sofrimento psíquico por conta do avanço na implantação das propostas da reforma psiquiátrica brasileira, deslocando-se a centralidade dada à loucura para um sujeito real, de direitos, aspirações e anseios, integrante de uma família e inserido em uma certa comunidade.

Entretanto, essas mudanças não têm se dado de forma homogênea por todo o país. Em vários espaços ainda se enfrentam fortes obstáculos como, por exemplo, a falta de decisão política de alguns gestores públicos e as resistências por parte dos donos de hospitais que não querem perder um negócio lucrativo.

Com a aprovação do projeto de Lei Paulo Delgado, em 2001, que prescreve a construção de uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial que respeitasse o direito social e aumentasse o poder contratual dos usuários surgem com mais força os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), dentre outros. Essas unidades de tratamento intensivo para portadores de sofrimento psíquico contam com uma equipe multiprofissional, que buscam a autonomia, emancipação, liberdade e o direito de expressão dos usuários.

Dentre as diversas áreas de atuação na saúde mental encontramos a Terapia Ocupacional que teve origem dentro da psiquiatria. Sua história é bastante recente, porém podemos falar que a atividade humana enquanto recurso terapêutico foi utilizado, de forma talvez consciente e/ou científica, desde os tempos mais remotos. O homem percebe que as atividades possuem características capazes de influenciá-lo, afeta-lo e transformá-lo e as utiliza a princípio de forma intuitiva, para trabalhar aspectos físicos e principalmente aspectos emocionais.

O profissional de Terapia Ocupacional é de extrema importância para a reabilitação mental, pois segundo Almeida e Trevisan (2011, p. 303), o ato terapêutico

ocupacional se realiza no sentido do fazer humano relativo ao trabalho, lazer e atividades domésticas. Ao mesmo tempo em que busca diminuir limitações, dificuldades ou barreiras, investiga talentos, habilidades e aptidões, favorecendo o encontro entre essas habilidades e as ocupações oferecidas no mundo contemporâneo.

Sendo assim, a Terapia Ocupacional é um processo de tratamento na qual o terapeuta utiliza como recurso as atividades, que trazem o paciente para a realidade que está vivendo. É através dessas atividades propostas pelos terapeutas que o paciente consegue se expressar melhor, sem precisar expor verbalmente o que está sentindo e o que está vivendo no momento, se não quiser.

A atividade é considerada, nesse processo como um instrumento que pode viabilizar a expressão, a espontaneidade, o conhecimento das potencialidades e das limitações dos clientes durante as suas ações no mundo (Ferrigno, 1997).

Entre as atividades desenvolvidas identificam-se as oficinas terapêuticas, como espaços destinados aos usuários onde a singularidade é respeitada, em um processo que visa resgatar a cidadania da pessoa com sofrimento mental através da atividade criativa. Dessa maneira, segundo Silva (2010, p. 2), as oficinas passam a exercer um papel fundamental no projeto terapêutico por meio de diversas ações que visam dar autonomia e qualidade de vida ao indivíduo.

Tais oficinas tornam-se positivas quando possibilitam a transformação da realidade minimizando o sofrimento que a doença mental causa. Nesta proposta de educação terapêutica o importante é fomentar a capacidade de poder viver e vivenciar a individualidade dos participantes. Acrescenta-se ainda que seja por meio da troca de experimentações no coletivo, na relação com o outro que o sujeito se enxerga como parte do processo da vida.

O interesse pelo tema surgiu a partir da necessidade de relatar a minha vivência dentro de um Hospital Psiquiátrico, onde encontramos Oficinas Terapêuticas que são utilizadas como recurso da Terapia Ocupacional.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo mostrar os benefícios trazidos por essas Oficinas Terapêuticas para os seus usuários frequentadores.

1.2. METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

1.2.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com delineamento qualitativo. De acordo com Minayo (2002), o estudo exploratório e descritivo tem o objetivo de proporcionar uma visão geral de tipo aproximativo sobre determinado fato, consistindo na análise e descrição de características, ao trabalho com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, ou seja, fenômenos que não podem ser quantificados.

Pimentel e cols (2009) acredita que as pesquisas qualitativas para a Terapia Ocupacional estão sendo utilizadas para a construção crescente de conhecimento e possibilidades, pois este método viabiliza relações entre significado dos fenômenos estudados, buscando conhecimento das singularidades.

1.2.2. Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com base na minha experiência profissional nas Oficinas Terapêuticas (NOT), localizada no Ambulatório do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no qual estou a 4 anos como chefe. A teoria exposta neste trabalho foi feita através de pesquisa e/ou levantamento de dados e a parte prática através de observações dos pacientes em seu dia – a- dia, para que assim consigamos expor o quanto as referidas Oficinas são importantes para esses pacientes que lá se encontram em tratamento.

Inicialmente, foi necessário um estudo na literatura sobre o tema da pesquisa, que foi norteador para este estudo. Portanto, foram estudados temas como Saúde Mental, Terapia Ocupacional, Intervenção da Terapia Ocupacional na Saúde Mental, Oficinas Terapêuticas, dentre outros.

Posteriormente fez-se um levantamento do número de pacientes de cada oficina, sexo e suas patologias. Os dados levantados foram norteadores do tema deste estudo,

fazendo com que fosse possível o delineamento das possibilidades da Terapia Ocupacional em Oficinas Terapêuticas.

Atualmente contamos com quatro Oficinas em funcionamento: Oficina de Trabalhos Manuais, Oficina de Bijuteria, Oficina de Tapeçaria e Oficina de Tecelagem. Além das atividades corriqueiras de cada oficina realizamos acompanhamento terapêutico aos usuários atendidos, atendimentos individuais, atendimentos domiciliares quando necessário, acolhimento e atendimento aos familiares.

2.1. Breve Histórico da Loucura

Por muito tempo, os portadores de doenças mentais foram considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos. Hoje, essa história já mudou bastante e a luta diária é para que os usuários de serviços de Saúde Mental possam ter um tratamento diferenciado e para que a sociedade os respeite como seres humanos comuns, mesmo com capacidades restritas e algumas limitações. Apesar dos avanços do modelo assistencial e da humanização do atendimento, a história mostra que as atitudes em relação aos portadores de transtornos mentais nem sempre foram as mais adequadas.

Pontes (1998) completa dizendo que no princípio prevaleciam os pensamentos mágicos – religiosos e que de acordo com historiadores em determinados lugares como, Egito, Índia, Mesopotâmia e China onde ideias embrionárias sobre a doença mental germinaram, as causas eram sempre devido a problemas espirituais, e o tratamento consistia na retirada dos espíritos através de rituais, quando não, os sofrimentos eram aliviados por meio de massagens e algumas vezes através de atos cirúrgicos, como a abertura do crânio para liberar os fluidos (trepanação).

Esse tipo de tratamento se estendeu até o século XVIII. Nessa época, ainda não se falava em doença mental e, como sempre, o desleixo com as pessoas acometidas de transtornos mentais persistia. Todos que apresentavam um comportamento diferente, sobretudo quando agitados e agressivos, eram considerados loucos. A sociedade, preocupada apenas com a sua segurança, permanecia com a mesma conduta: jogava os loucos em prisões e eles lá ficavam ao lado de outros excluídos à espera da morte (Ministério da Saúde, 2005).

