

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA

INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA: OPINIÃO DOS USUÁRIOS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) SOBRE AS
ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL

Ribeirão Preto
2023

CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA

INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA: OPINIÃO DOS USUÁRIOS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) SOBRE AS
ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada a Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Giovanna Cabral
Doricci.

Ribeirão Preto
2023

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

SILVA, Camila Beatriz Guilhermitti, 1984-
S586i Investigação apreciativa: opinião dos Usuários de Centros de
Atenção Psicossocial (CAPS) sobre as estratégias terapêuticas
em saúde mental / Camila Beatriz Guilhermitti Silva. – Ribeirão
Preto, 2023.
128 f. : il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Giovanna Cabral Doricci.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2023.

1. Serviço de saúde mental. 2. Assistência em saúde mental.
3. Pesquisa qualitativa. II. Título.

CDD 600

CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA

**INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA: OPINIÃO DOS USUÁRIOS DE CAPS SOBRE AS
ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

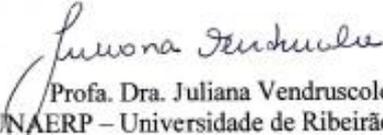
Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 14 de agosto de 2023

Resultado: **Aprovada**

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Giovanna Cabral Doricci
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Juliana Vendruscolo
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Natália Priolli Jora Pegoraro
USP/RP

**RIBEIRÃO PRETO
2023**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, força inspiradora de minhas escolhas e ações.

À minha família, Junior, companheiro diário, apoio nas horas difíceis e parceiro de alegrias, a maior delas, Beatriz, minha filha, luz radiante em minha jornada terrena, amor para a eternidade.

À minha querida família. Minha mãe Marilene, que sempre me apoiou sem nunca impor suas decisões; meu pai Mario, que com amor franco e simples nos ensinou e impulsionou para a vida de lutas e conquistas; minhas irmãs Ana Carolina, segunda mãe quando foi necessário, à Débora, irmã caçula, apoio na jornada da vida que é repleta de limitações e conquistas; ao cunhado Paulo, que ampara e nos apoia a todo momento; ao Guilherme meu querido afilhado, amor fora do peito, meu amor diário à distância. À família do meu esposo, minha segunda família: Sueli, Elaine Thiago e o querido Sidnei, que nos deixou em matéria mas permanece vivo em nossos corações.

À vida por me oportunizar a pertencer a este local e desfrutar deste momento realizando todos os desejos do meu coração.

AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas orientadoras, Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira por iniciar esta jornada de construção e decisões, sempre auxiliando a enxergar o que antes era apenas visto, e Prof.^a Dr.^a Giovanna Doricci, que finaliza esta etapa me auxiliando de forma acolhedora e competente a refletir de forma clara e precisa o que era necessário.

Minha profunda gratidão aos meus colegas de trabalho, que fazem parte desta jornada de acolhimento e cuidado de algo tão precioso e subjetivo, que são nossas emoções: Sinval, apoio incondicional na jornada diária, Marcus Vinicius e Rute que desfrutamos da sorte de suas competências.

Aos profissionais do CAPS, os que já passaram e os que ainda convivo diariamente: Rosangela, Eduardo, Luizinho, Lucrecia, Leila, Heloisa, Rafael, Elidi, Ro, Patrícia, Vanessa, Vitória, Bianca, Daniel, Carmem e Carmem.

Aos usuários que nos inspiram a buscar os melhores caminhos para realizarmos nosso trabalho e oferecer o melhor à eles.

Aos professores e colegas do mestrado que em meio a uma situação adversa (covid-19), conseguiram tornar o caminho mais leve e ressignificou nossas emoções. A todas as risadas e choros que compartilhamos neste momento, o que fica é o apoio incondicional e os afetos vividos.

*“Para navegar contra a corrente são
necessárias condições raras: espírito de
aventura, coragem, perseverança e paixão”
(Nise da Silveira)*

RESUMO

GUILHERMITTI, C. B. S. Investigação Apreciativa: opinião dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre as estratégias terapêuticas em saúde mental. 128 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2023.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, acolher de forma humanizada e estimular sua autonomia, interação social e familiar. São constituídos por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, desenvolvendo um trabalho de inserção dos usuários por meio dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Nesta pesquisa buscou-se apresentar a opinião dos pacientes em relação às Estratégias Terapêuticas vivenciadas em Saúde Mental em um Centro de Atenção Psicossocial II. A pesquisa desenvolvida foi de natureza qualitativa, inspirada na Investigação Apreciativa utilizando o método de análise de conteúdo. A amostragem foi constituída por oito entrevistados, usuários do CAPS II no município do interior do Estado de São Paulo, que estão no regime de semi-internação há mais de 6 meses, considerando que eles já puderam vivenciar todas as Estratégias Terapêuticas da Instituição. O roteiro semi-estruturado de entrevista contemplou os dados sociodemográficos e quatro questões fundamentadas pelos princípios da investigação apreciativa conhecidos como *4 Ds*, sendo estes constituído pelos itens: *Discovery* (descoberta - do que há de melhor na instituição), *Dream* (sonho - sobre o que poderia melhorar), *Design* (desenho - de como poderia ser realizado na prática), e *Destiny* (Destino - prática da visualização do futuro). Dentro da análise de conteúdo, foi utilizada análise temática para categorizar as opiniões dos usuários sobre as Estratégias Terapêuticas desenvolvidas e as indicadas como desejo, de forma a contemplar os princípios da Investigação Apreciativa. Como resultado da análise apresentamos quatro categorias, sendo: Experiências Terapêuticas Exitosas, Projeções para Futuras Experiências Terapêuticas, Calendário de Futuras Experiências Terapêuticas e Intitulação das Futuras Experiências Terapêuticas. A partir do resultado, discutimos a opinião dos usuários em regime de tratamento semi-intensivo no dispositivo CAPS sob os preceitos da Reabilitação Psicossocial.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Assistência em Saúde Mental; Usuários; Pesquisa Qualitativa; Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

GUILHERMITTI, C. B. S. Appreciative Inquiry: Opinion of Psychosocial Care Centers (PCC) Users on Therapeutic Strategies in Mental Health. 128 f. Dissertation (Professional Masters in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2023.

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are institutions designed to care for people with severe and persistent mental disorders, provide a humanized welcome and encourage their autonomy, social and family interaction. They are made up of a multidisciplinary team that operates from an interdisciplinary perspective, developing a work of insertion of users through Unique Therapeutic Projects (PTS). In this research, we sought to present the opinion of patients in relation to the Therapeutic Strategies experienced in Mental Health in a Psychosocial Care Center II. The research developed was of a qualitative nature, inspired by Appreciative Inquiry using the content analysis method. The sampling consisted of eight respondents, users of CAPS II in the interior of the State of São Paulo, who have been in the semi-hospitalization regime for more than 6 months, considering that they have already been able to experience all the Institution's Therapeutic Strategies. The semi-structured interview script included sociodemographic data and four questions based on the principles of appreciative research known as the 4 Ds, which are made up of the following items: Discovery (discovery - what is best in the institution), Dream (dream - about the that could be improved), Design (drawing - how it could be done in practice), and Destiny (Destiny - practice of visualizing the future). Within the content analysis, thematic analysis was used to categorize users' opinions about the Therapeutic Strategies developed and those indicated as desired, in order to contemplate the principles of Appreciative Inquiry. As a result of the analysis, we present four categories: Successful Therapeutic Experiences, Projections for Future Therapeutic Experiences, Calendar of Future Therapeutic Experiences and Title of Future Therapeutic Experiences. From the result, we discuss the opinion of users in semi-intensive treatment in the CAPS device under the precepts of Psychosocial Rehabilitation.

Keywords: Mental Health Services; Mental Health Assistance; Users; Qualitative research; Psychosocial Rehabilitation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCSM	Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID	<i>Corona Vírus Disease</i>
DRS	Diretoria Regional de Saúde
GM	Governo Ministerial
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Instrumento de Escuta Apreciativa.	35
Figura 2 - Idade dos entrevistados.	43
Figura 3 - Sexo dos entrevistados.	44
Figura 4 - Grau de instrução dos entrevistados.	45
Figura 5 - Estado Civil dos entrevistados.	45
Figura 6 - Número de filhos dos entrevistados.....	46
Figura 7 - Familiares que residem junto dos entrevistados e auxiliam no tratamento.	47
Figura 8 - Religião dos entrevistados.	47
Figura 9 - Tipo de moradia dos entrevistados.....	48
Figura 10 - Vida profissional dos entrevistados.	49
Figura 11 - Tempo de tratamento no CAOPS II dos entrevistados.....	50
Figura 12 - Tratamento em outros Serviços de Saúde Mental.	50
Figura 13 - Meio de transporte dos entrevistados até o CAPS II.	51
Figura 14 - Código Internacional de Doenças dos entrevistados.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação por ordem cronológica de seis pesquisas realizadas com temática semelhante, sendo cinco pesquisas qualitativas e uma pesquisa quantitativa.	24
Quadro 2 - Entrevistas com os oito participantes da pesquisa.....	37
Quadro 3 - Experiências Exitosas dos Entrevistados.	52
Quadro 4 - Desejos dos Entrevistados para Futuras Experiências Terapêuticas.	61
Quadro 5 - Calendário para Futuras Experiências Terapêuticas.	66
Quadro 6 - Nomeações de Futuras Atividades Terapêuticas.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 PRESSUPOSTOS	20
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 Objetivo Geral.....	21
1.3.2 Objetivos Específicos	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
3 MÉTODO	27
3.1 TIPO DE PESQUISA	27
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	28
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO	29
3.3.1 Acolhimento Demanda Espontânea dos Pacientes em Seguimento	30
3.3.2 Atendimento Médico / Medicação Assistida / Coleta de Sangue	30
3.3.3 Plantão Psicológico	31
3.3.4 Oficina de Leitura	31
3.3.5 Oficina Vão das Artes.....	31
3.3.6 Atividades Livres (Confraternizações / Eventos / Ambiência)	32
3.3.7 Grupo Terapia Ocupacional	32
3.3.8 Oficina de Pintura e Música	32
3.4 Participantes do estudo	33
3.4.1 Critérios de exclusão.....	33
3.5 COLETA DE DADOS.....	34
3.5.1 Instrumento de Coleta de Dados	34
3.5.2 Procedimento de Coleta de Dados	36
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	40
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	41
3.9 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	77
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Participante.....	77
APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico.....	79

APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista - Investigação Apreciativa	80
APÊNDICE D – Produto I: Relatório Técnico.....	81
APÊNDICE E – Produto II: Folheto explicativo para as equipes do CAPS	119
ANEXOS.....	122
ANEXO A - Autorização para realização da pesquisa SMS/RP	122
ANEXO B - Autorização para realização da pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Universidade de Ribeirão Preto.....	123
ANEXO C - Mini Exame do Estado Mental	127
ANEXO D – Declaração de Recebimento do Relatório Técnico pela Secretaria Municipal da Saúde – Departamento de Planejamento em Saúde - Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.....	128

APRESENTAÇÃO

Me chamo Camila Beatriz Guilhermitti Silva, natural de Batatais/SP, e realizei minha formação básica completa na Escola Estadual Cândido Portinari e me graduei em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais em 2008.

Minha atuação prática como terapeuta ocupacional iniciou no setor privado atuando na área de Gerontologia, em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Em 2011 iniciei meu trabalho no setor público na Prefeitura Municipal de Serrana e posteriormente em 2015 na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, nos espaços de saúde mental, respectivamente, em Ambulatórios e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Realizei então pós-graduação em Saúde Mental com ênfase em Centro de Atenção Psicossocial, em 2019.

O Mestrado Profissional em Saúde e Educação, iniciado em 2021 na Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP se tornou uma possibilidade para poder aprofundar meus conhecimentos e aperfeiçoar minha prática profissional, assim como contribuir para a formação dos residentes que recebemos em campo.

Diante da minha vivência profissional na área de Saúde Mental, torna-se latente o desejo em estudar e aprofundar as temáticas que envolvem os usuários dos serviços de Saúde Mental, assim como as políticas públicas que direcionam as práticas mencionadas.

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria, trazendo em sua trajetória um dos nomes que revolucionou a forma do cuidado em Saúde Mental, a Dr.^a Nise da Silveira, médica psiquiatra, que iniciou em 1946 no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II na cidade do Rio de Janeiro-RJ, o cuidado humanizado no setor de Saúde Mental, nomeando-o de “*Seção de Terapêutica Ocupacional*”, a partir de uma negativa de executar os métodos tradicionais utilizados nas enfermarias, como eletrochoque. Foi neste espaço que passaram a utilizar a arte e criatividade no lugar de tarefas tradicionais de limpeza e manutenção, anteriormente imposta aos pacientes. Em 1952, a Dr.^a Nise fundou o Museu de Artes do Inconsciente e em 1956 a Casa das Palmeiras, local terapêutico para convivência dos pacientes que estavam em transição entre longas internações psiquiátricas e a reintegração social (FERNANDES, 2015).

Outra fonte inspiradora foram as práticas realizadas na Itália pelo psiquiatra Franco Basaglia, que em 1960 revolucionou abordagens e terapias utilizadas em pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, e propôs a extinção de manicômios e criação de serviços substitutivos (KANTORSKI *et al.*, 2021).

Portanto, as reflexões sobre a maneira que eram tratadas as pessoas com transtornos psiquiátricos passaram a se tornar cada vez mais latentes, e na década de 1970 entra em consonância com o movimento de Reforma Sanitária no Brasil.

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira é contemporânea ao surgimento do “Movimento Sanitário” nos anos de 1970 e em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O ano de 1978 é considerado o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, ano que foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual era constituído por integrantes dos movimentos sanitários, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longos históricos de internações psiquiátricas.

É sobretudo esse movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede

privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p. 6).

O MTSM apontava valores referentes à democratização visando modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde coletiva com equidade.

Na proposição de mudança paradigmática e não apenas assistencial, Bezerra Junior (2007) refere que na atenção ao sofrimento psíquico, é preciso encontrar formas de estimar subjetivamente e não apenas objetivamente às pessoas com transtornos mentais. O modelo até então utilizado para se tratar a doença mental estava baseado em internações prolongadas e precisava ser repensado, visto que ele estimulava ainda mais as condições da doença e tornava as internações infinitas e com hospitais superlotando.

Em 1987 realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental com o intuito de discutir sobre a luta antimanicomial. Nesse ínterim, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM - Bauru, SP), adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005, p. 7).

Destaca-se nesse contexto a importância do Projeto de Lei nº 3.657/1989 do deputado Paulo Delgado, sobre a extinção progressiva dos manicômios e substituição por outros recursos assistenciais, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Após a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, Santos–SP, 1989, inaugurou-se o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) 24 horas, onde os usuários passam a ser acompanhados de acordo com sua história e necessidades perto de sua residência. O NAPS dispunha de leitos para internações breves e ofereciam o maior número possível de alternativas para os cuidados aos pacientes, como oficinas de trabalho e terapêuticas.

A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005, p. 6).

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, considerado um dos maiores passos para garantir o direito à saúde, contribuiu para a redemocratização do país,

¹ Cf. CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Construção do SUS. 2011. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/construcao-sus.php#> Acesso em: 10 dez. 2022.

sendo concomitante ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, ambos passaram por uma longa construção e transformação da saúde pública. A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamenta o SUS: “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990, p. 1).

Nesse mesmo ano, a Declaração de Caracas (OMS, 1990), foi o documento que marcou as reformas na saúde mental nas Américas e reconheceu a Reforma Psiquiátrica do Brasil, com mudanças na assistência psiquiátrica por meio da desativação gradual dos manicômios.

Acrescente-se a partir de 1992, os movimentos sociais inspirados no projeto de Lei do deputado Paulo Delgado onde “conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental” (BRASIL, 2005). Somente após 12 anos de tramitação da Lei no Congresso, que ela foi sancionada no Brasil.

Nesse contexto de implementação de novas políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) os Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são criados oficialmente a partir da Portaria nº 224 (BRASIL, 1992) e atualizada na Portaria nº 336 (BRASIL, 2002).

A gestão da política de saúde mental é tarefa complexa, descentralizada, com diversos níveis de decisão e de controle social, com ampla participação dos movimentos sociais e dos familiares. Inclusive em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental articulou e exigiu propostas de diretrizes pela democracia da gestão pública desse processo. Neste sentido, foi de especial importância a construção e consolidação do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM), reunido pela primeira vez em 2003.

Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 9).

Ademais, durante esse processo de investimento na mudança de atenção à saúde mental, muitas estratégias foram sendo discutidas e instituídas como forma de promover a desospitalização e prover a continuidade do acompanhamento aos

pacientes usuários da Saúde Mental, em serviços e arranjos institucionais no ambiente extra hospitalar (BRASIL, 2005).

Nesta etapa de mudanças, surge no Brasil o primeiro CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, na cidade de São Paulo-SP, mesmo período da intervenção municipal do hospital psiquiátrico em Santos-SP, que foi marcado por um movimento que mobilizou todo o Brasil em favor da luta antimanicomial.

Os CAPS surgiram como unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente.

O termo Transtornos Graves e Persistentes tem sido adotado para uma gama extensa e heterogênea de pacientes com características e necessidades, por vezes, muito diferentes. É uma definição que associa a duração dos problemas, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico (BRASIL, 2008).

Os CAPS são compostos por equipes multiprofissionais e poderão constituir-se nas modalidades de serviços como CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS AD, CAPSi, CAPS IV, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

A lei que estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS consiste na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. O artigo 4º define as modalidades de serviços CAPS que se integram como componentes de um sistema mais amplo, que é a Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS, instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2012 e republicada em 21 de maio de 2013.

Complementares aos serviços dos CAPS, coexistem os Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais Dia e Residências Terapêuticas constituídas por meio do Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 2003 (BRASIL, 2003a).

Dispõe sobre a regulamentação do auxílio - reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003b, p. 1).

Nesse contexto, os CAPS se tornam os dispositivos de cuidado em Saúde Mental para a superação do modelo asilar, criando um lugar social para as pessoas com sofrimento decorrentes de transtornos mentais.

O município de Ribeirão Preto-SP, comprometido com a implantação e aprimoramento do SUS, e particularmente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, investiu para institucionalizar esse novo modelo de efetuar o cuidado em saúde mental, conforme pode ser constatado na Lei Municipal nº 6.820 de 07 de julho de 1994, publicado no Diário Oficial de 15 de julho 1994, que regulamenta a Reforma Psiquiátrica em Ribeirão Preto e dá outras Providências (RIBEIRÃO PRETO, 1994).

O CAPS é um espaço elaborado para o cuidado humanizado das pessoas com transtornos mentais. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento psiquiátrico e terapêutico, vislumbrando a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (SHIMOGUIRI; PERICO, 2023).

As práticas realizadas nos CAPS ocorrem em ambiente aberto, acolhedor e inserido nos bairros da cidade, preferencialmente em pontos estratégicos de acesso. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca de rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (sic) (BRASIL, 2004).

Considerando a importância do olhar para todas as esferas que constituem a vida e a rotina das pessoas, os CAPS podem ter em sua composição uma equipe diversa, ou seja, profissionais de diversas áreas e formações compõem a equipe técnica do serviço. Segundo a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, em relação aos recursos humanos, a equipe técnica mínima para atuação deve ser composta por: 1 (um) médico com formação em saúde mental; 1 (um) enfermeiro; 3 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 4 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Segundo Yasui (2010), o modo psicossocial pressupõe um objeto complexo, a existência de sofrimento de um sujeito e uma estratégia de intervenção baseada na inclusão/solidariedade e na diversificação dos atos de cuidado. Ainda para Saraceno (1999), o conceito de Reabilitação Psicossocial propõe pensarmos a dimensão política e social do processo reabilitador, orientada pela ideia de uma cidadania possível na psicose, sendo esse processo pensado em termos do aumento da capacidade contratual de cada sujeito.

O Acolhimento Inicial, primeiro contato do paciente que chega a unidade, entendida como porta de entrada para o serviço, é definido como a primeira estratégia de intervenção, e acontece por demanda espontânea ou referenciada, consiste na escuta qualificada que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário (BRASÍLIA, 2013).

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS) envolvendo em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria SAS/MS nº 854 (BRASIL, 2012), as seguintes estratégias poderão compor, de diferentes formas, o PTS de acordo com as necessidades de usuários e familiares: Acolhimento inicial; Acolhimento diurno e/ou noturno; Atendimento Individual; Atenção às situações de crise; Atendimento em Grupo; Práticas Corporais; Práticas Expressivas e Comunicativa; Atendimento para a família; Atendimento Domiciliar; Ações de Reabilitação Psicossocial; Promoção de Contratualidade (termo utilizado na Reabilitação Psicossocial que considera a condição do sujeito poder negociar na sociedade, seus valores, suas vontades, necessidade, contrato social); Fortalecimento do Protagonismo de usuários e familiares; Ações de articulação de redes intra e intersetoriais; Matriciamento de equipes dos ponto de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência; Ações de redução de danos; Acompanhamento de Serviço residencial terapêutico; Apoio a serviço residencial transitório.

Considerando que o PTS deve ser construído em consonância com os interesses e desejos dos usuários, precisamos reconhecer quais as estratégias já utilizadas que são exitosas e quais as possibilidades futuras do ponto de vista dos pacientes. Sendo assim, o presente estudo, inspirado no método da Investigação Apreciativa, tem o objetivo de apresentar e valorizar a perspectiva dos usuários em relação ao cuidado ofertado no regime semi-intensivo, especificamente no CAPS II.

O termo Estratégia Terapêutica é utilizado neste estudo pois, segundo o manual "Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial" (BRASIL, 2004, p. 17):

é preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço.

A partir do objetivo apresentado, este estudo estará embasado no método da Investigação Apreciativa, o qual será melhor definido posteriormente, estando apresentado a seguir uma explicação breve sobre o termo:

Cooperrider e Whitney (2005) utilizaram-se das definições de dicionário para explicar o significado do termo. A partir dessa referência, *Apreciativa* é definida como 'o ato de reconhecer o melhor nas pessoas ou no mundo à nossa volta, afirmando as forças, sucessos e potenciais passados e presentes, perceber essas coisas que dão vida (saúde, vitalidade, excelência) aos sistemas vivos' (p. 9). E *Investigação* foi definida como 'o ato de exploração e descoberta. Fazer perguntas, estar aberto a ver novos potenciais e possibilidades' (p. 9) (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010, p. 600, grifo dos autores).

1.1 JUSTIFICATIVA

Para que exista êxito nas Estratégias Terapêuticas utilizadas pelos serviços, prioritariamente é necessário que ocorra o que chamamos de gestão participativa, ou seja, no contexto do CAPS, a construção do PTS do paciente é realizada por intermédio da participação do usuário, família e equipe.

Este estudo busca, portanto, analisar e verificar a opinião dos usuários do CAPS, em relação às Estratégias Terapêuticas consideradas exitosas, quais as novas possibilidades e quais os caminhos de planejamento para viabilizá-las.

O desenvolvimento de pesquisas como esta é considerado imprescindível, a fim de analisar, avaliar e interpretar as demandas e necessidades dos usuários, buscando implementar os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e controle social, uma vez que ouvir e acolher o usuário são também formas de garantir o seu direito à saúde e cidadania.

1.2 PRESSUPOSTOS

Parte-se do pressuposto que os serviços de Saúde Mental comprometidos com os princípios da Reforma Psiquiátrica têm o comprometimento ético, político e social

de melhorar a qualidade da atenção. Assim, compreende-se que conhecer a manifestação de quem utiliza esses serviços pode apresentar subsídios específicos e singulares no atendimento às necessidades dos usuários.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar a opinião dos usuários em regime semi-intensivo, por meio de uma Investigação Apreciativa, sobre as Estratégias Terapêuticas dispensadas em um CAPS II e suas sugestões quanto a novas Estratégias.

1.3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do estudo são:

- Caracterizar os participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas e de saúde (Classificação Internacional de Doenças - CID-10).
- Identificar as ações exitosas das Estratégias Terapêuticas realizadas no CAPS, na perspectiva dos usuários.
- Identificar as propostas sugeridas pelos usuários visando contribuir com a melhoria das estratégias.
- Apresentar uma planilha das ações sugeridas pelos usuários para elaboração de propostas junto à equipe multiprofissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O Método da Investigação Apreciativa se originou basicamente na pesquisa das dinâmicas organizacionais, onde desde a década de 80 tem sido utilizada em outros contextos, pois é considerada um método facilitador do diálogo, que gera a “capacidade de compartilhar desejos, bem como a capacidade de fazer escolhas, de oferecer suporte mútuo e de ter uma atitude positiva frente à vida” (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010, p. 601).

Ainda para os autores, em cada situação investigada, o olhar se volta no que é útil e funcional, com intuito de valorizar estas ações, não descartando a possibilidade de considerar descrições sobre “problemas” caso estes apareçam.

Reed (2007 apud SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010) explica que esse foco emergiu de uma observação durante suas pesquisas de David Cooperrider, ao avaliar a importância decisiva que os tipos de questões feitas pelo pesquisador têm sobre a pesquisa em si. Cooperrider percebeu que tecer perguntas sobre o que as pessoas valorizavam em suas ações promovia um ambiente que facilitava o fluxo da conversa e contribuía para a promoção de transformações.

Baseado nos princípios descritos por Cooperider e Whitney (2005 apud SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010), sendo estes: Construcionista, da Simultaneidade, Poético, Antecipatório e Positivo, podem ser considerados como posturas sensíveis assumidas pelo profissional pesquisador para que ele possa colocar em prática a técnica.

O Princípio Construcionista está relacionado à maneira como as pessoas contam e observam diferentes histórias referentes ao passado, presente e futuro, e como estes pensamentos têm a propriedade de refletir na atitude e pensamentos.

O Princípio da Simultaneidade compreende que a realidade está sempre em construção, portanto, não há necessidade de haver respostas certas ou erradas, e sim considerar o efeito delas na interação do pesquisador com o participante.

O Princípio Poético destaca a maneira como as pessoas observam suas histórias, a depender de momentos e situações, considera que as possibilidades de aprendizagem são circunstanciais, como na interpretação de um poema literário.

O Princípio Antecipatório está relacionado a maneira como as pessoas vislumbram o futuro é a forma que as mesmas dedicam suas ações.

O Princípio Positivo compreende que as pessoas ficam mais engajadas em qualquer situação quando a atenção é direcionada naquilo que é positivo, as ações apreciativas têm se mostrado fundamentais para engajar as pessoas em mudanças.

Arnemann, Gastald e Kruse (2018) apresentam as quatro fases que constituem o ‘ciclo 4D’, denominado assim porque deriva das respectivas fases na língua inglesa: *Discovery*, *Dream*, *Design* e *Destiny*. Essas fases foram traduzidas para o português como: Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino.

A partir de Valença (2007 apud ERBS *et al.*, 2018) percebe-se que a descoberta é a fase inicial da Investigação Apreciativa. A organização como um todo precisa saber

quem é, quais são suas características, tendo como foco os aspectos positivos já vivenciados, e observados no momento e a partir disto as pessoas podem começar a sonhar e refletir sobre no que gostariam de se tornar, em quais estratégias, produtos, ações realmente estariam interessados em investir o seu tempo e dedicação. O autor traz que a partir dos sonhos, o grupo entra na fase de planejamento e com a prática do planejamento e a aproximação de sucesso dos sonhos imaginados, o grupo terá uma experiência de realização que sustentará a continuidade da metodologia, implementando mudanças positivas e contínuas, e o destino é essa própria transformação. Assim, ao vivenciar as fases, o grupo vai se transformando, se fortalecendo e abrindo-se para novos sonhos que levarão a outros destinos.

Considerando que a Investigação Apreciativa é uma forma de considerar as perspectivas e construções dos usuários dos serviços, a revisão da literatura buscou publicações que abarcassem a visão dos usuários sobre os serviços dos CAPS nos municípios, de forma vislumbrar quais aspectos geralmente essas pesquisas contemplam. A partir desta breve revisão de literatura realizada foram encontradas seis pesquisas relacionadas à avaliação e perspectiva dos usuários em relação ao tratamento recebido em Saúde Mental em CAPS. Duas pesquisas mencionadas tratam de avaliações de usuários da especialidade CAPS AD (Álcool e Drogas) as quais serão consideradas, pois há parâmetros gerais comuns relacionados a este dispositivo de saúde.

