



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Hévane Virgínia dos Santos

**AÇÃO DA TERAPIA ATRAVÉS DA DANÇA EM MULHERES  
DEPRESSIVAS: UMA POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA PARA A  
ENFERMAGEM**

Brasília

2014

Hévane Virgínia dos Santos

**AÇÃO DA TERAPIA ATRAVÉS DA DANÇA EM MULHERES  
DEPRESSIVAS: UMA POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA PARA A  
ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Graduação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Diane Maria Scherer Kuhn Lago.

Brasília

2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

--

--

# **AÇÃO DA TERAPIA ATRAVÉS DA DANÇA EM MULHERES DEPRESSIVAS: UMA POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA PARA A ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Graduação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Orientadora: Diane Maria Scherer Kuhn Lago.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde Mental, Terapias Artísticas e Criativas, Terapia através da Dança, Cuidados de Enfermagem.

Data de Defesa: 24 de junho de 2013

Resultado:

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Msc. Diane Maria Scherer Kuhn Lago  
Universidade de Brasília

---

Prof. Msc. Janaína Meirelles de Sousa  
Universidade de Brasília

---

Prof. Dra. Ana Cláudia Afonso Valladares Torres  
Universidade de Brasília

Dedico essa vivência a todos aqueles que, desprivilegiados pelo modelo vigente da época, sofreram em confinamentos justificados pelo livramento social do “grande desconforto” de lidar com a diferença.

É por vocês que eu desenvolvi este trabalho!

Amai-vos uns aos loucos, logo:

Com amor, Ηενίωχα.

“Viver e não ter a vergonha de ser feliz...  
Cantar e cantar e cantar a beleza de ser um eterno APRENDIZ  
Eu sei que a vida devia ser bem melhor e será,  
Mas isso não impede que eu repita:  
É bonita, é bonita e é bonita!”

Gonzaguinha

**AGRADECIMENTOS**

Acredito no homem enquanto um ser em constante construção e aprendizado, que carrega consigo traços irredutíveis de todos aqueles que se dignaram a, com ele, caminhar. Assim, após 5 anos e meio de Universidade de Brasília e Enfermagem, dentre os quais, 4 anos foram dedicados à causa da Saúde Mental, e 2 anos envolvidos no presente trabalho, torna-se crucial lembrar todos aqueles que emprestaram um pouco de si nesse memorial de um grande desafio que venho hoje mostrar a vocês.

Ao meu PAIZINHO DO CÉU, qualquer palavra torna-se um grão de areia mediante a imensidão de sentimentos, gratidão e fé. A Ele dedico minha trajetória profissional e acadêmica como um caminho e instrumento a obtenção de Tuas vontades.

Sintaticamente falando, a frase – Eles sofreram e lutaram durante 5 anos e meio – tem como sujeito simples a FAMÍLIA. Sim: sem suas mãos junto à minha, seus ouvidos sempre abertos, sua paciência sempre presente, eu não estaria aqui. Um brinde aos companheiros que acolheram em seu seio a minha neurose e tornaram o tratamento da loucura dentro de um lar verdade absoluta em minha vida, risos.

Em memória à MARIA DAS DORES ARAÚJO, primeira crente na profissional que me tornei: gratidão pela confiança, saudosidade e frustração pela impossibilidade de manejo das adversidades impostas pelas sementes plantadas pelo tempo.

Aos PROFESSORES que doaram um pouco de si para tornar àquela menininha insegura e mimada uma profissional. À minha orientadora de TCC, DIANE LAÇO; ao desde cedo adotado, EDUARDO PANDÓSSIO; ao que acreditou que eu não colocaria um laboratório à fogo, ALEX PEREIRA; e a extraoficial orientadora, HELEN SANTOS-LIMA, meu muitíssimo obrigado por serem hoje, parte da Hévane enfermeira, profissional e alma. Vocês são meus eternos mestres!

Aos COMPANHEIROS ANTIMANICOMIAIS, espalhados por esse Brasil, puxa! Genuinamente explicado por Raul Seixas, um sonho que é sonhado sozinho nada mais é do que um simples sonho, enquanto aqueles, sonhados juntos, tornam-se realidade. Amemos uns aos loucos!

Aos AMIGOS MAIS BONITOS DA FACULDADE, AMIGOS-IRMÃOS e AMIGO-BROTO, obrigado por tornar a rotina mais alegre, os finais de semana um constante espaiar, e por tornar a leitura do meu trabalho algo entendível para os



leigos. E à DANÇA DE SALÃO, um alimento para o corpo e para alma durante todo o processo, obrigada pela deliciosa inspiração.

Por fim, e não menos importantes, ao ALLAN BORGES, GABI MATHEUS, FERNANDA DIAS, JÉSSICA LAÇO, à EQUIPE DO CAPS e às minhas GRANDE MULHERES DANÇARINAS: nada desse trabalho existiria sem a presença, apoio e motivação diária de cada um de vocês.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Novas terapias tem sido utilizados para um novo modelo de atenção em Saúde Mental. A Terapia através da Dança, modalidade da Arteterapia, mostra-se sensível às individualidades e subjetividades, ao ambiente social e à capacidade do indivíduo de se relacionar e modificar o seu ambiente. **OBJETIVO:** Avaliar os efeitos de uma oficina de Terapia através da Dança na promoção do bem-estar psicológico e na diminuição de sintomas depressivos em mulheres. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa-ação, transversal, de natureza qualiquantitativa que, por meio da realização de uma Oficina de Dança, aplicações de instrumentos de avaliação como questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada, Inventário de Depressão de Beck-II e a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem com enfoque na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, resultou em um estudo de série de casos que traçou a ação comum e as especificidades da terapia estudada em mulheres de 20 a 59 anos com sintomas depressivos. **RESULTADOS:** percebeu-se uma heterogeneidade no perfil sociodemográfico das participantes; uma maior apropriação do benefício da dança, do CAPS, dos efeitos da medicação e do trabalho da enfermagem após as atividades da oficina; um manejo positivo dos problemas de enfermagem e um aumento nos diagnósticos de bem-estar após a participação na oficina. **CONCLUSÃO:** Ressalta-se a validade da Terapia através da Dança no manejo dos problemas de enfermagem e na promoção de diagnósticos positivos, a importância da atividade no contexto da depressão e a iminência da apropriação de ambientes terapêuticos diferenciados pelos enfermeiros, assim como de mais estudos científicos sobre a temática.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Saúde Mental, Terapias Artísticas e Criativas, Terapia através da Dança, Cuidados de Enfermagem

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** News therapies has been used from the new model of attention in Mental Health. The Dance Therapy, modality of art therapy, is shown sensitive to individuality an subjectivity, to social ambient and to capacity of relate and modify individual's ambient. **OBJECTIVES:** Access effects of Dance Therapy workshop on psychological welfare promotion and depression symptoms decrease in woman. **METODOLOGY:** It is a search-action, transverse, of qualiquantitative nature that, by means of evaluation instrument as sociodemographic questionnaire, Beck Depression Inventory-II and elaboration of a Nurse Assistance Systematization with approach of nurse diagnostics elaboration, resulted a number of cases study, that traced common action and specifics of estuded therapy in woman with 20 to 59 years age, whit depression symptoms. **RESULTS:** It was realized heterogeneity in a participants sociodemografic profile's, more appropriation of dance's beneficity, of CAPS, of medication's effects and of nurse operation; a positive management of nursing problems and a increase of welfare diagnostics before workshop participation. **CONCLUSION:** It is noteworthy Dance Therapy validity in a management of nurse problems and positive diagnostics promotion, the importance of activity in a depression context and de imminence of nurse appropriation of differentiated therapeutics environments, as a most scientific studies of theme.

**Keywords:** Nursing, Mental Health, Art Therapy, Dance Therapy, Nursing Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Frequência de participação nos encontros na oficina de terapia através da dança.....	43
Quadro 2 -	Escolaridade e ocupação das mulheres em Terapia através da Dança.....	45
Quadro 3 -	Plano terapêutico das mulheres assistidas pela oficina.....	46
Quadro 4 -	Categorização do conteúdo das entrevistas.....	47
Quadro 5 -	Escores do BDI-II e diagnósticos clínicos segundo paciente e momento de coleta.....	60
Quadro 6 -	Quadro 7- Mudanças observadas durante o decorrer das atividades da oficina	61
Quadro 7 -	Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos no planejamento e avaliação da SAE.....	61

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BDI-II – Inventário de Depressão de Beck-II

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde

DF – Distrito Federal

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

INAMPS – Instituto nacional de Assistência Médica e Previdência Social

ISRS – Inibidor seletivo da receptação de serotonina

MS – Ministério da Saúde

MSTM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

n – Número

NANDA – North American Diagnosis Association

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDM – Transtorno Depressivo Maior

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1	LOUCURA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	18
2.2	ARTE TERAPIA E TERAPIA ATRAVÉS DA DANÇA NO CONTEXTO ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM.....	21
2.2.1	Terapia Através da Dança.....	23
2.3	DEPRESSÃO.....	26
2.3.1	Depressão e Gênero.....	30
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
4.1	PARTICIPANTES.....	34
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
4.3	LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	34
4.4	DURAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODOS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
4.5	DESENHO DO ESTUDO.....	35
4.5.1	Descrição da Oficina.....	35
4.6	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	38
4.6.1	Questionário sócio-demográfico.....	39
4.6.2	Questionário semi-estruturado.....	39
4.6.3	Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II).....	39
4.6.4	Sistematização de Enfermagem.....	39
4.7	IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	40
4.8	ANÁLISE DE DADOS.....	40
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
5.2	ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	47
5.3	INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK-II.....	59

5.4	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	61
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>82</b>
A	QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	82
B	TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>
A	INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK-II.....	84
B	PARECER CONCUBSTANCIADO DO CEP.....	88

# 1 INTRODUÇÃO

A humanidade deparou-se, sobretudo a partir do século passado, com a necessidade de uma revisão de conceitos que envolvesse a relação com tudo o que é diferente. Concepções preconceituosas historicamente construídas lidam hoje com uma reformulação do pensamento social operante, no qual apresenta-se um sentimento cada vez mais apropriado de intolerância a atitudes vexatórias e violentas voltadas ao diferente e ao novo, sobretudo a grupos que histórico, econômico e socialmente configuraram-se como vulneráveis (TENÓRIO, 2002).

Os loucos, como eram conhecidos todos os que tinham comportamento diferente do considerado “normal” ou convencional, desde os primórdios da humanidade, conviveram com imagens socialmente construídas, hora favoráveis, hora estigmatizantes à sua condição de diferença. Misticismo em populações indígenas, desconforto social e violência no século XIX, doença na atualidade – a loucura encontra-se constantemente vinculada a ideários que determinam, por meio de mecanismos do senso comum, formas de enfrentamento a essa diferença (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Atrelado a esse imaginário construído através dos séculos, a loucura encontrou no século XIX um modelo reclusor que defendesse um local apropriado de tratamento a essas pessoas, o qual deveria prover de toda a assistência necessária para o manejo dessa condição e que assumiria, mais tarde, o grande papel de “livrador” da sociedade do incômodo da convivência com a doença mental (TENÓRIO, 2002).

E foi justamente nesse contexto que se construiu a imponente imagem dos grandes manicômios que, com o passar das décadas, tornou-se atrelada a denúncias de maus-tratos. Surgiu, na década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MSTM , base para a consolidação nos anos de 1980 do Movimento Antimanicomial (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005).

A partir da associação do Movimento Antimanicomial ao Movimento da Reforma Sanitária, emergiu um espaço de discussão em uma Saúde Pública, de qualidade, universal e equânime à população, fundamentando, no final da década, a criação do Sistema Único de Saúde que veio, mais tarde, assumir o controle de grande parte dos leitos psiquiátricos que se encontravam nas mãos da iniciativa privada (BRASIL, 2005).



Ainda nesse berço das grandes discussões em saúde, aprovou-se, no início do século XXI, a Lei de nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, onde prevê-se os direitos dos sujeitos em transtorno mental e a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos e, conseqüentemente, dos manicômios (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica implementou no Brasil modelos assistenciais exitosos já vividos no próprio país, na cidade de São Paulo, baseados em uma atenção à Saúde Mental que transcendesse a terapêutica voltada unicamente à doença, expandindo-se o olhar dos Serviços de Saúde Mental para a família e redes de apoio do usuário, inaugurando assim uma rede de atendimento psicossocial (BRASIL, 2005).

Dentre os novos serviços adotados, destacam-se os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, assim como políticas que fomentem o oferecimento de recursos que facilitem a reinserção desses pacientes em sua casa e convívio social, como o Programa “De Volta para Casa” (BRASIL, 2005).

Os CAPS assumem evidente espaço na implementação desse novo olhar sob a Saúde Mental. Por meio de seu atendimento diário que visa acolher, manejar e reinserir o sofrimento mental no dia-a-dia da sociedade, esse serviço deve constantemente atentar-se ao rompimento da institucionalização da loucura, trabalhando sob uma perspectiva territorial e atuando em campos que visem não somente a terapêutica da patologia, como também a facilitação do manejo dos conflitos sociais decorrentes do convívio com a diferença (AMARANTE, 2012).

Como uma das modalidades terapêuticas que conseguem exitosamente considerar as subjetividades do indivíduo, associadas ao seu estabelecimento de relações interpessoais, as Terapias Artísticas e Criativas obtém cada vez mais espaço dentro dos serviços de Saúde Mental, sobretudo, nos CAPS (LIBERMAN, 2008).

À essa modalidade terapêutica, pertencem a arte terapia, terapia através da dança, terapia através de poemas, drama terapia (teatro) e psicodrama. Em todas, obtém-se benefícios diversos associados ao auto cuidado, a comunicação, o autoconhecimento, dentre tantos outros (GODDILL, 2010).

E é por meio da Terapia através da Dança que o presente trabalho encontra subsídios à promoção de bem estar em mulheres depressivas, uma vez que esta atividade oferece como resultados um melhor enfrentamento ao estresse e relaxamento,

além de uma consolidação de imagem corporal que consolide a visão dessas mulheres a cerca de suas potencialidades (LIBERMAN, 2008).

Tal aplicação justifica-se dentro de todo um contexto social onde essas mulheres encontram-se inseridas e, no qual, a prevalência da doença vinculada a esse gênero cada vez mais se solidifica. Os papéis de gênero historicamente construídos, associados às lutas contemporâneas que visam a igualdade desses direitos e os novos desafios enfrentados por elas tornam-se, cada vez mais, fatores associados ao enfrentamento de tarefas diárias (CARVALHO; COELHO, 2005).

Não obstante, o presente trabalho de conclusão de curso visa a discussão de uma oficina de Terapia através da Dança voltada para mulheres que apresentavam, no momento de sua realização, quadros depressivos, que foram acompanhadas e avaliadas por uma estudante de enfermagem, em um Centro de Atendimento Psicossocial, vinculando essa prática à promoção de bem estar psicológico e manejo de sintomas depressivos nas mesmas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Loucura, Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial**

Para o entendimento adequado da evolução da atenção à Saúde Mental, deve-se considerar as modificações contextualizadas em seus momentos históricos, políticos e sociais, determinantes aos ideários lançados à temática da loucura. A figura do sujeito em sofrimento mental transitou, desde a antiguidade, por significações nascidas no berço cultural de cada povo no passar dos tempos, assumindo papéis religiosos e místicos, de periculosidade, violência, alienação e doença (BRASIL, 2005; MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

No Brasil, a história da atenção à Saúde Mental data do século XIX, a partir da chegada da Família Real Portuguesa ao país. Tal acontecimento, contextualizado em um período intenso de uma economia desenvolvimentista mercantil, suscitou a necessidade de eximir a população brasileira da necessidade de lidar com a loucura, tornando os primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros verdadeiros abrigos de uma população vítima da higienização social da época, que privou doentes, mendigos e indesejados da liberdade, em busca de uma suposta atenção à sua insanidade (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Também datadas deste século, é importante descrever outros dois movimentos na significação da loucura. O primeiro diz respeito às comunidades terapêuticas, as quais procuraram construir, baseadas nos preceitos da psicanálise, uma forma de remodelamento da atenção hospitalar, já levantando questões voltadas à intervenção comunitária visando a prevenção do adoecimento (TENÓRIO, 2002).