Foucault (2004), percorrendo a história da loucura, afirma que, desde o século XIV ao século XVII, a exclusão de indivíduos é uma prática constante, isto é, a eliminação de pessoas indesejadas, pois valores éticos, morais e o modelo médico estão fortemente enraizados.

Até o final da Idade Média, aquele espaço da alteridade radical, eram representados pelos leprosos. Encarnando o mal representando o castigo divino, a lepra se espalha rapidamente causando pavor e sentenciando seus portadores à exclusão. Entretanto, com o fim das Cruzadas e a ruptura com os focos orientais de infecção, a lepra

retira-se, deixando aberto um espaço que vai reivindicar um novo representante. Alguns séculos depois, essas estruturas de exclusão social passam a ser ocupadas pela figura do louco (Miranda, 1997).

Miranda (1997) afirma ainda que apesar de se perceber que desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, ainda não é aí que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requeira um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se simplesmente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele. Somente no próximo período histórico é que se transformará essa relação.

Na Grécia antiga, acreditava-se que os loucos possuíam poderes divinos. Eram associados ao demônio e vistos como entes possuídos e, por isso, passavam seus dias acorrentados e expostos ao frio e à fome ou, em casos extremos, queimados em fogueiras como hereges (Ministério da Saúde, 2005).

No século XVII, na Europa, a internação dessas pessoas é um movimento, um período de segregação e categorização dos indivíduos, internando a loucura pela mesma razão que a devassidão e a libertinagem. Os indivíduos excluídos eram alienados, separados em grupos, entre os quais, indígenas, vagabundos e mendigos; prisioneiros, “pessoas ordinárias”; “mulheres caducas”; “velhas senis ou enfermas”; “velhas infantis”; pessoas epiléticas; “inocentes malformados e disformes” (Foucault, 2004).

É no século XVII que vem, definitivamente, marcar a apreensão do fenômeno loucura como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura. É o Século das Luzes, onde a razão ocupa um lugar de destaque, pois é através dela que o homem pode conquistar a liberdade e a felicidade. Ocorre valorização do pensamento científico e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como espaço terapêutico. Entretanto, deve-se ter cuidado ao imprimir a esse acontecimento uma ótica humanitária e altruísta, pois essa medicalização do hospital não se deu visando “uma ação positiva sobre o doente ou a doença, mas simplesmente uma anulação dos efeitos negativos do hospital” (Foucault, 1979).

Para garantir seu funcionamento, o modelo hospitalar necessitava da instauração de medidas disciplinares que viessem garantir a nova ordem. Assim, surge uma arte de delimitação desse espaço físico, onde são fundamentais os princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma a garantir que nenhum detalhe escape a esse saber (Foucault, 1979).

Sendo assim Braga (2005) afirma que dentro desse espaço esquadrinhado, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. O discurso que alimenta esse sistema percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista.

As reformas políticas e sociais, na virada do século XVIII para o século XIX, inspiraram o francês Philippe Pinel a dar o primeiro passo para mudar a vida dessas pessoas. A loucura tornou-se uma questão médica e passaria a ser vista como uma doença que poderia e deveria ser tratada. Surgiu assim, a clínica, como local de internação, e os estudos sobre psiquiatria. Com essa nova estrutura, coube aos enfermeiros os cuidados com os loucos. Na constante tentativa de dominar a loucura e defender-se de tudo o que o desconhecido representava, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado da família que desconhecia ou ignorava o que se passava com ele (Ministério da Saúde, 2005).

A doença mental pode representar um mundo desnorteado para qualquer um. Os sintomas raramente são tão preto no branco quanto um caso de perna quebrada, e o tratamento não é tão simples quanto colocar uma bota de gesso. Os sintomas de algumas doenças mentais se sobrepõem, ou trazem uma ampla gama de tratamentos, sendo que nem todos funcionam para todo paciente (Mc Elroy, 1996).

A atenção à saúde mental vem sendo formada desde a antiguidade com menos evidência, porém com fatos muito importantes delimitados na história. As seitas religiosas egípcias usavam o canto, a dança, a leitura, a diversão, o entretenimento e os passeios pelo jardim como tratamento do humor doentio, já no ano 2000 a.C. Cerca de 30 a.C., Seveca, o Retórico, recomendava a ocupação para todo tipo de agitação mental (Finger, 1986).

Os jogos, a música e os exercícios físicos foram utilizados por gregos, romanos e egípcios, como medida de tratamento do corpo e da alma. Entretanto, somente por volta do fim do século XVIII e princípio do século XIX, período marcado pelo humanismo, a ocupação se torna largamente aceita para o tratamento de doença mental (Francisco, 2001).

O Ministério da Saúde (1994), sob influência dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica, incorporou as propostas de mudanças e, por meio da Portaria 189/91 alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental, possibilitando a implantação e financiamento de estruturas assistenciais do tipo CAPS/NAPS; hospital-dia (adulto e infantil) em saúde mental; centros de convivência e cooperativa; organização do serviço de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde; além do redirecionamento das ações nos serviços de saúde já existentes, como as emergências psiquiátricas em prontos-socorros e as enfermarias de saúde mental nos hospitais gerais.

Nessas novas propostas, um dos grandes princípios a ser considerado é a questão da cidadania. Também a loucura passa a ser percebida em sua complexidade e não mais pela objetivação da psiquiatria. Ampliam-se os movimentos sociais, como as associações de familiares e usuários, além de cooperativas e eventos com o objetivo de possibilitar a construção de novas formas de convivência (Ribeiro, 2005).

2.2. A Terapia Ocupacional no Tratamento da Saúde Mental

O doente mental vem sendo excluído e marginalizado pela sociedade como sendo alguém contagioso e amoral. Após a Primeira Guerra Mundial, com o surgimento da Terapia Ocupacional foram revistas às formas de tratamento propostas ao portador de doença mental, caracterizadas pela conquista para o mesmo, de espaço necessário a uma vida produtiva e útil, minimizando o processo de exclusão social, oferecendo oportunidade ao doente mental de manter o vínculo familiar, para que possa ser respeitado e aceito como pessoa, dentro de suas limitações (Alves, 2001).

É nas duas primeiras décadas do século XX que ocorre o início formal da Terapia Ocupacional, com o renascimento do tratamento moral, impulsionado pela necessidade ocorrida na Primeira Guerra Mundial (1914 – 1918), no tratamento dos soldados deficientes. Nesta altura assistiu-se também a um franco progresso na Europa, nomeadamente na Inglaterra, onde a reabilitação dos soldados era também uma necessidade (Castro 1999).

Segundo Benetton (1994), a Terapia Ocupacional é a arte de aplicar conhecimentos científicos e empíricos e certas habilidades específicas, decorrente do uso

de atividades, à criação de estruturas, dispositivos e processos que são utilizados para converter recursos físicos, psicológicos e sociais em formas adequadas à prevenção, manutenção e tratamento em saúde, educação, na área social e outras correlatas.