As pesquisas estão apresentadas por ordem cronológica no Quadro 1, demonstrando sua natureza, objetivos, metodologia utilizada e resultados gerais obtidos.

Quadro 1 - Apresentação por ordem cronológica de seis pesquisas realizadas com temática semelhante, sendo cinco pesquisas qualitativas e uma pesquisa quantitativa.

Título da pesquisa (AUTOR, ano)	Natureza	Objetivo	Metodologia	Resultados
1. Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas (SURJUS, 2007).	Qualitativa	Analisar os CAPS segundo a ótica dos usuários com objetivo de verificar se a prática assistencial promove transformações efetivas em suas trajetórias de vida.	2 Grupos Focais (15 usuários de 8 serviços distintos).	Construção de narrativas que valorizam as experiências dos usuários.
2. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).	Quantitativa	Caracterizar o portador de doença mental e seu acompanhante em atendimento em 3 serviços psiquiátricos. Unidade de Emergência, CAPS e Ambulatório. Identificar doenças, diagnósticos e tratamento, conhecer expectativas e opiniões sobre doença mental e assistência psiquiátrica.	Questionário de Caracterização do Portador de Transtorno Mental (QCP). Questionário de Caracterização dos Familiares e acompanhantes (QCF). Escala de Medida de Opinião (EMO) sobre conceitos em Assistência Psiquiátrica.	A partir deste estudo, os temas que foram, destacados são: direito de autodeterminação; a necessidade de informação sobre a doença, os medicamentos e outras formas de tratamento; a participação ativa no seu tratamento e nas demais atividades de sua comunidade; a necessidade de serviços alternativos; o fim do internamento de pessoas em grandes instituições; a importância dos tratamentos eficazes e adequados.
3. Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e sua vivência com a Doença Mental (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011)	Qualitativo	Conhecer a opinião da população atendida em um CAPS sobre o tratamento, a convivência com a doença mental e suas implicações psicossociais, relacionando estes indicadores com seu perfil sociodemográfico e clínico.	Realizou-se um estudo exploratório descritivo, onde 65 portadores de transtornos mentais em tratamento no CAPS de Pindamonhangaba -SP e 53 familiares responderam a um questionário semi-estruturado.	Os resultados mostraram que portadores de transtornos mentais e familiares reconhecem o quanto a doença mudou suas vidas, mas as opiniões divergem quanto ao grau de dificuldade na realização das atividades diárias. Apesar dos anos de tratamento desta atenção individualizada da extra hospitalar, os usuários conhecem pouco sobre sua doença. Observou-se que 62% têm doenças severas, porém, ambos os grupos manifestam uma capacidade especial para enfrentar as adversidades.

Título da pesquisa (AUTOR, ano)	Natureza	Objetivo	Metodologia	Resultados
4. Oficinas Terapêuticas em saúde mental: Um olhar na perspectiva dos usuários do CAPS (PINTO, 2011).	Qualitativo	Descrever as características de qualidade das oficinas terapêuticas a partir da narrativa dos usuários.	Indicadores de Qualidade de Projeto.	Todos os doze critérios de qualidade estão presentes nas Oficinas Terapêuticas, e ainda independente dos objetivos de uma oficina terapêutica existem pontos-chaves para que uma oficina tenha características de qualidade: modificações relativas ao quadro psíquico e comportamental. Acreditam que uma oficina possui característica de qualidade quando facilita o desenvolvimento de habilidades cotidianas, e faz com que eles alcancem o desejo de sentirem-se melhor, mais valorizados, com liberdade de fazer suas tarefas e escolhas no dia a dia, sem que seja necessária a autorização de terceiros e a convivência tem um lugar central nesse dispositivo terapêutico.
5. Avaliação da qualidade dos Serviços e a Satisfação dos usuários do CAPS AD III de Uruguaiana-RS (CORTELINI, 2014).	Qualitativa	Subsidiar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a satisfação dos usuários em instituições de saúde.	Revisão de Literatura.	Subsídios para a formação de um estudo in loco sobre a satisfação dos usuários de um CAPS III, aprofundar-se na sistematização do conhecimento na área de Saúde Mental.
6. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: Satisfação dos usuários e fatores associados (SILVA; LIMA; RUAS, 2018).	Quantitativa	Avaliar a satisfação de usuários dos principais CAPS de uma região de Minas Gerais e seus fatores associados.	Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS - BR). Questionário sociodemográfico. 11 CAPS.	Os usuários estão satisfeitos com o modelo de atenção praticado no CAPS, embora detectada a necessidade de melhoria na estrutura física, mecanismos de participação e empoderamento dos usuários.

Fonte: elaborado pela própria autora.

Como podemos observar, cinco pesquisas são qualitativas e apenas uma quantitativa. Em relação aos objetivos, a primeira pesquisa vislumbra o olhar do usuário para sua própria trajetória de vida, considerando se houve ganhos através da prática assistencial oferecida neste dispositivo. A segunda pesquisa apresenta as

opiniões dos usuários sobre os tratamentos já realizados em diferentes dispositivos de cuidado entre unidades de emergência, CAPS e ambulatórios. A terceira pesquisa apresenta o olhar do usuário sobre sua doença e suas implicações psicossociais relacionando-as ao seu perfil sociodemográfico. A quarta pesquisa objetiva descrever a qualidade das oficinas terapêuticas oferecidas sob o olhar dos usuários considerando 12 indicadores de qualidade de projetos. A quinta pesquisa trata de uma revisão de literatura sobre a satisfação dos usuários.

Já a sexta pesquisa, a única de cunho quantitativo neste levantamento, avalia a satisfação dos usuários sobre os serviços de saúde mental de uma região de Minas Gerais, onde foram avaliados 11 serviços de CAPS utilizando a escala de avaliação validada SATIS-BR; essa escala traz 32 questões de livre escolha e três questões abertas que possibilitam aos pacientes relatarem o que mais gostam no serviço, o que eles não gostam e se acreditam que o serviço poderia ser melhorado discorrendo sobre qual seria maneira. Essa última pesquisa traz conteúdos relevantes relacionados aos resultados, considerando de maneira geral se os pacientes estão satisfeitos com o modelo de atenção praticado pelo CAPS, e apresenta também as necessidades de melhoria, sobre a estrutura física e os mecanismos de participação e empoderamento dos usuários.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Gil (1991) as pesquisas descritivas apresentam como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Ainda para o autor, evidenciam-se aquelas que têm por objetivo estudar a procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, entre outras. Muitas pesquisas desse tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação, características de um grupo, como a distribuição por idade, sexo, etc. (GIL, 1991).

Nesse tipo de pesquisa incluem-se aquelas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

A pesquisa do presente estudo, portanto, é do tipo descritiva por buscar descrever a opinião dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Ribeirão Preto-SP, mediante uma entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico.

A abordagem embasada no método qualitativo, que segundo Strauss e Corbin (1998, p. 10):

são aquelas que produzem descobertas não obtidas por procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções, sentimentos, assim como funcionamento organizacional, fenômenos culturais e interações entre as nações [...] e a parte principal da análise é interpretativa.

A abordagem qualitativa se justifica pois trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo num sentido mais amplo, a um espaço mais profundo das relações e dos processos de fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, ou seja, recorte da realidade impossível de ser quantificado (MINAYO, 2001).

A pesquisa também se fundamenta nos princípios da Investigação Apreciativa. Barret e Fry (2005 apud OLIVEIRA, 2010) afirmam que a Investigação Apreciativa é um processo interativo e relacional, quer em pares ou em grupos, com objetivo de considerar o que mais valorizam no passado e o que almejam para o futuro, quais

habilidades existem no sistema em que se encontram, as possibilidades e desejos para o futuro e maneiras de alcançar as situações desejadas, o que será melhor descrito na subseção Revisão de Literatura.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Ribeirão Preto é um município brasileiro do interior do Estado de São Paulo, região Sudeste do país, distante 313 quilômetros a noroeste da capital estadual e a 706 quilômetros de Brasília. A população estimada do município de Ribeirão Preto, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020 foi de 711.825 habitantes. A cidade é a 27ª no ranking em população entre os municípios brasileiros e a 7ª cidade mais populosa do Estado de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2022).

Em relação à pirâmide populacional, há uma predominância do sexo feminino (52%) em relação ao sexo masculino (48%), observa-se que 6% da população está na faixa etária de zero a 4 anos, 60% da população encontra-se na faixa etária entre 20 a 59 anos e 15% da população está na faixa etária de 60 anos ou mais, caracterizando, assim uma população predominante na faixa etária adulta, e um aumento importante na faixa etária acima de 60 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2022).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ribeirão Preto foi 0,800 em 2010, o que coloca o município na faixa de Desenvolvimento Humano muito alto (IDHM entre 0,800 e 1). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,844, seguida de Renda, com índice de 0,820 e de Educação, com índice de 0,739 (RIBEIRÃO PRETO, 2022).

Em relação à atenção à saúde pública, Ribeirão Preto é um município de referência polo da região de saúde do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). O Sistema de Saúde Municipal está organizado em Distritos de Saúde, sendo que cada Distrito conta com uma unidade de saúde que funciona 24 horas com o serviço de pronto atendimento e várias unidades de atenção básica: Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF). Existem atualmente 5 Distritos de Saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central (RIBEIRÃO PRETO, 2022).

Estes cinco Distritos que formam a rede de serviços da Atenção Básica no município é constituída por 46 estabelecimentos de atenção básica, distribuídos nos Distritos de Saúde, dos quais 25 são UBS, 19 são USF e 2 são Unidades Básicas e

Distritais de Saúde (UBDS). Além disso, cada Distrito do município tem uma Unidade de Saúde Mental de referência (RIBEIRÃO PRETO, 2022).

Os cinco Distritos contam com os respectivos serviços de Saúde Mental:

1. Central – CAPS II Dr. Claudio R. C. Rodrigues;
2. Leste – Ambulatório Leste UBDS Castelo Branco;
3. Oeste – CAPS III Dr. André Santiago;
4. Norte – CAPS Dr. Guido Hetem;
5. Sul – CAPS II Dr. Nelson Okano.

Conta ainda, como referência da população em geral, com um CAPS AD (Álcool e Drogas) e um CAPS I (Infantil) Luiz Carlos de Souza, que é referência para toda a população (RIBEIRÃO PRETO, 2022).

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O serviço onde foi realizada a pesquisa com os usuários, é pertencente à Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), com horário de atendimento à população de segunda à sexta-feira das 07h30 às 17h00.

A equipe do CAPS II é composta por 19 profissionais, sendo: 3 Agentes de Administração, 1 Agente de Segurança, 1 Assistente Social, 3 Auxiliares de Enfermagem, 1 Auxiliar de Serviços Gerais, 3 Enfermeiros, 1 Supervisor Técnico com formação em Enfermagem Psiquiátrica, 1 Médico Psiquiatra, 3 Psicólogos, 1 Técnico de Enfermagem, 1 Terapeuta Ocupacional.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2020), a estimativa foi que cerca de 15% da população (aproximadamente 106.773 habitantes) apresentava alguma condição importante de Saúde Mental com demanda de cuidados. Em 2020 foram atendidas 11.747 pessoas diferentes nos serviços especializados de saúde mental. Nesse mesmo ano, o Plano Municipal de Saúde apresentou 1.119 pacientes atendidos especificamente no CAPS II (RIBEIRÃO PRETO, 2022).

A equipe de trabalho do CAPS II desenvolve o PTS do paciente considerando as necessidades de apoio e intensidade de atendimento, discriminadas como: *Atendimento Intensivo*, *Atendimento Semi-intensivo* e *Atendimento Não-intensivo*. Para este estudo, foram considerados os pacientes que se encontram no regime de

atendimento *Semi-intensivo*, ou seja, nessa modalidade, o usuário é atendido, em uma média, de 4 a 12 vezes no mês.

No último levantamento, realizado no dia 27/04/2022, foram identificados 42 pacientes que estão em regime semi-intensivo na unidade CAPS II.

As Estratégias Terapêuticas atuais utilizadas pela equipe técnica, e que foram consideradas para este estudo, assim como seus objetivos, estão embasadas nas orientações do documento *“Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial no Território”* desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) e serão descritas nas seções a seguir.

3.3.1 Acolhimento Demanda Espontânea dos Pacientes em Seguimento

Esse atendimento é oferecido pela equipe de enfermagem para manejo das situações de crise, nos quais os pacientes podem procurar a unidade em demanda espontânea, nos horários de funcionamento da mesma, em situações que conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências que causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação favorece a preservação de vínculos do paciente com a equipe.

3.3.2 Atendimento Médico / Medicação Assistida / Coleta de Sangue

Atendimento oferecido pela equipe médica e de enfermagem para monitorar a adesão do paciente ao tratamento farmacológico e manutenção dos exames de rotina. No seguimento médico, o paciente comparece à unidade com retorno a cada 6 meses, com variações a depender da necessidade estipulada pelo profissional, onde é oferecido escuta qualificada e atualização de receitas.

As ações de Medicação Assistida e Coleta de Sangue, são realizadas pela equipe de enfermagem, onde o paciente comparece à unidade, com frequência a depender da necessidade estipulada pela equipe técnica, podendo ser diariamente, semanalmente, quinzenalmente, para retirada ou ingestão da medicação. Essas ações demandam disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território.

3.3.3 Plantão Psicológico

Atendimento individual oferecido pelos psicólogos para o acolhimento de pessoas que estejam precisando de escuta qualificada, sem necessidade de encaminhamento e sem ter que agendar com antecedência. Os horários são abertos e disponíveis na recepção do serviço, com frequência de duas vezes por semana. Nesses horários, o profissional fica disponível para receber as pessoas que o procuram, realizando dois atendimentos por período disponível, por ordem de chegada.

O objetivo é facilitar o acesso dos usuários a uma oportunidade de escuta psicológica, sem burocracia e sem listas de espera. No Plantão Psicológico, através da escuta e do diálogo, o psicólogo se coloca como alguém que pode estar ao lado da pessoa para oferecer suporte e auxiliar nas reflexões que permitam ao paciente encontrar e trilhar seus próprios caminhos.

3.3.4 Oficina de Leitura

Caracteriza-se como uma Prática Expressiva e Comunicativa sendo uma estratégia realizada dentro da unidade uma vez por semana com duração de 1 hora.

Os pacientes são encaminhados a essa atividade quando a mesma é definida como parte da ação de seu PTS. Ela possibilita ampliação do repertório comunicativo e expressivo e favorece a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.

3.3.5 Oficina Vão das Artes

Atividade desenvolvida com apoio da equipe técnica como forma de criar um espaço articulado com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária. Os usuários realizam essa atividade duas vezes por semana, com duração média de 6 horas.

A tarefa é composta pelo gerenciamento dos usuários em realizar uma feira de vendas dos artesanatos confeccionados nas oficinas; eles realizam a exposição ao lado externo da unidade visando a produção de novas possibilidades para projetos de

vida e promoção de contratualidade, tratando-se de uma iniciativa de geração de renda e empreendimento solidário no território.

3.3.6 Atividades Livres (Confraternizações / Eventos / Ambiência)

Atividades monitoradas pela equipe ou acesso livre às dependências da unidade para acolhimento diurno como recurso do projeto terapêutico singular de usuários objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

3.3.7 Grupo Terapia Ocupacional

Atendimento em Grupo de Atividades, realizado duas vezes por semana, com duração de 1 hora, momento em que o participante é estimulado a desenvolver a construção de projetos individuais ou em conjunto. O participante realiza a livre escolha de materiais disponíveis e constitui sua proposta com auxílio do terapeuta. Nesse atendimento são disponibilizadas ações artísticas e manuais para as vivências com intuito de estimular a autonomia, sociabilidade e manejo de dificuldades relacionais.

3.3.8 Oficina de Pintura e Música

Atendimento em Grupo onde é desenvolvida ação artística de pintura em tela e apreciação musical, uma vez por semana com duração de 1 hora, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

As informações referentes às Estratégias utilizadas no presente momento pela equipe de atendimento em Saúde Mental CAPS II foram levantadas pela pesquisadora junto a equipe técnica administrativa do serviço, pois a mesma encontra-se inserida no trabalho diário na referida unidade.

3.4 Participantes do estudo

Foi estipulada uma entrevista referente a cada Estratégia Terapêutica utilizada na unidade, descritas anteriormente. Portanto, dos 42 usuários do serviço de Saúde Mental CAPS II, incluídos no regime semi-intensivo no momento da pesquisa, participaram 8 (oito) usuários. Os critérios de inclusão foram:

- Os participantes do estudo têm idade superior a 18 anos, pois neste acolhimento são atendidos apenas maiores de idade.
- Residirem em Ribeirão Preto.
- Serem usuários inseridos no serviço de Saúde Mental CAPS II por mais de 6 meses, em regime de atendimento semi-intensivo, que é definido pela quantidade de 4 a 12 atendimentos por mês. Esse critério possibilitou que o usuário pudesse vivenciar a dinâmica do serviço e participar de pelo menos uma Estratégia Terapêutica, sendo estas:

1. Acolhimento Demanda Espontânea dos Pacientes em Seguimento;
2. Atendimento Médico / Medicação Assistida / Coleta de Sangue;
3. Plantão Psicológico;
4. Oficina de Leitura;
5. Oficina Vão das Artes;
6. Atividades Livres (Confraternizações / Eventos / Ambiência);
7. Grupo Terapia Ocupacional;
8. Oficina de Pintura e Música.

Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado no Apêndice A.

3.4.1 Critérios de exclusão

Estar em quadro psiquiátrico de crise no momento da pesquisa. Para avaliar este critério foi utilizado como recurso a avaliação o MEEM (Mini Exame do Estado Mental), disponibilizado no Anexo C, e todos os 8 usuários selecionados apresentaram escores adequados para participação nesta pesquisa.

Estar na modalidade de atendimento em regime intensivo, que é caracterizado por mais de 12 atendimentos mensais, ou não-intensivo, que é caracterizado por menos de 3 atendimentos mensais.

3.5 COLETA DE DADOS

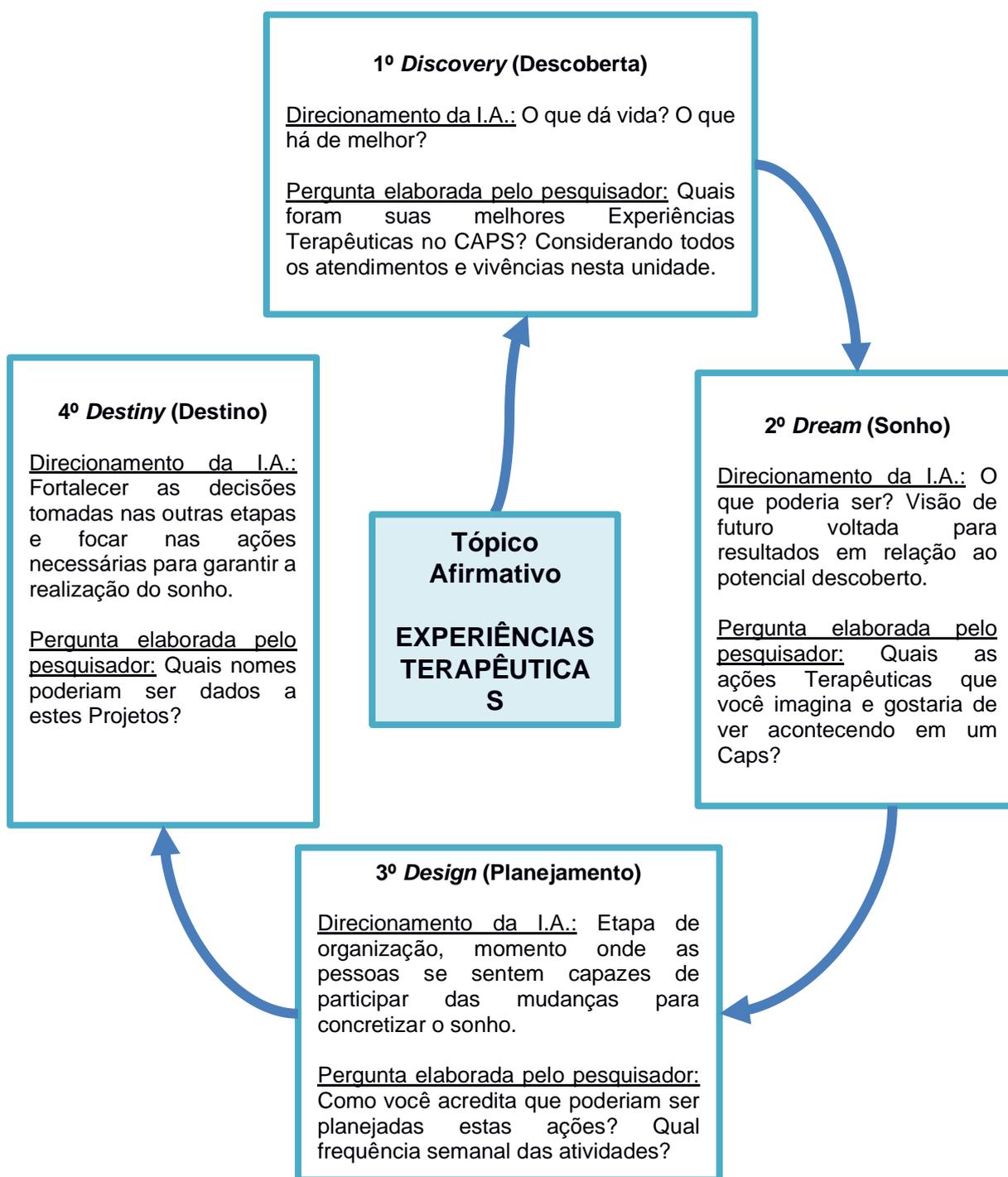
3.5.1 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista sobre dados sociodemográficos (apresentados no Apêndice B) composto por: Idade, Sexo, Naturalidade, Residência / Habitação, Escolaridade, Estado Civil, Composição Familiar, Religião, Ocupação Atual e Anterior, Período de Tratamento e CID-10.

Posteriormente, foram apresentadas aos participantes questões norteadoras fundamentadas na Investigação Apreciativa (apresentados no Apêndice C).

A seguir, serão apresentadas as quatro questões norteadoras do nosso entendimento sobre a relação do Instrumento de Escuta Apreciativa com a Investigação Apreciativa, que considera o Ciclo 4D (no original em inglês: *Discovery, Dreaming, Design e Destiny*) o qual foi construído como forma de operacionalização da Investigação Apreciativa na prática. O ciclo 4D é composto de quatro fases: Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010) e está apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Instrumento de Escuta Apreciativa.



Fonte: elaborado pela própria autora.

As quatro questões norteadoras sobre a relação do Instrumento de Escuta Apreciativa com a Investigação Apreciativa, considerando o Ciclo 4D utilizadas nesta pesquisa foram:

1 - Quais foram suas melhores Experiências Terapêuticas no CAPS? Considerando todos os atendimentos e vivências nesta unidade.

Esta primeira questão tem relação com o primeiro ciclo da Investigação Apreciativa, conhecido como *Discovery* (Descoberta), onde se busca questionar os participantes sobre o que dá energia ao grupo e à instituição, os pontos e experiências positivas.

2 - Quais as Ações Terapêuticas que você imagina e gostaria de ver acontecendo em um Centro de Atenção Psicossocial?

Esta questão contempla o segundo ciclo da Investigação Apreciativa, que é *Dream* (Sonho), onde nesta fase os participantes buscam o desenvolvimento de descrições sobre como poderia ser o futuro, nesta fase o participante é encorajado a “pensar grande”, pensar em um cenário futuro ideal, mesmo que neste momento pareça impossível de ser alcançado.

3 - Como você acredita que poderiam ser planejadas estas ações? Qual frequência semanal das Atividades?

Esta questão contempla o terceiro Ciclo, *Design* (Projeto) que compreende o planejamento das ações futuras. Nesta fase se encoraja a produção de proposições provocativas.

4 - Quais nomes poderiam ser dados a estes Projetos?

Esta questão se refere ao quarto Ciclo da Investigação Apreciativa, chamado de *Destiny* (Destino), onde existe a possibilidade de um plano de ação para realizar as proposições provocativas, elaboradas na fase anterior.

3.5.2 Procedimento de Coleta de Dados

A entrevista com os usuários foi realizada após apresentação do Projeto de Pesquisa na reunião de Equipe. Nesta ocasião, a pesquisadora orientou os profissionais técnicos de nível superior, que realizam os atendimentos individuais e grupais, como se daria o convite aos participantes.

Nos atendimentos grupais, a pesquisadora apresentou o convite aos participantes, que estavam previamente reunidos na sala de atendimento, no tempo máximo de 10 minutos antes dos mesmos iniciarem o processo grupal. O participante que demonstrou interesse em participar da pesquisa, ao finalizar o grupo, foi conduzido à sala de entrevista para a coleta de dados.

Nos atendimentos individuais, a pesquisadora comunicou o profissional do atendimento orientando que permaneceria disponível para apresentar a proposta ao

participante após o atendimento referido. O usuário que demonstrou interesse em participar, foi conduzido à sala de entrevista para coleta dos dados.

Foi disponibilizada uma vaga para cada Estratégia Terapêutica, já descrita nos critérios de inclusão, considerando que são oito Estratégias Terapêuticas, obtendo, desta forma, oito participantes para a pesquisa, sendo um para cada estratégia.

As entrevistas aconteceram no período de 06/12/2022 a 16/12/2022, conforme apresentado no Quadro 2, e foram realizadas imediatamente após o atendimento feito pelo usuário em sua respectiva Estratégia Terapêutica.

Quadro 2 - Entrevistas com os oito participantes da pesquisa.

Data		Horário	Estratégia Terapêutica	Vagas
SEG	06/12//2022	12h00	Plantão Psicológico	1
		13h30	Acolhimento Demanda Espontânea Pacientes do Serviço	1
TER	07/12/2022	09h00	Oficina de Leitura	1
		14h00	Atividades Livres (Confraternizações / Eventos / Ambiência)	1
QUA	08/12/2022	08h00	Atendimento Médico / Medicação Assistida / Coleta de Sangue	1
QUI	09/12/2022	08h00	Grupo Terapia Ocupacional	1
		13h30	Oficina de Pintura e Música	1
SEX	12/12/2022	14h00	Oficina Vão das Artes	1

Fonte: elaborado pela própria autora.

A realização da entrevista, previa a duração de 50 minutos para cada usuário, considerando a aplicação do MEEM, coleta de Dados Sociodemográficos e Instrumento de Escuta Apreciativa.

Esse processo de organização para a coleta de dados visava também o não comprometimento com a rotina do equipamento e nem com a rotina diária de deslocamento do usuário.

Caso houvesse mais de um usuário de uma mesma Estratégia Terapêutica interessado em responder a pesquisa, o segundo seria orientado a responder na semana seguinte, data do seu retorno em atendimento individual ou grupal no serviço, e poderia compor os selecionados para a pesquisa, caso as demais Estratégias não contemplassem a vaga disponibilizada. Todavia, não houve demanda dos usuários para entrevistas extras.

A sala utilizada foi a Sala de Atendimentos do Setor de Terapia Ocupacional localizada no prédio de atendimento do CAPS II, e foi reservada para este procedimento. Essa referida sala de atendimento é privativa, com porta e janela individual, ar condicionado, mesas e cadeiras, garantindo a preservação de imagem e som.

Foi explicado para o usuário que se tratava de uma pesquisa, destacando o objetivo, procedimentos e compromissos éticos, informando que o sigilo quanto às suas respostas seria garantido e somente a pesquisadora teria acesso. Ainda, foi explicado e lido para cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi investigado se o participante tinha dúvida(s) ou se gostaria de perguntar algo que não houvesse sido colocado. Quando ele se sentiu esclarecido, foi solicitado que assinasse o TCLE e posteriormente deu-se início a entrevista.