O segundo movimento, a Medicina Comunitária, foi de grande valia à formulação dos pensamentos norteadores da Reforma Psiquiátrica realizada anos mais tarde. Trata-se de uma ramificação dentro da Psiquiatria que levantou, pela primeira vez, o ideário voltado à “Saúde Mental” em detrimento à “Doença Mental”, fundamentado em preceitos da psiquiatria comunitária e preventiva (TENÓRIO, 2002).

Foi no século XX, com o fim da Segunda Guerra Mundial na década de 1940, que o modelo manicomial asilar consolidou-se dentro da atenção ao “adoecimento mental” brasileiro, tendo no Governo Militar, iniciado nos anos 60, terreno propício para sua incorporação aos interesses capitalistas do setor privado com o apoio do

Estado, por meio do Instituto Nacional de Previdência Social, privatizando assim a assistência ao sofrimento mental e facilitando a contratação de leitos em clínicas e hospitais conveniados (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Porém, foi nesta mesma época que, na Itália, o médico Franco Basaglia começou a visar o louco dentro do seu convívio familiar, suscitando em todo o mundo novos pensamentos voltados ao modelo asilar terapêutico utilizado para a doença mental. Tais ideias repercutiram dentro de ambientes políticos revolucionários à Ditadura, trazendo à tona discussões fervorosas acerca do valor da desinstitucionalização do louco como veículo promotor da reinserção social dos mesmos, garantindo-lhes condições condizentes à sua cidadania (TENÓRIO, 2002; MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Frente à organização social fortalecida decorrente da movimentação política contra a Ditadura, nasce na década de 70, a partir de pequenos núcleos estaduais como os de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MSTM – que conta com a sociedade civil organizada, formado por trabalhadores, associação de familiares, profissionais e pacientes provindos de internações psiquiátricas. No Rio de Janeiro, surge o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM., constituindo assim, bases organizadas que fomentam, na década de 1980, um ambiente propício a discussão de um novo modelo assistencial ao campo da Saúde Mental (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005; MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Também na década de 1980, quatro grandes marcos devem ser citados como norteadores do novo pensamento na área: a promulgação da Constituição em 1988, criando um Estado Democrático Tripartite; a criação do primeiro CAPS brasileiro em São Paulo; a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital Psiquiátrico e a apresentação do projeto de lei n. 3.657/89 pelo deputado Paulo Delgado (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005; MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010; COSTA, 2011).

Na mesma década, concretiza-se o Movimento da Luta Antimanicomial durante o II Congresso Nacional do Movimento do MSTM. Segundo a Lei 10.216, a Luta Antimanicomial trata-se da:

a inclusão do entendimento de cidadania e cultura (...) com envolvimento de pacientes a partir de então chamados de usuários dos serviços de Saúde Mental e seus familiares (BRASIL, 2001, p. 25).

Este movimento social organizado trouxe à tona discussões voltadas a privatização hegemônica à mercantilização da assistência à Saúde Mental, a violência praticada dentro das instituições manicomiais, de forma à construção de novas ideias a serem incorporadas pela Saúde Mental e Psiquiatria como forma de substituição do saber assistencial hospitalocêntrico vigente , trazendo como lema “Por uma sociedade sem manicômio” (BRASIL, 2005).

O espaço ocupado pela privatização do setor saúde durante a Ditadura Militar, a partir da promulgação da nova constituição, somado ao Movimento Sanitário vigente desde a década de 1970 e a falência do modelo corporativista assistencial de Saúde – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) - trouxe para a agenda política brasileira discussões voltadas a criação de um sistema de saúde público, equânime na oferta dos seus serviços, que presasse pelas práticas baseadas na saúde coletiva e pela participação social e dos trabalhadores em seu modelo gerencial (BRASIL, 2005).

Assim, no ano de 1988, nasce o SUS – Sistema Único de Saúde- uma vitória popular que contará agora com a gestão e financiamento tripartite, articulada ao controle social representado pelos Conselhos Comunitários de Saúde (BRASIL, 2005), trazendo a pauta da atenção em Saúde Mental para o controle do Estado.

Graças à II Confêrencia Nacional de Saúde Mental e à assinatura da Declaração de Caracas pelo Brasil, entra em vigor as primeiras normas federais regulamentadoras da fiscalização das condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos e criação de serviços substitutivos às internações asilares, como os CAPS, NAPS e hospitais dia. Porém, foi somente em 2001, doze anos após sua submissão, que foi aprovada no Congresso o Projeto de Lei de n. 10.216, de Paulo Delgado, a qual regulamentou os direitos dos sujeitos em sofrimento mental e a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos em todo o Brasil (BRASIL, 2005; MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica redirecionou a assistência brasileira na atenção à saúde mental, que voltou-se ao privilégio do tratamento dos sujeitos em sofrimento mental em serviços comunitários de modo a viabilizar a proteção seus direitos e cidadania. (BRASIL, 2005).

O financiamento para a extinção dos leitos psiquiátricos em privilégio dos serviços substitutivos, assim como a criação de novas linhas gestoriais e modalidades de

assistência, como o programa “De volta para Casa” são criadas a partir de então, ganhando cada vez mais destaque às ações voltadas para o álcool e outras drogas e à redução de danos (BRASIL, 2005).

Serviço de linha de frente para a reabilitação psicossocial e de fundamental relevância para o presente estudo, faz-se necessário o esclarecimento das diretrizes da criação e fundamentos dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Financiado pelo Ministério da Saúde desde 2002, este serviço vem se consolidando de forma exitosa no território brasileiro. Essa unidade de saúde encontra-se presente em 96,5% dos municípios e, conforme dados colhidos pelo próprio MS, existiam, já em 2005, 689 CAPS funcionando em todo o território brasileiro, 3 anos após a promulgação da lei, os quais permitiram a articulação de diversas redes de atenção, como as sócio sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais (BRASIL, 2005; COSTA, 2011).

A eficácia dos Centros de Atenção Psicossocial se dá por meio de um atendimento diário aos sujeitos em transtornos mentais, leves ou persistentes, por meio da reinserção social, do atendimento clínico e da promoção ao acesso ao trabalho, por meio da economia solidária, ao lazer, ao exercício pleno dos seus direitos e cidadania, assim como o do incentivo ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

Este serviço apresenta as seguintes competências: organização das demandas em Saúde Mental e da rede de cuidados prestados pelo setor; acolhimento do serviço, e porta de entrada da rede assistencial em saúde mental; coordenação da supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas como forma de garantia da defesa dos direitos humanos nas unidades e da redução de leitos; supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental por meio de educação continuada e permanente e cadastramento e controle dos pacientes em uso de medicação essencial e excepcional (COSTA, 2011).

Desta forma, como assinala Barbosa, os Centros de Atenção Psicossocial “tem o poder de promover a superação da necessidade de contenção das necessidades de contenção das liberdades individuais, conseqüentemente, das violências cometidas contra os usuários dos serviços” (BARBOSA, 2002, p.6).

## **2.2 Arte terapia e terapia através da dança no contexto assistencial da Enfermagem**

Após a proposição de um novo modelo assistencial previsto pela Reforma Psiquiátrica, torna-se indispensável a reformulação das práticas oferecidas nesses novos serviços. (BROOKS; PILGRIM; ROGERS, 2011).

A arte mostrou-se durante a história e consolidou-se na atualidade, como um agente capaz de (re)construir uma concepção social voltada à imagem dos sujeitos em sofrimento mental. Tamanho é o potencial desse instrumento, que Van Gogh, pintor, e Antonin Artaud, teatrólogo, encontraram em suas expressões artísticas um caminho ao enfrentamento de suas condições de confinamento, isolamento, segregação e violência (AMARANTE, 2012).

As Terapias Artísticas e Criativas, desta forma, tem conquistando espaço nesse novo cenário da Saúde Mental, uma vez que estende sua ação para uma amplitude terapêutica não farmacológica.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, traz como um de seus eixos as Práticas Corporais, fomentando o apoio à realização dessas atividades com populações vulneráveis, como os sujeitos em sofrimento mental. Além disso, a política incentiva, como medida de monitoramento da sua efetividade, uma articulação com as instituições de ensino e pesquisa de modo a se obter indicadores provindos dessas ações (BRASIL, 2010).

No Brasil, algumas iniciativas culturais fomentadas por instituições públicas atuantes na área de Saúde Mental já contam com um incentivo intersetorial. O “Prêmio Cultural Loucos pela Diversidade”, fruto de uma parceria entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde, premiou, no edital lançado em 2009, 55 iniciativas na área, que receberam um investimento contabilizado em 675 mil reais (BRASIL, 2013).

No Centro Oeste foram registradas 17 atividades artísticas que expandiram-se dos serviços de atenção à saúde mental para os seus territórios, representando 4% das realizadas em todo país. Em Brasília estão concentradas 3,9% das atividades nacionais, trazendo ao centro do país foco a necessidade de incentivo à implementação dessas práticas, de crucial importância não apenas a atenção à patologia dos sujeitos envolvidos, como também os aspectos econômicos, psicológicos e sociais dos mesmos (AMARANTE, 2012).

Como especialidades terapêuticas, as Terapias Artísticas e Criativas proporcionam aos seus participantes uma instrumentalização para que estes mediem seus processos de autocuidado e promoção da saúde, autoconhecimento, expressão e

comunicação interpessoal; promovem uma interação funcional física, social, emocional, cognitiva e funcional – conforme previsto pela Reforma Psiquiátrica – além de propiciar mudanças comportamentais nos mesmos (GOODILL, 2010).

Amarante em seu recente livro “Saúde Mental e Arte”, publicado em 2012, visa expor diferentes vivências dentro da temática das Terapias Artísticas e Criativas nos serviços de Saúde Mental de todo o Brasil e salienta a importância da expansão da visão dos profissionais dessa área, de forma a enxergar essa modalidade interventiva para além de funcionalidades exclusivamente terapêuticas.

Tal preocupação com essa aplicação puramente terapêutica deve-se a amplitude das intervenções artísticas e criativas, sobretudo, no contexto das novas diretrizes propostas pela Lei Paulo Delgado, sendo esse um instrumento, conforme anteriormente elucidado, fomentador de potentes transformações sociais e diversidades culturais (AMARANTE, 2012).

Conforme Goodill (2010), podemos citar seis modalidades de terapias artísticas e criativas: arte terapia, terapia através da dança, terapia através de poemas, drama terapia (teatro) e psicodrama.

Vale ressaltar, mediante discussão levantada por Amarante (2012) e por Buelau (2012), que em qualquer uma das modalidades acima citadas, não adota-se, como objetivo principal a ser alcançado pela iniciativa os aspectos relacionados a habilidade artística e perfeição técnica, talento e/ou exibição dos resultados obtidos. Essas oficinas tem como propósito romper diversos padrões e ideais impostos pela sociedade e tratam-se, conforme Amarante, da busca pelo “envolvimento com o imprevisível, que tensiona a busca por caminhos outros, em aproximações ora frágeis, ora dotadas de consistência, que reinventam modos heterogêneos de viver” (AMARANTE, 2002, p. 136).

Haja vista a multiplicidade de possibilidades envolvidas nas terapias artísticas e criativas e a relevância terapêutica de cada um deles, para o presente trabalho a modalidade escolhida como foco principal de investigação trata-se da terapia através da dança.

### **2.2.1 Terapia através da dança**

Para a compreensão da terapia através da dança enquanto intervenção terapêutica, é crucial o entendimento do ser humano a partir de suas relações consigo e com os outros, sob o enfoque de suas manifestações corporais como fundamentantes



desses vínculos. Desta forma, conforme afirmado por Ravelin, Kilmä e Korhonen (2006), a dança pode ajudar usuários dos serviços de Saúde Mental não apenas quanto aos seus relacionamentos interpessoais, mas também em seus processos de autoconhecimento e autoaceitação, na modificação de sua autoimagem e na colaboração ao enfrentamento de pressões físicas e psicológicas. Também mostrou-se que, com a prática de exercícios que envolvam componentes como a criatividade e a espiritualidade, como os observados na dança, ocorrem modificações significativas no enfrentamento do estresse e uma facilitação ao estado de relaxamento profundo (LANE, 2005).

Além disso, Lane (2005) traz em sua reflexão sobre o oferecimento de um cuidado de enfermagem holístico, que pode-se observar nos pacientes envolvidos em terapias através da dança uma intensificação em sua energia, além de demonstrações de compaixão e introspecção.

Desta forma, pode-se observar uma relevante contribuição da enfermagem na aplicação terapêutica através da dança por meio de uma busca sistematizada na literatura científica, uma vez que este, a partir do primeiro contato com o paciente, pode-se perceber a disposição e/ou aptidão do mesmo, encorajando-o à sua prática (LANE, 2005).

Algumas outras pesquisas realizadas por e através da atuação de enfermeiros contribuíram para a elucidação dos benefícios da Terapia Através da Dança em diversas populações atendidas pelos serviços de saúde. Palo-Bengtsson, Winblad e Ekman realizaram em 1998 uma pesquisa voltada a observação de benefícios proporcionados pela dança diária à pacientes com demência. O estudo constatou que, para essa população, a terapia proporcionou um aumento na disposição para a comunicação e em manifestações de alegria, além de uma melhora no controle das próprias reações.

A prática corporal através da dança, conforme afirmado por Ravelin, Kilma e Korhonen (2006), tem absoluta eficácia terapêutica em uma perspectiva assistencial da enfermagem para os sujeitos em sofrimento mental, uma vez que esta condição interfere na capacidade de expressão e comunicação destes indivíduos.

Para a obtenção de resultados terapêuticos significativos, deve ser considerado, durante o planejamento das oficinas, práticas contextualizadas em uma amplitude de conhecimentos para além da questão técnica da dança. Questões envolvendo o corpo e a expressão, através dele, de subjetividades, são de fundamental importância à

construção de uma modalidade terapêutica dentro do modelo de atenção biopsicossocial.

Flávia Liberman publicou em 2008 um livro intitulado “Delicadas Coreografias: instantâneos de uma Terapia Ocupacional” no qual, por meio do relato de suas experiências terapêuticas por meio da dança, contextualizou essa prática dentro de uma amplitude teórica bem fundamentada.

A autora traz a reflexão do funcionamento corporal como um aspecto relacionado à diversos fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, tais como a cultura, a genética e hereditariedade, as experiências vividas, as afetividades e os vínculos estabelecidos ao longo da sua história, assim como “a subjetividade que acompanha, molda e orienta os corpos e a vida em determinado tempo/espço” (LIBERMAN, 2008, p. 21).

Além disso, Buelau (2012) acrescenta que, durante a realização de todo e qualquer movimento corporal, independente de sua complexidade, pode-se observar o envolvimento não apenas de funções relacionadas à coordenação motora, tais como os músculos, articulações e conseqüente tônus e antagonismo, mas também o envolvimento cerebral.

Os mecanismos corticais exercem influência significativa na afetividade, na sociabilidade e na imagem corporal do indivíduo, somado à compreensão do corpo do mesmo em sua história, em seus vínculos, em suas vivências, em sua família e em seu convívio social permitindo assim que, através do movimento, este indivíduo remodele, se reconstrua e, principalmente, se diferencie dos demais (LIBERMAN, 2008; BUELAU, 2012).