Benetton (1994) acrescenta ainda, que os elementos que caracterizam a Terapia Ocupacional, além das atividades, é a entrada do sujeito no sistema terapêutico. É justamente o uso da atividade pelo sujeito alvo da intervenção que define uma atuação específica para uma área de interação localizada entre o físico e o psíquico, entre o objetivo e o subjetivo, entre o material e o imaterial.

De Carlo e Bartalotti (2001) definem que o uso da Terapia Ocupacional como abordagem de tratamento em saúde mental elimina os meios de contenção e as formas típicas de controle asilar; rompendo de diferentes maneiras com o isolamento das pessoas internadas, restituindo o direito à expressão, à palavra, aos afetos pessoais, criando acolhimento, possibilidades de escuta, de grupalização, de inversão de contextos de troca; compreendendo e validando os afetos, mensagens e produções; transformando os espaços e as relações interpessoais, mostrando desta forma a necessidade da referida abordagem ambulatorial junto a pessoas acometidas pelos transtornos de humor e ansiedade.

Já Benetton (1994) afirma que o trabalho da Terapia Ocupacional nessa área se caracteriza fundamentalmente em objetivar a saúde mental de um louco de tal forma que, mesmo quando louco, haja a manutenção da interação social.

O valor do uso da atividade na saúde mental, não está apenas na sua dinâmica, mas na ação do sujeito que a realiza assim a relação que o executante estabelece mais significado que a atividade em si. E essa relação está vinculada à tríade do processo terapêutico ocupacional: terapeuta-paciente-atividade.

Partindo dessa tríade, e explorando mais a atividade como recurso terapêutico, Finger (1986) afirma que a Terapia Ocupacional estuda o fenômeno sobre o ser humano. E esta é uma necessidade vital ao homem, significando sua privação, infelicidade para o mesmo. Dessa forma, ao ocupar-se com atividades o indivíduo explora a natureza de seus interesses, necessidades, capacidades e limitações.

A atividade pode ser utilizada então no seu caráter reorganizador de quatro formas segundo Francisco (2001):

- A primeira como exercício, podendo-se exemplificar seu uso na estratégia de tratamento em reabilitação física para restabelecer movimentos e funções mecânicas do corpo;

- A segunda como produção, o que durante muito tempo foi frequentemente observado em oficinas com deficientes físicos e doentes mentais, na perspectiva de se trabalhar habilidades e competências, o papel do indivíduo como trabalhador e, portanto, havendo retorno financeiro para os pacientes em variados casos. A atividade serviria para capacitar as pessoas, treinando-as;
- A terceira como criação, transformação, na qual através de finalidades próprias o homem transforma a natureza. Nessa utilização encontramos a criação artística e o que chamamos de práxis, estando a síntese do que o homem faz produzindo um “mundo humanizado”, no sentido de produzir coisas que tem por objetivo satisfazer as necessidades humanas, refletindo projetos ou ideais humanos;
- E finalmente a atividade como meio de expressão, compreendendo o fazer humano como algo carregado de conteúdo simbólico, vendo na expressividade o que é contido nas ações.

Lampert (2004) diz ainda, que através das atividades são proporcionados momentos de descontração, criação e estimulação da expressão dos sentimentos, a experimentação da realidade e das necessidades, a tolerância, a iniciativa, o interesse social, a troca com o outro, a integração e o apoio emocional, reduzindo, assim, os sentimentos de desorganização e confusão. Francisco (2001) completa dizendo que estabelece também um relacionamento terapeuta - paciente, iniciando desta forma seu processo de ressocialização.

Os atendimentos podem ser realizados em grupos ou individualmente, conforme as condições clínicas do paciente e, é claro, levando em consideração sua história individual e necessidade específica.

2.3. Oficinas Terapêuticas no Contexto da Saúde Mental e suas Importâncias

Segundo Silva (2010) dentre as atividades terapêuticas ocupacionais desenvolvidas identificam-se as oficinas terapêuticas como espaços destinados aos usuários onde a singularidade é respeitada, em um processo que visa resgatar a cidadania da pessoa com sofrimento mental através da atividade criativa. Dessa maneira, as oficinas

passam a exercer um papel fundamental no projeto terapêutico por meio de diversas ações que visam dar autonomia e qualidade de vida ao indivíduo.

Tais oficinas tornam-se positivas quando possibilitam a transformação da realidade minimizando o sofrimento que a doença mental causa. Silva (2010) acredita que nesta proposta de educação terapêutica o importante é fomentar a capacidade de poder viver e vivenciar a individualidade dos participantes. Acrescenta-se ainda que seja por meio da troca de experimentações no coletivo, na relação com o outro que o sujeito se enxerga como parte do processo da vida.

2.4. Histórico do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)

O HSVP é uma unidade orgânica de direção e execução diretamente subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde que tem por competência prestar assistência e promover a reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico, elaborar e participar de programa assistencial, realizar pesquisa e formação em Saúde Mental, além de desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

É uma das duas unidades de internação psiquiátrica do DF, sendo a que detém o maior número de leitos públicos, totalizando 83 leitos, além de 76 leitos extras no serviço de Emergência.

Segundo o último levantamento feito em abril de 2014, conta com uma equipe de 465 colaboradores: 334 servidores de cargos efetivos, 21 médicos residentes, 7 servidores temporários, 102 funcionários terceirizados de serviços contínuos (limpeza, segurança e alimentação), 17 prestadores de serviço temporários do sistema penal (VEPEMA e FUNAP), além de alguns terceirizados não contínuos, que não foram contabilizados.

Informações adicionais:

Público Alvo: Adultos acima de 18 anos com transtornos mentais

Área de Abrangência: Todas as regiões do Distrito Federal

Programas/ Projetos: Acolhimento no Pronto Socorro, Ambulatórios de Psiquiatria, e Psicologia, Oficinas Terapêuticas, Grupo de Acompanhamento Pós Internação (GAPI), Programa Vida em Casa (PVC).

Horário de Funcionamento: 24 h

Acesso:

Demanda Espontânea atendida 24 h

Ambulatório: demanda referenciada pelos centros de saúde das regionais de Taguatinga, Ceilândia e Samambaia, porém com atendimento em consulta extra de usuários com prontuário ativo (menos de 2 anos da última consulta, com o quadro não estabilizado).

Documentação Necessária: guia de consulta obtido no Centro de Saúde conforme a sua disponibilidade de vagas, documento de identidade e comprovante de residência.

2.5. Histórico das Oficinas Terapêuticas do Hospital São Vicente de Paulo

Em 1993, foi idealizado por servidores deste hospital um atendimento que fosse além das consultas e, com tal propósito criou-se a primeira oficina, a de artesanato e, em um segundo momento, a oficina de serigrafia.

A partir de 1994 a proposta da reforma psiquiátrica já acontecia entre os profissionais de saúde mental do DF e houve maior apoio para o investimento em serviços substitutivos. O que repercutiu na primeira expansão dessas oficinas. Com exposições em bazares natalinos e em algumas embaixadas foi havendo escoamento da produção e, assim, a manutenção parcialmente autossustentável (contando ainda com doações e eventuais destinações de recursos do hospital) das oficinas.