Cada entrevista foi gravada com uso de mídia digital, transcrita em até um mês após o contato inicial e em seguida excluída da mídia. As transcrições foram armazenadas no servidor institucional (*Google Drive*), com acesso único ao pesquisador e orientador. O tempo de duração de cada entrevista não excedeu 50 minutos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Identificamos que os oito participantes, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, foram satisfatoriamente incluídos na pesquisa após responderem o questionário do MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e por não apresentarem, no momento, desorientação alopsíquica.

Na descrição dos dados, traçou-se um perfil sociodemográfico dos entrevistados (idade, sexo, grau de instrução, estado civil, composição familiar, religião, habitação, ocupação atual e anterior, tempo de tratamento na unidade, tratamento em outro serviço de Saúde Mental, meio de transporte e CID-10).

Os dados sociodemográficos foram agrupados por categoria e apresentados em gráficos utilizando distribuições de frequências simples.

Para análise das entrevistas, escolhemos, dentro da análise do conteúdo, a Análise Temática, por ser, segundo Bardin (apud FRANCESCHINI, 2005), a que melhor se adequa à investigação qualitativa sobre a saúde, por utilizar 'o tema' como unidade de registro para estudar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores de crenças, de tendências, entre outras.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam algo para o objetivo analítico usado. Pode ser necessário definir também as unidades de contextos, ou seja, referenciar a mensagem ao contexto da qual ela faz parte (MINAYO, 1996; GOMES, 2001 *apud* FRANCESCHINI, 2005; BARDIN, 2011).

Para este estudo foram realizadas as três etapas básicas para operacionalização da análise temática: A Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento do Resultados Obtidos e Interpretação.

Na primeira etapa, a Pré-análise, foi realizada a organização do material, onde foram transcritas as oito entrevistas na íntegra, resultando em 27 páginas em documento Word editável.

Para a Segunda e Terceira Etapas foi realizada a leitura exploratória de forma a permitir a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, determinando assim, o que chamamos de *corpus* da investigação, garantindo desta maneira, os critérios de validade qualitativa, sendo: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), a homogeneidade (clara separação entre os temas a serem trabalhados), a exclusividade (um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria), a objetividade (qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados) e a adequação ou pertinência (adaptação aos objetivos do estudo).

Para a realização destas etapas, denominada como Exploração do Material e Tratamento do Resultados Obtidos, foram organizados quatro quadros referentes às perguntas do Ciclo de Perguntas Appreciativas, cada quadro contem quatro colunas com os itens: Categorias, Citações Frequentes, Unidades de Registro (frases significativas retiradas das Unidades de Contexto), Unidade de Contexto (respostas completas dos participantes), como demonstrado na sequência.

1 Discovery (Descoberta): Quais foram suas melhores Experiências Terapêuticas neste CAPS?

Categorias	Citações Frequentes	Unidades de Registro (frases significativas)	Unidades de Contexto (respostas completas)
Oficinas Artísticas/ Economia Solidária	5/8	<p>“As melhores, quando eu entrei pras pintura, de fazer as terapia de pintura, os vasos de cerâmica, e os outro artesanatos que tinha” (P1)</p> <p>“Ai é bom porque você aprende a fazer alguma Atividade, você se sente útil” (P2)</p>	<p>“As melhores, quando eu entrei pras pintura, de fazer as terapia de pintura, os vasos de cerâmica, e os outro artesanatos que tinha, a gente sente muita falta, tem mais de doze anos meu tratamento, fazia lé em cima na João Penteado...foi tudo junto, já colocou pra começar, já vendia os vasos na calçada le em cima, tinha a feirinha, aí so começou, mudando pra cá, quando o ex secretário Dr. E. cedeu espaço pra gente vender... Porque é muito bom, a gente tinha bastante paciente, sentava, conversava, ia pintano, aí a gente ia conversando, contava uma piada o outro ia fazendo alguma atividade, tinha bastante coisa pra fazer, nunca ficava parado”. (P1)</p> <p>“Ai é bom porque você aprende a fazer alguma Atividade, você se sente útil, aprende a fazer a Biju, a pulseirinha, ahh...você sente que você consegue aprender a fazer alguma coisa, você consegue aprender a fazer alguma coisa, que você é capaz de aprender alguma coisa, sentimentos bons...de que você consegue” (P2)</p> <p>“ ... ”</p>

Foram incluídos todos os relatos dos participantes, que foram discriminados como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8, e agrupados relacionando as respostas que mais se assemelham e se mostraram pertinentes.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a realização desta pesquisa, o projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto, sob nº CAAE: 59062422.0.0000.5498 (Anexo B).

O projeto foi submetido para autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, que colabora com este estudo. A autorização para a realização da pesquisa encontra-se no Anexo A.

O projeto foi apresentado em reunião de equipe do CAPS II, ocasião em que foi exposto sobre o desenvolvimento teórico e metodológico do estudo e, portanto, a equipe teve conhecimento do projeto a ser desenvolvido.

Após apreciação e a aprovação final pelo Comitê de Ética da UNAERP, os participantes receberam informações sobre a pesquisa e foram esclarecidos todos os questionamentos pertinentes ao desenvolvimento da mesma, incluindo informações quanto aos objetivos da pesquisa, sobre o sigilo que é adotado no presente estudo, sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, de que não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, além do fato de que a aceitação é voluntária e será formalizada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) mediante a assinatura no respectivo TCLE ao assinalarem a opção “Li e aceito os termos para participar da pesquisa”.

Os procedimentos a serem realizados foram pautados nos seguintes princípios da bioética: beneficência, por meio da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação nesse estudo; e justiça, pois será garantido o direito de privacidade, através do sigilo e sua identidade.

Diante do compromisso de respeitar esses princípios, quanto a riscos, os mesmos são mínimos, uma vez que não está previsto qualquer procedimento invasivo e todos os princípios éticos serão rigorosamente adotados.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

O tipo de abordagem aplicada neste estudo se classifica como de mínimo risco de desconforto ou constrangimento, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a condução de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os benefícios são pertinentes à identificação e criação de um Instrumento de Escuta do usuário, que visa potencializar a gestão participativa do mesmo e sua autonomia nas abordagens referentes à Saúde Mental, considerando a possibilidade de fornecer subsídios para os profissionais, técnicos e gestores de serviços, na organização dos processos de trabalho.

3.9 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

O participante poderia rever seu consentimento a qualquer momento para deixar de participar deste estudo, sem que isto trouxesse prejuízo ou penalização aos indivíduos pesquisados (item contemplado no TCLE).

A pesquisa poderia ser suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica.

Contudo, as situações citadas não ocorreram permitindo, portanto, a realização de todas as etapas propostas na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na descrição de dados traçamos um perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados (idade, sexo, grau de instrução, estado civil, número de filhos, familiares que residem junto e auxiliam no tratamento, religião, tipo de habitação, vida profissional atual e anterior, tempo de tratamento na Unidade CAPS II, Tratamento em outros Serviços de Saúde Mental, Meio de Transporte para chegar até a unidade CAPS II e CID-10).

Para ilustrar o resultado da análise das respostas referentes ao Instrumento de Escuta Apreciativa foram apresentadas as falas que melhor representaram o que podemos extrair dos dados colhidos sobre a opinião dos usuários em relação às Atividades Terapêuticas exitosas vivenciadas e desejos futuros. Posteriormente apresentamos as possibilidades de execução em relação à rotina de atendimentos e intitulações elaboradas pelos usuários para execução das propostas sugeridas. Levamos em conta os referenciais teóricos de Reabilitação Psicossocial selecionado para este estudo.

Conforme apresentado na Figura 2, a idade média dos oito entrevistados foi de 50 anos.

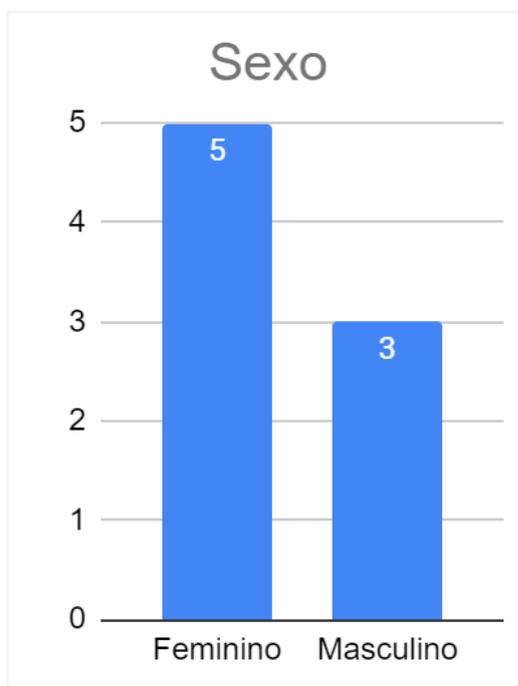
Figura 2 - Idade dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Conforme apresentado na Figura 3, em relação ao sexo: cinco (5) eram do sexo feminino e três (3) do sexo masculino.

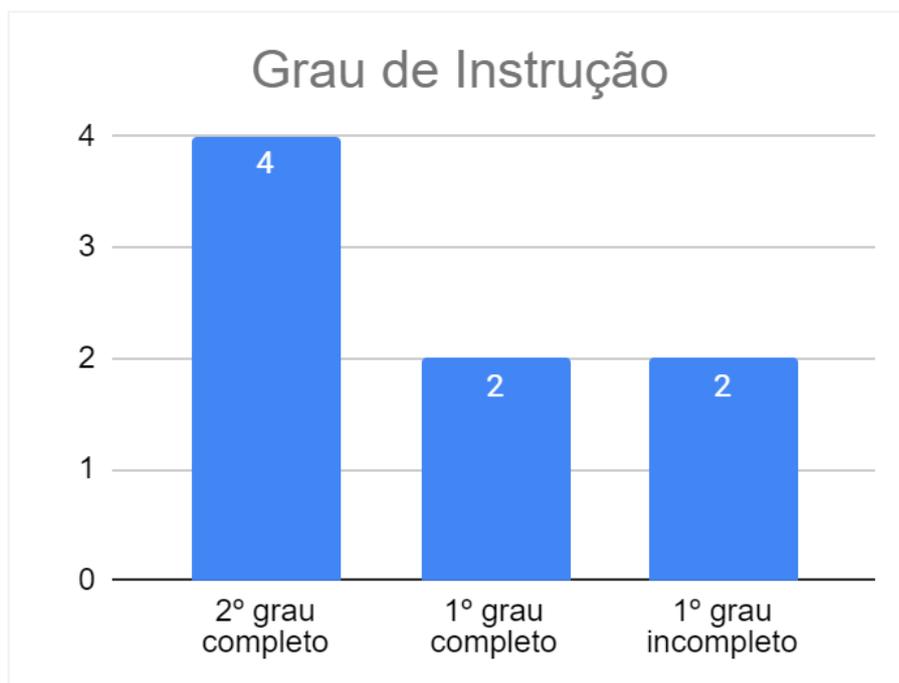
Figura 3 - Sexo dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Quanto ao grau de instrução, 2 (dois) entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto, 3 (três) ensino fundamental completo e 3 (três) ensino médio completo, como mostrado na Figura 4.

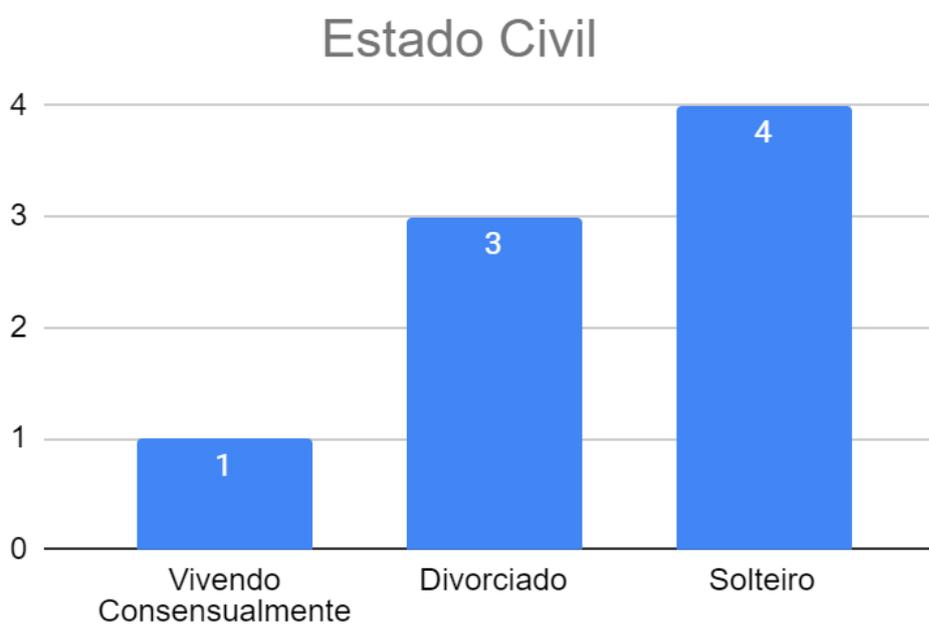
Figura 4 - Grau de instrução dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Em relação ao Estado civil, 1 (um) entrevistado vive consensualmente, 3 (três) são divorciados e 4 (quatro) solteiros, como mostrado na Figura 5.

Figura 5 - Estado Civil dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Em relação ao número de filhos, 4 (quatro) entrevistados não têm filhos, 3 (três) com dois filhos, 1 (um) com um filho, como apresentado na Figura 6.

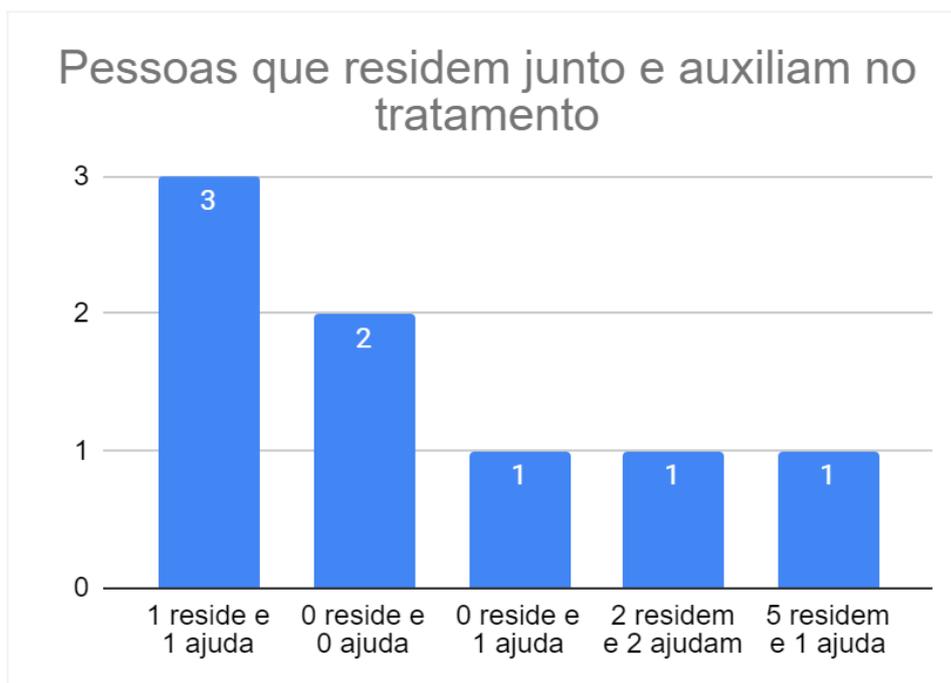
Figura 6 - Número de filhos dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Em relação aos familiares que residem junto e auxiliam no tratamento, 3 (três) pacientes têm um familiar que reside junto e auxilia no tratamento, 2 (dois) pacientes não tem nenhum familiar que reside juntos e não tem auxílio no tratamento, 1 (um) paciente não tem familiar que reside junto, porém o familiar o auxilia no tratamento, 1 (um) paciente tem dois familiares que residem junto e ambos auxiliam no tratamento e 1 (um) paciente tem cinco pessoas que residem juntos e um auxilia no tratamento, como visto na Figura 7.

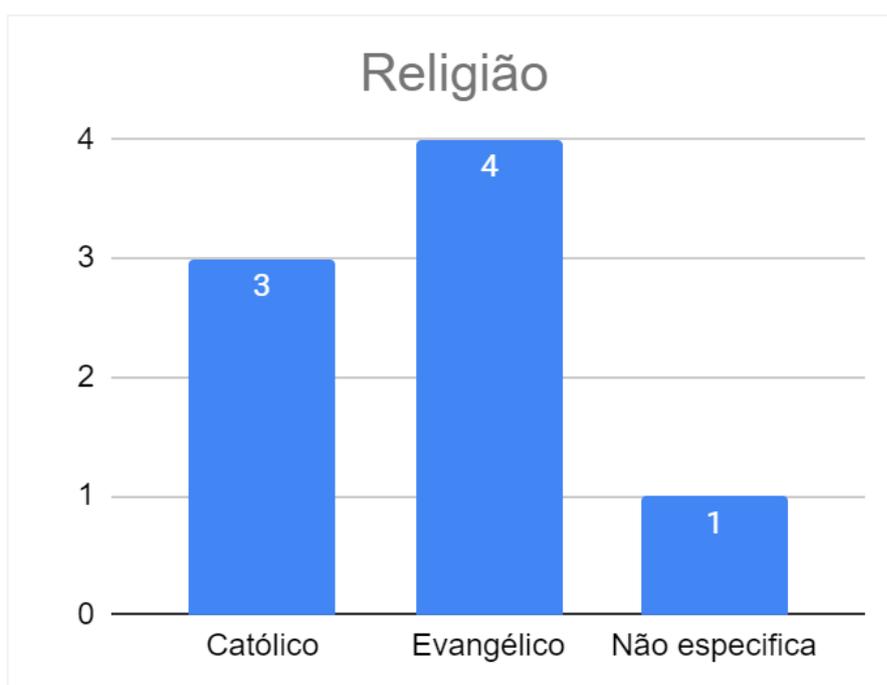
Figura 7 - Familiares que residem junto dos entrevistados e auxiliam no tratamento.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Em relação a religião, 3 (três) pacientes se declaram Católicos, 4 (quatro) se declaram Evangélicos e 1 (um) paciente não especifica sua religião, como visto na Figura 8.

Figura 8 - Religião dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Em relação às condições de habitação / moradia, 5 (cinco) pacientes residem em locais alugados e 3 (três) pacientes têm casa própria, como visto na Figura 9.

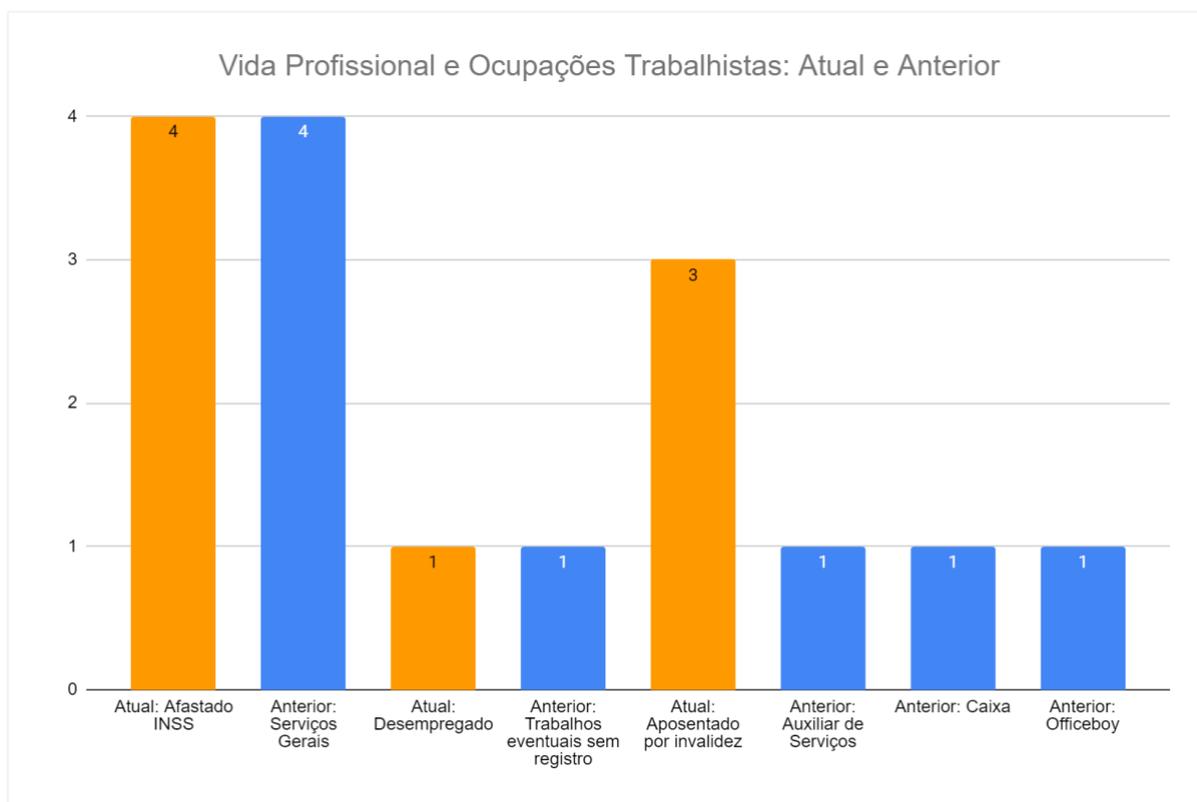
Figura 9 - Tipo de moradia dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Em relação à vida profissional e ocupações trabalhistas, atualmente 4 (quatro) pacientes estão afastados pelo INSS, 1 (um) paciente está desempregado, 3 (dois) pacientes estão aposentados por invalidez; anteriormente, 4 (quatro) pacientes trabalhavam com Serviços Gerais, 1 (um) paciente trabalhava eventualmente sem registro, 1 (um) paciente trabalhava como Auxiliar de Serviços, 1 (um) paciente trabalhava como Office boy, 1 (um) paciente trabalhava como Caixa, conforme apresentado na Figura 10.

Figura 10 - Vida profissional dos entrevistados.



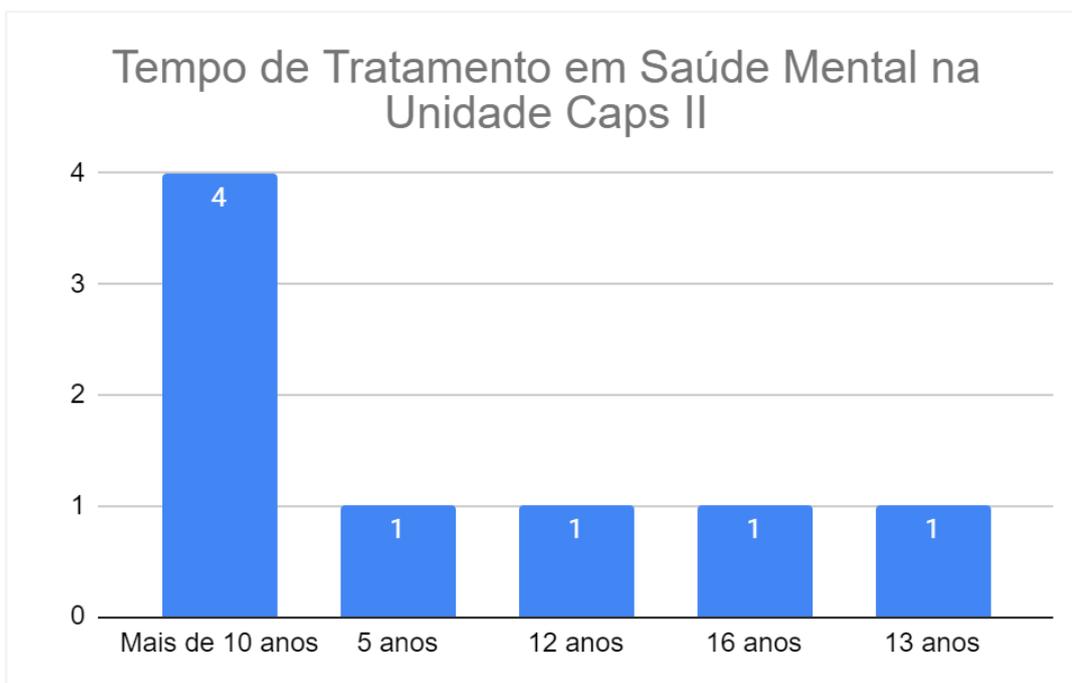
Fonte: elaborado pela própria autora.

Referente ao tempo que o paciente realiza o seu acompanhamento de Saúde Mental na Unidade CAPS II em um município do interior do Estado de São Paulo, 7 (sete) pacientes realizam o seguimento há mais de 10 anos e 1 (um) paciente realiza o seguimento há 5 anos, como visto na Figura 11.

Em relação a segmentos em saúde mental que o paciente realizou anteriormente, em outros serviços, 5 (cinco) pacientes já passaram em Ambulatórios de Saúde Mental e por Internações Psiquiátricas, 1 (um) paciente passou em Ambulatório de Saúde Mental e Atendimento por Convênio e apenas 1 (um) paciente nunca passou em outra unidade de Saúde Mental, como visto na Figura 12.

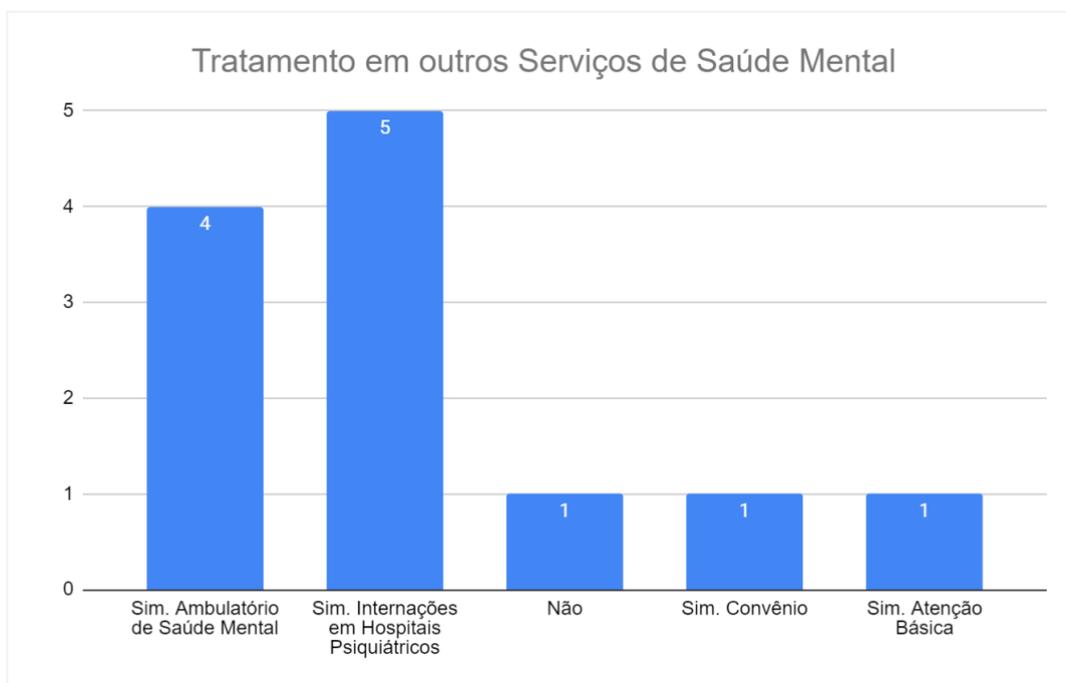
Em relação ao meio de transporte que o paciente utiliza para se locomover até a Unidade CAPS II, 5 (cinco) pacientes utilizam transporte público, 2 (dois) vem caminhando e 1 (um) paciente utiliza transporte particular (carro), como apresentado na Figura 13.

Figura 11 - Tempo de tratamento no CAOPS II dos entrevistados.