O movimento criativo vivenciado pelo indivíduo, a partir desse encontro com o “eu”, poderá proporcionar o autoconhecimento, o equilíbrio interno e ambiental, a familiarização com as pessoas e o ambiente, além de possibilitar uma nova forma de enfrentamento as necessidades individuais, colocando-o em uma posição de criador e transformador do espaço em que vive (BUELAU, 2012).

Desta forma, Liberman (2008) traz em sua experiência a interpretação do movimento corporal como um caminho de expressão e de acompanhamento de demandas ambientais apresentadas, que é propiciado pelo contato interior com o seu “eu”, como fomentador de uma sensibilidade que facilite a comunicação e a troca com outras pessoas e o ambiente.

Nesse contexto, mostra-se crucial a percepção por parte do enfermeiro que o sujeito envolvido na terapia através da dança não terá como principal foco a estética de seus movimentos, mas a utilização dos mesmos como um mecanismo que possibilite manejar os conteúdos, sentimentos e emoções operantes e interferir no seu dia-a-dia, de modo que ele perceba suas limitações e, conseqüentemente, encontre caminhos para o seu fortalecimento (PEREIRA, 2009).

Deve-se ressaltar que o grande desafio do enfermeiro enquanto mediador de uma oficina de Terapia através da Dança consiste no desenvolvimento de um olhar sensibilizado ao ambiente, às pessoas e as demandas inusitadas apresentadas, uma vez que esses movimentos poderão apresentar nesse contexto ritmos, limites e aberturas de contato consigo e com os outros diferenciados em cada indivíduo, levando o terapeuta à necessidade de um constante exercício de percepção dessa multiplicidade, afim de respeitá-las adequadamente (LIBERMAN, 2008).

Assim, o terapeuta inaugura-se a responsabilidade de mediar esse trabalho corporal, criador de possibilidades de aproximações, muitas vezes vinculadas ao cuidado e ao acolhimento, de forma a criar um espaço de sensibilidade e confiabilidade propício à proposições, construções e significações de ideias sobre o corpo e o tocar (LIBERMAN, 2008).

### **2.3 Depressão**

Momentos tristes e angustiantes fazem parte da natureza humana. A mediação de tais sentimentos trata-se de uma característica complexa, intrinsecamente relacionada a componentes subjetivos, que envolvem a o temperamento, a história de vida, a ambiência social e econômica, entre outros aspectos (PEREIRA, 2009).

Porém, quando tais sentimentos tornam-se incompatíveis à vivência social e a produtividade, configurando-se como uma questão digna de preocupação ligada a integridade física, psíquica e social do sujeito, emerge-se socialmente a necessidade da compreensão do sofrimento humano sob um enquadramento para além de questões puramente cotidianas, estendendo-se à um âmbito patologizante, altamente apropriado pelo senso comum, como a Depressão, doença conhecida e intitulada como o “mal do século” (PARANHOS; WERLANG, 2009a).

Essa nomenclatura teve origem, assim como a grande maioria dos nossos vocábulos, do latim. Sua composição deriva-se do vocábulo *de*, que significa para

sempre e o vocábulo *premere*, pressionar. Assim, a combinação *deprimo* traz consigo o significado aterrador de rebaixar e subjugar, que revela características fundamentantes da personalidade depressiva (PEREIRA, 2009).

Dada a sua presença desde a Antiguidade, a humanidade das mais antigas civilizações já se empenhava na tentativa de compreender a tristeza e a depressão e de uma separação efetiva entre o vínculo à natureza humana e a “anormalidade” (PARANHOS; WERLANG, 2009).

A essa sociedade que viu surgir tamanha questão, coube, conforme elucidado por Facó (2008), Paranhos e Werlang (2009), o desafio da formulação de diferentes teorias para a compreensão do entristecimento normal e anormal pelo qual o ser humano padecia, até o advento da Depressão enquanto transtorno mental, com sinais e sintomas característicos e natureza nosológica, contando, inclusive, com esforços para o desenvolvimento de substâncias que viessem a frear tamanho mal, tendo na década de 1950 o advento dos medicamentos antidepressivos. Tais mudanças só foram possíveis dadas as profundas modificações ocorridas no berço da sociedade por influência das lutas sociais e contextualização política e econômica, além de grandes marcos, como a teoria psicanalítica de Freud, a consolidação do estudo das ciências sociais e a psiquiatria dinâmica (PEREIRA; BOREINSTEIN, 2004).

A Depressão assumiu números relevante em âmbitos populacionais, assumindo uma prevalência que varia entre 4% a 10%. O acometimento dessa patologia é de uma a cada 20 pessoas, no qual a cada 50 pessoas acometidas, 1 necessita de internação (BOTEGA et al, 2005)

Botega (2005) traz um dado preocupante, indicando que 15% dos pacientes com episódios depressivos graves cometem suicídio. Porém, Fleck (2003) traz nas Diretrizes Médicas Brasileiras para o Tratamento da Depressão, a premissa de que aproximadamente 70% dos casos de morbimortalidade associados com a depressão poderão ser evitados a partir de uma adequada adesão terapêutica.

Essa adesão terapêutica mostra-se crucial por diversas questões, descrito na literatura: os primeiros episódios depressivos é um considerável fator de risco ao desenvolvimento de novos episódios, além de ser a depressão, segundo uma previsão explicitada também por Fleck (2003), a primeira maior causa incapacitante em países em desenvolvimento, como o Brasil e a segunda em países desenvolvidos.

Quando se estuda a epidemiologia da depressão, um quesito torna-se emergente e indispensável à discussão dessa patologia: seu vínculo às questões de gênero. Embora

no quadro geral dos transtornos mentais não se observe uma epidemiologia diferenciada sobre o acometimento entre homens e mulheres, no relatório de 2001 divulgado pela Organização Mundial da Saúde a depressão, juntamente aos transtornos de ansiedade aparecem vinculados ao sexo feminino, em uma proporção de acometimento de cinco mulheres para um homem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Diversos outros autores trouxeram dados relevantes quanto ao vínculo da depressão ao sexo feminino. A doença é mais frequente em mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos, casadas, havendo também uma associação ao aparecimento desses sintomas na adolescência e em mulheres com histórico de abuso sexual (JUSTO; CALIL; 2006; LOOSLI; LOUREIRO, 2010).

Mediante esses dados, é inegável o enfrentamento da Depressão como uma questão que merece atenção da Saúde Pública. O crescente número de casos, associados à tendência psiquiátrica medicamentosa e a alta de taxa de suicídios, além de seu impacto na funcionalidade e produtividade do indivíduo tornam-na uma condição crônica que traz consequências transcendentais aos aspectos econômicos no Sistema Único de Saúde, invadindo um âmbito social (PEREIRA, 2009).

Para um adequado entendimento desse problema, devemos considerar que a Depressão apresenta hipóteses fisiopatológicas distintas que, segundo Pereira (2009), podem ser discutidas frente a três perspectivas: biológicas, genéticas e psicossociais.

Quanto à perspectiva biológica, sabe-se que existem baixos níveis de monoaminas em episódios depressivos – a saber: serotonina, dopamina, noradrenalina, entre outras. Porém, não existem evidências suficientes que comprovem se são os baixos níveis de monoaminas que levam ao desenvolvimento de um quadro depressivo ou se o mesmo que ocasiona essa baixa.

Foi observado, sob a perspectiva genética, uma relação entre uma maior probabilidade ao desenvolvimento de depressão entre gêmeos monozigóticos ou dizigóticos e entre parentes de primeiro grau, porém, ainda não sabe-se quais os genes envolvidos no processo. Vale ressaltar que, embora a genética susceptibilize esse sujeito, não haverá o desenvolvimento do quadro caso não hajam condições ambientais favoráveis (próxima perspectiva);

Relacionado à perspectiva psicossocial, podem existir acontecimentos estressantes e traumáticos na vida do indivíduo sabidamente influencia no desenvolvimento da depressão.

Desta forma, segundo Cheniaux (2011), pode-se perceber uma escassez de informações precisas sobre o processo fisiopatológico da doença. Porém, é sabido que, nesses episódios, observa-se características fundamentais, como uma tristeza exacerbada, alterações na conação – hipo ou abulia – e inibições do curso dos pensamentos, além de outras alterações como:

Aparência descuidada; atitude lamuriosa ou indiferente; rigidez afetiva; diminuição da libido; insônia ou hipersonia; diminuição ou aumento do apetite, negativismo e ideação suicida(alterações na conação); hipoprosexia ou rigidez da atenção; hipoestesia (sensopercepção); hipoamnésia de fixação e de brasilalia; hipofonia; hiprosódia ou aprosódia; aumento da latência de resposta(linguagem); pensamento perseverante e diéias deliróides de ruína (pensamento); diminuição do desempenho intelectual; diminuição da criatividade (imaginação); desorientação alopsíquica apática; diminuição da consciência de existência do eu; despersonalização (alteração da consciência de identidade do eu); e pessimismo (prospecção) (CHENIAUX, 2011, p. 177).

A depressão pode se manifestar em episódios de diferentes intensidades e períodos de duração, podendo ou não estarem associados a outros sintomas psiquiátricos. Consideraremos aqui as depressões não associadas a outros sintomas e transtornos, chamadas unipolares, sendo elas a Depressão Maior e a Distímia (BAUER, 2012).

A Depressão Maior, ou Transtorno Depressivo Maior (TDM), trata-se de uma condição crônica e recorrente, caracterizada por um episódio depressivo maior ou mais evidente e um período de pelo menos duas semanas com um humor depressivo associado a anormalidades neurovegetativas. Nessa condição, o paciente apresenta, perda de apetite, perda de peso, alterações no sono e ciclo circadiano, na capacidade de aprendizagem e memória e nas capacidades psicomotoras e executivas, dentre os quais se destacam a agitação e o retardo motor. Além disso, o paciente nessa condição também apresenta sentimentos de desesperança, inutilidade, culpabilidade, ansiedade e ideações suicidas (MACHADO et al, 2009; BAUER et al, 2002).

A Distímia, segundo Bauer et al (2012) é um transtorno depressivo crônico. Caracteriza-se pela apresentação de sintomas de menor intensidade em um período de pelo menos dois anos com o aparecimento de curtos períodos de bem-estar. Para o diagnóstico deste transtorno, deverão estar presentes pelo menos três dos demais sintomas associados a patologia, tais como:

redução de energia; insônia; diminuição da autoconfiança; dificuldade de concentração; choro; diminuição do interesse sexual e em outras atividades prazerosas; sentimento de desesperança e desamparo; inabilidade de lidar com responsabilidades. do dia-a-dia; pessimismo em relação ao futuro; retraimento social; redução de energia e diminuição do discurso (BAUER et al, 2002, p. 8)

Embora os sinais e sintomas sejam bem retratados na literatura, a depressão ainda configura-se como uma patologia subdiagnosticada e subtratada, considerando-se a dificuldade de discernimento da mesma de sentimentos corriqueiros de tristeza ou de manifestações associadas a vários outros quadros clínicos, como o hipotireoidismo, carcinoma de pâncreas, infecções pelo vírus *influenza*, e pelo uso de medicamentos diversos, como os anti-hipertensivos, neurolépticos (anticonvulsivantes) e por antihistamínicos, como a cinarazina, além da associação a outras queixas físicas, como as dores, presentes em patologias como a diabetes, a hipertensão e as cardiopatias. Somado a isso, a maioria das pessoas não busca as unidades de saúde para a investigação do quadro (PARANHOS; WERLANG, 2009; CHINEAUX, 2011).

Ao considerar-se a angústia, a tristeza extrema e o desânimo como sentimentos comuns no dia-a-dia do ser humano consequência das frequentes necessidades de enfrentamentos aos fracassos, decepções e perdas, o profissional responsável pela percepção dessas características como sugestivas a um processo patológico tem como desafio perceber esses sinais disfarçados e escondidos entre os aspectos diários da vida sem a contribuição de exames específicos contendo todos os critérios diagnósticos, de forma a propiciar uma intervenção precoce (PARANHOS; WERLANG, 2009).

### **2.3.1 Depressão, gênero e terapia através da dança**

Em consonância com os aspectos vinculados à depressão geral já elucidados, o diagnóstico da patologia no sexo feminino também deverá atentar-se a pluralidade de determinantes associados à natureza biológica, social cultural e psicológica feminina, historicamente construída e socialmente incorporada.

Desta forma, o estudo científico de qualquer questão analisada a partir da associação ao sexo biológico, identidade sexual e gênero, deverá transcender o pensamento às problemáticas voltadas a análise de relações entre homens e mulheres, a educação relacionada aos papéis de gênero a esses conferida, as demandas sociais surgidas a ambos os sexos, de forma a compreender toda a influência exercida nos

processos de entristecimento e adoecimento em âmbito individual, com reflexo direto nos aspectos psicológicos, físicos e relacionais do indivíduo (CARVALHO; COELHO, 2009).

As mulheres foram sujeitas nas últimas décadas a um contexto intenso de mudanças em seus papéis familiares, econômicos e sociais. Conforme elucidado por Justo e Calil (2006), essas mulheres, antes vinculadas às tarefas domésticas, educação dos filhos e manutenção do casamento, passaram a ocupar novos espaços sociais. Ao evocar a igualdade de papéis e um lugar equânime ao masculino, essas mulheres enfrentam hoje um período de transição, no qual passam cada vez mais a contribuir na renda mensal e sustento da família, ainda conservando o seu papel maternal e doméstico. Não obstante, todos esses benefícios e conquistas encontram-se intimamente vinculados a uma sobrecarga de responsabilidades e aumento na carga de estresse das mesmas, que muito vem a influenciar em seu bem estar.

Também é amplamente relatado na literatura que a mulher, dentro de relações familiares e íntimas, pode assumir um papel vulnerável que propicie casos de violência doméstica e sexual, razão diferencial no desenvolvimento de transtornos mentais, como a depressão (CARVALHO; COELHO, 2009).

Carvalho e Coelho (2009) também trazem como fatores influentes ao processo de adoecimento psíquico feminino questões como a falta de suporte familiar e social, classe social econômica, a situação empregatícia, a posição matriarcal nas famílias monoparentais sem o apoio do companheiro para o cuidado dos filhos, longas jornadas de trabalho, histórico de perdas e privações durante a infância, orientação sexual inadequada, além de “sentimentos ambivalentes provindos pela maternidade, sentimento de fracasso conjugal, violência em relacionamentos íntimos” (CARVALHO; COELHO, 2009, p. 235).

Desta forma, as mulheres atualmente veem-se obrigadas a lidar com seus papéis familiares, sociais, amorosos e profissionais atrelados a determinações sociais fortes sujeitas a possíveis e graduais modificações. Liberman (2008) coloca que todas as ideias homogeneizantes socialmente impostas a essas mulheres trazem a essas formas ideais de personalidade e comportamento, podendo afeta-las no que a autora cita como “vidas mais interessantes” e adequadas ao ideário social, provocando não apenas um mal estar como também sintomas diversos, podendo-se assim destacar os sintomas depressivos.

Não obstante, torna-se importante levar-se em conta questões pertinentes à anatomofisiologia feminina como determinante do desencadeamento de episódios



depressivos, sendo este ponto, conforme elucidado por Justo e Calil (2006), carente de evidências científicas plausíveis, ainda que o processo de adoecimento seja corriqueiramente associado à períodos críticos da vida feminina que apresentam intrínseca relação com as funções fisiológicas e sexuais femininas, como a gravidez, o puerpério e a menopausa (CARVALHO; COELHO, 2009).