Já na segunda metade da década de 90 algumas auxiliares de enfermagem investiram nessa proposta, o que possibilitou sua expansão e reconfiguração em oficinas de trabalhos manuais, bijuteria, serigrafia, culinária, tecelagem e malharia. Sempre sob a coordenação do Serviço Social. Em 2003, aderiu ao trabalho assumindo sua coordenação uma terapeuta ocupacional.

Atualmente, vinte e dois anos após sua idealização, as oficinas terapêuticas se configuram formando um Núcleo estruturado no organograma do hospital e que conta com uma equipe composta de psicóloga, terapeutas ocupacionais, técnicas de enfermagem e auxiliar de serviço social. Tal equipe mantém reunião semanal com intuito de discutir os casos trabalhados e proceder conforme decidido.

Tem como objetivo geral acompanhar os usuários estabelecendo vínculos e potencializando os resultados da terapêutica empregada, além de atuar como suporte e mediador à reinserção social e profissional dos usuários.

Para ingressar é necessário acompanhamento ambulatorial no HSVP. A adesão ao serviço ocorre por intermédio de encaminhamento (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) e/ou demanda espontânea. Quando o paciente chega a oficina é realizado avaliação inicial (ver anexo A) e avaliação terapêutica ocupacional (ver anexo B) para traçar o plano terapêutico individualizado (PTI). Assim que é admitido o mesmo assina um contrato terapêutico/termo de compromisso (ver anexo C), onde fica ciente das regras das oficinas terapêuticas, assim assume um compromisso com a equipe técnica e com ele mesmo para termos êxito em seu tratamento.

2.5.1. Descrição da Clientela Atendida Pelas Oficinas Terapêuticas do Hospital São Vicente de Paulo

As Oficinas Terapêuticas atendem usuários de ambos os sexos, com diversos quadros psiquiátricos; frequentemente havendo comorbidades como: diabetes, fibromialgia, hipertensão, doenças da coluna, reumatológicas e neurológicas.

Há capacidade, com o atual quadro de servidores e espaço físico, de atendimento a 80 usuários semanalmente. Sua alta se dá por abandono, a pedido ou a partir de avaliação da equipe ou quando usuário estiver inserido em atividade laboral. Hoje em dia temos a Oficina de Trabalhos Manuais (Ilustração 1), Oficina de Bijuteria (Ilustração 2), Oficina de Tecelagem (Ilustração 3) e Oficina de Tapeçaria (Ilustração 2).

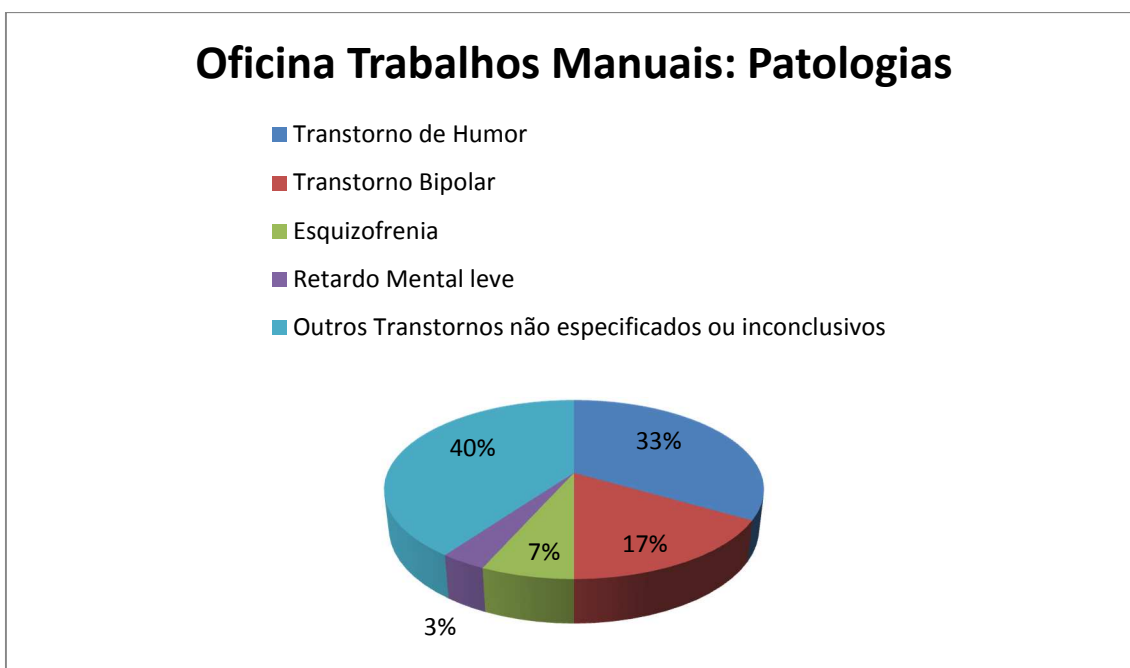
Na Oficina de Trabalhos Manuais contamos com 30 pacientes que são 100% do sexo feminino (Gráfico 1). As patologias encontradas são: 33,33% Transtorno de Humor, 16,66% Transtorno Bipolar, 6,66% Esquizofrenia, 3,33% Retardo Mental Leve e 40% Outros Transtornos não especificados ou inconclusivos (Gráfico 2).

Gráfico 1: Distribuição por Sexo da Oficina de Trabalhos Manuais



Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

Gráfico 2: Distribuição por Patologia da Oficina de Trabalhos Manuais



Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

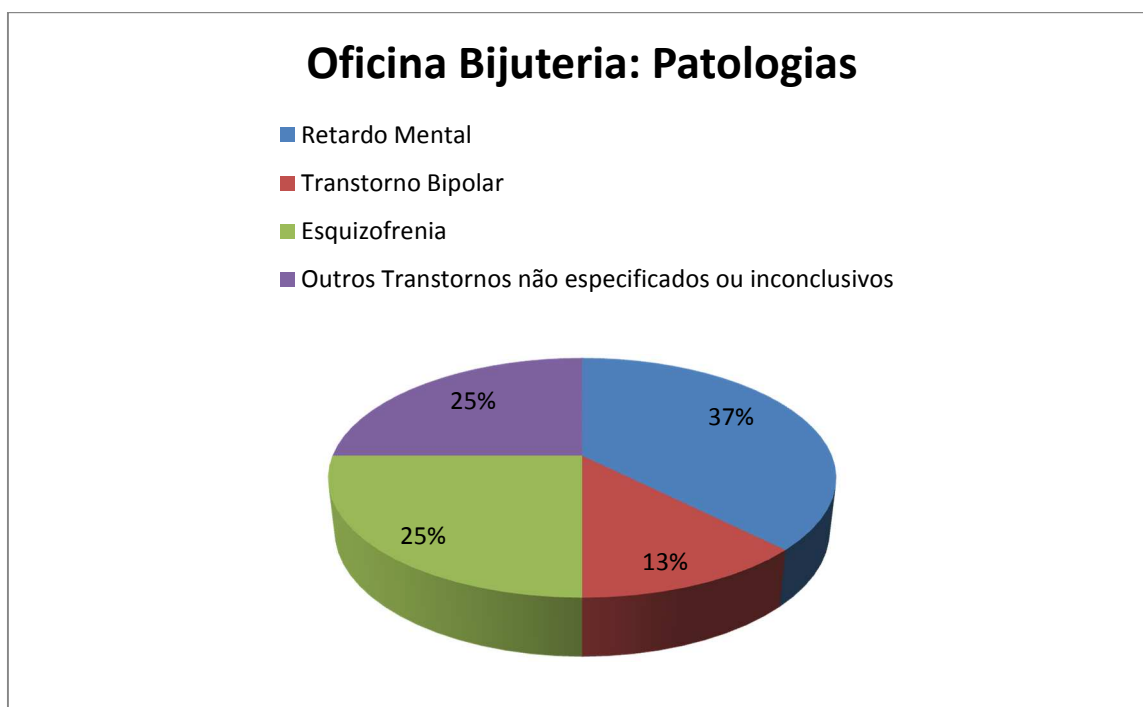
Na Oficina de Bijuteria contamos com 8 pacientes, onde 25% são do sexo masculino e 75% são do sexo feminino (Gráfico 3). As patologias encontradas nesses pacientes são: 37,5 % Retardo Mental, 12,5% Transtorno Bipolar, 25% Esquizofrenia e 25% Outros Transtornos não especificados ou inconclusivos (Gráfico 4).