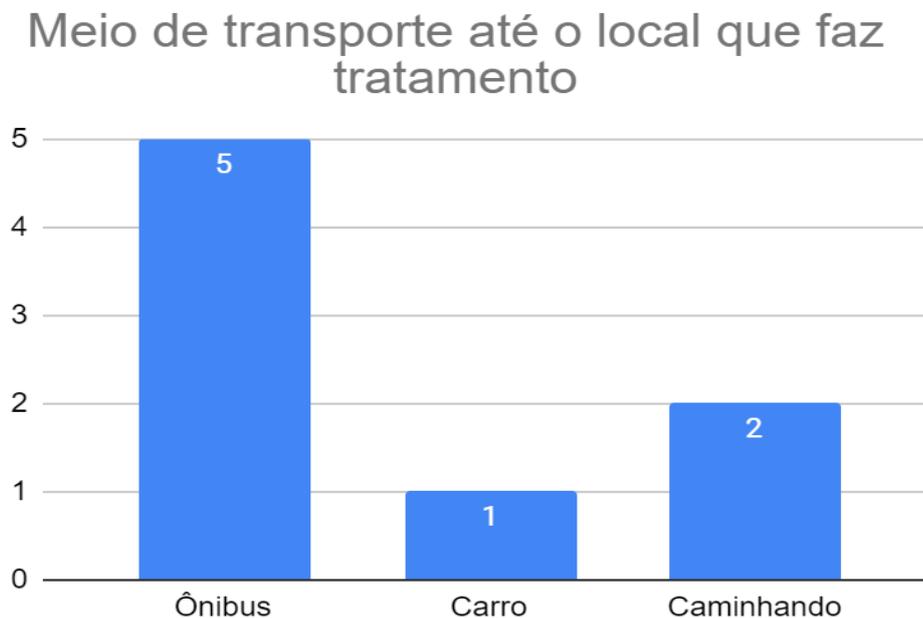
Fonte: elaborado pela própria autora.

Figura 12 - Tratamento em outros Serviços de Saúde Mental.



Fonte: elaborado pela própria autora.

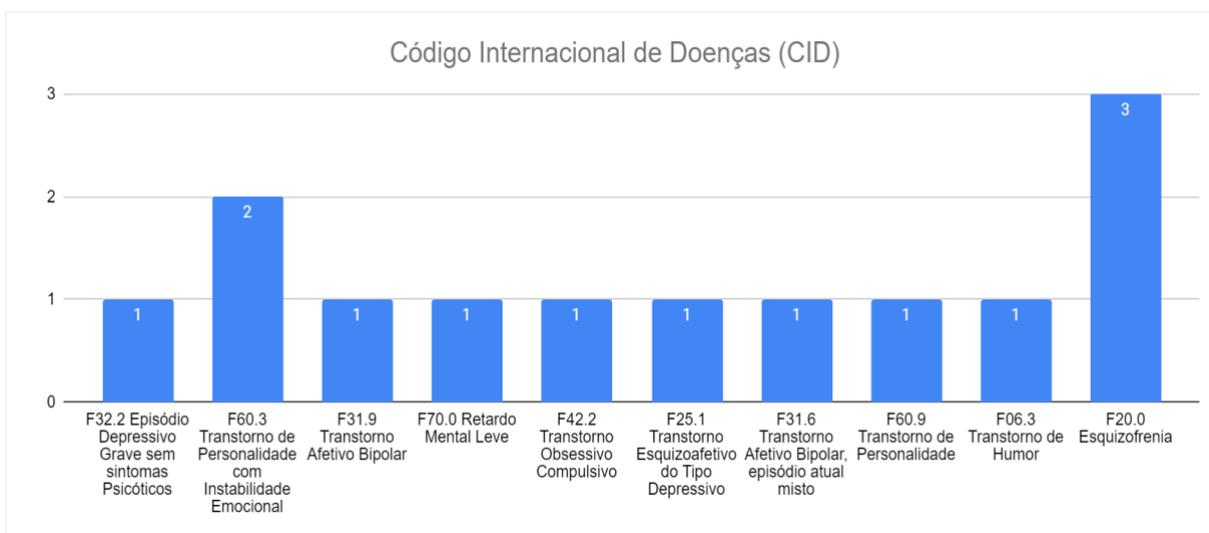
Figura 13 - Meio de transporte dos entrevistados até o CAPS II.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Em relação ao Código Internacional de Doenças (CID), foram identificados 13 CID distintos, 4 (quatro) pacientes têm apenas um CID, 3 pacientes apresentam dois CID distintos e 1 paciente apresenta 3 CID distintos, sendo eles: 3 (três) pacientes com CID F20.0 Esquizofrenia, 2 (dois) pacientes com CID F60.3 Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional, 1 (um) paciente com CID F32.2 Episódio Depressivo Grave sem Sintomas Psicóticos, 1 (um) Paciente com CID 31.9 Transtorno Afetivo Bipolar, 1 (um) paciente com F70.0 Retardo mental Leve, 1 (um) paciente com CID F42.2 Transtorno Obsessivo Compulsivo, 1 (um) paciente com CID F25.1 Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Depressivo, 1 (um) paciente com CID F31.6 Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual misto, 1 (um) paciente com CID F60.9 Transtorno de Personalidade e 1 (um) paciente com CID F06.3 Transtorno de Humor, como apresentado na Figura 14.

Figura 14 - Código Internacional de Doenças dos entrevistados.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Considerando os objetivos específicos relacionados ao Instrumento de Escuta Apreciativa, as respostas dos participantes serão discutidas a partir da aproximação dos estudiosos da Reabilitação Psicossocial.

O segundo objetivo específico do estudo visa identificar a opinião dos usuários em suas Experiências Terapêuticas Exitosas e temos como resultado o mapeamento de sete experiências mencionadas, como apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Experiências Exitosas dos Entrevistados.

Experiências Exitosas	Atividades Terapêuticas Exitosas	Frequência de Citações
<i>1º ciclo da Investigação Apreciativa considerado a "Descoberta". Esta categoria visa apresentar as experiências exitosas já vivenciadas identificadas pelos usuários do serviço.</i>	1.1 Oficinas Artísticas de Geração de Renda	P1, P3, P4, P5, P8
	1.2 Rotina Diária e Ambiência	P1, P5, P6, P7, P8
	1.3 Confraternizações	P5, P7, P8
	1.4 Atendimento Eventual de Enfermagem	P2, P7, P8
	1.5 Atendimento Médico	P6, P7, P8
	1.6 Atendimento Psicológico	P2, P7
	1.7 Oficinas e Grupos Terapêuticos	P2, P7

Fonte: elaborado pela própria autora.

A **Subcategoria 1.1 - Oficinas Artísticas de Geração de Renda**, citada por 5 (cinco) pacientes (P1, P3, P4, P5, P8), demonstra exitosa a atividade que proporciona as interações sociais e retomada de espaços de trabalho na perspectiva de economia solidária dos usuários.

Esta atividade ocorre duas vezes por semana e os usuários realizam a confecção de diversos itens artesanais como tapetes, vasos de cerâmica pintados, telas, panos de prato e objetos de madeira.

Os itens confeccionados são disponibilizados para vendas no espaço exterior da unidade, localizado entre o prédio da unidade CAPS e a Secretaria de Saúde do município. A atividade foi nomeada pelos participantes em conjunto com o profissional musicoterapeuta que iniciou a proposta com os usuários como “Vão das Artes”, que se caracteriza como uma feira livre de artesanatos em geral. Nesta atividade os pacientes são estimulados a autogerir a organização da atividade (organização do ambiente, exposição dos materiais, vendas, organização financeira).

Estas ações apresentam-se como uma alternativa de organização do trabalho oposta ao capitalismo, pois propõe um novo modo de produção e organização social, estimulando a solidariedade, a democracia, o respeito ao outro, à natureza, a autogestão, cooperação e promoção dos direitos humanos.

Os pacientes que se referiram a esta atividade trouxeram conteúdos relacionados a “sentir-se útil”, como:

Ai é bom porque você aprende a fazer alguma atividade, você se sente útil...você sente que é capaz de fazer alguma coisa [...].

A pintura de vasos, sentia útil né, era muito bom ajudar o pessoal, tanto pintano, conversando [...].

Tapete de tear, me sentia muito bem, ocupa bastante a mente, porque eu trabalhava muito e como eu tive que parar de trabalhar eu tava me sentindo inútil.

Apresentaram nesta questão também sentimentos ligados a importância da “autonomia”, como:

Pintar quadro eu só pinto abstrato, misturar as cores assim...aí eu consigo, que eu consegui realizar até o fim e deu resultado, fiquei feliz, me senti bem, ver o negócio pronto assim [...].

eu escolho as cores, eu que escolho a cor do tear, eu que misturo as cores, os vaso eu que escolho a cor do lápis de cor, que vou pintar, aí eu pinto tudo colorido, não pinto duma cor só [...].

E “valorização” como:

os outros gostar, parabenizar, elogiar, comprar...

feliz, sinto muito bem, quando vejo o resultado, aí os outro elogia, compra, aí eu me sinto melhor ainda, que entra um dinheirinho pro meu bolso...

Em geral, os usuários dos serviços de saúde mental experimentam em suas trajetórias de vida um descrédito em relação às suas capacidades e potencialidades, sejam laborativas, relacionais ou de qualquer natureza. Isso pode acarretar uma dependência de situação econômica, subordinação para conquista de seus direitos de cidadania. A participação dos usuários dos serviços de saúde mental no movimento de economia solidária, pode ser um facilitador para emancipação e inserção social dos mesmos (LUSSI; MORATO, 2012).

Um dos eixos trazidos pela Reforma Psiquiátrica é referente ao trabalho, e é considerado um recurso com grande potência para a inserção social dos pacientes. Este eixo traz em seu bojo a produção de sentido de vida, valores subjetivos e trocas materiais e afetivas (LUSSI; MORATO, 2012).

Lussi e Morato (2012) referem ainda que iniciativas de inclusão social por meio do trabalho buscam contribuir para a reabilitação psicossocial e econômica dos usuários estando em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, que objetiva construir lugares sociais efetivos por meio de ações que ampliem a autonomia e melhorem suas condições de vida.

No contexto deste estudo, os pacientes não estão inseridos no mercado de trabalho formal, e sim desenvolveram uma ação que se embasa no contexto teórico da economia solidária, que é respaldada pelas diretrizes de estratégia de reabilitação e inclusão de usuários de Saúde Mental e que tem consonância com os preceitos da Reabilitação Psicossocial, pautando-se em uma sociedade mais igualitária, inclusiva e solidária, criando maiores espaços de interação e produção de vida.

Portanto, como podemos observar, as atividades definidas por eles que se caracterizam por proporcionar espaços relacionados ao “trabalho”, são propulsoras de condições terapêuticas favoráveis no que diz respeito aos preceitos pertinentes à Reabilitação Psicossocial.

A **Subcategoria 1.2 - Rotina Diária e Ambiência**, citada por 5 (cinco) pacientes (P1, P5, P6, P7 e P8), demonstra a importância de uma rotina de atividades

regulares no espaço de convivência e consideram importantes as inter-relações que ocorrem para além dos atendimentos formais.

Os pacientes relataram que a adequação da rotina matinal os ajuda a organizar a tomada de medicações e realizar as refeições no ambiente facilita e os motiva a participarem com mais frequência das atividades oferecidas.

Ahhh era muito bom quando os pacientes vinha de manhã, às sete horas da manhã, eu animava pra levantar, tinha dia que eu vinha até de moto táxi, pra não perder a hora do café da manhã, reunia todo mundo, tudo os pacientes a gente conversava, uns tava chorando com problema, a gente conversava, eu sempre fui muito calma, depois que eu comecei o tratamento eu fiquei muito calma, né, aí eu tenho paciência de ouvir, posso dar um conselho, eu gosto muito de ouvir, eu não sou muito de falar, eu gosto muito de ouvir, mas eu posso ajudar em alguma coisa, porque eu percebo né quando a pessoa tá sofrendo porque já passei por aquilo, eu sofri muito ...então eu sei dar um conselho, eu sei como falar, eu sei como ouvir, às vezes só de ouvir, a pessoa já melhora, e eu sei como ouvir [...].

[...] todo café da manhã que foi dado, café, as coisas que fizeram aqui pra gente, tudo isso, que fez pra mim eu lembro de tudo eu sou grato [...].

Assim como a interação com outros usuários os fazem refletir as próprias dificuldades e potencialidades.

e tava todo mundo junto, era gostoso, foi bom, tá todo mundo junto, era um modo de eu ver as pessoas diferente de mim e igual ao mesmo tempo, aí eu via que todo mundo tinha problema, às vezes o meu problema era menor que o problema da outra pessoa, aí eu via que e não tinha problema, e eu não tenho problema, eu sou saudável, porque eu me achava doente, mas com as terapia e com a convivência com os outros paciente, falei não, eu não tenho problema, e de encarar minha incapacidade meus problemas, eu falei não, eu não tenho problema, eu não tenho nada, eu sou saudável, porque tava com todo mundo junto, porque se fica sozinho, começa a pensar besteira, e aí começa a pensar nos problemas começa a pensar besteira, é uma terapia, pra mim é [...].

Tentar avaliar porque eu tava sofrendo e ele também sofria, quando fui ver é a raiz, cada um tem uma passagem... a experiência, então a gente ajuda [...].

Para Willrich *et al.* (2013), o olhar para a ambiência se dá a partir de um modelo que viabiliza liberdade e autonomia de uma forma participativa entre usuário e equipe, na qual a interação é base de uma relação terapêutica, que induz a participação do usuário de forma mais ativa e autônoma frente às atividades desenvolvidas no CAPS.

O usuário movimenta-se neste espaço com liberdade, assim percebe-se que esta área de trabalho permite vivências que levam ao bem-estar e ao prazer. Este entendimento vai ao encontro do conceito de ambiência considerando uma ferramenta capaz de potencializar o processo de reabilitação psicossocial, pois a construção de

um ambiente confortável e que investe na produção de subjetividades acaba por proporcionar espaços de liberdade, autonomia e cidadania.

Podemos compreender o eixo do *habitat*, para além do direito ao espaço físico concreto e a noção de habitar ao envolvimento afetivo e de apropriação do indivíduo em relação ao espaço (BEZERRA JUNIOR, 2006), ou seja, também como os espaços que este ocupa na vida e em suas relações sociais. Segundo Lussi e Morato (2012), este eixo está relacionado à construção dos desejos e habilidades ligadas ao habitar. O termo *habitat* se encontra utilizado na Ecologia, e pode ser relacionado ao lugar onde um organismo vivo se desenvolve, encontra alimento, abrigo, proteção e companheiros.

O estudo demonstrou a importância do ponto de vista dos pacientes, estar no ambiente CAPS como espaço norteador de seu cuidado em Reabilitação Psicossocial.

A **Subcategoria 1.3 - Confraternizações**, citada por 3 (três) pacientes (P5, P7 e P8), foi reconhecida como uma atividade exitosa a partir dos discursos que referenciam ações organizadas pela equipe, nomeadas de “Café com Arte”, onde os pacientes além de expor suas confecções, realizavam um café da manhã para convidados e familiares, com música ao vivo e exposições dos objetos confeccionados. Nesta categoria aparecem também as confraternizações de festas anuais como Carnaval, Festa Junina, Natal e as comemorações mensais como os Aniversariantes do Mês.

Ahhh teve época que era muito bom do Café com Arte, era muito bom, era bom que voltasse a ter o Café com Arte, se conseguisse, que nem de primeiro tinha, que era do mês dos aniversariantes, tinha uma padaria, que onde encomendava os salgadinho e o bolo pra cantar parabéns, pelo menos dá eu vinha assim, um jeito assim, que tem muitos, pacientes, tem muitos que não tem dinheiro pra poder comprar alguma coisa pra poder comer, imagina pra cantar parabéns com um bolinho pra eles, pra gente era muito bom, gostava muito nesse mundão afora você não encontra o que você encontra aqui.

Foi tanta coisa, me fez tão bem, eu me lembro quando tinha festa aqui, eu me lembro que podia dançar, que eu podia cantar, muita coisa... as festas, é tudo pra mim, eu esqueço o que já passou, aqui me ensinou a esquecer o passado, as festas [...].

Nesta categoria podemos compreender a importância das atividades festivas, e o quanto, neste sentido, o paciente passa a ter a sensação de pertencimento e socialização, que se mostra o contrário do caminho do isolamento anteriormente utilizado para as doenças mentais.

Nesse contexto das atividades festivas os pacientes demonstram a importância de celebrar a vida, comemorar a existência das pessoas, que muitas vezes foram desvalorizadas socialmente e isso pode ter um efeito terapêutico simbólico maior do que podemos supor e exitoso para a saúde mental.

Os estudos sobre dinâmica de grupo em Psicologia Social corroboram esse resultado sobre a importância dos encontros sociais informais para manutenção do espaço grupal e sensação de pertencimento (MAILHIOT, 1970).

A **Subcategoria 1.4 - Atendimento Eventual de Enfermagem**, citada por 3 (três) pacientes (P2, P7 e P8), pontuaram como exitosa a importância do acolhimento eventual, que é a disponibilidade de escuta qualificada da equipe sem a necessidade de horário agendado prévio, o que facilita o acesso e a resolubilidade das necessidades imediatas relacionadas às angústias individuais.

[...] falar com as enfermeiras às vezes, quando tinha, chegava muito sufocada assim, e aqui realmente eu, me encontrei de novo né, e hoje graças a Deus eu faço o tratamento... do jeito que eu cheguei aqui você não fala, que hoje eu tô aqui, eu tava um palito eu não comia, eu não bebia, eu não conversava com ninguém, eu só ficava nos cantos chorando, sabe... aí eu chegava todo dia cedo, ficava chorando, não conversava com ninguém, aí foi, e graças a Deus, me ajudou muito só tenho a agradecer né, porque a gente sempre precisa também né, sempre precisando do apoio dos, como é que fala... dos profissionais, a gente tá sempre precisando, sempre precisa do apoio deles, porque é muito importante na vida da gente, porque a gente nunca sabe quando vai ter uma recaída, mesmo tomando os medicamentos certinho, mas no meu caso que é tudo emocional, é depressão, e sou uma pessoa que me abala muito, eu me abalo muito fácil assim, então pra mim é muito importante um apoio, é onde que corro pra cá, até às vezes quando não tem, não tá tendo grupo assim assim, muitas vezes que na época que não tava tendo né, e... teve uma época que eu tava muito ruim, eu não tava bem, que eu vim falei com as enfermeiras, a P. falou comigo, me deu uns conselhos, falou pra mim vim, conversar com a psicóloga um outro dia, e aí eu vim falei... conversei... aí ajuda muito a gente [...].

[...] E com as pessoas daqui de dentro, não digo com os internos, os que ficam aqui né, fazendo tratamento, mas com todos vocês aqui do CAPS eu admiro... quando chegou a D. (técnica de enfermagem) e a A. (enfermeira) eu falei moça pela minha parte se alguém reclamar do atendimento aqui com vocês, sabe que eu não reclamo já falei isso pra A. pra D. e pra outra A. também, eu falei, tanto é que eu não pude ainda trazer um presente pra vocês, que eu tô sem dinheiro, mas eu gostaria de trazer uma bíblia, não sei se você gosta, mas eu queria trazer, pra vocês guardassem de lembrança porque é muito importante o que vocês fizeram pra mim, porque dentro de casa eu deito na cama eu pergunto pra mim mesmo, o que eu seria se eu não tivesse aqui dentro, eu ia cair num mundão sem eira nem beira, eu ia acabar sendo morto, eu ia acabar morrendo de fome aí, é muita coisa que acontece aí, é muita coisa que acontece dentro da minha cabeça, então vocês tão de parabéns, porque eu não tô aqui pra dar uma de louco, eu não precisava disso, eu era salva-vidas, eu era pintor industrial, eu trabalhei com marcenaria, eu era uma pessoa normal, só que eu precisei e vocês me deram o melhor tratamento [...].

[...] aqui me ensinou a esquecer o passado, a P. (técnica de enfermagem) esquecer das coisas ruins... foi conversando e fazendo atividade... aí eu fui pondo na cabeça tudo que é de bom, eu vou continuar [...].

Sobre esta questão, podemos analisar a importância dos atendimentos eventuais, ou seja, atendimentos dos pacientes que já estão em seguimento no serviço, e que por algum motivo demandam necessidade de atendimento sem horário previamente agendado pela equipe, onde o poder da escuta qualificada, de livre demanda, realizada sem julgamentos e com intuito acolhedor, são muito potentes, e reconhecidos pelos usuários como Estratégia Terapêutica Exitosa.

Neste contexto, formas inovadoras de cuidado têm sido desenvolvidas, com destaque para a escuta qualificada, tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É um instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho (MAYNART *et al.*, 2014).

A **Subcategoria 1.5 - Atendimento Médico** foi citada por 3 (três) pacientes (P6, P7, P8) que relacionam o vínculo, além da assertividade da medicação, como fatores que influenciam diretamente no sucesso do tratamento.

[...] o que salvou minha vida, um médico, que eu esqueci... o Dr. E. eu tava deitado num banco de madeira, que era pintado na época, hoje tá meio deteriorado com o tempo, eu tava com calor muito forte e eu sentindo frio com a pressão baixa, ia morrer dormindo... deitado, ele... me deram sal na minha boca aí na enfermaria me deram injeção e eu melhorei... ressuscitei... o médico me salvou minha vida, Deus guiou ele, porque Deus guia os outros, a gente nasce aprendendo, eu nem sei quem eu sou eu, eu posso virar a esquina ali e morrer [...].

Todas são boas, todas serviram pra mim, e assim tanto como quando eu comecei com o Dr. E os medicamentos dele sempre foram certo [...].

[...] o remédio foi bom, depois que eu completei 62 anos não pude mais tomar o remédio, esse remédio tava me fazendo mal, mas aqui foi muito bom pra mim agora, eu vou ter que trocar de remédio, porque esse remédio tá fazendo muito mal, e o Dr. E. vai ver se troca pra mim, que esse remédio eu to mal, meu corpo tá inchando, meu braço tá inchando [...].

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe.

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE *et al.*, 2011).

A **Subcategoria 1.6 - Atendimento Psicológico**, foi citada por 2 (dois) pacientes (P2 e P7), que reconheceram a importância dos atendimentos individualizados realizados pelos psicólogos, considerando esta escuta e olhar individualizado como fatores protetivos de respeito à individualidade.

Então a terapia me ajudou muito, porque quando eu cheguei aqui ninguém dava nada por mim né, eu tava dada como morta praticamente, mas aí a terapia me ajudou muito... eu passo muito com a psicóloga né... eu gosto de passar muito com a psicóloga, pra poder estar conversando sempre, quando vejo que tô angustiada assim, por isso que eu gosto de toda semana passar... uma vez por semana, pra poder tá falando, porque não é tudo que a gente consegue falar com as outras pessoas... o atendimento da psicologia pra mim é quando eu passo na psicóloga e converso com ela, individual [...].

Lussi e Morato (2012) citam que a diversidade de fatores a serem trabalhados na Reabilitação Psicossocial corresponde à variedade de aspectos existentes na vida de uma pessoa; este contexto é polissêmico, e tendo em vista a pluralidade de sujeitos envolvidos, requer formas de de atuação que sejam adequadas.

No começo eu passava com a L. eu tinha atendimento com ela, foi ótimo, maravilhoso, tanto que a psicologia foi a que mais me ajudou, foi com a psicóloga L., com a outra psicóloga, e assim, eu não tenho palavra pra descrever o tanto que é bom, o tanto que foi bom pra mim, por eu sofrer esse tipo de problema, agora falar que tem uma coisa negativa... não... Com a L., eu fui fazendo os atendimento, pra mim, me ajudou muito, porque sempre falou pra mim, pega e vai fazer aos pouco as coisas, porque meu intuito é voltar a trabalhar [...].

Lussi e Morato (2012) referem que encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconhecem as subjetividades.

A **Subcategoria 1.7 - Oficinas e Grupos Terapêuticos**, citada por dois pacientes (P2 e P7) que expressaram que os Grupos Terapêuticos possibilitam

intensificar o cuidado devido ao aumento da frequência de atendimentos da unidade, o que evita situações de crise e internações. Referem ainda que o fazer nas atividades concretas é norteador de suas potencialidades e consideram a diminuição do estigma na convivência grupal.

As terapia, e as terapia ocupacional, as terapia em grupo, e foi fundamental no meu tratamento, foi fundamental no meu tratamento, na minha cura, porque quando eu cheguei no CAPS, tanto é que quando eu tratava lá em cima, Dr. A, ele mesmo desistiu de mim, ele mesmo falou, vou te mandar pra semi-internação, ainda inclusive eu achei que eles iam me internar, aí ele me deu o endereço aqui e eu vi que não era internação, era um tratamento mais avançado, que é esse intensivo que a gente faz, aí graças a Deus depois que eu comecei aqui eu fiquei muito bem, quem olha pra mim hoje [...].

Demonstram também a importância da escolha da atividade concreta no Grupo Terapêutico pois esta possibilita os reconhecer suas potencialidades e possibilidades.

mas quando eu to fazendo a 'pirografia' a t.o. é muito importante pra mim, inclusive eu agradeço a você, a sua pessoa, que vem todo dia aqui todo dia ajudar a gente, que é uma coisa que faz aqui dentro que encaixa com a mentalidade do doente, porque se passar um serviço pesado prum doente ele não dá conta, vocês fazem perfeitamente isso aí, eu só tenho a ser grato.

Referem que a atividade também proporciona o direcionamento do pensamento e atenção para além do sofrimento emocional considerando a experiência de “ser capaz” de fazer um fator motivacional.

mas eu acho que o crochet ajuda muito na cabeça, aí pelo menos eu, o crochet me ajudou muito, quando a gente tava fazendo direto, direto, direto... ele me faz esquecer meus problemas lá fora, que eu foco só ali, então eu já saio daqui mais animada, e aí eu já chego em casa, a hora que estou desocupada, já vou já pego, e já vou fazendo, continuando [...].

Benetton e Marcolino (2013) consideram que através das atividades podemos tratar, educar, alterar o ambiente e incluir pessoas num sistema que lhes permita integração e interações.

Eles também reconhecem no Grupo a importância de compartilhar suas experiências e apresentam a redução do estigma que o mesmo se impõe através da convivência com outros usuários, voltando o olhar para suas potencialidades.

E em grupo também, no começo, tava o D., tinha várias pessoas aqui, caso mais grave do que o meu, e foi uma coisa assim, que eu participei que eu achei bom, depois fui eu sozinho [...].

Considerando o terceiro objetivo específico do estudo que visa identificar as propostas sugeridas pelos usuários, tem-se como resultado o mapeamento das experiências mencionadas por eles como Projeções para Futuras Experiências Terapêuticas, como demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 - Desejos dos Entrevistados para Futuras Experiências Terapêuticas.

Projeções para Futuras Experiências Terapêuticas	Possibilidades para Futuras Atividades Terapêuticas	Frequência de Citações
<i>2º ciclo da Investigação Apreciativa visa identificar o “Sonho”. Nesta Categoria buscou-se identificar as aspirações que os pacientes gostariam de vivenciar como futuras experiências terapêuticas.</i>	2.1 Oficinas Artísticas de Geração de Renda	P1, P2, P3, P4, P7, P8
	2.2 Ambiência	P2, P3, P8 P1, P2, P6 P1, P6 P5, P8
	2.2.1 Café Terapêutico / Medicação Assistida	
	2.2.2 Autocuidado	
2.2.3 Recreativas / Esportivas 2.2.4 Confraternizações		
	2.3 Passeios	P5

Fonte: elaborado pela própria autora.

Foram identificados 3 grupos de ações que seriam Possibilidades Futuras de Atividades Terapêuticas.

A **Subcategoria 2.1 - Oficinas Artísticas de Geração de Renda** citada por 6 (seis) pacientes P1, P2, P3, P4, P7, P8 foi definida a partir das referências que os pacientes fizeram entre as atividades artesanais que os mesmos desejam continuar a executar nas Oficinas Artísticas de Geração de Renda, sendo citadas as opções de: costura, pintura, crochet, pirografia, tear, bazar. Estas atividades são realizadas no CAPS e possibilitam a participação da atividade de extra CAPS para exposição e vendas no espaço “Vão das Artes”.

[...] De primeiro tinha, que vinha o pessoal do SENAC, que ensinava a gente nas oficina de costura, tinha que eles ensinava os pacientes... tinha pintura que a gente fazia... na quarta feira era da costura [...].