Justo e Calil (2006) trazem em seu artigo proposições a cerca da influencia de dois hormônios sexuais femininos – a progesterona e o estrogênio - no processo de adoecimento depressivo. O estrogênio, provindo do útero, tecido adiposo, placenta e cérebro, parece ter ação direta em regiões do sistema nervoso central envolvidas com as emoções, humor e cognição, como o hipocampo no cérebro e o cerebelo, por meio do favorecimento da neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica, agindo favoravelmente às emoções positivas. Já a progesterona potencializa a ação da monoaminoxidase, diminuindo os níveis séricos dessas substâncias, agindo desfavoravelmente à essas emoções. Compreendendo não apenas o ciclo menstrual como toda a vida fértil feminina – desde a menarca até a menopausa – como um ambiente de constante ciclicidade hormonal, a síntese e liberação da progesterona e do estrogênio poderá influenciar diretamente no aparecimento de sintomas depressivos.

A Terapia através da Dança já foi utilizada como recurso terapêutico para esse grupo de pessoas e apresentou resultados satisfatórios. Um estudo pioneiro da terapêutica realizado no ano de 1987 por enfermeiros com 10 pacientes depressivos demonstrou que eles apresentaram melhora em 8 de 15 itens avaliados na “*Family Drawing Depression Scale (FDDS)*”, comprovando a sua eficácia no manejo da depressão (PRATT, 2004).

Esses benefícios podem ser explicados quando consideramos os mecanismos fisiológicos envolvidos na dança. A Depressão, considerada um transtorno de humor, tem como base modificações nos mecanismos neurais que mediam os comportamentos emocionais, tendo como o prazer/recompensa as emoções de referencia para a ação dessa proposta terapêutica (BRANDÃO, 2004).

O prazer apresenta-se como ponto chave no processo depressivo uma vez que ele encontra-se intrinsecamente relacionado às expectativas geradas durante a dança, as quais se desdobram em reações autonômicas, endócrinas e motares próprias que influenciarão positivamente no quadro (BRANDÃO, 2004; LAMBERT, 2008).

Segundo Brandão (2004), o comportamento emocional, incluindo o prazer/recompensa objeto dessa análise, tem como sua base anatômica o sistema

límbico, que tem como figura central o hipotálamo. São esses estímulos hipotalâmicos que geram as respostas anteriormente citadas.

Além disso, a rede accumbens-estriado-cortical também integra-se a esse sistema neuroanatomico envolvido no sistema central de prazer /recompensa, estando assim diretamente envolvidos à base dos sintomas depressivos (BRANDÃO, 2004; LAMBERT, 2008).

As catecolaminas, apresentadas em baixos níveis em transtornos depressivos, aparecem como figuras centrais na mediação desse sistema de prazer/recompensa, justificando-se assim a importância crucial da promoção do prazer durante essa atividade, visando-se assim que esses esforços sejam capazes de acionar esse circuito neural, de modo a promover a liberação dos neurotransmissores (BRANDÃO, 2004; LAMBERT, 2008; PERITO; FORTUNATO, 2012).

Uma vez liberadas essas catecolaminas, a sensação de bem estar crucial para o manejo da depressão enfim será proporcionada, haja vista a expressão da ação da dopamina e a serotonina nessa rede (BRANDÃO, 2004; LAMBERT, 2008).

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar os efeitos de uma oficina de Terapia através da Dança na promoção do bem-estar psicológico e na diminuição de sintomas depressivos em mulheres.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Oferecer, junto ao Centro de Atendimento Psicossocial, como alternativa terapêutica contextualizadas nos moldes da Atenção Psicossocial proposta pela Reforma Psiquiátrica, uma oficina de dança, de modo à propiciar às participantes da pesquisa a oportunidade de socialização com as demais compreendendo maior domínio do ambiente terapêutico;
- Contextualizar a ação da Enfermagem nas Terapias Artísticas e Criativas e Terapia através da Dança;
- Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem às participantes, identificando os diagnósticos de enfermagem prevalentes antes e depois da participação das mesmas na oficina;
- Avaliar o escore de depressão das participantes antes e após as atividades da oficina, mediante aplicação do Inventário de Depressão de Beck-I

## **4 METODOLOGIA**

O presente capítulo contempla uma multiplicidade de informações e singularidades que configuram o estudo que detém de significados e contribuições cruciais para um entendimento mais amplo da situação problema a ser tratada.

Mediante tamanha diversidade, este é um estudo transversal que se utilizou da metodologia de séries de casos e que apresenta, de forma sistematizada, os resultados obtidos durante o trajeto da pesquisa, por meio de uma discussão dos elementos comuns a todos os casos observados e ressaltando aspectos individuais e relevantes para uma adequada compreensão do evento a ser estudado (LIMA, 2006; ADLER, 2008).

### **4.1 Participantes**

O público alvo envolvido na oficina posteriormente descrita apresentou uma grande rotatividade, porém, apenas aceitaram vincular-se ao presente estudo 11 mulheres que apresentavam sintomas depressivos, associados ou não a outros diagnósticos, e que estiveram, no momento da coleta inicial, vinculadas à um Plano Terapêutico no Centro de Atendimento Psicossocial.

Para o direcionamento do grupo para a atividade, a equipe contou com a ajuda da equipe multiprofissional do CAPS - enfermeiras, psiquiatra, psicóloga e terapeuta ocupacional, por meio de convites voltados à mulheres que se encaixassem no perfil.

### **4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram estabelecidos como critérios de inclusão no presente estudo que as participantes tivessem idade entre 20 a 59 anos fossem usuárias cadastradas no CAPS, apresentassem escolaridade mínima de quatro anos para um adequado entendimento dos instrumentos da pesquisa e possuíssem histórico de sintomas depressivos.

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se os usuários que não aceitaram participar do estudo ou que não apresentaram histórico de sintomas depressivos.

### **4.3-Local de Realização**

O estudo foi realizado nas dependências de um Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS II, tendo como ambientes uma varanda aberta e arejada, além de um salão coberto e fechado como alternativa para os dias de chuva. Também foram utilizados consultórios de atendimento para a aplicação dos instrumentos e das entrevistas, visando uma maior privacidade para esses usuários.

#### **4.4 Duração do Estudo e Períodos de Aplicação dos Instrumentos de Coleta de dados**

As atividades da pesquisa compreenderam um período de 6 (seis) meses, fazendo uso de 1 (um) mês para o reconhecimento dos usuários e convites iniciais. As oficinas e coletas de dados foram oficialmente finalizadas em março de 2014, haja vista a dificuldade encontrada em localizar essas mulheres durante o período de férias, não permitindo que essa etapa fosse concluída juntamente com a oficina, na segunda quinzena de dezembro.

A aplicação dos instrumentos aconteceu em dois momentos distintos: a primeira, durante o início das atividades da oficina, compreendendo um conhecimento do perfil desse grupo, suas condições iniciais e principais demandas; a segunda, no final das atividades, sensível à evolução dessas usuárias durante o período de intervenção.

#### **4.5 Desenho do Estudo**

Trata-se de uma pesquisa-ação, descritiva e de natureza qualitativa, para a qual foi instituída uma oficina de Terapia através da Dança. Para um satisfatório e harmonioso desenvolvimento da oficina, foi criado o projeto de extensão “Dança em Extensão”, regulamentado pelo Decanato de Extensão da Universidade de Brasília e assim batizado pela enfermeira da unidade entusiasta e companheira do projeto. A equipe contou com a ajuda de 4 (quatro) alunos extensionistas e 1 (um) professor de dança de salão, além da professora principal e pesquisadora .

A oficina terapêutica foi construída com base na seguinte diretriz:

##### **4.5.1 Descrição da oficina:**

A Oficina teve a duração de 23 semanas, realizadas semanalmente e sujeitos à imprevistos decorrentes de demandas do CAPS – passeios, falta de abastecimento de água – e relacionado à saúde da professora de dança. Desta forma, totalizaram-se 20 encontros oficiais.

Utilizando-se de recursos teóricos levantados por Buelau (2012) e Liberman (2008), acrescidos às técnicas de ensino de dança de salão e um desenho metodológico que considera peculiaridades da condição de saúde específica a ser acolhida, a presente oficina foi construída de modo que compreendesse os três eixos específicos a seguir:

#### Eixo 1- O Silêncio e a Harmonia

O trabalho corporal realizado utilizou-se de momentos de atividades em silêncio e de atividades utilizando-se de recursos sonoros. Tal dinâmica justifica-se na necessidade dos participantes gozarem do privilégio do crescimento gradual do sentimento de pertencimento da proposta, partindo daquilo que lhe é natural e lhe permite uma maior consciência de suas necessidades de pensamentos, movimentos e ritmos: o silêncio, incentivando a autonomia e o autoconhecimento (BUELAU, 2012). Não obstante, esse momento em silêncio foi ao encontro de uma proposta nova, desconhecida- a música, na qual as usuárias participantes da oficina foram desafiadas a acompanhar uma dinâmica que lhes foi proposta, conciliando movimentos que lhes foram tragos e suas próprias demandas de movimento e ritmo, possibilitando a expressão, a comunicação e a criação.

Além disso, esses movimentos proporcionaram momentos de encontro, visando o estabelecimento de vínculos afetivos com as demais, possibilitando familiaridade com as outras mulheres envolvidas, com as propostas trazidas pela oficina e com o ambiente.

#### Eixo 2 - A Expressão e Significados

Um intervalo de produção escrita permitiu a essas pacientes a exteriorização de percepções e significados em momentos de movimentos corporais. Tal proposta favoreceu, a partir de elementos tragos por várias formas de arte terapia, como a arte terapia e terapia através de poemas, momentos voltados a produção e expressão que refletiram a produção interna desses significados por meio de sua materialização (LIBERMAN, 2008).

#### Eixo 3 - As Memórias

Os resultados proporcionados pelas atividades partiram de uma produção interna de significados que se materializaram em comportamentos e as pessoas podem apresentar, durante a necessidade de expressão acerca de determinadas temáticas, uma dificuldade que tangencie a utilização da linguagem verbal (LIBERMAN, 2008).

Desta forma, o recurso das fotografias foram capazes de eternizar as comunicações verbais, facilitando, conforme elucidado pelas mesmas autoras, uma compreensão mais ampla do processo vivenciado pelas participantes.

Os três eixos acima explicitados foram possibilitados por meio de 5 (cinco) etapas distintas durante a oficina, que seguem:

a. (Re)Conhecer

Este momento proporcionou às participantes momentos de reflexão e significação do próprio corpo, acompanhado de oportunidades de encontro com o corpo alheio, possibilitando uma troca de vivências, valores e significados de modo a facilitar a apropriação da ideia da oficina e familiarização com as demais participantes.

Lieberman (2009) traz esse momento de aproximação como uma possibilidade de reformulação de suas formas de enfrentamento a partir de referências cotidianas, a partir da aprendizagem e o autocontrole, enquanto que o encontro com o outro fomenta a percepção da “multiplicidade e singularidade de corpos/vidas e modos de existência que se contrapõem às noções homogeneizantes de normatização” (LIBERMAN, 2009, p. 27).

Essa etapa foi trabalhada por meio de dinâmicas de apresentação e brincadeiras de roda, compreendendo 2 (dois) encontros.

b. (Re)Descobrir

A etapa de (Re)Descobrir possibilitou a essas participantes um primeiro contato com a música, por meio do trabalho com passos vinculados a danças individuais, possibilitando a esses a chance de descobrir, por meio desse tipo de dança, as pulsões corporais inauguradas a partir da introdução do desafio imposto: a música.

Esse momento fez, inicialmente, uso de músicas famosas no cenário pop. Essa primeira opção foi pouco aceita, haja vista a grande exposição do que as mulheres consideravam como habilidades individuais, requerendo uma reformulação que possibilitou uma alternativa bem aproveitada, as danças circulares.

A nova opção trouxe uma contribuição grandiosa e inesperada para o andamento da oficina, haja vista que ela possibilitou uma abertura adequada do espaço para a nova etapa, a seguir explicitada.

Essa etapa contou com 2 (dois) encontros.

c. (Re)Encontrar

No momento de (Re)Encontrar, foram introduzidos elementos coreográficos de danças em par, possibilitando à essas pacientes a percepção das demandas rítmicas e de movimento do outro, desafiando-as mais uma vez à conciliação das necessidades e atitudes frente à música para a construção de uma dança harmoniosa e satisfatória para ambos os envolvidos.

Para tal, foram elencadas duas modalidades de dança de salão: o forró e o samba. Em ambas, houve uma aceitação satisfatória, percebendo-se o envolvimento desses para o aprendizado dos passos e aprimoramento de habilidades.

Totalizou-se 9 (nove) encontros nessa etapa, dentre os quais 6 (seis) foram voltados ao forró e 3 (três) foram preenchidos com o samba.

d. (Re)Inventar

No momento de (Re)Inventar, essas participantes foram submetidas a desafios diversos, possibilitando o exercício da criatividade para o enfrentamento das situações que lhes foram propostas, afim de reafirmá-los como sujeitos repletos de significados, mas que precisam projetar-se em encontros com os significados alheios, essenciais ao crescimento e ao autocontrole como instrumento pertencente, passivo e modificador do ambiente.

Para tal, as pacientes vivenciaram 5 (cinco) encontros nos quais lhes foram sugeridos passos de dança livres. Porém, com o desenvolver da oficina, momentos como esse passaram a ser requeridos em todas as aulas, nos quais as mulheres sugeriram músicas conhecidas durante a oficina, solicitaram musicas externas que gostariam de dançar, e construam sua própria identidade de movimentos corporais baseados nos demais elementos apropriados durante os últimos encontros.

e. (Re)Projetar

O momento de (Re)Projetar consistiram na materialização das demandas individuais em um construto coletivo, de modo a conciliar-se os desejos de ambos os grupos em uma coreografia comum, demonstrando a todos os significados e preferencias adquiridas durante todo o processo, efetivando-se a ideia de que a atividade corporal imprime em cada um diferentes resultados e sentimentos que devem ser mediados nos relacionamentos interpessoais construídos.

Lieberman (2008) traz essa coreografia como uma necessidade corporal surgida a partir de diversos momentos de criação e experimentação, uma vez que os



indivíduos necessitarão, em algum momento, equilibrar-se e construir, da forma mais participativa possível, sua própria “coreografia” como ferramenta de enfrentamento de sua realidade.

Para o alcance dessa meta, foram utilizados 2 (dois) encontros, dentre os quais um momento de criação de coreografia por essas usuárias e um momento de apresentação durante um evento voltado para o público interno do CAPS e seus familiares.

#### **4.6 - Instrumentos de avaliação**

O estudo teve 2 (dois) momentos para a coleta de dados, distribuídos, igualmente no período de realização da oficina, sendo um deles antes do início das atividades e outro no término das atividades.

Foram utilizados na pesquisa quatro instrumentos de avaliação, previamente validados com uma usuária do CAPS que não participou da pesquisa, a saber: questionário sócio-demográfico, questionário semi-estruturado, Inventário de Depressão de Beck-II e Diagnósticos de Enfermagem.

Os instrumentos de avaliação supracitados são, a seguir, detalhados:

##### **4.6.1 - Questionário Sócio-Demográfico**

Foi aplicado no momento da seleção das participantes um questionário sociodemográfico (apêndice A), que foi construído de modo a procurar identificar questões demográficas, sociais e econômicas que viabilizem uma possível associação dos quadros das pacientes envolvidas na pesquisa as questões de gênero que permeiem tais aspectos e facilitem, conforme afirmado pelos estudos demonstrados no referencial teórico, o desencadeamento dos episódios depressivos.

##### **4.6.2 –Questionário semiestruturado**

Foi aplicado nos dois momentos de coleta de dados da pesquisa um questionário semiestruturado que comportou as seguintes proposições:

- a. Qual o significado de dança para você?
- b. Qual a influência das terapias propostas pelo CAPS no seu dia-a-dia?