Gráfico 3: Distribuição por Sexo da Oficina de Bijuteria



Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

Gráfico 4: Distribuição por Patologia da Oficina de Bijuteria

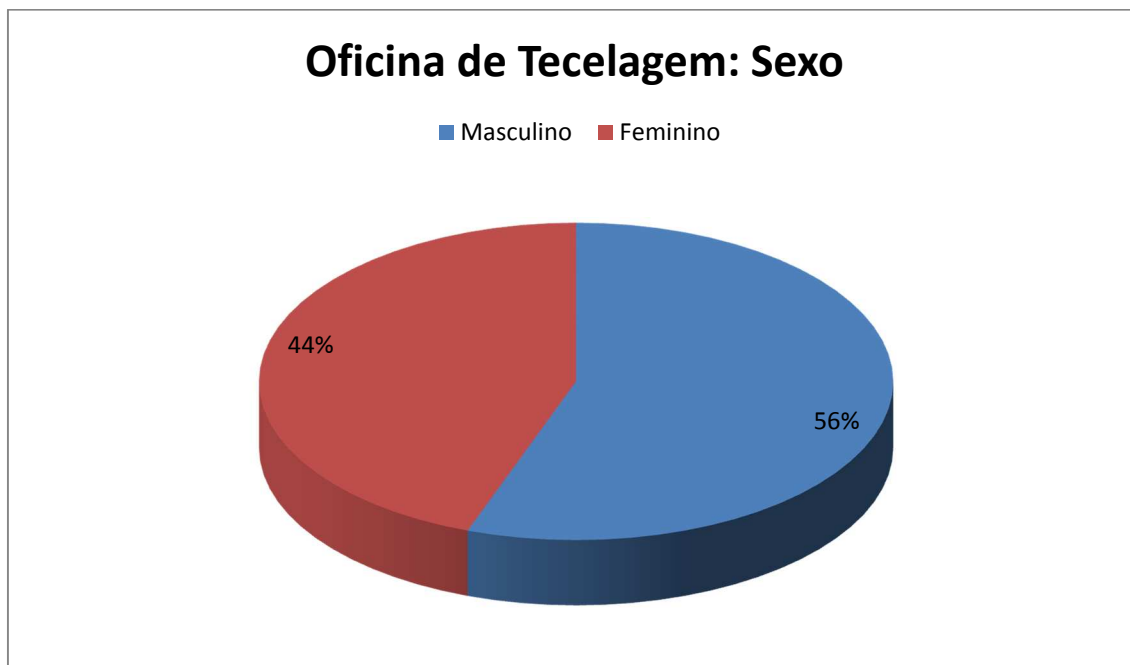


Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

Na Oficina de Tecelagem contamos com 18 pacientes, onde 44,44% são do sexo feminino e 55,55% são do sexo masculino (Gráfico 5). As patologias encontradas são:

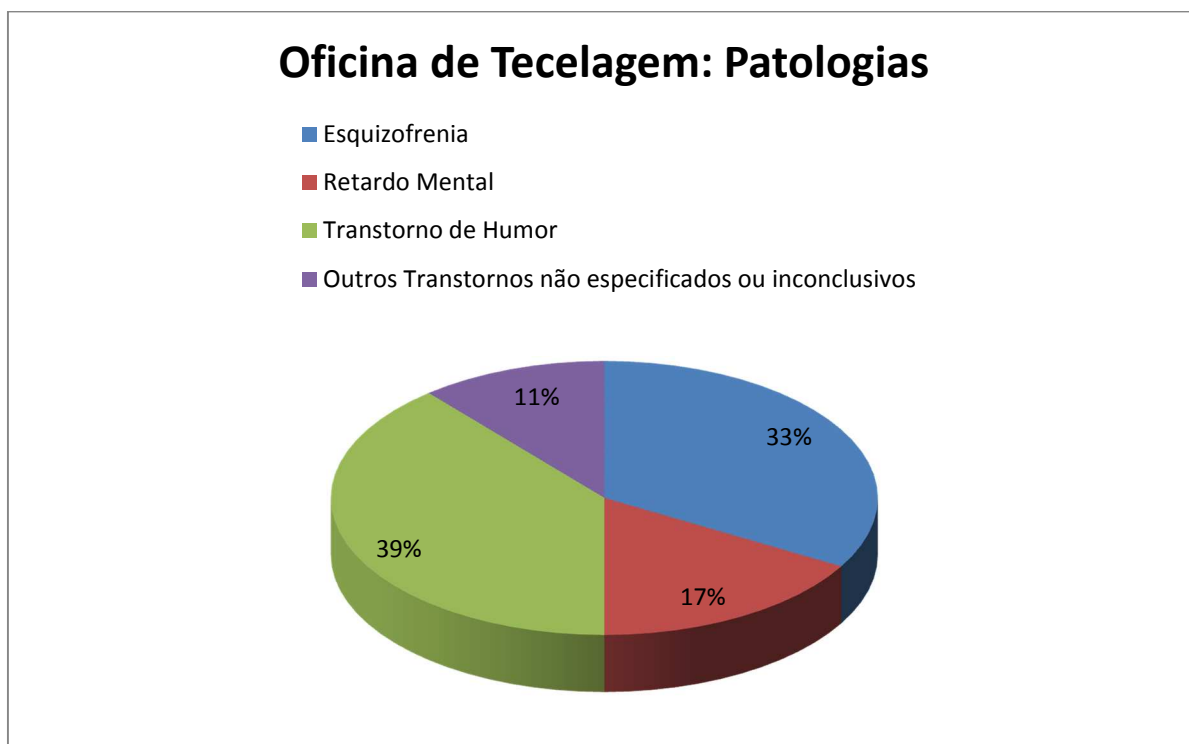
33,33% Esquizofrenia, 16,66% Retardo Mental, 38,88% Transtorno de Humor e 11,11% Outros Transtornos não especificados ou inconclusivos (Gráfico 6).