[...] que nas aulas de crochet também ajudava muito a gente, também aprendia muita coisa, eu já esqueci de coisa que eu fazia [...].

A pintura dos vasos, porque eu gostava dessa época, o L. desenhava, e era fácil pra ele, era fácil pra nós, as ideias era tudo dele, desenhava lá no vaso a gente só contornava, isso aí e tava bom... tinha um compromisso, tinha até horário... pintura de tela... de vaso assim [...].

Olha eu acredito que eu poderia sim, não das atividades que tem várias, mas ter uma atividade livre pra mim fazer a pirografia aqui dentro, fazer por exemplo, eu vou pegar assim, igual estava fazendo antes, porque às vezes eu tinha que vir aqui só quando você tava (terapeuta ocupacional), e eu queria fazer o dia inteiro, por exemplo entrar aqui às 7:00 e saí a tarde, igual eu tava fazendo antes, é só isso que eu queria, porque nas outras partes ... o tear... é da minha pessoa... eu não participo, só que se for pra mim fazer uma pintura talvez um vaso assim, talvez alguma coisa eu faço...

[...] voltar de eu pintar quadro, fazer desenho, pintar pano de prato [...].

As de crochet em Grupo também, era muito bom também, eu já fiz muito tapete aqui, só que agora eu, erro muito ponto, eu não sei se faz muito tempo que parei, então, eu tento fazer lá em casa, mas ai erro ponto e tenho que desmanchar tudo de novo... eu já fiz tapete aqui, já vendi já... minha ex cunhada tem até hoje tapete que ela comprou jogo que fiz aqui...

O bazar também, você aprende a ter responsabilidade, tem que trabalhar, ganhar dinheiro [...].

Observamos aqui que esta categoria de Projeções Futuras se assemelha a primeira categoria observada na questão anterior sobre a Identificação de Atividades Exitosas, o que podemos reforçar que o desejo de produzir algo e estar inserido neste contexto social, é uma experiência terapêutica considerável aos entrevistados.

Podemos entender que neste novo modelo de atenção à saúde mental, entende-se que

[...] as oficinas terapêuticas não devem possuir o sentido da ocupação e do entretenimento, e sim de serem promotoras da reinserção social por meio de ações que podem envolver o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito, para que não voltemos a cair numa nova institucionalização, que pode vir a criar outros crônicos (COSTA; FIGUEIREDO, 2008, p. 8).

Segundo Andrade (2014 apud RIBEIRO, 2008), tanto as oficinas terapêuticas quanto as oficinas de produção têm como tarefa a promoção da reinserção e da circulação social dos que dela participam no território onde vivem, promovendo contratualidade social através das trocas afetivas, simbólicas, sociais e econômicas.

A **Subcategoria 2.2 - Ambiência**, foi reconhecida a partir dos relatos relacionados às possibilidades de frequentar e realizar atividades no CAPS em um horário estendido, onde os mesmos podem adequar sua rotina de café da manhã e almoço na unidade e desfrutem dos espaços físicos e das relações interpessoais que se desenvolvem neste período, sejam nos atendimentos ou na interação com os outros pacientes da unidade.

Este item foi subdividido nas atividades citadas pelos usuários relacionadas ao tempo de permanência na unidade e as atividades que desejariam que ocorressem nesta ocasião. Fazem parte desta categoria os itens; 2.2.1 Café Terapêutico / Medicação Assistida citada por 3 (três) pacientes (P2, P3 e P8); 2.2.2 Autocuidado, citado por 3 (três) pacientes (P1, P2, P6); 2.2.3 Recreação, citado por 2 (dois) pacientes (P1, P6) e 2.2.4 Confraternizações citado por 2 (dois) pacientes (P5 e P8).

No **item 2.2.1 - Café Terapêutico / Medicação Assistida**, os pacientes referem a importância da rotina realizada no ambiente do CAPS, como fator positivo em seu acompanhamento.

[...] Ai eu acho que assim... voltar como era antes, aquela terapia de todo dia assim, cada dia uma coisa, cada dia uma coisa, para ocupar mais a cabeça da gente... então a gente entrava, a gente tomava os medicamento aqui e só leva o da noite pra tomar, principalmente no meu caso, que é suicida assim, é dava pra levar em casa assim, porque, aqui tem horário certo pra dar né, e as vezes a gente em casa, acaba esquecendo de tomar aquele horário, já toma outro horário, depois já toma outro noutro horário, e aí levava só o da noite pra casa, aí de manhã voltava tomava aqui de manhã aí no almoço também tomava aqui, e aí só dava da noite pra ir embora tomar em casa, eu às vezes esqueço vou tomar na hora errada, ao invés de eu tomar de manhã, eu esqueço quando vou lembrar já é onze hora, e aí que acontece eu já tenho que tomar o da manhã junto com o do almoço [...].

Voltar o café da manhã, não é só por causa da comida, é porque além da comida, do café, é um tempo que você tem pra conversar com os amigos, você se senta na mesa pra comer, aí você conversa... podia voltar. Porque você conversa com as outras pessoas, você vê os problemas que elas têm, é bom, ajuda, porque às vezes você vê que seu problema não é tão difícil como do outro [...].

[...] ouvindo música no café da manhã, a gente saía mais cedo, um pouquinho de casa, sete horas, ficava esperando o CAPS abrir [...].

No **item 2.2.2 - Autocuidado**, citada por 3 (três) pacientes P1, P2, P6, foi definida a partir dos relatos dos desejos dos pacientes para que aconteçam atividades de cuidados pessoais como: corte de cabelo e unhas. Atividades de Cuidados Alimentares: hortas. Atividades Corporais como: Ginástica, Dança, Tai-Chi-Chuan, Relaxamento.

corte de cabelo, pintava a unha, aí vinha toda semana, era de quarta e quinta... aí tinha vez que nos ia fazia hortinha lá embaixo né, aí a gente sente muita falta, nós limpamos tudo, deixamos tudo ali limpinho, mas aí depois que foi embora não pode vir mais, ai acabou [...].

[...] A ginástica também era muito boa, boa ajudava muito, a ginástica na época, aconteceu muita coisa boa aqui, é que eu não lembro muito assim, eu sou muito esquecida, das coisas... a sensação é de que hoje eu me sinto viva, que hoje eu me sinto viva, sabe, não é qualquer pessoa que vai me deixar,

me deixar me sentir como inútil, um lixo, como se eu não valesse nada, que tem muita gente que até hoje fala quem faz esses tratamento é gente louco, até hoje tem gente que me chama de louca, mas eu sei que eu não sou louca, eu faço tratamento mas eu não sou louca, eu tenho uns problemas, eu tenho problema psiquiátrico, tudo... mas eu sei que eu não sou louca, e eu sou feliz assim, sou bem assim, me sinto bem vindo aqui, e independente né, porque as pessoas falam né, tem gente que só de você tomar um remédio controlado, se fala que é psiquiátrico já fala que cê é louca, e ainda mais eu que tomo um monte, mas eu já me acostumei com essa parte aí.

[...] Dança, Capoeira, Tai-Chi-Chuan... cê entendeu?... Teve uma vez ... eu não sei se pode existir isso aqui, tem um piano que foi doado pra mim, mas eu até deixei pra lá, tá lá no Santa Thereza, a dona T. doou pra mim, e ela cantava as músicas num piano e ficava num lugar fresquinho e vinha uma mulher e ele falava assim “agora você pensa que você está respirando [...]”. aí a pessoa vai mudando o raciocínio porque muito das pessoas vem aqui e fica parada, olhando para a parede... hora que chega na frente do médico, começa a lembrar dos problemas aí chora e enche de remédio, desabafando... não tá doente... tá desabafando o sofrimento, aí dá como doente [...].

A ginástica... agora a ginástica tem que ter um tempo.

Observa-se que a ambiência é concretizada nas relações de cuidado, as quais incluem a promoção da higiene corporal, manutenção da aparência física, oferta de alimentação e medicamentos. Esses aspectos não se restringem ao desenvolvimento de atividades técnicas e meramente automatizadas, evidencia-se na singularidade desses momentos, nos quais o encontro acontece, entre usuários e equipe, local em que os vínculos afetivos estão explícitos.

Acreditamos, portanto, que seja o componente que qualifica este ambiente, sendo foco principal que favorece as relações interpessoais e seu fortalecimento.

No **item 2.2.3 - Recreativas / Esportivas**, citada por 2 (dois) pacientes (P1 e P6) foi definida pelas referências que os pacientes fizeram em relação a atividades que já vivenciaram na unidade, quando esta recebeu alunos de um curso técnico de enfermagem que realizou atividades recreativas com: bingo e jogos lúdicos. Também foram citadas atividades esportivas neste conteúdo como: pique-pega, voleibol, ping-pong e basquete.

a gente fazia joguinho... fazia bingo... na quinta era de jogos [...].

[...] Brincadeira, pique-pega, voleibol, basquete, ping-pong, cê entendeu? Exercício, cê entendeu?

Podemos perceber que o olhar para a ambiência deve permitir a liberdade e autonomia de forma participativa entre usuário e equipe, na qual a interação à base

de uma relação terapêutica que induz a participação do usuário de forma mais ativa e autônoma frente às atividades desenvolvidas no CAPS (2013).

As Atividades Recreativas / Esportivas possibilitam a potencialização do bem-estar. Para o autor, neste contexto, o bem-estar não é a ausência de doença, mas sim a possibilidade de um viver saudável e com qualidade, mesmo com a existência de uma condição aguda ou crônica.

Esta qualidade de vida é a relação entre os atributos e propriedades que qualificam a vida, e dos sentidos que os indivíduos conferem a ela, ou seja, pode ser analisada através da qualidade de saúde.

Na percepção dos usuários as Estratégias Terapêuticas realizadas no ambiente do CAPS não precisam estar necessariamente direcionadas ao cuidado da doença e sim ser um promotor de qualidade de vida.

No **item 2.2.4 - Confraternizações**, citada por 2 (dois) pacientes (P5, P8), foi definida pelo desejo apresentado da retomada da atividade nomeada “Café com Arte”, onde era realizado uma vez por mês uma Atividade de Café da Manhã, aberto à comunidade, usuários e familiares, onde os pacientes expunham suas criações e realizavam apresentações artísticas; citaram também neste quesito as Festas Temáticas como: Aniversários, Carnaval, Festa Junina, Festa Natalina.

[...] Café com Arte... é a reunião de família... dos pacientes... tem música, é uma forma da gente passear [...].

[...] Eu acho que deveria voltar tudo ao normal, voltar as festas... eu não faltava nem uma festa, é isso que eu queria que voltasse... Pra mim botar minha cabeça no lugar e esquecer tudo, sabe o que eu tava pensando, ontem mesmo aconteceu, peguei a faca pra se matar, abri o portão pra se jogar na frente do carro, eu queria que voltasse tudo isso pra mim esquecer coisa ruim que passa na minha cabeça que eu tano aqui eu me sinto bem, eu me sinto segura aqui, lá fora é perigoso, vem coisa na minha cabeça que eu tenho coragem de fazer, de repente tem uma coisa que me puxa... é isso que eu queria que voltasse como era, voltando tudo como era normal como era antes do coronavírus, por causa do coronavírus acabou tudo, eu gostaria que voltasse tudo de novo só pra mim botar a cabeça no lugar e não ficar pensando besteira.

Para Willrich *et al.* (2013) a determinação do espaço de ambiência vai além da estrutura formal, física e técnica dos ambientes, transformando-se em um espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporcione atenção acolhedora, resolutiva e humana oferecendo conforto, privacidade, segurança, enfim, um espaço de expressão de subjetividades dos sujeitos envolvidos, potencialmente decisivos no processo de atenção psicossocial.

A **Subcategoria 2.3 - Passeios**, citada por 1 (um) paciente (P5), foi definida a partir do relato do desejo de que se retomasse as experiências de passeios externos organizados pela instituição fossem retomados.

e os passeios, os passeios de ônibus que a gente fazia, a gente já foi pra Aparecida do Norte, já foi pra Brasília, foram pra Santos, eu não fui porque eu já conhecia o mar, aí levou quem não conhecia né, mas os passeios, nós fomos também ver Portinari, o museu dele nós fomos, muito bom, é o que eu gostaria que voltasse [...].

Os passeios possibilitam a ampliação do repertório de vivências dos pacientes, que muitas vezes se tornam limitados no decorrer de seu histórico existencial com a doença psiquiátrica. Esta atividade possibilita a convivência e inserção social para que os espaços públicos sejam também desfrutados pelos usuários de serviços de saúde mental, estando em consonância com os preceitos da Reabilitação Psicossocial.

Pitta (2016) considera que a Organização Mundial de Saúde entende Reabilitação Psicossocial como um conjunto de atividades capazes de maximizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de suprimentos individuais, familiares e comunitários.

Considerando o quarto objetivo específico do estudo que visa apresentar uma planilha de ações desenvolvida com base na opinião dos usuários, tem-se como resultado o mapeamento das possíveis rotinas e intitulações das estratégias terapêuticas futuras, como apresentado nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 - Calendário para Futuras Experiências Terapêuticas.

Calendário de Futuras Experiências Terapêuticas	Calendário de Atividades	Frequência de Citações
<i>3º ciclo da Investigação Apreciativa que desenvolve o "Design" das ideias. Nesta categoria os pacientes foram incentivados a elaborar uma rotina para as atividades terapêuticas sugeridas no ciclo anterior.</i>	Cinco vezes por semana	P2, P7, P8
	Uma vez por semana	P1, P3, P4
	Um evento mensal	P5
	Um evento semestral	P5

Fonte: elaborado pela própria autora.

Foram identificadas quatro possibilidades em relação ao desejo de frequência nas Atividades do CAPS, sendo que 3 pacientes citaram o desejo de comparecer ao CAPS todos os dias da semana, considerando este dispositivo um norteador de seus

cuidados em relação à adesão medicamentosa e rotina de vida; 3 pacientes citaram o desejo de comparecer ao CAPS pelo menos uma vez na semana para realização das Atividades Terapêuticas e retirada de medicamentos; 1 paciente citou a importância de comparecer ao CAPS nos Eventos Mensais relacionados às Confraternizações e também citou a importância da realização de eventos elaborados semestralmente, como atividades de passeios externos.

Os pacientes que citaram cinco vezes por semana, referem:

A medicação você já ia medicada, todo dia, aí você sabia que tinha que tomar aquele horário, só aquele remédio, porque em casa a gente dá uma descontrolada, mesmo sem querer, eu acho importante porque aí tomava o remédio certo na hora certa, pelo menos de manhã e do almoço, porque aí eu acabava tomando um remédio em cima do outro, praticamente, da manhã e do almoço, porque às vezes eu esqueço, quando vou lembrar [...].

[...] Na verdade seria de segunda a sexta, entendeu, até eu receber alta, porque o meu intuito é receber alta [...].

[...] Eu voltaria todos os dias aqui, tomar café da manhã, almoçar aqui, vir todos os dias, que é melhor pra mim, ficar em casa eu fico, pensando besteira, eu fico pensando coisas horríveis, é isso que eu queria que voltasse a ser o CAPS tomar café da manhã, o almoço, fazer atividade, voltar pra casa, o horário era 8:00, o almoço acho que era as 11:00 ou 12:00, era por aí, eu acho que é isso aí que tá faltando.

Os pacientes que citaram a frequência de uma vez por semana, referem:

Acho que podia ser organizada uma vez na semana, né assim, não só vim eles, vim aí e dar as atividades diferente, o de costura também tinham ensinava a costura aqueles quadradinho na máquina pra fazer tapete, trazia as máquina e deixava lá pra gente costurar, aí tinha a moça que era costureira que ia ensinando a gente como fazer, cada dia era uma coisa, nós fazia sempre a tarde né, porque de manhã tem os pacientes por causa da medicação né... aí é muito difícil pra poder levantar de manhã, aí fazia mais era a tarde, nós já saía de lá da feirinha e já ia pra fazer, um dia de costura, um dia de joguinhos, um dia de cuidado, tinha dia que tirava foto, levava pra sair num lugar lá pra fora tirava foto, cada um ia tirando, tirava do jeito que queria né [...].

É uma vez por semana assim, no máximo duas horas... Pode ser tela também... é que eu tô dormindo demais né, nossa... de manhã, pra não ficar dormindo, eu acordo nove horas, dez horas, muito tarde [...].

O paciente que referiu um evento mensal:

Uma vez por mês que era antes, aí não ficava puxado pra ninguém, aí a Prefeitura tem que ajudar, porque antes ela ajudava, tinha o aniversariante do mês, vinha o bolo, a prefeitura mandava, uma vez no mês de todos os aniversariantes daquele mês, e o Café com Arte que podia voltar, é uma manhã, convida os pacientes, os familiar, aí tem música, expõe também as coisas que a gente faz pros familiares ver, comprar se puder, é muito bom, muito divertido, tem gente que dança, quem quiser dança, é muito bom, é os

familiares e os funcionários, né, porque os funcionários também são muito alegres, distrai bastante a gente [...].

O paciente que citou um evento semestral:

[...] Os passeios, aí tem que ser com a Prefeitura, e o CAPS, porque aí não sai nada do bolso da gente dos pacientes, é tudo da Prefeitura e do CAPS, ah um passeio a cada seis meses tava bom, tava ótimo, porque fica muito caro esses passeios... Nós fomos prum Hotel Fazenda, nós fomos ficamos o dia inteiro no Hotel Fazenda, almoçamos lá, teve gente que nadou no rio, o dia inteiro e volta, passar o dia... a viagem demorá né, não dá pra dormir, passeio de ir e voltar.

O Quadro 6 estão apresentadas as Intitulações que os pacientes foram convidados a fazer em suas respectivas sugestões de Atividades Futuras mencionadas na questão 2, apresentando então 5 itens que se subdividem nas sugestões pertinentes, sendo eles: Oficinas Artísticas / Economia Solidária, Medicação Assistida / Rotina Diária / Ambiência, Confraternizações e Eventos, Atividades Extra CAPS e Autocuidado.

Quadro 6 - Nomeações de Futuras Atividades Terapêuticas.

Intitulação das Futuras Experiências Terapêuticas	Atividades Citadas	Nomeações de Atividades
<i>4º ciclo da Investigação Apreciativa, é definido como o "Destino". Nesta categoria os pacientes foram estimulados a elaborar um nome para as atividades terapêuticas sugeridas na Categoria 2.</i>	4.1 Oficinas Artísticas e Economia Solidária	4.1.1 Pirografia Arte na madeira 4.1.2 Vão das Artes 4.1.3 Brechó do CAPS
	4.2 Rotina Diária, Medicação Assistida e Ambiência	4.2.1 Projeto Controlado 4.2.2 Grupo de Atividades
	4.3 Confraternizações e Eventos	4.3.1 Café com Arte 4.3.2 Aniversariantes do Mês
	4.4 Atividades Extra CAPS	4.4.1 Viagens
	4.5 Autocuidado e Recreação	4.5.1 DNA - Deus, Natureza e Amor 4.5.2 Oficina Criativa

Fonte: elaborado pela própria autora.

A **Subcategorias 4.1 - Oficinas Artísticas e Economia Solidária** apresenta três Nomeações de Projetos, sendo: 4.1.1 - Pirografia Arte na Madeira, 4.1.2 - Vão das Artes; 4.1.3 - Brechó do CAPS.

Aí eu já não tenho ideia... O nome eu já não sei, aí teria que ver junto com as outras pessoas também... Brechó do CAPS.

Já tinha um nome Vão das Artes. Em homenagem ao L. que tanto lutou aí [...].

Pirografia Arte na Madeira, porque posso colocar adesivo, posso fazer mosaico, posso fazer pintura, pode fazer um monte de coisas na caixinha, entendeu?

A **Subcategoria 4.2 - Medicação Assistida / Rotina Diária / Ambiência**, apresenta duas Nomeações de Projetos sendo: 4.2.1 Projeto Controlado e 4.2.2 Grupo de Atividades.

Sugestão... deixa ver... nossa agora... não tenho, aí alguma coisa, um nome que ajude na Saúde Mental da gente né, na cabeça da gente né que trabalha bem o cérebro, não sei como te dizer, não sei como explicar, uma coisa que ajuda no sistema central da cabeça da gente, não sei dar o nome... Projeto Controlado.

Grupo de Atividades, todo mundo pode participar.

A **Subcategoria 4.3 - Confraternizações e Eventos**, apresenta duas Nomeações de Projetos, sendo 4.3.1 - Café com Arte e 4.3.2 - Aniversariantes do Mês.

Aniversariantes do Mês, Café com Arte.

A **Subcategoria 4.4 - Atividades Extra CAPS** é composta por uma Nomeação de Projeto, sendo esta 4.4.1 Viagens

Viagens.

A **Subcategoria 4.5 - Autocuidado e Recreação** é composta por uma Nomeação de Projetos sendo, 4.5.1 DNA - Deus Natureza e Amor.

Aí vish agora pegou... podia ser Oficina Criativa.

Deus deu o mundo pra gente cuidar, não pra destruir, porque aqui a gente só está de passagem, tenha fé nele e continue, é o DNA - Deus, Natureza e Amor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências implantadas desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira visam substituir o modelo de atenção psiquiátrica orientado para o confinamento e centrado em intervenções hospitalares, com a implantação dos serviços substitutivos. Sendo assim, os Centros de Atenção Psicossocial foram estabelecidos gradativamente apoiados pelas Reformas Sanitárias e Psiquiátrica.

As internações psiquiátricas foram substituídas para o acolhimento dos usuários no território nacional e as práticas terapêuticas ampliadas para além de intervenções medicamentosas, onde os sujeitos são participantes ativos na construção de seu Projeto Terapêutico.

Portanto, as Estratégias Terapêuticas contidas neste recurso necessitam de gestão participativa para que as demandas, desejos e necessidades da população alvo sejam compreendidos e os preceitos da Reabilitação Psicossocial fomentados.

Em um levantamento bibliográfico sobre o tema “Reabilitação” evidenciou que a psiquiatria brasileira segue uma tradição da psiquiatria norte-americana (CORIN; LAUZON, 1988 apud PINTO, 2011, p. 27):

[...] na qual a fala dos pacientes sobre si é pouco valorizada ou mesmo empobrecida ao nível do sintoma. Esta autora enfatiza que reabilitar é privilegiar o potencial de recuperação das pessoas, colocando no centro das intervenções o sujeito e não seus déficits, ressaltando o papel de protagonista que o próprio usuário deve ter nesse jogo de se restabelecer, privilegiando a fala dos mesmos em todo o processo.

A reabilitação psicossocial pode ser entendida como um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para buscarmos alcançar a utopia de uma sociedade justa e sem manicômios. Ainda, considera que é um processo de transformação, de mudança, no sentido de

[...] criar alternativas que venham transformar a forma de atenção e de cuidado destinada ao portador de sofrimento psíquico e que visem à devolução de identidade e cidadania. No entanto, para este processo tornar-se concreto e efetivo, faz-se necessária uma contínua avaliação, a fim de não incorrerem no erro de reproduzir as mesmas práticas do modelo hospitalocêntrico. (BABINSKI; HIRDES, 2004, p. 570).

Podemos observar que, neste estudo, os pacientes conseguiram identificar em seu repertório quais atividades sob seus olhares são Experiências Terapêuticas

Exitosas, definir propostas para seus desejos futuros e elaborar possibilidades para a organização de rotina das mesmas.

Na percepção dos usuários, as atividades que consideram exitosas e as que gostariam de vivenciar neste espaço se complementam entre os cuidados direcionados às especificidades da condição de doença e os cuidados direcionados à promoção de saúde e qualidade de vida.

Diante da abordagem utilizada, consideramos que através da Investigação Apreciativa foi possível desenvolver o protagonismo e o poder de negociação do usuário através de um Instrumento de Escuta que pode identificar, sob o ponto de vista dos usuários, os recursos exitosos, as possibilidades, necessidades e projeções oportunas para o cuidado em Saúde Mental.

Por fim, cita-se que a dissertação possibilitou o desenvolvimento de dois produtos, o primeiro trata-se de Relatório Técnico encaminhado e recebido pela Secretaria Municipal da Saúde – Departamento de Planejamento em Saúde - Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Apêndice D e Anexo D), e o segundo refere-se a um Folheto explicativo para as equipes do CAPS (Apêndice E).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental.** Tese (Doutorado em Psicologia). 2013. 297f. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita – UNESP, Assis, 2013.
- ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área de Saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 121-131, 2018.
- BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, 568-576, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3. ed. Tradução de Luiz Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BENETTON, J.; MARCOLINO, T. Q. As atividades no método da Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013.
- BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF: DOU, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 06 mar. 2022.
- BRASIL. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Brasília/DF: DOU, 1992. Institui, na área da saúde mental, diretrizes, normas para o atendimento ambulatorial (Unidades Básicas, Centro de Saúde, Ambulatório, NASF, CAPS), normas para o atendimento hospitalar (Hospital Dia, Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, Hospital Especializado em Psiquiatria). Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 03 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Brasília/DF: DOU, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 17 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa de Volta para Casa.** Brasília/DF: HumanizaSUS, a área de Saúde Mental (SAS) e a Coordenação-Geral de

Documentação e Informação (CGDI/SA/SE), 2003a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>. Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003b. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: DOU, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília/DF: OPAS, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF: DOU, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 854**, de 22 de agosto de 2012. Altera Tabela de Procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial - RAAS. Brasília/DF: DOU, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 22 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 27 nov. 2022.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Construção do SUS. 2011. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/construcao-sus.php#>. Acesso em: 10 dez. 2022.

- CORTELINI, A. P. A. **Avaliação da qualidade dos Serviços e a Satisfação dos usuários do CAPS AD III de Uruguaiana/RS**. Monografia (Especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, Restinga Seca/RS, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11732/Cortelini_Ana_Paula_Ancinello.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 set. 2022.
- COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (org.). Apresentação. *In*: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008. p. 7-10.
- ERBS, R. T.; MARTINEZ, F.; ARAÚJO, J.; ASSIS, M. P. A investigação apreciativa como metodologia de ação e intervenção em uma cooperativa de costureiras. **Enciclopédia Biosfera**, Jandaia, v. 15, n. 27, 2018. Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/627>. Acesso em: 19 mar. 2023.
- FERNANDES, S. M. B. A. **Nise da Silveira e a Saúde Mental no Brasil: um itinerário de resistência**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21426>. Acesso em: 19 mar. 2023.
- FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 257 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17082005-110109/publico/FRANCESCHINI_TRC.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.
- JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.
- LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. O Significado do Trabalho para Usuários de Serviços de Saúde Mental Inseridos em Projetos de Geração de Renda Vinculados ou Não ao Movimento da Economia Solidária. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012.
- KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M.; ANTONACC, I. M. H.; GUEDES, A. C. Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 2, p. e21112120766, 2021.
- MAILHIOT, B. **Dinâmica e gênese dos grupos: atualidades das descobertas de Kurt Lewin**. Petrópolis: Vozes, 1970.
- MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NAGAOKA, A. P.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de um centro de atenção psicossocial e sua vivência com a doença mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 912-917, 2011. DOI: 10.1590/S0080-62342011000400017.

OLIVEIRA, A. M. P. **O método de Investigação Apreciativa: fatores críticos à sua implementação no ambiente organizacional**. 2010. 204 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/1183/1/arquivo237_1.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas: OPAS; WHO, 1990. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/12>. Acesso em: 10 mar. 20263.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 70-77, 2007. DOI: 10.1590/S0104-11692007000100011.

PINTO, V. A. M. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: um olhar na perspectiva dos usuários do caps**. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_VanessaAndradeMartinsPinto.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

RIBEIRÃO PRETO. **Lei Municipal nº 6.820**, de 07 de junho de 1994. Regulamenta a reforma psiquiátrica em Ribeirão Preto e dá outras providências. Ribeirão Preto: DOU, 1994. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/legislacao-municipal/pesquisa/lei/2451>. Acesso em: 07 fev. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2020.

RIBEIRÃO PRETO. **Saúde, Rede Básica, Unidades Especializadas, CAPS II**. 2020. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16caps.php>. Acesso em: 10 de nov. 2021.

SANTOS (Cidade). **Primeiro CAPS 24 horas do Brasil, completa 30 anos**. 27 set. 2019. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/primeiro-caps-24-horas-do-brasil-em-santos-completa-30-anos>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Té Cora, 1999.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PERICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 13, n. 1, p. 33-51, jan. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2023.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, nov. 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.25722016.