- c. Qual a importância que a terapia medicamentosa tem na sua vida?
- d. Qual o valor que você enxerga na dança para o seu dia-a-dia?
- e. Qual o papel que os enfermeiros desempenham na sua caminhada no CAPS?

#### 4.6.3 - Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)

Foi aplicado em dois momentos distintos o Inventário de Depressão de Beck II – BDI-II (anexo a). O primeiro no momento será na seleção das participantes e o segundo final da oficina.

Devido ao seu grau de validação e fidedignidade no Brasil e sua constante reformulação que possibilitou uma versão que se aplicasse a todos os tipos de episódios e transtornos depressivos, o Inventário de Depressão de Beck- II foi utilizado para a observação do manejo dos sinais negativos provenientes da Depressão.

Esta escala contém 21 itens, os quais possuem escores que variam de 0 a 3. A somatória dos escores dos itens totalizam 63 pontos E, quanto maior for o escore, mas severo é o episódio depressivo (PARANHOS, 2009).

#### 4.6.4 – Sistematização de Enfermagem

De forma a elencar e sistematizar a assistência de enfermagem visualizados nos contextos individuais de cada uma das participantes, permitindo considerar as particularidades de cada um dos casos estudados, foram estabelecidos Diagnósticos de Enfermagem, segundo a nomenclatura proposta pela North American Diagnosis Association – NANDA INTERNATIONAL (2010), uma das etapas utilizadas durante a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Esse instrumento permitiu utilizar e integrar os dados das participantes obtidos por três perspectivas - as informações provenientes dos demais instrumentos, dos prontuários individuais e da anamnese realizada de forma contínua durante a oficina.

### **4.7 Implicações Éticas da Pesquisa**

Em cumprimento a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de

Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, cuja aprovação deu-se sob parecer de número 484.043, de 2013 e CAAEE nº 14910713.5.0005553.

Para participar da pesquisa as participantes foram orientadas quanto aos objetivos, justificativa e metodologia a ser adotada. E de forma livre e orientada fizeram sua opção de participação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice B), que apresenta duas vias- sendo uma da participante e outra do pesquisador -para compor o conjunto de documentos da pesquisa.

Foram assegurados às participantes, o sigilo, a confiabilidade, a privacidade, a proteção da sua imagem e a não estigmatização, garantindo-se que as informações obtidas com a pesquisa seriam usadas no âmbito acadêmico, para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da qualidade de vida dos próprios indivíduos, podendo ser publicados em periódicos científicos.

Foram respeitados valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos, bem como hábitos e costumes, que refletiram na pesquisa, e no significado de qualidade de vida para a população pesquisada.

#### **4.8 Análise de dados**

A tabulação dos dados deu-se de forma contínua, durante todo o período da pesquisa, conforme foram obtidos os dados objetivos e subjetivos envolvidos no processo de pesquisa empírica, de modo a viabilizar-se a construção dos resultados finais a serem posteriormente apresentados.

Os dados provenientes do questionário sócio-demográfico e do BDI-II foram tabulados por meio do software *Microsoft Excel*© que permitiu a visualização, filtragem e posterior tratamento de suas informações, por meio de gráficos e tabelas.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e as respostas das participantes às questões propostas foram posteriormente transcritas na íntegra.

Os dados das entrevistas foram analisados por meio da metodologia de análise de conteúdo, que procura compreender todos os acontecimentos envolvidos e as interações existentes entre os sujeitos da pesquisa, tornando as palavras o seu principal objeto de atenção, correlacionando-o ao seu contexto (SILVA; COBBI; SIMÃO, 2005, LINTZ, 2011).

Para a análise do conteúdo, foram eleitas categorias fechadas, previamente estabelecidas na construção do instrumento, a saber: Valor da Terapia através da Dança, Papel do CAPS no sofrimento mental, percepção sobre a Terapia medicamentosa e Percepção da atuação da enfermagem dentro do CAPS.

As subcategorias foram criadas após um procedimento interpretativo, atentas para que fossem mutuamente exclusivas e contemplem toda a riqueza de detalhes e significados obtidos. Para isso, foram buscadas unidades de significados (palavras e ideias relacionadas à temática da categoria) que permitiram a pesquisadora uma compreensão adequada das características dessas pacientes, o ambiente em que estas vivem e os padrões estabelecidos pelas mensagens comunicadas (SILVA; COBBI, SIMÃO, 2005; MARTINS, 2009, LINTZ, 2011).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - foi implementada, inicialmente, a partir dos dados obtidos durante a primeira aplicação dos instrumentos da pesquisa, de modo a corresponder com fidedignidade a situação inicial dessas participantes, sem possíveis interferências no julgamento da pesquisadora no decorrer dos primeiros encontros.

O segundo momento no qual a SAE foi implementada, obteve um constructo que contou com informações obtidas de maneira contínua durante o decorrer dos encontros da oficina, de modo a viabilizar esse momento como parte do processo de avaliação da assistência de enfermagem realizado durante essa atividade.

Os diagnósticos de enfermagem foram construídos com base nas informações coletadas a partir dos instrumentos da pesquisa – questionário sócio demográfico, BDI-II e entrevista semi-estruturada – além de dados obtidos nos prontuários das participantes, pela anamnese e relação pesquisadora-participantes.

A partir dos dados coletados, foi utilizado como ferramenta os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International 2009-2011, sistematizando os dados obtidos em todos os contextos singulares de cada uma das participantes em diagnósticos únicos, facilitando a posterior assistência de enfermagem.

Para a apresentação dos resultados, foram atribuídos às participantes codinomes, que foram escolhidos entre a imensa diversidade de espécies da fauna brasileira, respeitando seus nomes particulares.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização das participantes da pesquisa

A indicação da oficina de Terapia através da Dança a todas as mulheres do CAPS, realizada por meio dos profissionais da unidade e pela divulgação dos estudantes envolvidos na atividade de extensão, permitiu a seleção de 11 usuárias que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no desenho metodológico do presente estudo e que concordaram participar das atividades corporais e do estudo.

A adesão às atividades propostas durante todo o período do projeto mostrou-se intensamente variada, conforme o nível de identificação e afinidade das pacientes com o trabalho corporal, assim como a variação da sintomatologia envolvida no humor das mesmas. Dentre as 11 pacientes que frequentaram em algum momento a oficina, apenas 5 mostraram-se ativas durante toda a sua extensão, comparecendo a maior parte dos encontros. Entre o grupo ativo, 3 delas - Andorinha, Cardeal e Pardal - frequentaram de 50% a 75% dos encontros, enquanto duas - Cisne e Colibri - frequentaram um número superior a 75% dos encontros, oferecendo justificativas quando não compareciam às atividades.

Mediante busca ativa dessas pacientes, foi descoberto que a Harpia, a Rouxinol, Garça, Beija-Flor deixaram de participar ativamente do CAPS, atribuindo-se assim apenas à Sabiá e Gaivota o encargo de desistência da atividade específica.

Quadro 1 – Frequência da participação nos 20 encontros oficiais da oficina de Terapia através da Dança

<b>Codínome</b>	<b>Número de Encontros</b>	<b>Percentual de Participação</b>
Cisne	18	82%
Andorinha	14	63,5%
Colibri	19	86%
Sabiá	2	9%
Cardeal	13	59%
Pardal	14	63,5%
Hárpia	1	4,5%
Garça	1	4,5%
Rouxinol	2	9%
Beija-Flor	2	9%

O grupo estudado contou com a presença de mulheres com idades heterogêneas, que abarcaram toda a faixa etária estabelecida nos critérios de inclusão da pesquisa. Apenas uma delas, a Garça, apresentou idade entre 20 (vinte) e 29 (vinte e nove) anos. Três pacientes – Cisne, Andorinha e Gaivota - apresentaram idade entre 30 (trinta) e 39 (trinta e nove) anos, enquanto duas pacientes – Harpia e Sabia – tem uma idade compreendida entre 40 (quarenta) e 49 (quarenta e nove) anos. A estratificação etária mais presente no grupo foi a de 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos, abarcando 5 (cinco) pacientes – Colibri, Cardeal, Pardal, Rouxinol e Beija-Flor.

A maioria dessas mulheres vive ou viveu experiências afetivas duradouras. Cinco dessas mulheres referem estarem casadas no momento da oficina– Andorinha, Sabiá, Pardal, Garça e Rouxinol. Enquanto isso, 4 (quatro) delas declararam-se divorciadas – Colibri, Cardeal, Hárpia e Beija-Flor. A Cisne encontra-se em um relacionamento estável, enquanto a Gaivota se declarou solteira.

Existem questões cruciais a serem salientadas quanto ao estado civil dessas mulheres. A paciente Garça sofria violência doméstica e separou-se durante o período do estudo, a paciente Harpia apresentava um namoro estável há dois anos e a paciente Andorinha referiu estar casada, embora sabidamente pela equipe do CAPS e constante no prontuário a mesma encontra-se separada do marido.

Todas as mulheres envolvidas nessa atividade possuem filhos. Porém, 2 (duas) delas – Colibri e Cardeal – moram sozinhas, sem companheiros ou filhos. A paciente Cardeal, participante de maior idade do grupo, relatou que seus filhos estão casados e, embora more sozinha, encontra na figura da irmã principal suporte social. Já a paciente Colibri encontra-se sozinha na cidade em que reside após o falecimento do filho em 2011, uma vez que seus familiares residem em outra cidade da Federação.

Quando questionadas acerca de sua escolaridade, Cisne, Andorinha e Harpia afirmaram serem portadoras de Diplomas de ensino superior. Já Colibri, Cardeal, Pardal, Garça e Rouxinol declararam ter concluído o ensino médio, enquanto Sabiá, Beija-Flor e Gaivota não concluíram o ensino fundamental.

Sete mulheres declararam exercerem/terem exercido atividades profissionais específicas. Referente à essas atividades, Cisne, Hárpia, Rouxinol, Garça e Gaivota encontravam-se trabalhando no início da oficina. Pardal, funcionária pública,

encontrava-se afastada do trabalho; Cisne e Hárpia, também funcionárias públicas, estão desviadas de função nas empresas, enquanto Andorinha retomou as atividades de auxiliar de veterinária durante o desenvolvimento da oficina. Já Colibri, Cardeal, Pardal e Beija-Flor dedicavam-se aos afazeres domésticos, declarando-se como donas-de-casa.

Quadro 2 – Escolaridade e ocupação das mulheres em terapia através da Dança

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>CONDINOME</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>SITUAÇÃO EMPREGATÍCEA</b>
<b>Superior Completo</b>	Cisne	Física Funcionária Pública – Agente penitenciária	Desvio de função – Setor administrativo
	Andorinha	Bacharel em Letras Auxiliar de veterinária	Retorno às atividades durante período da oficina
	Hárpia	Funcionária Pública - professora	Desvio de função – apoio pedagógico
<b>Médio Completo</b>	Colibri	Dona de Casa	Inativa
	Cardeal	Dona de Casa	Inativa
	Pardal	Funcionária Pública	Inativa
	Garça	Operadora de telemarketing	Em exercício
	Rouxinol	Comerciante	Em exercício
<b>Fundamental Incompleto</b>	Sabiá	Dona de Casa	Inativa
	Beija-Flor	Dona de Casa	Inativa
	Gaiivota	Auxiliar de Cozinha	Em exercício

Fonte: Pesquisa de Campo

Haja vista ser um dos critérios da pesquisa a atenção à mulheres com sintomas depressivos associados ou não a outras patologias, torna-se crucial o conhecimento do diagnóstico das mesmas. Conforme esperado, o diagnóstico mais presente foi o de episódios depressivos diversos, presentes em 7 (sete) pacientes – 63% da amostra.

No entanto, há pacientes que apresentaram sintomas depressivos, porém não apresentaram o diagnóstico clínico de depressão. Nesse quadro encontram-se a Andorinha, a Cardeal, a Beija Flor e a Pardal: a primeira apresenta transtorno psicótico agudo e transitório, a Cardeal e a Beija Flor transtorno afetivo bipolar e a Pardal transtorno afetivo bipolar associado a transtorno dissociativo. Além disso, apareceram associados aos diagnósticos acima citados o luto patológico junto à Colibri e Retardo Mental leve à Cisne.

Todos os diagnósticos supracitados foram obtidos mediante análise do prontuário das participantes da pesquisa. À exceção do luto patológico, todos encontraram-se enquadrados na classificação de diagnósticos médicos segundo o CID-10.

Outro aspecto de relevância trata-se das opções terapêuticas para cada caso. Todas as pacientes estão assistidas por psicoterapia e por terapia medicamentosa. As opções mais frequentemente utilizadas foram, respectivamente, a psicoterapia em grupo e o uso de inibidores seletivos da receptação de serotonina e benzodiazepínicos

Também foi observado o uso das seguintes terapêuticas: Anticonvulsivantes (n=4), Estabilizadores de humor (n=2), Antipsicótico Tricíclico (n=2), Antipsicótico Atípico (n=1), Antidepressivo tricíclico (n=1), Inibidores da monoaminoxidase (n=1), Anticolinérgicos (n=1), psicoterapia individual (n=2).

A tabela abaixo oferece maior detalhamento das opções terapêuticas acima mencionadas:

Quadro 3 – Plano Terapêutico das mulheres assistidas pela oficina

<b>CODINOME</b>	<b>PSICOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO</b>
<i>Cisne</i>	Individual	ISRS
<i>Andorinha</i>	Grupo	Anticonvulsivante
		estabilizador de humor
<i>Colibri</i>	Individual	ISRS
	Grupo	benzodiazepínico
<i>Sabiá</i>		Antidepressivo tricíclico
		benzodiazepínico
	Grupo	anticonvulsivante
<i>Cardeal</i>		Antipsicótico tricíclico



		ISRS
	Grupo	anticolinérgico
<i>Pardal</i>		Estabilizador de humor
	Grupo	Anticonvulsivante
<i>Hárpia</i>		Benzodiazepínico
		inibidores das monoaminoxidases
	Inativa	antipsicótico atípico
<i>Garça</i>	Inativa	ISRS
<i>Rouxinol</i>	Inativa	ISRS
		benzodiazepínico
<i>Beija-Flor</i>		Anticonvulsivante
	Inativa	estabilizador de humor
<i>Gaivota</i>		Antipsicótico tricíclico
		ISRS
	Grupo	benzodiazepínico

Fonte: Pesquisa de Campo

## 5.2 Análise do conteúdo das entrevistas

As categorias a serem apresentadas foram encontradas mediante um direcionamento prévio durante a construção da entrevista, por meio de perguntas que contemplem a área temática de interesse da pesquisa, de modo a levantar a percepção das participantes a cerca do seu tratamento, da atividade proposta pela presente pesquisa e da atuação e relevância da equipe de enfermagem no seu dia-a-dia.

Quadro 4 – Categorização do conteúdo da primeira coleta

<b>CATEGORIA 1 – VALOR DA TERAPIA ATRAVÉS DA DANÇA</b>
Haja vista a terapia através da dança ter se apresentado com o propósito de ter, em seu grupo, participantes que aderiram a ideia voluntariamente, essa categoria mostra-se construtiva na visualização do ideário inicial e expectativas dessas mulheres a cerca da atividade.
<b>Subcategoria 1 – A dança</b>
As mulheres percebem a dança como um instrumento

**como libertação**

pertinente à sua libertação. Tal mérito é expresso pelo desabafo, pelo desprendimento das inibições corporais, pela facilitação em lidar com os aspectos clínicos - físicos, sociais, psicológicos e espirituais – envolvidos dentro de um quadro depressivo.