Gráfico 5: Distribuição por Sexo da Oficina de Tecelagem



Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

Gráfico 6: Distribuição por Patologia da Oficina de Tecelagem



Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

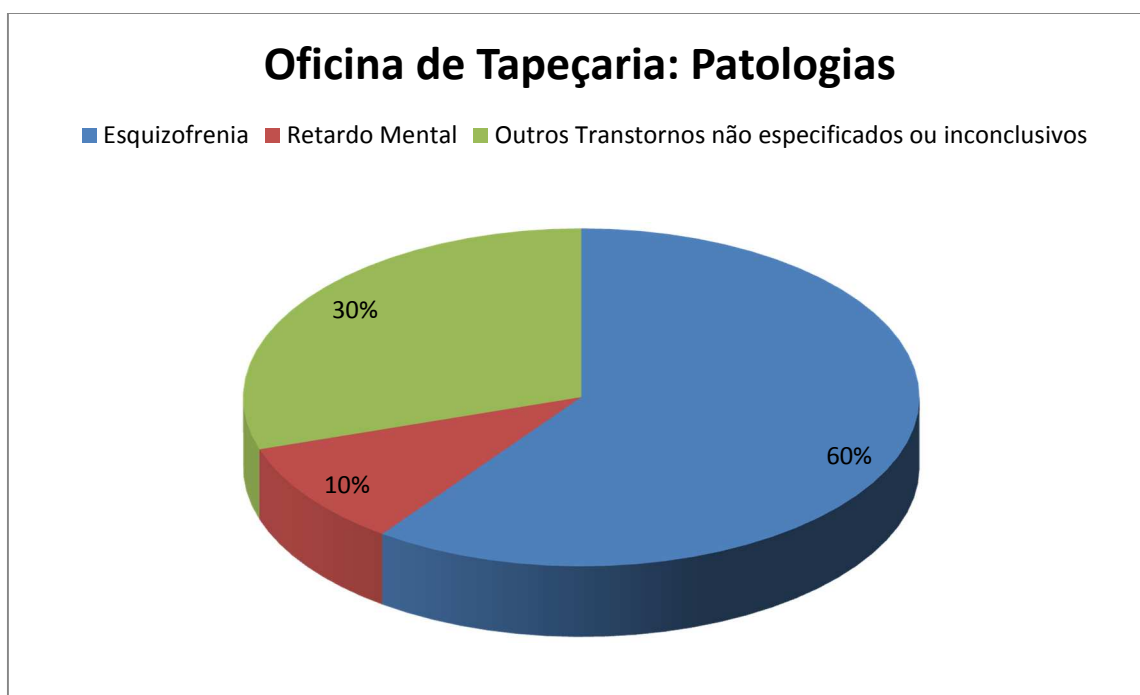
Na Oficina de Tapeçaria contamos com 10 pacientes nos quais são 100% do sexo masculino (Gráfico 7). As patologias encontradas são: 60% Esquizofrenia, 10% Retardo Mental e 30% Outros Transtornos não especificados ou inconclusivos (Gráfico 8).

Gráfico 7: Distribuição por Sexo da Oficina de Tapeçaria



Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

Gráfico 8: Distribuição por Patologia da Oficina de Tapeçaria



Fonte: Hospital São Vicente de Paulo 2014.

Com base nas oficinas de trabalhos manuais, na qual encontramos mais mulheres (Gráfico 1) e a oficina de tapeçaria, na qual encontramos mais homens (Gráfico 7), pude perceber que o transtorno mais encontrado nas mulheres é o Transtorno de Humor e nos homens é a Esquizofrenia respectivamente.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Diante dos fatos apresentados concluímos que a Terapia Ocupacional é uma profissão da área de saúde que utiliza a atividade humana como ferramenta de atuação e recurso para aplicação clínica.

Para Bastos e Pedral (2013) ser Terapeuta Ocupacional é lidar com as varadas formas da expressão humana associada a sua aplicabilidade, a análise da atividade. Um modo de tratar o indivíduo na sua relação terapêutica com o fazer humano. Sendo assim, a atividade está inserida no cotidiano das pessoas, na realização de suas tarefas e faz parte do processo da vida em todos os seus estágios. Em Terapia Ocupacional essas tarefas são chamadas: de Atividades de Vida Diária (AVD'S) que seriam os cuidados com a higiene pessoal, alimentação e vestuário; e Atividades Instrumentais de Vida Práticas (AIVP'S) que são relacionadas ao trabalho e ao lazer do indivíduo.

Com a transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, reforma psiquiátrica, é possível evidenciar que muitos avanços aconteceram na assistência em saúde mental. Constatamos na prática muitos avanços culturais e sociais no que diz respeito à saúde mental. Mas todas as conquistas, sem dúvida, representam muito pouco na luta pela integração dos portadores de sofrimento mental.

Segundo Silva (2010), vale ressaltar que estas conquistas só se tornaram realidade com o advento da reforma psiquiátrica. Assim foi cada vez mais sendo questionadas as abordagens de tratamento que eram realizadas nos manicômios. Esse movimento de luta pela desinstitucionalização visa restabelecer a cidadania das pessoas com transtornos mentais, por meio da desconstrução do modelo asilar e dos preconceitos.

É fato que somente construir uma infraestrutura diferente do manicômio, com todo um arsenal de trabalho em grupo, oficinas terapêuticas diversas, e operar mudanças legais no cenário da psiquiatria/saúde mental não é o bastante. Faz-se necessário investir nos profissionais de saúde que, juntamente com a lógica psiquiatrizante, mudaram para uma nova forma de cuidado e assistência comunitárias, além daqueles profissionais que surgiram e ainda surgem no transcurso da Reforma, mas desconhecem sua existência e não contemplam a discussão em sua formação.

Norteando o cotidiano das novas práticas em Saúde Mental verificamos que não podemos conceber as oficinas como meros entretenimentos ou modos de “passar o

tempo”. Aprender os diferentes sentidos das atividades e dos processos, do criar e do produzir, da arte e da cultura; indagar seus significados para os usuários em seus contextos reais de vida; e, sobretudo, compreender os projetos singulares e o lugar das oficinas na produção de redes de trocas nos territórios e de laços sociais e na invenção de projetos para a vida de seus participantes - estas questões nos trazem um aprendizado e um exercício constante.

De acordo com Antonialli (2010), para que sejam terapêuticas de fato, as oficinas devem dar ênfase na relação terapeuta-usuário, no pertencimento a um grupo, na convivência e na comunicação com o outro. Para isso, o usuário deve exercer autonomia ao pensar e ter capacidade de planejar o próprio trabalho.