SOUZA, L. V.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 22, n. 3, p. 598-607, 2010. DOI: 10.1590/S0102-71822010000300020

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.

SURJUS, L. T. L. S. **Narrativas políticas**: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas. 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/dissertacao_lucianatogni_0.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

WILLRICH, J. Q.; BIELEMANN, V. L.; CHIAVAGATTI, F. G.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R. Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 248-258, 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para ser participante do projeto de pesquisa intitulado **“Perspectiva dos Usuários de CAPS sobre as Estratégias Terapêuticas em Saúde Mental através da Investigação Apreciativa”** de responsabilidade da pesquisadora **Camila Beatriz Guilhermitti Silva**.

Você está sendo convidado(a), no entanto saiba que você tem total direito de não querer participar.

A seguir apresentamos os objetivos desta pesquisa e outras considerações sobre a participação.

1. O trabalho tem por objetivo investigar os pontos positivos e novas possibilidades para as atividades em Saúde Mental do CAPS II do Município de Ribeirão Preto, a partir da perspectiva dos usuários que são atendidos nesse serviço.
2. A participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com seus dados pessoais e um questionário composto por quatro perguntas abertas. Sendo realizados em uma entrevista com duração de no máximo 50 minutos, realizados na sala de atendimentos de Terapia Ocupacional pela profissional Camila Beatriz Guilhermitti Silva, Terapeuta Ocupacional da unidade do CAPS II.
3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos do paciente não se sentir à vontade para responder às questões, ou não compreender o teor das perguntas, o que será minimizado pelo fato da pesquisadora que conduzirá a entrevista estar disposta para maiores esclarecimentos imediatos.
4. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão de que o usuário do serviço poderá se posicionar quanto às alternativas que mais o beneficiam considerando as Atividades Terapêuticas realizadas neste serviço, e ainda ter a possibilidade de propor novas perspectivas para a organização a serem ofertadas tanto para o mesmo, quanto para os outros usuários desta unidade.

5. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.
6. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar aos voluntários pela participação, no entanto, caso haja qualquer despesa decorrente desta participação haverá o seu ressarcimento pelos pesquisadores.
7. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
8. O nome dos participantes será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejarem terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.
9. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Camila Beatriz Guilhermitti Silva, pesquisadora responsável pela pesquisa, telefone: (16) 3931-4308, e-mail: camilaguil33@gmail.com, Rua Prudente de Moraes, 475, Centro, Ribeirão Preto, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unaerp, localizado na Avenida Costábile Romano, 2.201, Bairro Ribeirânia, Local de Atendimento Bloco A – Pavimento Superior, na cidade de Ribeirão Preto-SP, telefone: (16) 3603-6860, e-mail: cetica@unaerp.br, atendimento de segunda à sexta-feira das 08h00min. às 14h00min.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em ser participante do Projeto de pesquisa acima descrito.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2022.

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico

1 - Nome: _____.

2 - Data de Nascimento: ___/___/____. Idade: _____.

3 - Sexo: _____.

4 - CID _____.

5 - Naturalidade: _____.

6 - Cidade em que reside: _____.

7 - Escolaridade: _____.

8 - Estado Civil: solteiro casado
 vivendo consensualmente divorciado/Separado
 viúvo

9 - Composição familiar.

9.1 Quantos Filhos: _____.

9.2 Quantas pessoas moram com você: _____.

9.3 Qual grau de parentesco das pessoas residentes na casa. Algum familiar o auxilia no tratamento? Quem?

10 - Religião atual: Católico Espírita
 Evangélico Protestante
 Outras. Especifique: _____

11 - Habitação: Própria Financiada
 Alugada Cedida
 Outras. Especifique: _____

12 - Ocupação Atual:

13 - Ocupação Anterior:

14 - Há quanto tempo você é usuário (a) deste serviço de Saúde Mental?

15 - Você já realizou acompanhamento em outro serviço de Saúde Mental? Especifique.

16 - Como você se locomove até este serviço?

APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista - Investigação Apreciativa

Tema: Estratégias Terapêuticas CAPS

1. Quais foram suas melhores Experiências Terapêuticas no CAPS?
2. Quais ações Terapêuticas que você imagina e gostaria de ver acontecendo no CAPS?
3. Como você acredita que poderiam ser organizadas estas ações?
4. Quais nomes poderiam ser dados a estes projetos?

APÊNDICE D – Produto I: Relatório Técnico

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E
EDUCAÇÃO

RELATÓRIO TÉCNICO DISSERTAÇÃO

INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA: OPINIÃO DOS USUÁRIOS DE CAPS
SOBRE AS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL

RIBEIRÃO PRETO
2023

RESUMO

Este Relatório Técnico contém os resultados obtidos a partir de uma pesquisa realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ribeirão Preto – SP. Refere-se a um estudo com o objetivo de apresentar as opiniões dos usuários sobre as Estratégias Terapêuticas vivenciadas pelos mesmos no serviço de Saúde Mental, apresentamos sobre a ótica dos pacientes o que consideram Experiências Terapêuticas Exitosas que contribuem para seu tratamento em Saúde Mental, por fim, uma reflexão sobre suas experiências analisando-as a partir dos pressupostos teóricos da Reabilitação Psicossocial.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde Mental; Assistência em Saúde Mental; Usuários; Pesquisa Qualitativa; Reabilitação Psicossocial.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	84
1.1 OBJETIVOS	85
1.1.1 Objetivo Geral.....	85
1.1.2 Objetivos Específicos	85
2 METODOLOGIA	86
2.1 TIPO DE PESQUISA	86
2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	86
2.3 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS	87
2.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	87
2.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	89
2.6 ANÁLISE DE DADOS	90
3 RESULTADOS.....	94
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICE A.....	116
APÊNDICE B.....	118

1 INTRODUÇÃO

O presente Relatório Técnico contém os resultados e as discussões envolvendo um estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do município de Ribeirão Preto – SP.

O presente estudo foi realizado através do desenvolvimento de uma Dissertação de Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Saúde e Educação, da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

O Centro de Atenção Psicossocial é um dispositivo criado para sustentar os preceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o objetivo de ser promotor de saúde e socialização para pacientes que realizam tratamentos ou que passaram por longas internações no setor de Psiquiatria.

Na proposição de mudança paradigmática e não apenas assistencial, Bezerra Junior (2007) refere que na atenção ao sofrimento psíquico, é preciso encontrar formas de estimar subjetivamente e não apenas objetivamente às pessoas com transtornos mentais. O modelo até então utilizado para se tratar a doença mental estava baseado em internações prolongadas e precisava ser repensado, visto que ele estimulava ainda mais as condições da doença e tornava as internações infinitas e com hospitais superlotando.

O que passou a ser definido como Luta Antimanicomial, foi produto de um longo processo histórico em consonância com os preceitos da Reforma Sanitária na década de 1970. Meados de 1978 é considerado o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, ano que foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual era constituído por integrantes dos movimentos sanitários, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longos históricos de internações psiquiátricos.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores passos para garantir o direito à saúde, contribuiu para a redemocratização do país, sendo concomitante ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, ambos passaram por uma longa construção e transformação da saúde pública.

Nesse contexto de implementação de novas políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) os Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS) e

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são criados oficialmente a partir da Portaria nº 224 (BRASIL, 1992) e atualizada na Portaria nº 336 (BRASIL, 2002).

Os CAPS se tornam os dispositivos de cuidado em Saúde Mental para a superação do modelo asilar, criando um lugar social para as pessoas com sofrimento decorrentes de transtornos mentais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Oferecer um relatório técnico destinado a Coordenadoria de Saúde Mental do Município de Ribeirão Preto e Equipe Multiprofissional do Caps II, apresentando as opiniões dos usuários sobre suas Experiências Terapêuticas consideradas Exitosas.

1.1.2 Objetivos Específicos

1) Apresentar a Coordenadoria de Saúde Mental e Equipe Multiprofissional do CAPS II as descrições das atividades realizadas consideradas exitosas pelos usuários do CAPS II do município de Ribeirão Preto.

2) Oferecer a Coordenadoria de Saúde Mental e Equipe Multiprofissional o Questionário de Escuta desenvolvido através dos preceitos da Investigação Apreciativa com intuito de multiplicar as possibilidades dos profissionais realizarem a escuta participativa dos usuários de Saúde Mental

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

O presente relatório técnico é proveniente de uma Dissertação de Mestrado desenvolvida através de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Gil (1991) as pesquisas descritivas apresentam como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

A abordagem qualitativa se justifica pois trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo num sentido mais amplo, a um espaço mais profundo das relações e dos processos de fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, ou seja, recorte da realidade impossível de ser quantificado (MINAYO, 2001).

A pesquisa também se fundamenta nos princípios da Investigação Apreciativa. Barret e Fry (2005 apud OLIVEIRA, 2010) afirmam que a Investigação Apreciativa é um processo interativo e relacional, quer em pares ou em grupos, com objetivo de considerar o que mais valorizam no passado e o que almejam para o futuro, quais habilidades existem no sistema em que se encontram, as possibilidades e desejos para o futuro e maneiras de alcançar as situações

2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foi estipulada uma entrevista referente a cada Estratégia Terapêutica utilizada na unidade. Portanto, dos 42 usuários do serviço de Saúde Mental CAPS II, incluídos no regime semi-intensivo no momento da pesquisa, participaram 8 (oito) usuários. Os critérios de inclusão foram:

- Os participantes do estudo têm idade superior a 18 anos, pois neste acolhimento são atendidos apenas maiores de idade.
- Residirem em Ribeirão Preto.
- Serem usuários inseridos no serviço de Saúde Mental CAPS II por mais de 6 meses, em regime de atendimento semi-intensivo, que é definido pela quantidade de 4 a 12 atendimentos por mês. Esse critério possibilitou que o usuário pudesse vivenciar a dinâmica do serviço e participar de pelo menos uma Estratégia Terapêutica, sendo estas:

9. Acolhimento Demanda Espontânea dos Pacientes em Seguimento;
10. Atendimento Médico / Medicação Assistida / Coleta de Sangue;
11. Plantão Psicológico;
12. Oficina de Leitura;
13. Oficina Vão das Artes;
14. Atividades Livres (Confraternizações / Eventos / Ambiência);
15. Grupo Terapia Ocupacional;
16. Oficina de Pintura e Música.

2.3 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a Entrevista Individual.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista sobre dados sociodemográficos (apresentados no Apêndice B) composto por: Idade, Sexo, Naturalidade, Residência / Habitação, Escolaridade, Estado Civil, Composição Familiar, Religião, Ocupação Atual e Anterior, Período de Tratamento e Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Posteriormente, foram apresentadas aos participantes questões norteadoras fundamentadas na Investigação Apreciativa.

2.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A entrevista com os usuários foi realizada após apresentação do Projeto de Pesquisa na reunião de Equipe. Nesta ocasião, a pesquisadora orientou os profissionais técnicos de nível superior, que realizam os atendimentos individuais e grupais, como se daria o convite aos participantes.

Nos atendimentos grupais, a pesquisadora apresentou o convite aos participantes, que estavam previamente reunidos na sala de atendimento, no tempo máximo de 10 minutos antes dos mesmos iniciarem o processo grupal. O participante que demonstrou interesse em participar da pesquisa, ao finalizar o grupo, foi conduzido à sala de entrevista para a coleta de dados.

Nos atendimentos individuais, a pesquisadora comunicou o profissional do atendimento orientando que permaneceria disponível para apresentar a proposta ao

participante após o atendimento referido. O usuário que demonstrou interesse em participar, foi conduzido à sala de entrevista para coleta dos dados.

Foi disponibilizada uma vaga para cada Estratégia Terapêutica, já descrita nos critérios de inclusão, considerando que são oito Estratégias Terapêuticas, obtendo, desta forma, oito participantes para a pesquisa, sendo um para cada estratégia.

As entrevistas aconteceram no período de 06/12/2022 a 16/12/2022, conforme apresentado no Quadro 1, e foram realizadas imediatamente após o atendimento feito pelo usuário em sua respectiva Estratégia Terapêutica.

Quadro 1 - Cronograma

Data		Horário	Estratégia Terapêutica	Vagas
SEG	06/12/2022	12h00	Plantão Psicológico	1
		13h30	Acolhimento Demanda Espontânea Pacientes do Serviço	1
TER	07/12/2022	09h00	Oficina de Leitura	1
		14h00	Atividades Livres (Confraternizações / Eventos / Ambiência)	1
QUA	08/12/2022	08h00	Atendimento Médico / Medicação Assistida / Coleta de Sangue	1
QUI	09/12/2022	08h00	Grupo Terapia Ocupacional	1
		13h30	Oficina de Pintura e Música	1
SEX	12/12/2022	14h00	Oficina Vão das Artes	1

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A realização da entrevista, previa a duração de 50 minutos para cada usuário, considerando a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), coleta de Dados Sociodemográficos e Instrumento de Escuta Apreciativa.

Esse processo de organização para a coleta de dados visava também o não comprometimento com a rotina do equipamento e nem com a rotina diária de deslocamento do usuário.

Caso houvesse mais de um usuário de uma mesma Estratégia Terapêutica interessado em responder a pesquisa, o segundo seria orientado a responder na semana seguinte, data do seu retorno em atendimento individual ou grupal no serviço, e poderia compor os selecionados para a pesquisa, caso as demais Estratégias não contemplassem a vaga disponibilizada. Todavia, não houve demanda dos usuários para entrevistas extras.

A sala utilizada foi a Sala de Atendimentos do Setor de Terapia Ocupacional localizada no prédio de atendimento do CAPS II, e foi reservada para este procedimento. Essa referida sala de atendimento é privativa, com porta e janela individual, ar condicionado, mesas e cadeiras, garantindo a preservação de imagem e som.

Foi explicado para o usuário que se tratava de uma pesquisa, destacando o objetivo, procedimentos e compromissos éticos, informando que o sigilo quanto às suas respostas seria garantido e somente a pesquisadora teria acesso. Ainda, foi explicado e lido para cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Foi investigado se o participante tinha dúvida(s) ou se gostaria de perguntar algo que não houvesse sido colocado. Quando ele se sentiu esclarecido, foi solicitado que assinasse o TCLE e posteriormente deu-se início a entrevista.

Cada entrevista foi gravada com uso de mídia digital, transcrita em até um mês após o contato inicial e em seguida excluída da mídia. As transcrições foram armazenadas no servidor institucional (*Google Drive*), com acesso único ao pesquisador e orientador. O tempo de duração de cada entrevista não excedeu 50 minutos.

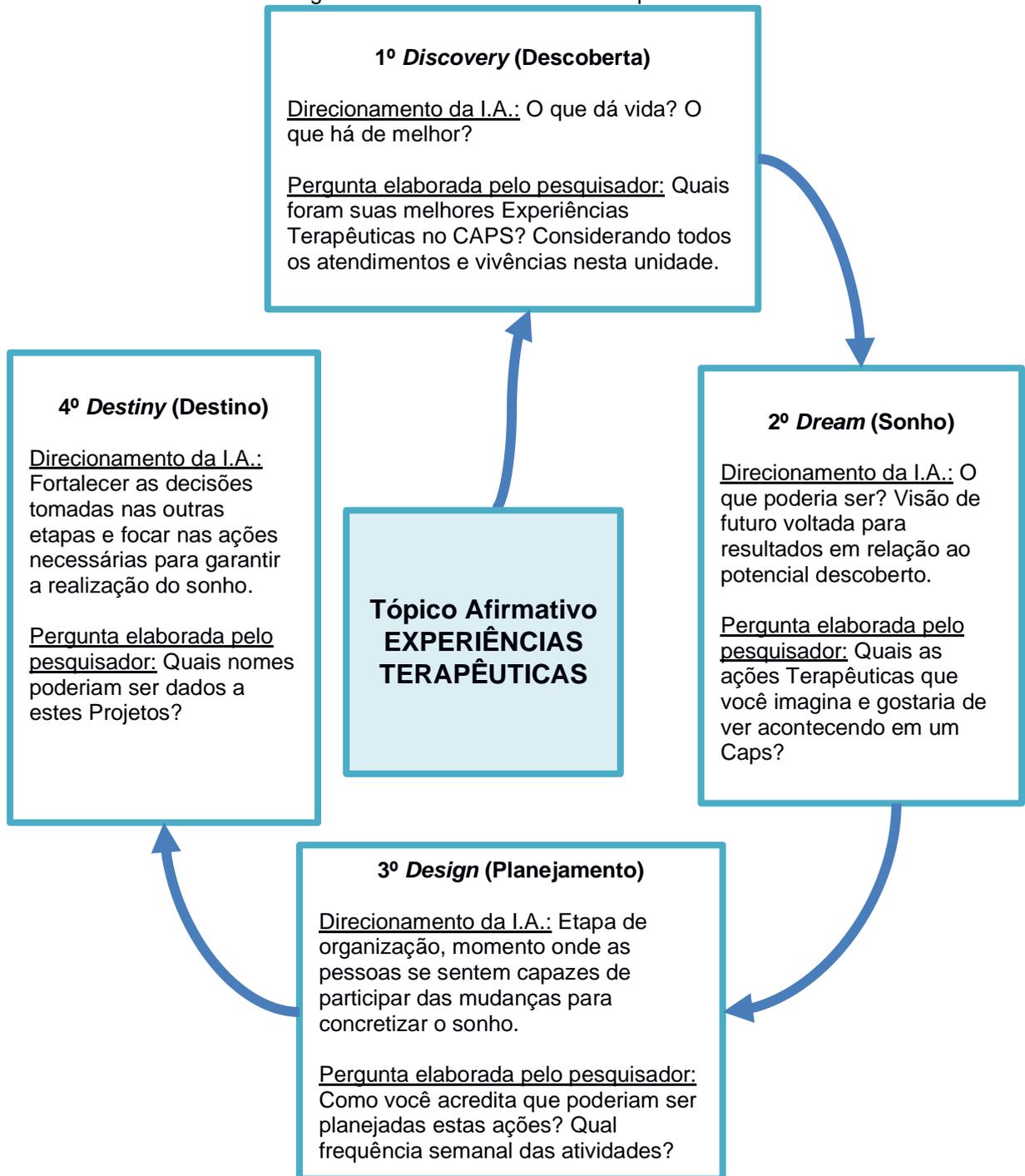
2.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista sobre dados sociodemográficos composto por: Idade, Sexo, Naturalidade, Residência / Habitação, Escolaridade, Estado Civil, Composição Familiar, Religião, Ocupação Atual e Anterior, Período de Tratamento e Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Posteriormente, foram apresentadas aos participantes questões norteadoras fundamentadas na Investigação Apreciativa (Apêndice B).

A seguir, serão apresentadas as quatro questões norteadoras do nosso entendimento sobre a relação do Instrumento de Escuta Apreciativa com a Investigação Apreciativa, que considera o Ciclo 4D (no original em inglês: *Discovery, Dreaming, Design e Destiny*) o qual foi construído como forma de operacionalização da Investigação Apreciativa na prática. O ciclo 4D é composto de quatro fases: Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010) e está apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Instrumento de Escuta Apreciativa



Fonte: Elaborado pela própria autora

2.6 ANÁLISE DE DADOS

Identificamos que os oito participantes, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, foram satisfatoriamente incluídos na pesquisa após responderem o questionário do MEEM e por não apresentarem, no momento, desorientação alopsíquica.

Na descrição dos dados, traçou-se um perfil sociodemográfico dos entrevistados (idade, sexo, grau de instrução, estado civil, composição familiar, religião, habitação, ocupação atual e anterior, tempo de tratamento na unidade, tratamento em outro serviço de Saúde Mental, meio de transporte, Código Internacional de Doenças (CID-10).

Os dados sociodemográficos foram agrupados por categoria e apresentados em gráficos utilizando distribuições de frequências simples.

Para análise das entrevistas, escolhemos, dentro da análise do conteúdo, a Análise Temática, por ser, segundo Bardin (apud FRANCESCHINI, 2005), a que melhor se adequa à investigação qualitativa sobre a saúde, por utilizar 'o tema' como unidade de registro para estudar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores de crenças, de tendências, entre outras.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam algo para o objetivo analítico usado. Pode ser necessário definir também as unidades de contextos, ou seja, referenciar a mensagem ao contexto da qual ela faz parte (MINAYO, 1996; GOMES, 2001 *apud* FRANCESCHINI, 2005; BARDIN, 2011).

Para este estudo foram realizadas as três etapas básicas para operacionalização da análise temática: A Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento do Resultados Obtidos e Interpretação.

Na primeira etapa, a Pré-análise, foi realizada a organização do material, onde foram transcritas as oito entrevistas na íntegra, resultando em 27 páginas em documento Word editável.

Para a Segunda e Terceira Etapas foi realizada a leitura exploratória de forma a permitir a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, determinando assim, o que chamamos de *corpus* da investigação, garantindo desta maneira, os critérios de validade qualitativa, sendo: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), a homogeneidade (clara separação entre os temas a serem trabalhados), a exclusividade (um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria), a

objetividade (qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados) e a adequação ou pertinência (adaptação aos objetivos do estudo).

Para a realização destas etapas, denominada como Exploração do Material e Tratamento do Resultados Obtidos, foram organizados quatro quadros referentes às perguntas do Ciclo de Perguntas Apreciativas, cada quadro contém quatro colunas com os itens: Categorias, Citações Frequentes, Unidades de Registro (frases significativas retiradas das Unidades de Contexto), Unidade de Contexto (respostas completas dos participantes), como demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Exemplo de perguntas do ciclo de perguntas apreciativas

2 Discovery (Descoberta): Quais foram suas melhores Experiências Terapêuticas neste CAPS?

Categorias	Citações Frequentes	Unidades de Registro (frases significativas)	Unidades de Contexto (respostas completas)
Oficinas Artísticas/ Economia Solidária	5/8	<p>“As melhores, quando eu entrei pras pintura, de fazer as terapia de pintura, os vasos de cerâmica, e os outro artesanatos que tinha” (P1)</p> <p>“Ai é bom porque você aprende a fazer alguma Atividade, você se sente útil” (P2)</p>	<p>“As melhores, quando eu entrei pras pintura, de fazer as terapia de pintura, os vasos de cerâmica, e os outro artesanatos que tinha, a gente sente muita falta, tem mais de doze anos meu tratamento, fazia lé em cima na João Penteado...foi tudo junto, já colocou pra começar, já vendia os vasos na calçada le em cima, tinha a feirinha, aí so começou, mudando pra cá, quando o ex secretário Dr. E. cedeu espaço pra gente vender... Porque é muito bom, a gente tinha bastante paciente, sentava, conversava, ia pintano, aí a gente ia conversando, contava uma piada o outro ia fazendo alguma atividade, tinha bastante coisa pra fazer, nunca ficava parado”. (P1)</p> <p>“Ai é bom porque você aprende a fazer alguma Atividade, você se sente útil, aprende a fazer a Biju, a pulseirinha, ahh...você sente que você consegue aprender a fazer alguma coisa, você consegue aprender a fazer alguma coisa, que você é capaz de aprender alguma coisa, sentimentos bons...de que você consegue” (P2)</p> <p>“ ... ”</p>

Foram incluídos todos os relatos dos participantes, que foram discriminados como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8, e agrupados relacionando as respostas que mais se assemelham e se mostraram pertinentes.

3 RESULTADOS

Considerando os objetivos específicos relacionados ao Instrumento de Escuta Apreciativa, as respostas dos participantes serão discutidas a partir da aproximação dos estudiosos da Reabilitação Psicossocial.

O segundo objetivo específico do estudo visa identificar a opinião dos usuários em suas Experiências Terapêuticas Exitosas e temos como resultado o mapeamento de sete experiências mencionadas, como apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Experiências Exitosas dos Entrevistados.

Experiências Exitosas	Atividades Terapêuticas Exitosas	Frequência de Citações
<i>1º ciclo da Investigação Apreciativa considerado a “Descoberta”. Esta categoria visa apresentar as experiências exitosas já vivenciadas identificadas pelos usuários do serviço.</i>	1.1 Oficinas Artísticas de Geração de Renda	P1, P3, P4, P5, P8
	1.2 Rotina Diária e Ambiência	P1, P5, P6, P7, P8
	1.3 Confraternizações	P5, P7, P8
	1.4 Atendimento Eventual de Enfermagem	P2, P7, P8
	1.5 Atendimento Médico	P6, P7, P8
	1.6 Atendimento Psicológico	P2, P7
	1.7 Oficinas e Grupos Terapêuticos	P2, P7

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A **Subcategoria 1.1 - Oficinas Artísticas de Geração de Renda**, citada por 5 (cinco) pacientes (P1, P3, P4, P5, P8), demonstra exitosa a atividade que proporciona as interações sociais e retomada de espaços de trabalho na perspectiva de economia solidária dos usuários.

Esta atividade ocorre duas vezes por semana e os usuários realizam a confecção de diversos itens artesanais como tapetes, vasos de cerâmica pintados, telas, panos de prato e objetos de madeira.

Os itens confeccionados são disponibilizados para vendas no espaço exterior da unidade, localizado entre o prédio da unidade CAPS e a Secretaria de Saúde do município. A atividade foi nomeada pelos participantes em conjunto com o profissional musicoterapeuta que iniciou a proposta com os usuários como “Vão das Artes”, que

se caracteriza como uma feira livre de artesanatos em geral. Nesta atividade os pacientes são estimulados a autogerir a organização da atividade (organização do ambiente, exposição dos materiais, vendas, organização financeira).

Estas ações apresentam-se como uma alternativa de organização do trabalho oposta ao capitalismo, pois propõe um novo modo de produção e organização social, estimulando a solidariedade, a democracia, o respeito ao outro, à natureza, a autogestão, cooperação e promoção dos direitos humanos.

Os pacientes que se referiram a esta atividade trouxeram conteúdos relacionados a “sentir-se útil”, como:

Ai é bom porque você aprende a fazer alguma atividade, você se sente útil...você sente que é capaz de fazer alguma coisa [...].

A pintura de vasos, sentia útil né, era muito bom ajudar o pessoal, tanto pintano, conversando [...].

Tapete de tear, me sentia muito bem, ocupa bastante a mente, porque eu trabalhava muito e como eu tive que parar de trabalhar eu tava me sentindo inútil.

Apresentaram nesta questão também sentimentos ligados a importância da “autonomia”, como:

Pintar quadro eu só pinto abstrato, misturar as cores assim...aí eu consigo, que eu consegui realizar até o fim e deu resultado, fiquei feliz, me senti bem, ver o negócio pronto assim [...].

eu escolho as cores, eu que escolho a cor do tear, eu que misturo as cores, os vaso eu que escolho a cor do lápis de cor, que vou pintar, aí eu pinto tudo colorido, não pinto duma cor só [...].

E “valorização” como:

os outros gostar, parabenizar, elogiar, comprar...

feliz, sinto muito bem, quando vejo o resultado, aí os outro elogia, compra, aí eu me sinto melhor ainda, que entra um dinheirinho pro meu bolso...

Em geral, os usuários dos serviços de saúde mental experimentam em suas trajetórias de vida um descrédito em relação às suas capacidades e potencialidades, sejam laborativas, relacionais ou de qualquer natureza. Isso pode acarretar uma dependência de situação econômica, subordinação para conquista de seus direitos de cidadania. A participação dos usuários dos serviços de saúde mental no movimento

de economia solidária, pode ser um facilitador para emancipação e inserção social dos mesmos (LUSSI; MORATO, 2012).

Um dos eixos trazidos pela Reforma Psiquiátrica é referente ao trabalho, e é considerado um recurso com grande potência para a inserção social dos pacientes. Este eixo traz em seu bojo a produção de sentido de vida, valores subjetivos e trocas materiais e afetivas (LUSSI; MORATO, 2012).

Lussi e Morato (2012) referem que iniciativas de inclusão social por meio do trabalho buscam contribuir para a reabilitação psicossocial e econômica dos usuários estando em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, que objetiva construir lugares sociais efetivos por meio de ações que ampliem a autonomia e melhorem suas condições de vida.