**1ª Coleta****2ª Coleta**

*É o lugar que eu consigo me desabafar, me soltar, esquecer os problemas e diminuir minhas dores (CISNE).*

*De melhoras, de liberdade, né, de liberdade de expressão(ANDORINHA).*

*Ah, a dança é muito importante, que ela, você libera os movimentos, libera todas as amarras né? É ótimo. Valor mil, muito bom mesmo, como que é mesmo? Ah, o valor é muito grande, porque a gente fica mais leve, assim, livre, leve e solta. Muito melhor (PARDAL).*

*Ah, é muito importante, quando eu 'tô' dançando eu esqueço de tudo. Assim, né... (Risos). Eu me entrego, assim, né*

*(PARDAL).*

**Subcategoria 2 – A realização de um sonho**

A dança foi expressa enquanto um desejo antigo a ser realizado, tornando a oficina de Terapia através da Dança um instrumento de promoção de uma realização pessoal.

**1ª Coleta****2ª Coleta**

*Ai, um sonho. Eu sempre tive vontade de dançar e nunca tive oportunidade. Um sonho bom né, porque pra quem está depressivo se interessar por alguma coisa, eu me interesse por alguma coisa. Antes eu não conhecia. Agora eu estou na terceira aula, estou gostando demais, estou me sentindo interessada. (COLIBRI).*

**Subcategoria 3 – A dança**

Como elucidado no referencial teórico do presente estudo,

**como mediadora de sinais e sintomas físicos e mentais** e a dança configura-se como ferramenta potencial para a mediação de sintomas depressivos. Essa influência direta pode ser facilmente percebida no dia-a-dia dessas mulheres.

**1ª Coleta**

**2ª**

**Coleta**

*Comunicar melhor com as pessoas, seres humanos... (ANDORINHA)*

*A dança pra mim é um momento em que eu esqueço as*

*É um ponto de relax..[pausa] relax [pausa] Como é que é? Se sentir bem. Movimento que o corpo sente falta. E é muito importante, porque o corpo*

*minhas dores, as minhas angústias, as minhas aflições (CISNE)*

*sente falta. É, me ajuda no movimento, é tanto que eu to' tão relaxada [risos, entendeu? Eu sou muito nervosa, ai eu tô calma(CARDEAL).*

*Uma coisa diferente, um ato diferente de a pessoa se comunicar com a outra (ANDORINHA)*

**Subcategoria 4 – Promotora de desconcentração e felicidade**

A dança é enxergada para as pacientes que vivenciaram a experiência na oficina como promotora de momentos de contentamento e desconcentração momentâneos.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

*Eu consigo me descontraír (CISNE).*

*É, significa assim... Uma animação né? É um gesto simples né, de como agir, trocar felicidade com a outra pessoa(ANDORINHA).*

*Eu era uma pessoa enferrujada que não sabia dançar e, no dia que eu consigo dançar, eu me sinto feliz, porque eu não tenho felicidade (COLIBRI).*

*Acho que a dança é um pouco de*

*alegria [...] (SABIÁ).*

**Subcategoria 5 – Redescoberta de necessidade de aprendizagem, potenciais e interesses**

A dança fomentou as participantes da oficina uma constante busca pela aprendizagem de novos estímulos, novos movimentos e, conseqüentemente, despertou nessas pacientes uma redescoberta de potenciais por meio do trabalho corporal.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

*Ah, porque eu não tenho interesse por nada, eu perdi interesse por tudo... Mas pela dança eu me interesso. É a única coisa... (COLIBRI)*

*Eu participei só uma vez, aí eu desisti, porque eu nunca dancei na minha vida. Eu desisti porque eu não sei. Mas aí eu voltei hoje, talvez eu continue. A gente aprende algo a mais que a gente não sabia, porque eu não sei dançar. Eu gostei (SABIÁ).*

*Mesmo não sabendo dançar (risos), eu gosto (PARDAL).*

**Subcategoria 6 – Redescoberta do outro**

O trabalho interpessoal realizado na oficina permitiu as pacientes a descoberta das qualidades e potenciais do outro

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

*Importância assim, né, do gesto, assim, da simplicidade das pessoas... (ANDORINHA)*

## **CATEGORIA 2- PAPEL DO CAPS NO SOFRIMENTO MENTAL**

O CAPS, visto como serviço de saúde de base dentro da atenção à saúde mental, apresenta, na vida das participantes, múltiplas possibilidades de recursos e possibilidades que

representam significações diferenciadas na visão de cada uma dessas mulheres, tornando relevante o conhecimento da percepção das mesmas sobre o papel desempenhado pela unidade em sua vida

**Subcategoria 1 – Acolhimento e vínculo** O Centro de Atendimento Psicossocial configura-se como uma importante rede de apoio à paciente em sofrimento mental, com evidente valorização do papel do acolhimento da equipe frente a esse paciente e da criação dos vínculos usuário-usuário-equipe multidisciplinar.

**1ª Coleta**

*É o lugar que eu me sinto mais acolhida, que eu posso desabafar, que eu [pausa] é como se fosse um ninho pra mim, sabe? (CISNE)*

*É, que eu me sinto acolhida. Que eu me achei aqui. Apesar de ter família, de ter as coisas, mas foi onde eu consegui, consegui achar pessoas com problemas parecidos com os meus, pessoas que conseguem me entender e pessoas que tenham preocupação comigo em relação às coisas que estou tô passando (CISNE).*

**2ª Coleta**

**Subcategoria 2 – O CAPS como promotor de prognóstico positivo no quadro sintomatológico** Haja vista ser esta uma unidade de saúde referenciada para usuários com quadros patológicos já instalados e sua rede de apoio, essas mulheres consideram o CAPS como viabilizador de uma melhora em seu quadro, por meio da promoção de sua saúde, a prevenção da instalação de patologias associados e, fortemente observado em suas falas, o alívio sintomatológico.

**1ª Coleta**

*Melhorar a saúde, de [pausa] recuperar, ficar mais forte, fortalecer a vida (ANDORINHA)*

**2ª Coleta**

*Então, muita coisa assim eu sinto que tá melhorando*

---

*É o que está me ajudando a sobreviver, (PARDAL).  
porque quando eu vim pra cá eu estava péssima. Eu  
valorizo demais (COLIBRI).)*

*Ah, a gente se torna assim, se torna uma  
pessoa assim, mais aberta né, mais facilidade pra se  
comunicar, interagir com as outras pessoas  
(PARDAL)*

---

**Subcategoria 3 – O CAPS como Esperança** Considerando os usuários do CAPS enquanto sujeitos referenciados para mediante suspeita ou confirmação de sinais e sintomas associados ao sofrimento mental, essa mulher encontra na unidade uma ponte que permite a esperança em um futuro no qual seu desconforto seja atenuado ou curado.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

---

*Acreditar num amanhã melhor, na  
existência de tratamentos que terão muito  
efeito (CARDEAL).*

---

**Subcategoria 2 – Potencializador e suporte para mudança comportamental e social** Surgiu nessa categoria a dimensão psicossocial do CAPS, que passou também a ser compreendido como parte da rede de apoio dessas pacientes, fomentador de mudanças que transcendem àquele espaço e interfiram na vida diária dessas mulheres.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

---

*As terapias tem importância  
fundamental na minha vida, porque elas  
ajudam tanto na medicação, quanto pelos  
profissionais, para que eu possa [ pausa] ter  
um tratamento adequado. São auxiliares  
para a minha vida [pausa] e para o meu  
tratamento (CISNE).*

*O CAPS é mudança de vida né?*

---

---

*Um apoio ao ser humano. O CAPS dá apoio ao paciente, aprende a valorizar mais o ser humano (ANDORINHA).*

*Nossa, o CAPS na minha vida 'tá' sendo muito importante, porque ele tá me abrindo mais horizontes na minha vida. [...] Eu acho muito importante. A gente sempre tá aprendendo, né Coisas novas... Gosto! (PARDAL)*

---

**Subcategoria 3 – Alternativa** Essa medida terapêutica, que desinstitucionalizou o **mais confortável frente ao** atendimento da doença mental do ambiente hospitalar **atendimento às crises** mostrou-se, mediante esses fragmentos, benéfica aos olhos dessas mulheres.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

---

*Acho que não assim igual aos outros hospitais que internam né, tomam remédio, ficam uns dias ali internado na cama. Com o CAPS não, né?(ANDORINHA)*

*Sofri muito ali no São Vicente, cheguei ao ponto de internar. Ai aqui eu melhorei muito muito. [...] Acho bom, porque eu cheguei aqui quase a ponto de internar. Meu marido me internou, porque disse que preferia morrer em casa . O CAPS eu acho muito bom, me acolheu muito bem. (SABIÁ).*

---

**Subcategoria 4** – O CAPS apresentou-se nessa subcategoria enquanto um **Potencializador do** influenciador positivo no estabelecimento e no **fortalecimento e de novas** fortalecimentos de relacionamentos interpessoais diversos, **demandas nos** que expandem-se desde os colegas usuários e a equipe, até o

**relacionamentos** seu ambiente familiar.  
**interpessoais**

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

*Eu gosto do pessoal daqui, de todo mundo, gosto de ficar no grupo que eu to, de ficar com minhas colegas... E gosto da minha psicóloga, gosto muito dela. (COLIBRI).*

*Aqui eu converso com a psicóloga, ela me explica muita coisa, eu vou pra casa melhor. É tipo assim, eu sinto uma coisa, acontece uma coisa aqui no CAPS e a gente sorri e eu falo que vou contar pro meu marido e meu filho. Ai eu chego em casa e me tranco, eu vou pensando em falar pro meu marido o que aconteceu aqui com a psicóloga, o que os outros falaram, as histórias... Ai quando eu chego em casa, eu me tranco e não tenho vontade de falar, eu me tranco, tranco mesmo, sinto raiva. Às vezes eu entro [pausa], eu saio daqui calma, alegre, ai chega em casa eu entro no quarto e fecho a porta e tranco. Não sei, eu gosto de vir, eu me sinto bem(SABIÁ).*

**CATEGORIA 3 – PERCEPÇÃO SOBRE A TERAPIA MEDICAMENTOSA**

A atenção psiquiátrica e a prescrição da terapia medicamentosa encontra-se presente na vida da maior parte dos usuários dos serviços de saúde mental, influenciando não apenas em seu prognóstico, como em características físicas, psicológicas e em aspectos referentes ao seu bem estar. Desta forma, torna-se iminente a necessidade de conhecer a visão dessas participantes a cerca do espaço e papel dos medicamentos em sua vida.

**Subcategoria 1 - Controle de sintomatologia** Plenamente contextualizada nos objetivos terapêuticos da medicação, essa categoria abarca as percepções recorrente



dos controles de incômodos pertinentes ao quadro patológico de cada paciente.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

*Melhorar a saúde, de [pausa] recuperar, ficar mais forte, fortalecer a vida (ANDORINHA)*

*É o que está me ajudando a sobreviver, (COLIBRI) péssima. Eu valorizo demais (COLIBRI).*

*Ah, a gente se torna assim, se torna uma pessoa assim, mais aberta né, mais facilidade pra se comunicar, interagir com as outras pessoas (PARDAL)*

*A medicação... [pausa] Ela melhora meu humor, me dá o sono que eu preciso para dormir, me ajuda a descansar*

*(COLIBRI) Quando eu vim pra cá eu estava*

*Boa, muito boa. Ela.. Eu consigo dormir, né? Tranquilizante, um tranquilizante pra dormir né, e pra controlar também os outros problemas. Não assim como um remédio controlado, eu não tomo remédio controlado. Eu tomo Meleril né, que é um remédio fraco, mas dá dominância da saúde (ANDORINHA).*

*Eu não conseguia dormir, e depois que o psiquiatra me passou o medicamento, eu consegui dormir Acho que está me ajudando muito, porque sem ele eu não durmo, eu não consigo dormir, e tomando eu durmo. Quando eu não tomo um, na outra noite eu tomo dois e durmo. Durmo mais tranquila, as vezes eu não durmo, mas tem vezes que eu tomo dois e eu durmo. Às vezes amanheço o dia mais [compreensão impossibilitada]. (COLIBRI)*

**Subcategoria 2 – Promoção de equilíbrio físico, psicológico e espiritual**

Mais ampla que a categoria anterior, trata-se de uma percepção voltada para as medicações enquanto promotoras de um bem-estar que transcenda o quadro sintomatológico, trazendo à discussão à dimensão biopsicossocial da terapêutica.

1ª Coleta	2ª Coleta
-----------	-----------

*Equilíbrio do corpo... É... Juntamente ajuda a alma, da paz, é um crescimento né (CARDEAL).*

**Subcategoria 3 – Desencadeamento de efeitos adversos** – A medicação também foi lembrada pelas participantes da pesquisa pelos seus efeitos adversos, haja vista que, embora haja uma constante busca da área experimental por princípios ativos cada vez mais específicos, ainda haja ação dessas substancias em outros sistemas que podem não serem focos da terapêutica, levando a efeitos não esperados ou indesejados.

1ª Coleta	2ª Coleta
-----------	-----------

*Mas tem os efeitos colaterais: engorda, faz cair cabelo, né, desagradável é isso: os efeitos colaterais (PARDAL).*

*Carbolitium... (pensativa) Ele engorda, faz inchar, no caso ele faz mais é inchar. É, e... Porque, não vejo tanta diferença no apetite. O problema mesmo é que ele faz inchar mesmo. E cai o cabelo. E meu cabelo... Perde muito cabelo. Meu cabelo diminuiu demais. Eu tinha uma juba! Eu não tinha esse pouquinho que cê ta vendo não... Eu tinha muito cabelo (PARDAL).*

**Subcategoria 3 – Terapia passageira** Foi observado na fala dessa mulher a percepção da terapia medicamentosa enquanto uma ferramenta momentaneamente essencial ao seu quadro de saúde, porém, observou-se a disposição em viver em um momento futuro independente desses fármacos.

1ª Coleta	2ª Coleta
-----------	-----------

*[...]Até que eu consiga estabilidade e força suficiente para eu seguir*

---

*minha vida normal... Mas enquanto isso, sem ela eu não consigo sobreviver também (CISNE).*

---

**Subcategoria 4** – A medicação tem sido vista pela paciente enquanto um **Obrigação terapêutica** incômodo da qual ela não pode se desvincular, haja vista a sua necessidade para o seu bom prognóstico.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

---

*Mesmo assim, né, tem que tomar né. Se eu não tomar fica pior... [Pensativa]  
Ai eles vão passar mais medicação, ai o negocio piora né? Mais ainda... (PARDAL)*

---

**CATEGORIA 4 – PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DENTRO DO CAPS**

O enfermeiro, enquanto membro da equipe de saúde e profissional portador de potencialidades dentro da atenção à saúde mental, apresenta funções diversas dentro de um CAPS, envolvendo ações diretas com os usuários, como acolhimento e oficinas, assim como indiretas, na chefia de equipe e planejamento terapêutico e assistencial.

Haja vista a equipe da oficina ser, majoritariamente, formada por enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, a percepção da visão das pacientes a cerca da atuação desse profissional torna-se de grande valor.