Diante do exposto percebemos que as Oficinas Terapêuticas é uma proposta de intervenção terapêutica utilizando diferentes tipos de atividades, como: o trabalho produtivo (anexo D ilustrações 4, 5, 6, 7, 10 e 11), atividades artísticas (anexo D ilustração 9), desfile realizado todo ano para mostrar as peças que foram confeccionadas pelas oficinas, artesanais (anexo D ilustração 8), culturais (realizamos passeios para museus, pontos turísticos de Brasília) e de lazer (realizamos passeios para clubes, parques etc.) como forma de intermediar o vínculo do indivíduo com a família, a sociedade e o mercado de trabalho. Funcionam como espaços de comunicação, autoconhecimento e reconhecimento do outro, ver e viver suas potencialidades, habilidades, limitações.

Acreditamos que através desse trabalho com as Oficinas Terapêuticas o usuário pode transformar sua percepção em relação ao seu problema, pois num primeiro momento ao chegarem à oficina, apresentam certa resistência, devido à baixa autoestima, vergonha de se assumir, medo, negação da situação, mas no decorrer do processo se criou um vínculo e confiança na equipe, proporcionando assim a realização do trabalho.

Nota-se, portanto, segundo a equipe terapêutica, uma transformação em seu comportamento, passando a se preocupar com sua higiene, vestuário, buscando sua autonomia e independência. Com isso, a equipe pontua que as oficinas contribuíram para a reinserção do portador de transtorno mental na sociedade, uma vez que esses apresentam modificações em seus comportamentos, buscando uma forma para serem aceitos socialmente.

Conseguimos perceber que os usuários frequentadores das Oficinas Terapêuticas do HSVP acreditam que ali é sua segunda casa, pois lá eles têm um espaço de escuta com

a equipe que muitas vezes não encontram em casa. Além das amizades construídas no decorrer do tratamento.

4. CONCLUSÃO

As Oficinas Terapêuticas representam um instrumento importante de ressocialização e inserção individual e em grupos, na medida em que propõe o trabalho, o agir e o pensar coletivos, conferidos por uma lógica inerente ao paradigma psicossocial que é respeitar a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada sujeito, ou seja, é o momento em que o usuário pode ser ele mesmo e expressar seus sentimentos sem julgamento, dessa forma estabelece relações, compartilha emoções e interage com o outro.

Podemos dizer que com a criação das referidas Oficinas Terapêuticas no Hospital são Vicente de Paulo os usuários passaram a contar com um mediador de sua reinserção social e o acompanhamento de seu quadro psíquico pôde ser feito de forma longitudinal pela equipe.

Essa equipe exerce, ainda, papel de suporte psíquico e social ao paciente e sua família, o que repercute em minoração dos riscos de recaída em crises, além de atuarem enquanto monitores do serviço.

Frequentemente a atuação dessa equipe se estende no sentido de efetuar o acompanhamento dos usuários a consultas extras no ambulatório ou no pronto-socorro para avaliações psiquiátricas em tempo, evitando, por vezes, o estabelecimento da crise e consequentes internações.

Enfim, esse estudo serviu para reafirmar o que sempre defendi, que as Oficinas Terapêuticas do HSVP são fundamentais, pois restabelece a convivência, a comunicação e faz com que o sujeito seja parte do processo de gestão de sua vida. Promovendo assim, a reinserção social através de ações que envolvem trabalho, criação de produto, geração de renda e mais uma vez a autonomia do sujeito de pensar, planejar e agir.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. O; SILVA, T. B. S; GODOY, R. A. **Atuação da Terapia Ocupacional na reinserção social do portador de Transtorno afetivo bipolar.** In: Multitemas, Periódicos das Comunidades departamentais da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), n.23 novembro 2001 – Campo Grande – MS.

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. **Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil.** Rev. Comunicação Saúde Educação, v.15, n.36, p.299-307, jan./mar. 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: 1995.

ANTONIALLI, L. B. **Terapia Ocupacional e Saúde Mental: a experiência no Centro de Atenção Psicossocial II – Paranoá, DF, 2010.**

BASTOS, P; PEDRAL, C. **Terapia ocupacional - metodologia e prática.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2013.

BENETTON, M. J. **Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental.** (Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas). Campinas, SP, 1994.

BRAGA, V. A. B, SILVEIRA LC. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** Rev. Latino-am. Enfermagem 2005 julho-agosto.

CASTRO, M. **História da Terapia Ocupacional.** 1999. Disponível na URL: <http://clientes.netvisao.pt/terapia>. Capturado em: 17/01/2015.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.** São Paulo: Plexos Editora: 2001.

FERRIGNO, J. S. V. **O que é Terapia Ocupacional?** In: Kudo, Aidê M. [et al]. *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em pediatria.* 2.^a ed. São Paulo. Editora Sarvier, Monografias Médicas, série pediatria, V. XXXII, 1997.

FINGER, J. A. O. **Terapia Ocupacional**. São Paulo: Savier, 1986.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições gerais, 1979.
Foucault, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**, 2.^a ed. Campinas: Papirus, 2001.

MINAYAO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Relatório final da 2^a. Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: 1994.

_____. **Caderno de textos da 3^a. Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: 2001.

_____. **Memória da Loucura**: apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MIRANDA, C. L. **O Parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do campo asilar**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1997.

MCELROY, E. **Crianças e adolescentes com doença mental**: Um guia para pais/Evelyn McElroy (org.); tradução Lucia Reily. – Campinas, SP: Papirus, 1996.

PIMENTEL, A.; OLIVEIRA, I. B. S.; ARAÚJO, L. S. (Orgs.). **Pesquisas qualitativas em Terapia Ocupacional**. Belém: Amazônia Editora, 2009.

PONTES, C. B. M. **Psiquiatria, conceitos e práticas**, 1998.

RIBEIRO, M. C. A. **Reabilitação psicossocial num CAPS: concepção dos profissionais**. Dissertação de Mestrado da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

SILVA, L. A. Oficinas Terapêuticas no proceso de reabilitação psicossocial. 2010.
16F. TCCP (Pós-graduação em Saúde Mental e Intervenção Psicossocial) –
Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Governador
Valadares, MG, 2010.

ANEXOS

Anexo A - Modelo de Avaliação Inicial

Anexo B – Modelo de Avaliação Terapêutica Ocupacional

Anexo C - Contrato Terapêutico/Termo de Compromisso

Anexo D - Ilustrações

Anexo A - Modelo de Avaliação Inicial

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
NÚCLEO DE OFICINAS TERAPÊUTICAS
AVALIAÇÃO INICIAL

Data: _____

Prontuário: _____

Nome: _____ D.N.: _____ (___ a)

Filiação: _____

Naturalidade: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Religião: _____

Encaminhado por: _____

Profissional de Referência: _____

Reside com: _____

Pessoa de referência: _____ Telefone: _____

Histórico breve da patologia (Hipótese diagnóstica, tempo de tratamento, faz uso de outros serviços de saúde e/ou comunitários):

Atividades Cotidianas (Relacionadas ao trabalho, vida diária, vida prática, lazer. Se as realiza, se necessita de auxílio):

Mobilidade (Necessita de acompanhante, possui Passe Livre):

Aspectos cognitivos (Memória, concentração, atenção, orientação temporo-espacial):

Observações:

Plano de Tratamento:

Técnico Responsável/ NOT

Mat.: _____

Anexo B – Modelo de Avaliação Terapêutica Ocupacional**AVALIAÇÃO / REAVALIAÇÃO – TERAPIA OCUPACIONAL**