No contexto deste estudo, os pacientes não estão inseridos no mercado de trabalho formal, e sim desenvolveram uma ação que se embasa no contexto teórico da economia solidária, que é respaldada pelas diretrizes de estratégia de reabilitação e inclusão de usuários de Saúde Mental e que tem consonância com os preceitos da Reabilitação Psicossocial, pautando-se em uma sociedade mais igualitária, inclusiva e solidária, criando maiores espaços de interação e produção de vida.

Portanto, como podemos observar, as atividades definidas por eles que se caracterizam por proporcionar espaços relacionados ao “trabalho”, são propulsoras de condições terapêuticas favoráveis no que diz respeito aos preceitos pertinentes à Reabilitação Psicossocial.

A **Subcategoria 1.2 - Rotina Diária e Ambiência**, citada por 5 (cinco) pacientes (P1, P5, P6, P7 e P8), demonstra a importância de uma rotina de atividades regulares no espaço de convivência e consideram importantes as inter-relações que ocorrem para além dos atendimentos formais.

Os pacientes relataram que a adequação da rotina matinal os ajuda a organizar a tomada de medicações e realizar as refeições no ambiente facilita e os motiva a participarem com mais frequência das atividades oferecidas.

Ahhh era muito bom quando os pacientes vinha de manhã, às sete horas da manhã, eu animava pra levantar, tinha dia que eu vinha até de moto táxi, pra não perder a hora do café da manhã, reunia todo mundo, tudo os pacientes a gente conversava, uns tava chorando com problema, a gente conversava, eu sempre fui muito calma, depois que eu comecei o tratamento eu fiquei muito calma, né, aí eu tenho paciência de ouvir, posso dar um conselho, eu gosto muito de ouvir, eu não sou muito de falar, eu gosto muito de ouvir, mas eu posso ajudar em alguma coisa, porque eu percebo né quando a pessoa tá

sofrendo porque já passei por aquilo, eu sofri muito ...então eu sei dar um conselho, eu sei como falar, eu sei como ouvir, às vezes só de ouvir, a pessoa já melhora, e eu sei como ouvir [...].

[...] todo café da manhã que foi dado, café, as coisas que fizeram aqui pra gente, tudo isso, que fez pra mim eu lembro de tudo eu sou grato [...].

Assim como, a interação com outros usuários os fazem refletir as próprias dificuldades e potencialidades.

e tava todo mundo junto, era gostoso, foi bom, tá todo mundo junto, era um modo de eu ver as pessoas diferente de mim e igual ao mesmo tempo, aí eu via que todo mundo tinha problema, às vezes o meu problema era menor que o problema da outra pessoa, aí eu via que e não tinha problema, e eu não tenho problema, eu sou saudável, porque eu me achava doente, mas com as terapia e com a convivência com os outros paciente, falei não, eu não tenho problema, e de encarar minha incapacidade meus problemas, eu falei não, eu não tenho problema, eu não tenho nada, eu sou saudável, porque tava com todo mundo junto, porque se fica sozinho, começa a pensar besteira, e aí começa a pensar nos problemas começa a pensar besteira, é uma terapia, pra mim é [...].

Tentar avaliar porque eu tava sofrendo e ele também sofria, quando fui ver é a raiz, cada um tem uma passagem... a experiência, então a gente ajuda [...].

Para os autores Willrich *et al.* (2013), o olhar para a ambiência se dá a partir de um modelo que viabiliza liberdade e autonomia de uma forma participativa entre usuário e equipe, na qual a interação é base de uma relação terapêutica, que induz a participação do usuário de forma mais ativa e autônoma frente às atividades desenvolvidas no CAPS.

O usuário movimenta-se neste espaço com liberdade, assim percebe-se que esta área de trabalho permite vivências que levam ao bem-estar e ao prazer. Este entendimento vai ao encontro do conceito de ambiência considerando uma ferramenta capaz de potencializar o processo de reabilitação psicossocial, pois a construção de um ambiente confortável e que investe na produção de subjetividades acaba por proporcionar espaços de liberdade, autonomia e cidadania.

Podemos compreender o eixo do *habitat*, para além do direito ao espaço físico concreto e a noção de habitar ao envolvimento afetivo e de apropriação do indivíduo em relação ao espaço (BEZERRA JUNIOR, 2007), ou seja, também como os espaços que este ocupa na vida e em suas relações sociais. Segundo Lussi e Morato (2012), este eixo está relacionado à construção dos desejos e habilidades ligadas ao habitar. O termo *habitat* se encontra utilizado na Ecologia, e pode ser relacionado ao lugar

onde um organismo vivo se desenvolve, encontra alimento, abrigo, proteção e companheiros.

O estudo demonstrou a importância do ponto de vista dos pacientes, estar no ambiente CAPS como espaço norteador de seu cuidado em Reabilitação Psicossocial.

A **Subcategoria 1.3 - Confraternizações**, citada por 3 (três) pacientes (P5, P7 e P8), foi reconhecida como uma atividade exitosa a partir dos discursos que referenciam ações organizadas pela equipe, nomeadas de “Café com Arte”, onde os pacientes além de expor suas confecções, realizavam um café da manhã para convidados e familiares, com música ao vivo e exposições dos objetos confeccionados. Nesta categoria aparecem também as confraternizações de festas anuais como Carnaval, Festa Junina, Natal e as comemorações mensais como os Aniversariantes do Mês.

Ahhh teve época que era muito bom do Café com Arte, era muito bom, era bom que voltasse a ter o Café com Arte, se conseguisse, que nem de primeiro tinha, que era do mês dos aniversariantes, tinha uma padaria, que onde encomendava os salgadinho e o bolo pra cantar parabéns, pelo menos dá eu vinha assim, um jeito assim, que tem muitos, pacientes, tem muitos que não tem dinheiro pra poder comprar alguma coisa pra poder comer, imagina pra cantar parabéns com um bolinho pra eles, pra gente era muito bom, gostava muito nesse mundão afora você não encontra o que você encontra aqui.

Foi tanta coisa, me fez tão bem, eu me lembro quando tinha festa aqui, eu me lembro que podia dançar, que eu podia cantar, muita coisa... as festas, é tudo pra mim, eu esqueço o que já passou, aqui me ensinou a esquecer o passado, as festas [...].

Nesta categoria podemos compreender a importância das atividades festivas, e o quanto, neste sentido, o paciente passa a ter a sensação de pertencimento e socialização, que se mostra o contrário do caminho do isolamento anteriormente utilizado para as doenças mentais.

Nesse contexto das atividades festivas os pacientes demonstram a importância de celebrar a vida, comemorar a existência das pessoas, que muitas vezes foram desvalorizadas socialmente e isso pode ter um efeito terapêutico simbólico maior do que podemos supor e exitoso para a saúde mental.

Os estudos sobre dinâmica de grupo em Psicologia Social corroboram esse resultado sobre a importância dos encontros sociais informais para manutenção do espaço grupal e sensação de pertencimento (MAILHIOT, 1970).

A **Subcategoria 1.4 - Atendimento Eventual de Enfermagem**, citada por 3 (três) pacientes (P2, P7 e P8), pontuaram como exitosa a importância do acolhimento

eventual, que é a disponibilidade de escuta qualificada da equipe sem a necessidade de horário agendado prévio, o que facilita o acesso e a resolubilidade das necessidades imediatas relacionadas às angústias individuais.

[...] falar com as enfermeiras às vezes, quando tinha, chegava muito sufocada assim, e aqui realmente eu, me encontrei de novo né, e hoje graças a Deus eu faço o tratamento... do jeito que eu cheguei aqui você não fala, que hoje eu tô aqui, eu tava um palito eu não comia, eu não bebia, eu não conversava com ninguém, eu só ficava nos cantos chorando, sabe... aí eu chegava todo dia cedo, ficava chorando, não conversava com ninguém, aí foi foi, e graças a Deus, me ajudou muito só tenho a agradecer né, porque a gente sempre precisa também né, sempre precisando do apoio dos, como é que fala... dos profissionais, a gente tá sempre precisando, sempre precisa do apoio deles, porque é muito importante na vida da gente, porque a gente nunca sabe quando vai ter uma recaída, mesmo tomando os medicamentos certinho, mas no meu caso que é tudo emocional, é depressão, e sou uma pessoa que me abala muito, eu me abalo muito fácil assim, então pra mim é muito importante um apoio, é onde que corro pra cá, até às vezes quando não tem, não tá tendo grupo assim assim, muitas vezes que na época que não tava tendo né, e... teve uma época que eu tava muito ruim, eu não tava bem, que eu vim falei com as enfermeiras, a P. falou comigo, me deu uns conselhos, falou pra mim vim, conversar com a psicóloga um outro dia, e aí eu vim falei... conversei... ai ajuda muito a gente [...].

[...] E com as pessoas daqui de dentro, não digo com os internos, os que ficam aqui né, fazendo tratamento, mas com todos vocês aqui do CAPS eu admiro... quando chegou a D. (técnica de enfermagem) e a A. (enfermeira) eu falei moça pela minha parte se alguém reclamar do atendimento aqui com vocês, sabe que eu não reclamo já falei isso pra A. pra D. e pra outra A. também, eu falei, tanto é que eu não pude ainda trazer um presente pra vocês, que eu tô sem dinheiro, mas eu gostaria de trazer uma bíblia, não sei se você gosta, mas eu queria trazer, pra vocês guardassem de lembrança porque é muito importante o que vocês fizeram pra mim, porque dentro de casa eu deito na cama eu pergunto pra mim mesmo, o que eu seria se eu não tivesse aqui dentro, eu ia cai num mundão sem eira nem beira, eu ia acabar sendo morto, eu ia acabar morrendo de fome ai, é muita coisa que acontece aí, é muita coisa que acontece dentro da minha cabeça, então vocês tão de parabéns, porque eu não tô aqui pra dar uma de louco, eu não precisava disso, eu era salva-vidas, eu era pintor industrial, eu trabalhei com marcenaria, eu era uma pessoa normal, só que eu precisei e vocês me deram o melhor tratamento [...].

[...] aqui me ensinou a esquecer o passado, a P. (técnica de enfermagem) esquecer das coisas ruins... foi conversando e fazendo atividade... aí eu fui pondo na cabeça tudo que é de bom, eu vou continuar [...].

Sobre esta questão, podemos analisar a importância dos atendimentos eventuais, ou seja, atendimentos dos pacientes que já estão em seguimento no serviço, e que por algum motivo demandam necessidade de atendimento sem horário previamente agendado pela equipe, onde o poder da escuta qualificada, de livre demanda, realizada sem julgamentos e com intuito acolhedor, são muito potentes, e reconhecidos pelos usuários como Estratégia Terapêutica Exitosa.

Neste contexto, formas inovadoras de cuidado têm sido desenvolvidas, com destaque para a escuta qualificada, tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É um instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho (MAYNART *et al.*, 2014).

A **Subcategoria 1.5 - Atendimento Médico** foi citada por 3 (três) pacientes (P6, P7, P8) que relacionam o vínculo, além da assertividade da medicação, como fatores que influenciam diretamente no sucesso do tratamento.

[...] o que salvou minha vida, um médico, que eu esqueci... o Dr. E. eu tava deitado num banco de madeira, que era pintado na época, hoje tá meio deteriorado com o tempo, eu tava com calor muito forte e eu sentindo frio com a pressão baixa, ia morrer dormindo... deitado, ele... me deram sal na minha boca aí na enfermaria me deram injeção e eu melhorei... ressuscitei... o médico me salvou minha vida, Deus guiou ele, porque Deus guia os outros, a gente nasce aprendendo, eu nem sei quem eu sou eu, eu posso virar a esquina ali e morrer [...].

Todas são boas, todas serviram pra mim, e assim tanto como quando eu comecei com o Dr. E os medicamentos dele sempre foram certo [...].

[...] o remédio foi bom, depois que eu completei 62 anos não pude mais tomar o remédio, esse remédio tava me fazendo mal, mas aqui foi muito bom pra mim agora, eu vou ter que trocar de remédio, porque esse remédio tá fazendo muito mal, e o Dr. E. vai ver se troca pra mim, que esse remédio eu to mal, meu corpo tá inchando, meu braço tá inchando [...].

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe.

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE *et al.*, 2011).

A **Subcategoria 1.6 - Atendimento Psicológico**, foi citada por 2 (dois) pacientes (P2 e P7), que reconheceram a importância dos atendimentos individualizados realizados pelos psicólogos, considerando esta escuta e olhar individualizado como fatores protetivos de respeito à individualidade.

Então a terapia me ajudou muito, porque quando eu cheguei aqui ninguém dava nada por mim né, eu tava dada como morta praticamente, mas aí a terapia me ajudou muito... eu passo muito com a psicóloga né... eu gosto de passar muito com a psicóloga, pra poder estar conversando sempre, quando vejo que tô angustiada assim, por isso que eu gosto de toda semana passar... uma vez por semana, pra poder tá falando, porque não é tudo que a gente consegue falar com as outras pessoas... o atendimento da psicologia pra mim é quando eu passo na psicóloga e converso com ela, individual [...].

Lussi e Morato (2012) referem que a diversidade de fatores a serem trabalhados na Reabilitação Psicossocial corresponde à variedade de aspectos existentes na vida de uma pessoa; este contexto é polissêmico, e tendo em vista a pluralidade de sujeitos envolvidos, requer formas de de atuação que sejam adequadas.

No começo eu passava com a L. eu tinha atendimento com ela, foi ótimo, maravilhoso, tanto que a psicologia foi a que mais me ajudou, foi com a psicóloga L., com a outra psicóloga, e assim, eu não tenho palavra pra descrever o tanto que é bom, o tanto que foi bom pra mim, por eu sofrer esse tipo de problema, agora falar que tem uma coisa negativa... não... Com a L., eu fui fazendo os atendimento, pra mim, me ajudou muito, porque sempre falou pra mim, pega e vai fazer aos pouco as coisas, porque meu intuito é voltar a trabalhar [...].

Lussi e Morato (2012) referem que encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconhecem as subjetividades.

A **Subcategoria 1.7 - Oficinas e Grupos Terapêuticos**, citada por dois pacientes (P2 e P7) que expressaram que os Grupos Terapêuticos possibilitam intensificar o cuidado devido ao aumento da frequência de atendimentos da unidade, o que evita situações de crise e internações. Referem ainda que o fazer nas atividades concretas é norteador de suas potencialidades e consideram a diminuição do estigma na convivência grupal.

As terapia, e as terapia ocupacional, as terapia em grupo, e foi fundamental no meu tratamento, foi fundamental no meu tratamento, na minha cura, porque quando eu cheguei no CAPS, tanto é que quando eu tratava lá em cima, Dr. A, ele mesmo desistiu de mim, ele mesmo falou, vou te mandar pra semi-internação, ainda inclusive eu achei que eles iam me internar, aí ele me

deu o endereço aqui e eu vi que não era internação, era um tratamento mais avançado, que é esse intensivo que a gente faz, aí graças a Deus depois que eu comecei aqui eu fiquei muito bem, quem olha pra mim hoje [...].

Demonstram também a importância da escolha da atividade concreta no Grupo Terapêutico pois esta possibilita os reconhecer suas potencialidades e possibilidades.

mas quando eu to fazendo a 'pirografia' a t.o. é muito importante pra mim, inclusive eu agradeço a você, a sua pessoa, que vem todo dia aqui todo dia ajudar a gente, que é uma coisa que faz aqui dentro que encaixa com a mentalidade do doente, porque se passar um serviço pesado prum doente ele não dá conta, vocês fazem perfeitamente isso aí, eu só tenho a ser grato.

Referem que a atividade também proporciona o direcionamento do pensamento e atenção para além do sofrimento emocional considerando a experiência de "ser capaz" de fazer um fator motivacional.

mas eu acho que o crochet ajuda muito na cabeça, aí pelo menos eu, o crochet me ajudou muito, quando a gente tava fazendo direto, direto, direto... ele me faz esquecer meus problemas lá fora, que eu foco só ali, então eu já saio daqui mais animada, e aí eu já chego em casa, a hora que estou desocupada, já vou já pego, e já vou fazendo, continuando [...].

Benetton e Marcolino (2013) consideram que através das atividades podemos tratar, educar, alterar o ambiente e incluir pessoas num sistema que lhes permita integração e interações.

Eles também reconhecem no Grupo a importância de compartilhar suas experiências e apresentam a redução do estigma que o mesmo se impõe através da convivência com outros usuários, voltando o olhar para suas potencialidades.

E em grupo também, no começo, tava o D., tinha várias pessoas aqui, caso mais grave do que o meu, e foi uma coisa assim, que eu participei que eu achei bom, depois fui eu sozinho [...].

Considerando o terceiro objetivo específico do estudo que visa identificar as propostas sugeridas pelos usuários, tem-se como resultado o mapeamento das experiências mencionadas por eles como Projeções para Futuras Experiências Terapêuticas, como demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 - Desejos dos Entrevistados para Futuras Experiências Terapêuticas.

Projeções para Futuras Experiências Terapêuticas	Possibilidades para Futuras Atividades Terapêuticas	Frequência de Citações
<i>2º ciclo da Investigação Apreciativa visa identificar o</i>	2.1 Oficinas Artísticas de Geração de Renda	P1, P2, P3, P4, P7, P8

<p><i>“Sonho”. Nesta Categoria buscou-se identificar as aspirações que os pacientes gostariam de vivenciar como futuras experiências terapêuticas.</i></p>	<p>2.2 Ambiência</p> <p>2.2.1 Café Terapêutico / Medicação Assistida</p> <p>2.2.2 Autocuidado</p> <p>2.2.3 Recreativas / Esportivas</p> <p>2.2.4 Confraternizações</p>	<p>P2, P3, P8</p> <p>P1, P2, P6</p> <p>P1, P6</p> <p>P5, P8</p>
	<p>2.3 Passeios</p>	<p>P5</p>

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Foram identificados 3 grupos de ações que seriam Possibilidades Futuras de Atividades Terapêuticas.

A **Subcategoria 2.1 - Oficinas Artísticas de Geração de Renda** citada por 6 (seis) pacientes P1, P2, P3, P4, P7, P8 foi definida a partir das referências que os pacientes fizeram entre as atividades artesanais que os mesmos desejam continuar a executar nas Oficinas Artísticas de Geração de Renda, sendo citadas as opções de: costura, pintura, crochet, pirografia, tear, bazar. Estas atividades são realizadas no CAPS e possibilitam a participação da atividade de extra CAPS para exposição e vendas no espaço “Vão das Artes”.

[...] De primeiro tinha, que vinha o pessoal do SENAC, que ensinava a gente nas oficina de costura, tinha que eles ensinava os pacientes... tinha pintura que a gente fazia... na quarta feira era da costura [...].

[...] que nas aulas de crochet também ajudava muito a gente, também aprendia muita coisa, eu já esqueci de coisa que eu fazia [...].

A pintura dos vasos, porque eu gostava dessa época, o L. desenhava, e era fácil pra ele, era fácil pra nós, as ideias era tudo dele, desenhava lá no vaso a gente só contornava, isso aí e tava bom... tinha um compromisso, tinha até horário... pintura de tela... de vaso assim [...].

Olha eu acredito que eu poderia sim, não das atividades que tem várias, mas ter uma atividade livre pra mim fazer a pirografia aqui dentro, fazer por exemplo, eu vou pegar assim, igual estava fazendo antes, porque às vezes eu tinha que vir aqui só quando você tava (terapeuta ocupacional), e eu queria fazer o dia inteiro, por exemplo entrar aqui às 7:00 e saí a tarde, igual eu tava fazendo antes, é só isso que eu queria, porque nas outras partes ... o tear... é da minha pessoa... eu não participo, só que se for pra mim fazer uma pintura talvez um vaso assim, talvez alguma coisa eu faço...

[...] voltar de eu pintar quadro, fazer desenho, pintar pano de prato [...].

As de crochet em Grupo também, era muito bom também, eu já fiz muito tapete aqui, só que agora eu, erro muito ponto, eu não sei se faz muito tempo que parei, então, eu tento fazer lá em casa, mas ai erro ponto e tenho que desmanchar tudo de novo... eu já fiz tapete aqui, já vendi já... minha ex cunhada tem até hoje tapete que ela comprou jogo que fiz aqui...

O bazar também, você aprende a ter responsabilidade, tem que trabalhar, ganhar dinheiro [...].

Observamos aqui que esta categoria de Projeções Futuras se assemelha a primeira categoria observada na questão anterior sobre a Identificação de Atividades Exitosas, o que podemos reforçar que o desejo de produzir algo e estar inserido neste contexto social, é uma experiência terapêutica considerável aos entrevistados.

Podemos entender que neste novo modelo de atenção à saúde mental, entende-se que

[...] as oficinas terapêuticas não devem possuir o sentido da ocupação e do entretenimento, e sim de serem promotoras da reinserção social por meio de ações que podem envolver o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito, para que não voltemos a cair numa nova institucionalização, que pode vir a criar outros crônicos (COSTA; FIGUEIREDO, 2008, p. 8).

Segundo Ribeiro (2008 apud Andrade, 2013), tanto as oficinas terapêuticas quanto as oficinas de produção têm como tarefa a promoção da reinserção e da circulação social dos que dela participam no território onde vivem, promovendo contratualidade social através das trocas afetivas, simbólicas, sociais e econômicas.

A **Subcategoria 2.2 - Ambiência**, foi reconhecida a partir dos relatos relacionados às possibilidades de frequentar e realizar atividades no CAPS em um horário estendido, onde os mesmos podem adequar sua rotina de café da manhã e almoço na unidade e desfrutarem dos espaços físicos e das relações interpessoais que se desenvolvem neste período, sejam nos atendimentos ou na interação com os outros pacientes da unidade.

Este item foi subdividido nas atividades citadas pelos usuários relacionadas ao tempo de permanência na unidade e as atividades que desejariam que ocorressem nesta ocasião. Fazem parte desta categoria os itens; 2.2.1 Café Terapêutico / Medicação Assistida citada por 3 (três) pacientes (P2, P3 e P8); 2.2.2 Autocuidado, citada por 3 (três) pacientes (P1, P2, P6); 2.2.3 Recreação, citada por 2 (dois) pacientes (P1, P6) e 2.2.4 Confraternizações citada por 2 (dois) pacientes (P5 e P8).

No **item 2.2.1 - Café Terapêutico / Medicação Assistida**, os pacientes referem a importância da rotina realizada no ambiente do CAPS, como fator positivo em seu acompanhamento.

[...] Ai eu acho que assim... voltar como era antes, aquela terapia de todo dia assim, cada dia uma coisa, cada dia uma coisa, para ocupar mais a cabeça

da gente... então a gente entrava, a gente tomava os medicamento aqui e só leva o da noite pra tomar, principalmente no meu caso, que é suicida assim, é dava pra levar em casa assim, porque, aqui tem horário certo pra dar né, e as vezes a gente em casa, acaba esquecendo de tomar aquele horário, já toma outro horário, depois já toma outro noutro horário, e aí levava só o da noite pra casa, aí de manhã voltava tomava aqui de manhã aí no almoço também tomava aqui, e aí só dava da noite pra ir embora tomar em casa, eu às vezes esqueço vou tomar na hora errada, ao invés de eu tomar de manhã, eu esqueço quando vou lembrar já é onze hora, e aí que acontece eu já tenho que tomar o da manhã junto com o do almoço [...].

Voltar o café da manhã, não é só por causa da comida, é porque além da comida, do café, é um tempo que você tem pra conversar com os amigos, você se senta na mesa pra comer, aí você conversa... podia voltar. Porque você conversa com as outras pessoas, você vê os problemas que elas têm, é bom, ajuda, porque às vezes você vê que seu problema não é tão difícil como do outro [...].

[...] ouvindo música no café da manhã, a gente saía mais cedo, um pouquinho de casa, sete horas, ficava esperando o CAPS abrir [...].

No **item 2.2.2 - Autocuidado**, citada por 3 (três) pacientes P1, P2, P6, foi definida a partir dos relatos dos desejos dos pacientes para que aconteçam atividades de cuidados pessoais como: corte de cabelo e unhas. Atividades de Cuidados Alimentares: hortas. Atividades Corporais como: Ginástica, Dança, Tai-Chi-Chuan, Relaxamento.

corte de cabelo, pintava a unha, aí vinha toda semana, era de quarta e quinta... aí tinha vez que nos ia fazia hortinha lá embaixo né, aí a gente sente muita falta, nós limpamos tudo, deixamos tudo ali limpinho, mas aí depois que foi embora não pode vir mais, aí acabou [...].

[...] A ginástica também era muito boa, boa ajudava muito, a ginástica na época, aconteceu muita coisa boa aqui, é que eu não lembro muito assim, eu sou muito esquecida, das coisas... a sensação é de que hoje eu me sinto viva, que hoje eu me sinto viva, sabe, não é qualquer pessoa que vai me deixar, me deixar me sentir como inútil, um lixo, como se eu não valesse nada, que tem muita gente que até hoje fala quem faz esses tratamento é gente louco, até hoje tem gente que me chama de louca, mas eu sei que eu não sou louca, eu faço tratamento mas eu não sou louca, eu tenho uns problemas, eu tenho problema psiquiátrico, tudo... mas eu sei que eu não sou louca, e eu sou feliz assim, sou bem assim, me sinto bem vindo aqui, e independente né, porque as pessoas falam né, tem gente que só de você tomar um remédio controlado, se fala que é psiquiátrico já fala que cê é louca, e ainda mais eu que tomo um monte, mas eu já me acostumei com essa parte aí.

[...] Dança, Capoeira, Tai-Chi-Chuan... cê entendeu?... Teve uma vez ... eu não sei se pode existir isso aqui, tem um piano que foi doado pra mim, mas eu até deixei pra lá, tá lá no Santa Thereza, a dona T. doou pra mim, e ela cantava as músicas num piano e ficava num lugar fresquinho e vinha uma mulher e ele falava assim "agora você pensa que você está respirando [...]. aí a pessoa vai mudando o raciocínio porque muito das pessoas vem aqui e fica parada, olhando para a parede... hora que chega na frente do médico, começa a lembrar dos problemas aí chora e enche de remédio, desabafando... não tá doente... tá desabafando o sofrimento, aí dá como doente [...].

A ginástica... agora a ginástica tem que ter um tempo.

Observa-se que a ambiência é concretizada nas relações de cuidado, as quais incluem a promoção da higiene corporal, manutenção da aparência física, oferta de alimentação e medicamentos. Esses aspectos não se restringem ao desenvolvimento de atividades técnicas e meramente automatizadas, evidencia-se na singularidade desses momentos, nos quais o encontro acontece, entre usuários e equipe, local em que os vínculos afetivos estão explícitos.

Acreditamos, portanto, que seja o componente que qualifica este ambiente, sendo foco principal que favorece as relações interpessoais e seu fortalecimento.

No **item 2.2.3 - Recreativas / Esportivas**, citada por 2 (dois) pacientes (P1 e P6) foi definida pelas referências que os pacientes fizeram em relação a atividades que já vivenciaram na unidade, quando esta recebeu alunos de um curso técnico de enfermagem que realizou atividades recreativas com: bingo e jogos lúdicos. Também foram citadas atividades esportivas neste conteúdo como: pique-pega, voleibol, ping-pong e basquete.

a gente fazia joguinho... fazia bingo... na quinta era de jogos [...].

[...] Brincadeira, pique-pega, voleibol, basquete, ping-pong, cê entendeu? Exercício, cê entendeu?

Podemos perceber que o olhar para a ambiência deve permitir a liberdade e autonomia de forma participativa entre usuário e equipe, na qual a interação à base de uma relação terapêutica que induz a participação do usuário de forma mais ativa e autônoma frente às atividades desenvolvidas no CAPS (2013).

As Atividades Recreativas / Esportivas possibilitam a potencialização do bem-estar. Para o autor, neste contexto, o bem-estar não é a ausência de doença, mas sim a possibilidade de um viver saudável e com qualidade, mesmo com a existência de uma condição aguda ou crônica.

Esta qualidade de vida é a relação entre os atributos e propriedades que qualificam a vida, e dos sentidos que os indivíduos conferem a ela, ou seja, pode ser analisada através da qualidade de saúde.

Na percepção dos usuários as Estratégias Terapêuticas realizadas no ambiente do CAPS não precisam estar necessariamente direcionadas ao cuidado da doença e sim ser um promotor de qualidade de vida.