---

**Subcategoria 1** – Essa categoria levanta o pensamento social ainda operante da classe **Profissionais auxiliares** enquanto profissionais sem embasamento científico e competência técnica para funções de maior complexidade, rebaixando-os ao papel de auxiliares da equipe.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

---

*Eles são auxiliares aqui, né? (CISNE)*

*O enfermeiro é o auxiliar do médico, [...] (CISNE)*

---

**Subcategoria 2** – Outro pensamento amplamente difundido no imaginário **Profissionais acolhedores, facilitadores e benevolentes** social, essa categoria traz elementos que levantem a questão desses profissionais vinculadas a imagem caridosa e benevolente

**1ª Coleta****2ª Coleta**


---

<p><i>Olha, de ajuda, de amizade, né?</i></p> <p><i>De [pausa] acesso né, facilitar né, a vida diária, né, o acesso aqui no hospital( ANDORINHA).</i></p> <p><i>Ótimos, eles são muito bons. São receptivos, são atenciosos. Eu agradeço muito, estou me sentindo muito acolhida (COLIBRI).</i></p>	<p><i>[...] e orientador do paciente.</i></p> <p><i>Sem ele, eu não tenho esse intermédio entre o paciente [pausa] e o médico. Ele é o que está mais próximo de mim e eu posso tê-lo com mais facilidade. Então ele tem um grau de muita importância pra mim (CISNE).</i></p> <p><i>Conheço alguns. Eles dão apoio ao paciente aqui (ANDORINHA).</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

<p><b>Subcategoria 3 – Membros de uma equipe, desconhecendo-se função privativa</b></p>	<p>Nessa categoria, os enfermeiros são reconhecidos como parte de um sistema que funciona de forma coesa, adequada e satisfatória, porém, sua função contribuição específica dentro da equipe ainda é desconhecida.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**1ª Coleta****2ª Coleta**


---

<p><i>Elas estão sempre de olho na gente. Elas são muito gente boa, aqui todo mundo é bom, todo mundo trata a gente muito bem... Ah, acho que é... (COLIBRI)</i></p> <p><i>É de suma importância né... Porque sem elas... Elas dão todo o suporte, pro tratamento, né? São de suma importância! (PARDAL).</i></p> <p><i>Bom [pausa] o papel deles, fala das terapias né? A importância deles é grande, porque só através dessas terapias aqui né, que nós temos condições de melhorar a cada dia que passa (PARDAL).</i></p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

---

**Subcategoria 4** – Foram observados nos seguintes fragmentos um **Desconhecimento da função profissional** desconhecimento e uma falta de contato evidente com a equipe de enfermagem, impossibilitando o reconhecimento de seu papel enquanto profissional.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

*Eu não sei responder, isso eu não sei responder. [...] Não... Tem só a psicóloga que eu conheci (CARDEAL).*

*Eu não tenho muito contato com eles, mas eu acredito que tenham um papel importante pra mim aqui dentro (CISNE).*

**Subcategoria 3 – Residual**

Trata-se de uma subcategoria que traz fragmentos de uma fala que remontam, em sua análise significativa, à importância do CAPS na vida dessa paciente, desvinculada da questão proposta durante esse momento da entrevista, que questionava a cerca do profissional enfermeiro.

**1ª Coleta**

**2ª Coleta**

*É bom, eu gosto, eu gosto... Até hoje quando eu vinha no ônibus, teve um assalto. Ai o cara entrou, eu chorei muito, se apeguei muito com Deus, eu rezei e falei muito alto no desespero, meu sobrinho falou tia eu sento aqui ele colocou o revolver na cabeça do meu sobrinho. Ai eu comecei a chorar e tremer. Ai meu marido veio buscar eu na parada e falou 'você não vai hoje, volta' mas eu falei 'não, eu vou'. Ai eu cheguei e fui atrás. Eu gosto das quintas feiras. Eu não perco, só*

---

*falto quando tá chovendo muito (SABIÁ).*

---

Fonte: Pesquisa de Campo

### 5.3 Inventário de Depressão de Beck-II

Das 11 participantes da pesquisa, 10 responderam ao Inventário de Depressão de Beck-II no primeiro momento da pesquisa. A paciente Cardeal solicitou não responder a questão 21, referente ao interesse sexual percebido, sendo atribuída pontuação 0 para esse item. Já a paciente Andorinha atribuiu aos 21 itens a pontuação 0, totalizando um escore 0 durante esse momento. Essas peculiaridades impossibilitaram uma avaliação detalhada e proveitosa dos resultados obtidos.

O diagnóstico de episódio depressivo pode ser atribuído a 8 das 10 participantes que responderam ao inventário, haja vista que estas apresentaram escores  $\geq$  a 15 pontos. As pacientes Cardeal e Pardal apresentaram escores inferiores a 15 pontos. Durante o segundo momento, apenas as 6 participantes, que propuseram-se a realizar a segunda coleta de dados, preencheram a escala novamente. Dentre elas, percebeu-se uma manutenção nos quadros com presença de sintomas depressivos em Cisne, Colibri e Sabiá e Cardeal e Pardal permaneceram com escore inferior a 15 pontos. Porém, mostra-se importante salientar que as pacientes Cisne e Sabiá apresentaram diminuição dos escores

As tabela abaixo apresenta o detalhamento dos dados observados para compreensão do quadro das mulheres participantes

Quadro 5 – Diagnósticos clínicos e escores do BDI-II segundo paciente e momento de coleta

Codinome	Diagnóstico Médico	INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK-II	
		Primeira Coleta	Segunda Coleta
<i>Cisne</i>	Retardo Mental Leve + episódio depressivo	38	↓5
<i>Andorinha</i>	Transtornos psicóticos agudos e transitórios	-	2
<i>Colibri</i>	Luto patológico + episódio depressivo	29	29

moderado			
<i>Sabiá</i>	Transtorno depressivo recorrente	47	37
<i>Cardeal</i>	Transtorno afetivo Bipolar	11	-
<i>Pardal</i>	Transtorno Bipolar +Transtorno Dissociativo	8	8
<i>Hárpia</i>	Transtorno Depressivo decorrente	23	-
<i>Garça</i>	Transtorno depressivo recorrente	45	-
<i>Rouxinol</i>	Episódio depressivo grave	28	-
<i>Beija-Flor</i>	Transtorno Afetivo Bipolar	18	-
<i>Gaivota</i>	Episódio Depressivo moderado	41	-

Foram observados no decorrer do período entre uma avaliação e outra mudanças comportamentais não abarcadas pelo Inventário de Depressão de Beck-II, a seguir:

Quadro 6- Mudanças observadas durante o decorrer das atividades da oficina

<b>CODINOME</b>	<b>MUDANÇAS OBSERVADAS DURANTE O DECORRER DAS ATIVIDADES</b>
<i>Cisne</i>	Procurou academia de dança para aperfeiçoar o trabalho desenvolvido na oficina
<i>Andorinha</i>	Retornou às atividades laborais; Apresentou maior comunicação e empatia com a equipe da oficina.
<i>Colibri</i>	Referiu atitudes de enfrentamento referentes a questões pendentes de bens materiais do filho falecido; Apresentou considerável interesse e envolvimento pela atividade
<i>Sabiá</i>	-
<i>Cardeal</i>	Referiu bem estar e melhora em episódio de parkinsonismo decorrente do uso de antipsicóticos
<i>Pardal</i>	Referiu busca por retorno ao emprego; Aumentou seu envolvimento e interesse durante o decorrer das semanas.

Fonte: Pesquisa de Campo

#### 5.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem

Haja vista ser a Sistematização da Assistência de Enfermagem um instrumento construído para instrumentalizar uma assistência continuada, essa etapa da pesquisa foi realizada apenas com as pacientes que possibilitaram esse acompanhamento: Andorinha, Cardeal, Cisne, Colibri, Pardal e Sabiá.

Durante o estabelecimento de vínculos e coletas de dados após as primeiras semanas de contato com as mulheres, foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem individualizados e detalhados na tabela abaixo:

Quadro 7 – Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos no planejamento e avaliação da SAE: quadro comparativo nos dois momentos de coleta

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>		
<b>Codônimo</b>	<b>Primeira Coleta</b>	<b>Segunda Coleta</b>
<i>Andorinha</i>	1. Baixa autoestima crônica,	1. Baixa autoestima crônica,
	2. Enfrentamento defensivo,	
	3. Fadiga,	1. Baixa autoestima crônica,
	4. Padrões de sexualidade ineficazes,	2. ×
	5. Resiliência individual prejudicada.	3. ×
	6. ×	4. Padrões de sexualidade ineficazes,
		5. ×
		6. Disposição para conhecimento aumentado
<i>Cardeal</i>	1. Baixa autoestima crônica	1. Baixa autoestima crônica
	2. Comunicação verbal prejudicada,	2. ×
	3. Insônia,	3. Insônia
	4. Síndrome da interpretação ambiental prejudicada	4. ×
	5. ×	5. Disposição para a comunicação aumentada,
	6. ×	6. Disposição para autoconceito melhorado,
	7. ×	7. Disposição para o aumento do autocuidado,
	8. Disposição para o controle	



8.	×	aumentado do regime terapêutico,
9.	×	9. Disposição para poder de decisão aumentado,
10.	×	10. Disposição para processos familiares melhorados

<i>Cisne</i>	1. Atividade de recreação deficiente,	1.	×
	2. Autocontrole ineficaz da saúde,	2.	×
	3. Baixa autoestima crônica,	3.	Baixa autoestima crônica
	4. Fadiga,	4.	×
	5. Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais,	5.	×
	6. Padrão de sono prejudicado,	6.	×
	7. Padrões de sexualidade ineficaz,	7.	×
	8. Processos familiares disfuncionais,	8.	×
	9. Resiliência individual prejudicada,	9.	Resiliência individual prejudicada,
	10. Risco de sentimento de impotência,	10.	Risco de sentimento de impotência,
	11. Risco de suicídio,	11.	×
	12. Risco de violência direcionada a si mesmo.	12.	×
	13. Tristeza crônica,	13.	×
	14.	×	14. Disposição para conhecimento aumentado,
	15.	×	15. Disposição para enfrentamento aumentado
	16.	×	16. Disposição para relacionamentos melhorado,

<i>Colibri</i>	1. Autonegligência,	1.	×
----------------	---------------------	----	---

	2. Baixa autoestima situacional,	2. Baixa autoestima situacional
	3. Fadiga,	3. ×
	4. Insônia,	4. Insônia
	5. Manutenção ineficaz da saúde,	5. ×
	6. Padrões de sexualidade ineficaz,	6. Padrões de sexualidade ineficaz;
	7. Pesar complicado,	7. Pesar Complicado
	8. Risco de solidão,	8. ×
	9. Risco de suicídio,	9. ×
	10. Tristeza crônica.	10. Tristeza Crônica;
	11. ×	11. Disposição para autoconceito melhorado,
	12. ×	12. Disposição para conhecimento aumentado,
	13. ×	13. Disposição para o aumento do autocuidado,
	14. ×	14. Disposição para poder de decisão aumentado,
	15. ×	15. Disposição para relacionamento melhorado

	1. Comunicação verbal prejudicada,	1. ×
<i>Pardal</i>	2. Insônia,	2. Insônia
	3. Padrões de sexualidade ineficazes	3. Padrões de Sexualidade ineficazes,
	4. ×	4. Disposição para controle aumentado do regime terapeutico,
	5. ×	5. Disposição para poder de decisão melhorado

<i>Sabiá</i>	1. Autonegligência,	1. Autonegligência,
	2. Baixa autoestima crônica,	2. Baixa autoestima crônica,
	3. Enfrentamento defensivo,	3. Enfrentamento defensivo,
	4. Fadiga,	4. Fadiga,

5.	×	5. Falta de adesão
6. Insônia,		6. Insônia,
7. Padrões de sexualidade ineficaz,		7. Padrões de sexualidade ineficaz,
8. Resiliência individual prejudicada,		8. Resiliência individual prejudicada,
9. Risco de suicídio,		9. Risco de suicídio,
9. Tensão do papel do cuidador		10. Tensão do papel do cuidador

\*O símbolo × representa a inexistência do diagnóstico no determinado momento de coleta

Fonte: Pesquisa de Campo

## 6 DISCUSSÃO

A lógica imposta pela biomedicina, que ofereceu ao tratamento dos transtornos mentais uma concepção medicamentalizante, sofreu ao longo das últimas décadas uma progressiva reconstrução, uma vez que esta visão, segundo Bezerra (2014), configura uma alternativa paliativa que pouco considerava os aspectos subjetivos, socioeconômicos e culturais do indivíduo assistido.

No contexto da desinstitucionalização do sujeito em sofrimento mental, a atenção à Saúde Mental tem contado com os Centros de Atenção Psicossocial como ferramenta fundamental para a construção de uma nova forma de repensar o cuidado à esse público, de forma crítica, resolutiva e inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde, garantindo acessibilidade para todos os atores sociais (BEZERRA, 2014).

Na categoria “Papel do CAPS no sofrimento mental” da análise de conteúdo das entrevistas, foram levantadas subcategorias que ilustram o desempenho desse serviço na vida dessas participantes e que condizem com o papel estabelecido para essa unidade graças à Reforma Psiquiátrica.

Seu papel de ” acolhimento e vínculo”, subcategoria presente na primeira coleta, além das subcategorias ”potencializador e suporte para mudança comportamental” e potencializador do fortalecimento e de novas demandas nos relacionamentos interpessoais” estão previstas na cartilha publicada pelo Ministério da Saúde em 2004, intitulada “ Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004).

Segundo essa cartilha, cabe ao CAPS a construção de um ambiente diferenciado, que permita o acolhimento, a estruturação e a facilitação de um regime terapêutico amplo. Além disso, ele deverá ser capaz de, através de seu programa clínico e atividades psicossociais, promover em seu espaço uma interação entre os pacientes, a família e a equipe multiprofissional, além de favorecer a formação de vínculos e o protagonismo desses usuários em sua própria vida.

Também foi levantada nas subcategorias referentes ao papel do CAPS a visualização dessa alternativa terapêutica como mais confortável frente ao atendimento às crises psiquiátricas, questão contextualizada não apenas à significação do CAPS enquanto serviço, como também aos princípios da Reforma Psiquiátrica, que prevê a redução progressiva de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

Presentes nos dois momentos de coleta, foi obtida a subcategoria que ressalta a unidade de saúde como promotora de prognóstico positivo no quadro sintomatológico. Essa percepção das usuárias dá-se graças ao trabalho multiprofissional oferecido, que incluem desde os clássicos tratamentos medicamentosos e psicoterápicos, até atividades comunitárias e culturais, envolvendo não apenas o indivíduo assistido, como também sua família e sua rede de apoio (BRASIL, 2004).

Por fim, também obteve-se na fala das mulheres a percepção do CAPS enquanto uma fonte de esperança. Essa crença na potencialidade terapêutica do serviço remete aos princípios dessa unidade que deverá revelar-se resolutiva, acolhedora, facilitadora e contextualizada à singularidade da vida quotidiana de cada uma dessas participantes (BRASIL, 2004).

Haja vista a multiplicidade de fatores e singularidades envolvidas na atenção à saúde mental, somada ao aspecto longitudinal e necessidade de uma adequada adesão ao tratamento dos transtornos mentais, torna-se iminente o desafio da equipe do CAPS em envolver esse indivíduo em seu plano terapêutico de forma autônoma e participativa, permitindo a coexistência de diversas possibilidades e enfoques de ação, elencadas conforme as circunstâncias individuais impostas diariamente por esses indivíduos (BRASIL, 2009).

Nesse contexto de (re)construção de uma prática terapêutica psicossocial, emerge a importância da Clínica Ampliada, que expande a concepção clínica para além dos aspectos medicamentosos, integrando as diversas abordagens disciplinares disponíveis dentro de um CAPS, visando a obtenção de um trabalho em saúde transdisciplinar e multiprofissional. Assim, permite-se uma compreensão ampliada do processo saúde doença, uma construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas e uma ampliação e uma transformação dos objetos de trabalho dentro desse contexto de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Para a consolidação da proposta da Clínica Ampliada, os Centros de Atenção Psicossocial devem ser capazes de manejar o estigma da doença mental dentro do contexto social. Às participantes desse estudo, tornou-se iminente a conciliação de propostas terapêuticas individuais (atendimento médico, psicoterapia individual) e coletivas (psicoterapia de grupo e atividades grupais diversas) para afirmá-las, conforme previsto pela Reforma Psiquiátrica, como protagonistas de seus cotidianos e de sua terapêuticas, reforçando seus princípios de cidadania (BRASIL, 2004).