1- Dados Pessoais:

Nome: _____

Filiação: _____

Sexo: () F () M D. N. ___/___/___ (a.) Nº do prontuário: _____

Naturalidade: _____ Estado Civil: _____

Religião: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Diagnóstico (CID): _____

Médico: _____ Psicólogo: _____

Escolaridade: _____ Pessoa de Referência: _____

2- Queixa Principal:

3- História de Doença Atual:

4- Antecedentes Familiares:

5- Situação Social (Passe Livre, Benefícios, Moradia, etc):

6- Aspectos Relacionais (Socialização, Lazer, Trabalho, Cultura):

7- Atividades de Interesse nas Oficinas (O que gosta de fazer, dia e Hora):

8- Medicações:

9- Atividade de Vida Diária (AVD,s):

10- Aspectos Cognitivos:

1) Orientação (que dia da semana é hoje, dia do mês, onde estamos):

2) Memória:

Memória curto prazo: _____

Memória longo prazo: _____

- 3) Mobilidade e Psicomotricidade (anda sozinho, inquieto, agitado, agressivo, apresenta movimentos repetitivos, limitações físicas):

- 4) Pensamento e Fala (avaliar ritmo, qualidade, tom de voz):

11- Objetivos Principais:

12- Proposta de Ação da Equipe:

13- Observações:

Data: ___/___/___

Terapeuta Ocupacional

Estagiário (a)

Anexo C – Contrato Terapêutico/Termo de Compromisso**CONTRATO TERAPÊUTICO/TERMO DE COMPROMISSO**

Estando ciente e de acordo com o modelo de tratamento proposto pelo Núcleo de Oficinas Terapêuticas (NOT) /HSVP, comprometo-me a:

- Participar das atividades no mínimo duas vezes por semana em período matutino ou vespertino em horário a combinar;
- Seguir o tratamento indicado pelos profissionais deste local, comparecendo às atividades, consultas, sessões de psicoterapia e reuniões propostas;
- Comunicar a este serviço, caso usuário (a) não esteja bem, ou tenha que se afastar desse tratamento por um determinado período de tempo (internação, acidentes, viagens);
- Pessoas alcoolizadas, drogadas ou em crises não serão consideradas em condições de participar da atividade;
- A motivação dos usuários é necessária para a realização do bom andamento do processo terapêutico;
- O sigilo profissional só será quebrado quando se tratarem de situações cuja gravidade, possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário ou de terceiros;
- O contrato de atendimento só será desfeito quando uma das partes avaliarem a inviabilidade da condição do processo;
- Participar das Reuniões de Família em horário, local e dia combinados com a equipe;
- Seguir e respeitar todas as orientações básicas dadas pela equipe das Oficinas Terapêuticas.

Taguatinga, ____ de _____ de _____.

Usuário Participante

Chefia/Coordenadora

Anexo D – Ilustrações



Ilustração 1: Espaço Físico da Oficina de Trabalhos Manuais

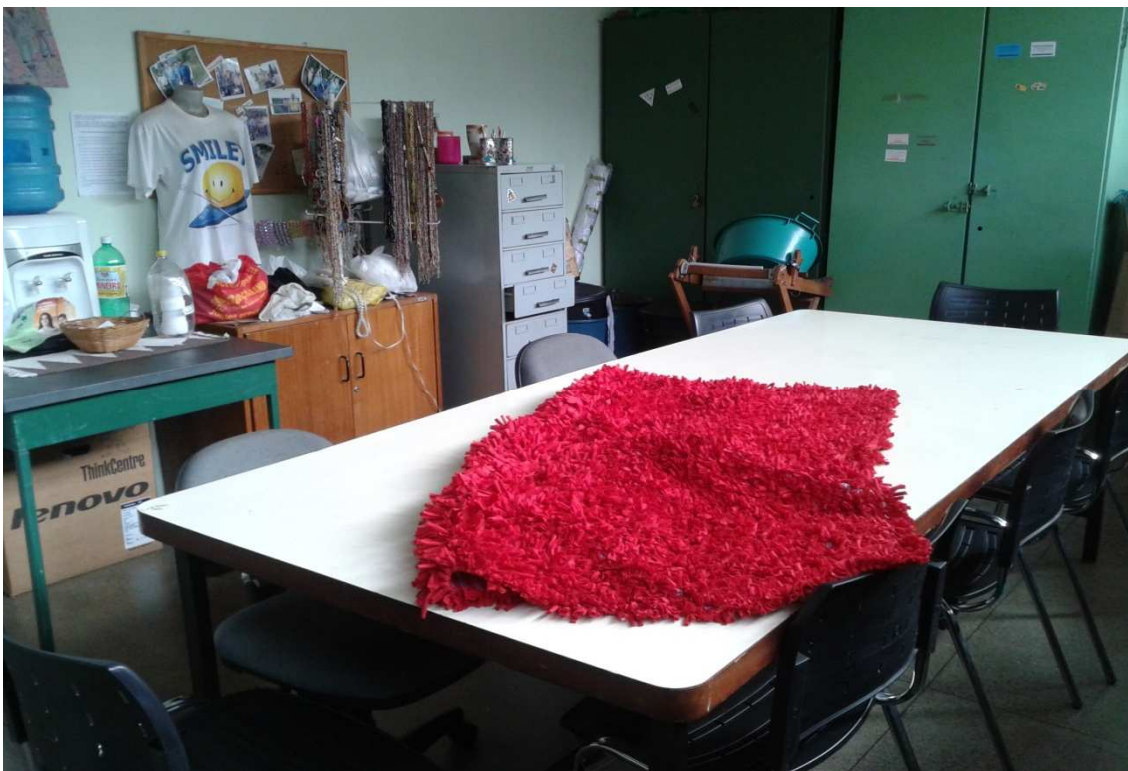


Ilustração 2: Espaço Físico da Sala das Oficinas de Bijuteria e Tapeçaria



Ilustração 3: Espaço Físico da Oficina de Tecelagem



Ilustração 4: Amostra de Alguns Produtos Confeccionados pela Oficina de Trabalhos Manuais. Chinelos e Roupas Customizadas.



Ilustração 5: Amostra de Alguns Produtos Confeccionados pela Oficina de Bijuteria. Colares, Pulseiras e Brincos.



Ilustração 6: Amostra de Alguns Produtos Confeccionados pela Oficina de Tecelagem. Tapetes de barbantes produzidos em teares.



Ilustração 7: Amostra de Alguns Produtos Confeccionados pela Oficina de Tapeçaria. Tapetes feitos em telas com retalhos de tecido em malha.



Ilustração 8: Artesanato: Cadeirinhas feitas com pregadores de roupas.



Ilustração 9: Desfile “Dasloukas” 2013. Esse desfile tem o intuito de mostrar as peças confeccionadas durante o ano nas Oficinas.



Figura 10: Produto confeccionado pela Oficina de Trabalhos Manuais. Boné em Crochê.



Figura 11: Produto confeccionado pela Oficina de Tecelagem. Poncho em Lã.



Figura 12: Produto da Oficina de Bijuteria. Colar porta caneta de miçangas.