No **item 2.2.4 - Confraternizações**, citada por 2 (dois) pacientes (P5, P8), foi definida pelo desejo apresentado da retomada da atividade nomeada “Café com Arte”, onde era realizado uma vez por mês uma Atividade de Café da Manhã, aberto à comunidade, usuários e familiares, onde os pacientes expunham suas criações e realizavam apresentações artísticas; citaram também neste quesito as Festas Temáticas como: Aniversários, Carnaval, Festa Junina, Festa Natalina.

[...] Café com Arte... é a reunião de família... dos pacientes... tem música, é uma forma da gente passear [...].

[...] Eu acho que deveria voltar tudo ao normal, voltar as festas... eu não faltava nem uma festa, é isso que eu queria que voltasse... Pra mim botar minha cabeça no lugar e esquecer tudo, sabe o que eu tava pensando, ontem mesmo aconteceu, peguei a faca pra se matar, abri o portão pra se jogar na frente do carro, eu queria que voltasse tudo isso pra mim esquecer coisa ruim que passa na minha cabeça que eu tano aqui eu me sinto bem, eu me sinto segura aqui, lá fora é perigoso, vem coisa na minha cabeça que eu tenho coragem de fazer, de repente tem uma coisa que me puxa... é isso que eu queria que voltasse como era, voltando tudo como era normal como era antes do coronavírus, por causa do coronavírus acabou tudo, eu gostaria que voltasse tudo de novo só pra mim botar a cabeça no lugar e não ficar pensando besteira.

Para Willrich *et al.* (2013) a determinação do espaço de ambiência vai além da estrutura formal, física e técnica dos ambientes, transformando-se em um espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporcione atenção acolhedora, resolutiva e humana oferecendo conforto, privacidade, segurança, enfim, um espaço de expressão de subjetividades dos sujeitos envolvidos, potencialmente decisivos no processo de atenção psicossocial.

A **Subcategoria 2.3 - Passeios**, citada por 1 (um) paciente (P5), foi definida a partir do relato do desejo de que se retomasse as experiências de passeios externos organizados pela instituição fossem retomados.

e os passeios, os passeios de ônibus que a gente fazia, a gente já foi pra Aparecida do Norte, já foi pra Brasília, foram pra Santos, eu não fui porque eu já conhecia o mar, aí levou quem não conhecia né, mas os passeios, nós fomos também ver Portinari, o museu dele nós fomos, muito bom, é o que eu gostaria que voltasse [...].

Os passeios possibilitam a ampliação do repertório de vivências dos pacientes, que muitas vezes se tornam limitados no decorrer de seu histórico existencial com a doença psiquiátrica. Esta atividade possibilita a convivência e inserção social para que os espaços públicos sejam também desfrutados pelos usuários de serviços de saúde mental, estando em consonância com os preceitos da Reabilitação Psicossocial.

Pitta (2016) considera que a Organização Mundial de Saúde entende Reabilitação Psicossocial como um conjunto de atividades capazes de maximizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de suprimentos individuais, familiares e comunitários.

Considerando o quarto objetivo específico do estudo que visa apresentar uma planilha de ações desenvolvida com base na opinião dos usuários, tem-se como resultado o mapeamento das possíveis rotinas e intitulações das estratégias terapêuticas futuras, como apresentado nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 - Calendário para Futuras Experiências Terapêuticas.

Calendário de Futuras Experiências Terapêuticas	Calendário de Atividades	Frequência de Citações
<i>3º ciclo da Investigação Apreciativa que desenvolve o “Design” das ideias. Nesta categoria os pacientes foram incentivados a elaborar uma rotina para as atividades terapêuticas sugeridas no ciclo anterior.</i>	Cinco vezes por semana	P2, P7, P8
	Uma vez por semana	P1, P3, P4
	Um evento mensal	P5
	Um evento semestral	P5

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Foram identificadas quatro possibilidades em relação ao desejo de frequência nas Atividades do CAPS, sendo que 3 pacientes citaram o desejo de comparecer ao CAPS todos os dias da semana, considerando este dispositivo um norteador de seus cuidados em relação à adesão medicamentosa e rotina de vida; 3 pacientes citaram o desejo de comparecer ao CAPS pelo menos uma vez na semana para realização das Atividades Terapêuticas e retirada de medicamentos; 1 paciente citou a importância de comparecer ao CAPS nos Eventos Mensais relacionados às Confraternizações e também citou a importância da realização de eventos elaborados semestralmente, como atividades de passeios externos.

Os pacientes que citaram cinco vezes por semana, referem:

A medicação você já ia medicada, todo dia, aí você sabia que tinha que tomar aquele horário, só aquele remédio, porque em casa a gente dá uma descontrolada, mesmo sem querer, eu acho importante porque aí tomava o remédio certo na hora certa, pelo menos de manhã e do almoço, porque aí eu acabava tomando um remédio em cima do outro, praticamente, da manhã e do almoço, porque às vezes eu esqueço, quando vou lembrar [...].

[...] Na verdade seria de segunda a sexta, entendeu, até eu receber alta, porque o meu intuito é receber alta [...].

[...] Eu voltaria todos os dias aqui, tomar café da manhã, almoçar aqui, vir todos os dias, que é melhor pra mim, ficar em casa eu fico, pensando besteira, eu fico pensando coisas horríveis, é isso que eu queria que voltasse a ser o CAPS tomar café da manhã, o almoço, fazer atividade, voltar pra casa, o horário era 8:00, o almoço acho que era as 11:00 ou 12:00, era por aí, eu acho que é isso aí que tá faltando.

Os pacientes que citaram a frequência de uma vez por semana, referem:

Acho que podia ser organizada uma vez na semana, né assim, não só vim eles, vim aí e dar as atividades diferente, o de costura também tinham ensinava a costura aqueles quadradinho na máquina pra fazer tapete, trazia as máquina e deixava lá pra gente costurar, aí tinha a moça que era costureira que ia ensinando a gente como fazer, cada dia era uma coisa, nós fazia sempre a tarde né, porque de manhã tem os pacientes por causa da medicação né... aí é muito difícil pra poder levantar de manhã, aí fazia mais era a tarde, nós já saía de lá da feirinha e já ia pra fazer, um dia de costura, um dia de joguinhos, um dia de cuidado, tinha dia que tirava foto, levava pra sair num lugar lá pra fora tirava foto, cada um ia tirando, tirava do jeito que queria né [...].

É uma vez por semana assim, no máximo duas horas... Pode ser tela também... é que eu tô dormindo demais né, nossa... de manhã, pra não ficar dormindo, eu acordo nove horas, dez horas, muito tarde [...].

O paciente que referiu um evento mensal:

Uma vez por mês que era antes, aí não ficava puxado pra ninguém, aí a Prefeitura tem que ajudar, porque antes ela ajudava, tinha o aniversariante do mês, vinha o bolo, a prefeitura mandava, uma vez no mês de todos os aniversariantes daquele mês, e o Café com Arte que podia voltar, é uma manhã, convida os pacientes, os familiar, aí tem música, expõe também as coisas que a gente faz pros familiares ver, comprar se puder, é muito bom, muito divertido, tem gente que dança, quem quiser dança, é muito bom, é os familiares e os funcionários, né, porque os funcionários também são muito alegres, distrai bastante a gente [...].

O paciente que citou um evento semestral:

[...] Os passeios, aí tem que ser com a Prefeitura, e o CAPS, porque aí não sai nada do bolso da gente dos pacientes, é tudo da Prefeitura e do CAPS, ahh um passeio a cada seis meses tava bom, tava ótimo, porque fica muito caro esses passeio... Nós fomos prum Hotel Fazenda, nós fomos ficamos o dia inteiro no Hotel Fazenda, almoçamos lá, teve gente que nadou no rio, o dia inteiro e volta, passar o dia... a viagem demorá né, não dá pra dormir, passeio de ir e voltar.

O Quadro 6 estão apresentadas as Intitulações que os pacientes foram convidados a fazer em suas respectivas sugestões de Atividades Futuras mencionadas na questão 2, apresentando então 5 itens que se subdividem nas

sugestões pertinentes, sendo eles: Oficinas Artísticas / Economia Solidária, Medicação Assistida / Rotina Diária / Ambiência, Confraternizações e Eventos, Atividades Extra CAPS e Autocuidado.

Quadro 6 - Nomeações de Futuras Atividades Terapêuticas.

Intitulação das Futuras Experiências Terapêuticas	Atividades Citadas	Nomeações de Atividades
<i>4º ciclo da Investigação Apreciativa, é definido como o "Destino". Nesta categoria os pacientes foram estimulados a elaborar um nome para as atividades terapêuticas sugeridas na Categoria 2.</i>	4.1 Oficinas Artísticas e Economia Solidária	4.1.1 Pirografia Arte na madeira 4.1.2 Vão das Artes 4.1.3 Brechó do CAPS
	4.2 Rotina Diária, Medicação Assistida e Ambiência	4.2.1 Projeto Controlado 4.2.2 Grupo de Atividades
	4.3 Confraternizações e Eventos	4.3.1 Café com Arte 4.3.2 Aniversariantes do Mês
	4.4 Atividades Extra CAPS	4.4.1 Viagens
	4.5 Autocuidado e Recreação	4.5.1 DNA - Deus, Natureza e Amor 4.5.2 Oficina Criativa

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A **Subcategorias 4.1 - Oficinas Artísticas e Economia Solidária** apresenta três Nomeações de Projetos, sendo: 4.1.1 - Pirografia Arte na Madeira, 4.1.2 - Vão das Artes; 4.1.3 - Brechó do CAPS.

Aí eu já não tenho ideia... O nome eu já não sei, aí teria que ver junto com as outras pessoas também... Brechó do CAPS.

Já tinha um nome Vão das Artes. Em homenagem ao L. que tanto lutou aí [...].

Pirografia Arte na Madeira, porque posso colocar adesivo, posso fazer mosaico, posso fazer pintura, pode fazer um monte de coisas na caixinha, entendeu?

A **Subcategoria 4.2 - Medicação Assistida / Rotina Diária / Ambiência**, apresenta duas Nomeações de Projetos sendo: 4.2.1 Projeto Controlado e 4.2.2 Grupo de Atividades.

Sugestão... deixa ver... nossa agora... não tenho, aí alguma coisa, um nome que ajude na Saúde Mental da gente né, na cabeça da gente né que trabalha bem o cérebro, não sei como te dizer, não sei como explicar, uma coisa que

ajuda no sistema central da cabeça da gente, não sei dar o nome... Projeto Controlado.

Grupo de Atividades, todo mundo pode participar.

A **Subcategoria 4.3 - Confraternizações e Eventos**, apresenta duas Nomeações de Projetos, sendo 4.3.1 - Café com Arte e 4.3.2 - Aniversariantes do Mês.

Aniversariantes do Mês, Café com Arte.

A **Subcategoria 4.4 - Atividades Extra CAPS** é composta por uma Nomeação de Projeto, sendo esta 4.4.1 Viagens

Viagens.

A **Subcategoria 4.5 - Autocuidado e Recreação** é composta por uma Nomeação de Projetos sendo, 4.5.1 DNA - Deus Natureza e Amor.

Aí vish agora pegou... podia ser Oficina Criativa.

Deus deu o mundo pra gente cuidar, não pra destruir, porque aqui a gente só está de passagem, tenha fé nele e continue, é o DNA - Deus, Natureza e Amor.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências implantadas desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira visam substituir o modelo de atenção psiquiátrica orientado para o confinamento e centrado em intervenções hospitalares, com a implantação dos serviços substitutivos. Sendo assim, os Centros de Atenção Psicossocial foram estabelecidos gradativamente apoiados pelas Reformas Sanitárias e Psiquiátrica.

As internações psiquiátricas foram substituídas para o acolhimento dos usuários no território nacional e as práticas terapêuticas ampliadas para além de intervenções medicamentosas, onde os sujeitos são participantes ativos na construção de seu Projeto Terapêutico.

Portanto, as Estratégias Terapêuticas contidas neste recurso necessitam de gestão participativa para que as demandas, desejos e necessidades da população alvo sejam compreendidos e os preceitos da Reabilitação Psicossocial fomentados. Em um levantamento bibliográfico sobre o tema “Reabilitação” evidenciou que a psiquiatria brasileira segue uma tradição da psiquiatria norte-americana (CORIN; LAUZON, 1988 apud PINTO, 2011, p. 27):

[...] na qual a fala dos pacientes sobre si é pouco valorizada ou mesmo empobrecida ao nível do sintoma. Esta autora enfatiza que reabilitar é privilegiar o potencial de recuperação das pessoas, colocando no centro das intervenções o sujeito e não seus déficits, ressaltando o papel de protagonista que o próprio usuário deve ter nesse jogo de se restabelecer, privilegiando a fala dos mesmos em todo o processo.

A reabilitação psicossocial pode ser entendida como um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para buscarmos alcançar a utopia de uma sociedade justa e sem manicômios. Ainda, considera que é um processo de transformação, de mudança, no sentido de

[...] criar alternativas que venham transformar a forma de atenção e de cuidado destinada ao portador de sofrimento psíquico e que visem à devolução de identidade e cidadania. No entanto, para este processo tornar-se concreto e efetivo, faz-se necessária uma contínua avaliação, a fim de não incorrerem no erro de reproduzir as mesmas práticas do modelo hospitalocêntrico. (BABINSKI; HIRDES, 2004, p. 570).

Podemos observar que, neste estudo, os pacientes conseguiram identificar em seu repertório quais atividades sob seus olhares são Experiências Terapêuticas

Exitosas, definir propostas para seus desejos futuros e elaborar possibilidades para a organização de rotina das mesmas.

Na percepção dos usuários, as atividades que consideram exitosas e as que gostariam de vivenciar neste espaço se complementam entre os cuidados direcionados às especificidades da condição de doença e os cuidados direcionados à promoção de saúde e qualidade de vida.

Diante da abordagem utilizada, consideramos que através da Investigação Apreciativa foi possível desenvolver o protagonismo e o poder de negociação do usuário através de um Instrumento de Escuta que pode identificar, sob o ponto de vista dos usuários, os recursos exitosos, as possibilidades, necessidades e projeções oportunas para o cuidado em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental.** Tese (Doutorado em Psicologia). 2013. 297f. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita – UNESP, Assis, 2013.
- BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, 568-576, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3. ed. Tradução de Luiz Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BENETTON, J.; MARCOLINO, T. Q. As atividades no método da Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013.
- BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Brasília/DF: DOU, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 17 out. 2022.
- BRASIL. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Brasília/DF: DOU, 1992. Institui, na área da saúde mental, diretrizes, normas para o atendimento ambulatorial (Unidades Básicas, Centro de Saúde, Ambulatório, NASF, CAPS), normas para o atendimento hospitalar (Hospital Dia, Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, Hospital Especializado em Psiquiatria). Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 03 dez. 2022.
- COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (org.). Apresentação. *In*: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito produção e cidadania.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2008. p. 7-10.
- FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade.** 2005. 257 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17082005-110109/publico/FRANCESCHINI_TRC.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012.

MAILHIOT, B. **Dinâmica e gênese dos grupos**: atualidades das descobertas de Kurt Lewin. Petrópolis: Vozes, 1970.

MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, A. M. P. **O método de Investigação Apreciativa**: fatores críticos à sua implementação no ambiente organizacional. 2010. 204 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/1183/1/arquivo237_1.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

PINTO, V. A. M. **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: um olhar na perspectiva dos usuários do caps. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_VanessaAndradeMartinsPinto.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

SOUZA, L. V.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 22, n. 3, p. 598-607, 2010.

WILLRICH, J. Q.; BIELEMANN, V. L.; CHIAVAGATTI, F. G.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R. Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 248-258, 2013.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTICIPANTE

Você está sendo convidado(a) para ser participante do projeto de pesquisa intitulado “**Perspectiva dos Usuários de CAPS sobre as Estratégias Terapêuticas em Saúde Mental através da Investigação Apreciativa**” de responsabilidade da pesquisadora **Camila Beatriz Guilhermitti Silva**.

Você está sendo convidado(a), no entanto saiba que você tem total direito de não querer participar.

A seguir apresentamos os objetivos desta pesquisa e outras considerações sobre a participação.

1. O trabalho tem por objetivo investigar os pontos positivos e novas possibilidades para as atividades em Saúde Mental do CAPS II do Município de Ribeirão Preto, a partir da perspectiva dos usuários que são atendidos nesse serviço.
2. A participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com seus dados pessoais e um questionário composto por quatro perguntas abertas. Sendo realizados em uma entrevista com duração de no máximo 50 minutos, realizados na sala de atendimentos de Terapia Ocupacional pela profissional Camila Beatriz Guilhermitti Silva, Terapeuta Ocupacional da unidade do CAPS II.
3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos do paciente não se sentir à vontade para responder às questões, ou não compreender o teor das perguntas, o que será minimizado pelo fato da pesquisadora que conduzirá a entrevista estar disposta para maiores esclarecimentos imediatos.
4. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão de que o usuário do serviço poderá se posicionar quanto às alternativas que mais o beneficiam considerando as Atividades Terapêuticas realizadas neste serviço, e ainda ter a possibilidade de propor novas perspectivas para a organização a serem ofertadas tanto para o mesmo, quanto para os outros usuários desta unidade.

5. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.
6. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar aos voluntários pela participação, no entanto, caso haja qualquer despesa decorrente desta participação haverá o seu ressarcimento pelos pesquisadores.
7. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
8. O nome dos participantes será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejarem terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.
9. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Camila Beatriz Guilhermitti Silva, pesquisadora responsável pela pesquisa, telefone: (16) 3931-4308, e-mail: camilaguil33@gmail.com, Rua Prudente de Moraes, 475, Centro, Ribeirão Preto, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unaerp, localizado na Avenida Costábile Romano, 2.201, Bairro Ribeirânia, Local de Atendimento Bloco A – Pavimento Superior, na cidade de Ribeirão Preto-SP, telefone: (16) 3603-6860, e-mail: cetica@unaerp.br, atendimento de segunda à sexta-feira das 08h00min. às 14h00min.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em ser participante do Projeto de pesquisa acima descrito.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2022.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1 - Nome: _____.
- 2 - Data de Nascimento: ___/___/____. Idade: _____.
- 3 - Sexo: _____.
- 4 - CID: _____.
- 5 - Naturalidade: _____.
- 6 - Cidade em que reside: _____.
- 7 - Escolaridade: _____.
- 8 - Estado Civil: solteiro casado
 vivendo consensualmente divorciado/Separado
 viúvo

9 - Composição familiar.

9.1 Quantos Filhos: _____.

9.2 Quantas pessoas moram com você: _____.

9.3 Qual grau de parentesco das pessoas residentes na casa. Algum familiar o auxilia no tratamento? Quem?

10 - Religião atual: Católico Espírita
 Evangélico Protestante
 Outras. Especifique: _____

11 - Habitação: Própria Financiada
 Alugada Cedida
 Outras. Especifique: _____

12 - Ocupação Atual:

13 - Ocupação Anterior:

14 - Há quanto tempo você é usuário (a) deste serviço de Saúde Mental?

15 - Você já realizou acompanhamento em outro serviço de Saúde Mental? Especifique.

16 - Como você se locomove até este serviço?

APÊNDICE E – Produto II: Folheto explicativo para as equipes do CAPS

SAÚDE MENTAL

Contribuições para o Projeto Terapêutico Singular



Para que serve a Investigação Apreciativa?

A Investigação Apreciativa é uma abordagem e um processo que inverte a nossa lógica tradicional de resolução de problemas. Ao invés de identificar o que não está funcionando, o foco reside em enxergar e atuar a partir das potências de um indivíduo, comunidade ou organização.

COMO PODEMOS UTILIZAR ESTE RECURSO NO CONTEXTO DO CAPS?

O cuidado, no âmbito do CAPS, utiliza como instrumento de trabalho em equipe o Projeto Terapêutico Singular (PTS) envolvendo em sua construção, a equipe, o usuário e sua família .

A elaboração do P.T.S. proporciona a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia e cidadania.

Esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontra inserido num contexto

SAÚDE MENTAL

QUAIS OS PASSOS PARA REALIZAR A INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA

1

Descoberta

Apreciar e valorizar o que existe de bom

Ex: Quais as vivências (atendimentos, atividades, momentos) você acredita que proporcionam uma Experiência Terapêutica com bons resultados?



2

Sonho

Visualizar como poderia ser...

Ex: Quais Experiências Terapêuticas você gostaria de vivenciar?

3

Desenho

Dialogar sobre o que deveria ser

Ex: Como poderiam ser planejadas estas ações?



4

Destino

Inovar para o que vai ser

Ex: Por onde poderíamos começar?

SAÚDE MENTAL

PRINCÍPIOS BÁSICOS DO MÉTODO

Princípio Construcionista: à maneira como as pessoas contam e observam diferentes histórias referentes ao passado, presente e futuro, e como estes pensamentos têm a propriedade de refletir nas atitudes.

Princípio da Simultaneidade: a realidade está sempre em construção, portanto, não há necessidade de haver respostas certas ou erradas, e sim considerar o efeito delas na interação.

Princípio Poético: a maneira como as pessoas observam suas histórias, a depender de momentos e situações, as possibilidades de aprendizagem são circunstanciais, como na interpretação de um poema.

Princípio Antecipatório: a maneira como as pessoas vislumbram o futuro é a forma que as mesmas dedicam suas ações.

Princípio Positivo: as pessoas ficam mais engajadas nas situações quando a atenção é direcionada naquilo que é positivo, as ações apreciativas tem se mostrado fundamentais para engajar as pessoas em mudanças.

Elaborado por:

Camila Beatriz Guilhermitti Silva (autora)

Profa. Dra. Giovanna Cabral Doricci (orientadora)

Dissertação de mestrado 'Investigação Apreciativa: Opinião dos usuários de CAPS sobre as Estratégias Terapêuticas em Saúde Mental.

Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP 2023

ANEXOS

ANEXO A - Autorização para realização da pesquisa SMS/RP



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OFICIO 1101/2022 – CAPP
RACG/racg

Ribeirão Preto, 05 de maio de 2022.

Prezada senhora,

Informo que o Coordenador da Saúde Mental, Álcool e outras drogas e o Supervisor II do CAPS II Central manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa nas dependências da referida unidade.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa **“Perspectivas dos usuários de CAPS sobre Estratégias Terapêuticas em Saúde Mental através da Investigação Apreciativa”** da pesquisadora Camila Beatriz Guilhermitti Silva e da Orientadora Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira, com a ressalva de que após a conclusão da pesquisa, os resultados sejam encaminhados para conhecimento da equipe multiprofissional do CAPS II Central e CAPS II Sul.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo a pesquisadora apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Rute Aparecida Casas Garcia

**Presidente da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Orientadora
Prof^a Dr^a. Maria José Bistafa Pereira
Universidade de Ribeirão Preto
NESTA

ANEXO B - Autorização para realização da pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Universidade de Ribeirão Preto

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Perspectiva dos usuários de CAPS sobre as Estratégias Terapêuticas em Saúde Mental através da Investigação Apreciativa

Pesquisador: CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 59062422.0.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.794.487

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto traz todo um histórico da reforma psiquiátrica brasileira, passando pelo surgimento dos CAPS, com suas modalidades de atendimento e estratégias terapêuticas, foco do estudo. Apresentado seguindo as normativas metodológicas e estruturais da ABNT.

Objetivo da Pesquisa:

Tanto objetivo geral (Analisar os depoimentos emitidos pelos usuários em Regime Semi-Intensivo em relação às Estratégias Terapêuticas dispensadas no município do CAPS II de Ribeirão Preto a partir da Investigação Apreciativa) quanto os específicos estão claros e diretos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios apresentados e pertinentes as recomendações dos preceitos éticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta tipo de pesquisa, local de realização e população do estudo, e seus critérios de inclusão e exclusão bem estruturados, bem como, a apresentação do que será realizado com os sujeitos da

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.794.487

pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, termo de autorização da pesquisa, orçamento, declaração do pesquisador responsável e roteiro de entrevista não há problemas, bem descrito e assinado.

TCLE - falta estar paginado e assinado pelos pesquisadores, conter um número de contato de, pelo menos, um pesquisador e recomendação de acréscimo no item 5 sobre despesas com a pesquisa.

Cronograma - a fase da coleta de dados deverá respeitar o período de apreciação do referido Comitê, pois esta em avaliação do Comitê no mês de junho, logo não poderá estar neste mês na fase de coleta de dados, apesar de que no arquivo Projeto de Pesquisa e no Termo de autorização consta que a coleta de dados somente ocorrerá após apreciação deste Comitê.

Recomendações:

Recomenda-se que no TCLE seja incluído no item 5 que a coleta de dados ocorrerá nos dias do atendimento no CAPS, conforme consta no arquivo Projeto de Pesquisa, pois isto também ajuda a justificar que não terá nenhuma despesa com a pesquisa.

As pendências foram atendidas e obedecem a Resolução 466/12 do CNS e Resolução 510/16 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas e obedecem a Resolução 466/12 do CNS e Resolução 510/16 do CNS.

Ressalta-se que a emenda esta dentro também dos preceitos éticos e obedece a Resolução 466/12 do CNS e Resolução 510/16 do CNS.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.794.487

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando os documentos apresentados a emenda está aprovada e obedece às Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS.

De acordo com a Resolução 466/2012, no item XI.2 d, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar o relatório final de sua pesquisa ao Sistema CEP/CONEP. Além do relatório final, caso o estudo seja interrompido ou cancelado, é de responsabilidade do pesquisador comunicar ao CEP esta suspensão ou cancelamento. Para que estas comunicações sejam feitas, o pesquisador deve inicialmente acessar o modelo de relatório disponibilizado por esse CEP, preenchê-lo e assiná-lo adequadamente. Após o preenchimento e assinatura, o relatório deve ser encaminhado ao CEP em formato PDF através do envio de uma notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2045424_E1.pdf	07/11/2022 15:58:47		Aceito
Outros	MEEM.docx	07/11/2022 15:49:08	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.pdf	26/07/2022 11:41:33	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/07/2022 15:20:48	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	13/05/2022 10:58:01	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ROTEIRODEENTREVISTA.docx	09/05/2022 16:13:14	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	09/05/2022 16:08:53	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORA.pdf	09/05/2022 16:08:21	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e	OFICIOCONCORDANCIASECRETARIA DASAUDE.pdf	09/05/2022 16:04:31	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.794.487

Infraestrutura	OFICIOCONCORDANCIASECRETARIA DASAUDE.pdf	09/05/2022 16:04:31	SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOPESQUISA.docx	09/05/2022 15:36:11	CAMILA BEATRIZ GUILHERMITTI SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 05 de Dezembro de 2022

Assinado por:

Telma Maria Braga Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO C - Mini Exame do Estado Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

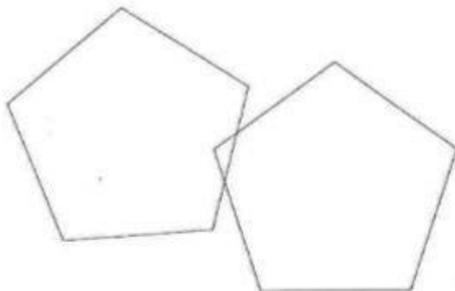
- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (___/30)

ANEXO D – Declaração de Recebimento do Relatório Técnico pela Secretaria Municipal da Saúde – Departamento de Planejamento em Saúde - Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas



Ribeirão Preto, 22 de agosto 2023.

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de ensino/pesquisa, que **CAMILA BEATRIZ GUILHERMITI SILVA** entregou a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, na data de hoje, o Relatório Técnico de Mestrado Profissional intitulado *“INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA: OPINIÃO DOS USUÁRIOS DE CAPS SOBRE AS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL”*.

Marcus Vinicius Santos

Psicólogo – CRP: 06/85104

Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CSMAOD)



Secretaria Municipal da Saúde – Departamento de Planejamento em Saúde
Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Rua Prudente de Moraes nº 457 – Centro – Fone: (16) 3977-9330
Ribeirão Preto – SP/ CEP 14015-100; e-mail: cdsaudemental@saude.pmrp.com.br