Porém, como pode-se perceber durante o andamento da atividade da pesquisa, a proposta terapêutica individual deve ser pensada frente às características e interesses dessas mulheres, de modo a viabilizar a adesão ou não às atividades oferecidas.

Conforme explicitado nos resultados, a totalidade das pacientes que permaneceram ativas no CAPS durante todo o período da pesquisa faziam uso da terapêutica medicamentosa, corroborando à tendência prescritiva e à medicalização social, que corresponde à hegemonia do poder biomédico dentro da atenção à saúde mental. Em uma pesquisa realizada em 2010 com o público de um ambulatório de saúde mental trouxe dados valiosos que indicaram que dentre os pacientes que procuraram a unidade com alguma queixa, 99% receberam uma prescrição farmacológica, enquanto 94% receberam encaminhamento para a continuidade em tratamento psiquiátrico (FERRAZA *et al*, 2010).

No momento que as participantes da pesquisa foram indagadas acerca da percepção das mesmas a sobre a terapia medicamentosa em seu dia-a-dia, em ambos os momentos de coleta foram mencionados o controle da sintomatologia do seu transtorno, assim como, na primeira coleta, uma referência à promoção de equilíbrio físico, psicológico e espiritual.

As questões supracitadas merecem grande relevância dentro da atenção à sujeito em sofrimento mental crônico, haja vista a sabida ação dos mesmos sobre o controle das crises e diminuição dos sintomas em seu dia-a-dia. Porém, a literatura ressalta à importância da associação dos psicofármacos à tratamentos não farmacológicos, como as psicoterapias, terapias familiares, terapias alternativas, entre outras modalidades, para uma maior eficácia terapêutica (CARDOSO, 2009).

Porém, outros aspectos emergiram dessa análise de conteúdo: o desencadeamento de efeitos adversos, presente em ambas as coletas e a referência dessa terapêutica enquanto obrigatória e enquanto um recurso passageiro.

Em sua pesquisa voltada para a adesão do tratamento em idosos com transtornos mentais, Clemente, Loyola e Firmo (2011) ressaltou questões semelhantes e interligadas às levantadas na fala das participantes do presente estudo: esses idosos apresentaram questionamentos acerca da eficácia e da forma como a terapia lhes é imposta pelos profissionais de saúde, sugeriram que levassem em conta a percepção deles sobre a real necessidade de utilização dessa medicação, além de apresentarem resistência à sua utilização, haja vista o surgimento dos efeitos adversos.

Surge assim o fantasma da não adesão ao tratamento medicamentoso, podendo levá-las ao agravamento das doenças, novos episódios de crise, prolongamento do período de tratamento e uma resposta clínica inferior às outras terapias realizadas (CARDOSO; GALERA 2009).

Para manejar esse quesito, as questões como o custo-benefício, efeitos adversos, complexidade do regime terapêutico, além outras informações cruciais referentes à droga, suporte familiar e vínculo entre o paciente-terapeuta merecem atenção especial, de forma a obter-se os resultados esperados a esse tratamento, que envolvem não apenas a diminuição desses sintomas, como a redução das crises e recaídas, as hospitalizações, assim como uma melhora na socialização dessas mulheres e sua atuação em seu regime terapêutico (CARDOSO, 2005).

E na discussão da possibilidade de associação terapêutica e envolvimento das mulheres envolvidas no estudo em seu trajeto dentro do CAPS, a atividade de terapia através da dança mostrou resultados significativos em diversos aspectos.

É inegável que, em ambos os momentos da coleta, encontrou-se na percepção das participantes da pesquisa as premissas terapêuticas da dança. Porém, no segundo momento, pôde-se observar uma expansão dessa visão, haja vista o envolvimento dessas mulheres com a dinâmica de expressão corporal.

À saber, foram encontradas enquanto subcategorias de significados de libertação, realização de sonhos, mediadora de sintomas, promoção de desconcentração e felicidade, redescoberta do outro e de aprendizagens, potenciais e interesses. Essa multiplicidade de significados e sentidos vem ao encontro da manifestação do trabalho corporal e a linguagem não verbal como uma expressão de conteúdos da alma, que permitem a essas mulheres encontrar novas formas de sustentar-se, significar seus enfrentamentos e sofrimentos, além de reencontrar uma nova forma de relacionar-se com as outras pessoas (PETO, 2000).

D'Alencar (2008) traz em seu legado voltado para a explicação dos benefícios da biodança na renovação existencial dos idosos um conceito valioso para o contexto da Terapia através da Dança para mulheres depressivas: os conteúdos de renovação, esperança e novas potencialidades percebidas nas subcategorias baseiam-se na interação dessas com o seu meio, como possibilidade de produção, interação e troca, conceito ligado a autopoiese.

Ainda, segundo o mesmo autor, essa autopoiese permite a essas mulheres uma evolução a nível biológico e mental, possibilitando que elas se sintam mais

integradas, felizes e harmonizadas consigo e com o outro, a partir do estímulo dos potenciais que elas desenvolveram durante a oficina. Desta forma, a aceitação do corpo, a exteriorização das emoções, a redescoberta do prazer e a convivência harmoniosa tornaram-se figuras presentes em suas falas.

A não adesão à atividade de Terapia através da dança merece atenção especial, haja vista as singularidades das participantes que optaram pela não continuidade. Trata-se de uma atividade que visa lidar com uma autoconsciência e uma afirmação de confiança por meio de fazeres artísticos e criativos que vai de encontro com uma cultura engessada em atividades corporais repetitivas, direcionadas por vezes a uma educação castradora a qual essas mulheres foram submetidas (D'ALENCAR, 2008).

Além disso, o desafio de permanecer nessa oficina deve transcender o rompimento da vinculação cultural que a dança normalmente tem às coreografias, códigos corporais ligados a determinados movimentos (simbolismo desses movimentos) e estilos músicas, levando as mulheres que se submetem à atividade uma transformação da imagem que ela tem de seu corpo em interação consigo e com o mundo, permitindo uma inovação através desse movimento e que, nem sempre, é facilmente aceita por algumas mulheres. (PETO, 2000; D'ALENCAR, 2008).

A Terapia através da Dança, atividade proposta e avaliada no presente estudo, teve como premissa possibilitar uma melhora na autoestima, timidez, inibição e um despertar da sensualidade, por meio da criação de uma sensibilidade proporcionada pelos movimentos realizados. Além disso, a terapia proposta apresentou-se contextualizada nos parâmetros psicossociais da nova atenção à saúde mental, haja vista que mostrou-se como uma ferramenta sensível à diagnósticos de enfermagem que refletiam particularidades da vida das participantes.

Conforme explicitado no quadro 7, os diagnósticos apresentaram-se múltiplos e diversificados. No primeiro momento, as demandas de enfermagem mostraram-se amplamente contextualizadas ao componente psicossocial das pacientes, enquanto no segundo momento, pôde-se observar a preponderância dos diagnósticos de bem-estar.

Neste estudo de série de casos, alguns diagnósticos de enfermagem apareceram com maior frequência durante o primeiro momento de avaliação: Baixa autoestima crônica (n=5), Padrões de sexualidade ineficazes (n=5), Fadiga (n=4), Insônia (n=4), Risco de Suicídio (n=3).



Os diagnósticos supracitados como preponderantes no primeiro momento da pesquisa, em contrapartida, apareceram novamente, à exceção dos diagnósticos de fadiga e de risco de suicídio – haja vista que as pacientes não verbalizaram e apresentaram sinais à equipe da oficina e tão pouco foram registrados relatos em prontuários acerca da questão. Essa permanência deu-se pelos seguintes números: Baixa autoestima crônica (n=5), Insônia (n=4), Padrões de sexualidade ineficazes (n=4).

Os diagnósticos de bem-estar apareceram na totalidade das pacientes que participaram da oficina na sua integralidade (n=5), totalizando 17 ocorrências dentre os 41 diagnósticos estabelecidos.

Durante a avaliação dos resultados da oficina por meio do estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem no segundo momento da pesquisa observou-se que os diagnósticos específicos que refletiam a singularidade da vida de cada uma das participantes, tais como pesar complicado para Colibri, enfrentamento defensivo para Rouxinol e Padrões familiares disfuncionais para Cisne, foram mais sensíveis à intervenção proporcionada pela oficina.

Em um trabalho realizado por Abrao e Pedrão (2005), que utilizou-se da dança do ventre em um grupo de mulheres para aproxima-las dos seus corpos, de modo a valorizá-los e torná-los menos vulneráveis a possíveis atos ou impulsos que possam prejudicá-lo, demonstrou a dança enquanto uma ação favorável ao manejo do diagnóstico de enfermagem de Risco de Suicídio, presente em algumas das participantes com sintomas depressivos.

Na avaliação inicial de enfermagem da paciente Cisne, observou-se o diagnóstico de Padrões familiares disfuncionais amplamente influente na insatisfação da paciente em todo o momento da oficina. Campos e Soares (2005) levantou que o adoecimento mental influencia significativamente na dinâmica familiar, levando a essa rede de apoio uma sobrecarga tanto objetiva, relacionada a comportamentos concretos da paciente, como subjetivas, voltadas ao sentimento de cuidadores suscitados nesses familiares.

Segundo esse mesmo autor, essa sobrecarga pode ser passível de manejo caso essa paciente responda efetivamente às terapias propostas. No caso da paciente, a influencia da dança em seu dia-a-dia, que estendeu-se do ambiente do CAPS e tornou-se um hábito adquirido e referido como um modo de relaxamento, refletiu em alterações positivas nos diagnósticos de enfermagem.

Os diagnósticos de Pesar Complicado da Paciente Colibri e de Enfrentamento Defensivo da Paciente Rouxinol, também ligados à singularidades da vida dessas mulheres, também mostraram-se sensíveis à Terapia através da Dança. O enfrentamento da morte prematura do filho de Colibri e a aceitação do quadro de adoecimento mental de Rouxinol mostraram-se influenciados pelo início de uma nova construção de estratégias que permitissem à elas uma nova forma de enxergar sua identidade, sua autorregulação, permitindo uma nova forma de manter sua vida e sua visão existencial (D'ALENCAR, 2008).

Já no contexto comum a todas as participantes da pesquisa –os sintomas depressivos, o Inventário de Depressão de Beck-II e os diagnósticos de enfermagem de Baixa autoestima crônica, Insônia, Padrões de sexualidade ineficazes não apresentaram a sensibilidade às atividades da oficina.

Bezerra (2014) contribui para essa discussão com uma ideia interessante. Ele levanta que, dentro do contexto do sofrimento mental, os sintomas do agravo não são plenamente eliminados, apenas manejados ou “circulantes”, suscitando a relevância do tratamento dessa doença para além de um tratamento sintomático e hospitalar, incluindo nessa questão uma atenção psicossocial, que deve ser entendida nas relações e no território desse paciente.

Em parceria com essa ideia e visando serem os sintomas depressivos amplamente variáveis e mediados por diversas atividades do CAPS, uma parceria interdisciplinar e multiprofissional, que permita o compartilhamento e a atenção para um problema de enfermagem passível de manejo por outros profissionais, seria de crucial importância, e amplamente contextualizada na proposta do serviço, que visa a atuação conjunta, que somatiza o conhecimento disciplinar de cada profissional, para a obtenção de resultados em comum (BRASIL, 2004).

Permeando todas os resultados pelo estudo, encontra-se fortemente a significação da atenção psicossocial como ferramenta fundamental no tratamento dos sintomas depressivos.

Para tal, foi fundamental que, durante a realização do estudo, fossem consideradas as características sociodemográficas dessas participantes, como meio de reconhecê-las dentro de seu contexto e território, permitindo um direcionamento adequado não apenas das atividades da oficina, como a elaboração de um plano de cuidados que se atentasse e expandisse para o seu território.

Em seu estudo acerca de saúde percebida com pacientes de Saúde Mental em uso da Biodança, Ribeiro (2008) também realizou um levantamento sociodemográfico que trouxe dados que, em sua maioria, estiveram de acordo com os encontrados na presente pesquisa. Porém, este tratou de um estudo que permitiu uma variedade de identidades de gênero, que contou com uma totalidade de 86% de mulheres na adesão, trazendo como conclusão que as mulheres são mais receptivas a atividades grupais que trabalhem o desenvolvimento humano.

No estudo citado, também apresentou-se idade heterogênea. Porém, o predomínio nesse grupo foi na estratificação etária que compreendia 20 a 50 anos, enquanto que em nosso estudo, o predomínio apresentou-se entre 49 a 60 anos.

No presente estudo, as participantes apresentaram em sua quase totalidade a vivência em relacionamentos amorosos duradouros. Nos dados obtidos por Ribeiro (2008), todos os participantes casados tratavam-se de mulheres, vindo ao encontro com os nossos dados.

Segundo a escolarização e trabalho, Ribeiro também encontrou um grupo heterogêneo, tanto no quesito grau de escolaridade, quanto profissionalizante. Por ela, foram encontrados 44% de desistência dos estudos e predomínio de profissões na área de educação, artesanato e serviços do lar, enquanto que em nosso estudo, a desistência escolar apresentou-se menor, em torno de 27% do grupo, e com profissões que envolvessem desde a área escolar, o funcionalismo público, o comércio e os serviços do lar.

O indicador utilizado pela pesquisa supracitada trata-se de saúde percebida. A autora ressaltou que a melhoria referida por esses participantes eram proporcionais ao tempo de permanência na atividade, dado que vem ao encontro aos resultados, que demonstraram um manejo mais eficiente dos diagnósticos de enfermagem àquelas que permaneceram até o fim das atividades.

Às mulheres que participaram da atividade de Terapia através da Dança foram impostos ritmos e desafios que transcenderam suas capacidades individuais de enfrentamento, levando à consideração dos vínculos entre os fenômenos subjetivos da vida dessas mulheres a sua vida social fator fundamental pra uma assistência adequada (RIBEIRO, 2008; GAMA; CAMPOS; RERDER, 2014).

Para que isso seja possível, o cuidado e a reabilitação psicossocial viabilizados pelo CAPS deverá ser capaz de integrar os recursos afetivos, sanitários,

sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer em sua rede de apoio, potencializando e amplificando sua capacidade terapêutica (BRASIL, 2004).

E é nesse contexto que o profissional enfermeiro encontra ampla possibilidade de atuação profissional, graças à sua capacidade e competência em inserir-se nessa rede social de apoio e de cuidados, de forma consciente, holística, técnica e científica, contribuindo para uma atenção interdisciplinar que transcenda à lógica biomédica de cuidado em saúde (NASCIMENTO, 2008).

Na análise de conteúdo, quando questionadas a cerca da percepção do papel do enfermeiro, as participantes da pesquisa trouxeram aspectos-chaves para uma discussão acerca da evolução do enfermeiro enquanto um profissional autônomo, competente, ético e científico.

Em ambos os momentos da pesquisa, o enfermeiro foi citado como um profissional auxiliar, papel historicamente construído na qual sua falta de autonomia convive na sombra da soberania médica. Chuaqui-Kettlun (2014), em seu recente estudo, porém, ressalta que esse posicionamento a cerca do conhecimento médico já vem sendo questionado, dando espaço para a completa afirmação do enfermeiro enquanto um profissional dotado de conhecimento científico que o torna apto a ocupar cargos corriqueiramente ocupados por profissionais da área médica, além de torná-lo seguro de suas capacidades para posicionar-se adequadamente perante a equipe médica em defesa de seu conhecimento assistencial.

Além disso, a pesquisa trouxe em ambas as coletas a figura do enfermeiro enquanto facilitador, acolhedor e benevolente, questão construída não apenas no histórico da profissão, como também perante a sua postura ética pelo exercício de suas atividades e pelo alto prestígio perante as demais ocupações (CHUAQUI-KETTLUN, 2014).

Porém, foram observados durante a primeira coleta duas subcategorias que merecem atenção pela enfermagem: o desconhecimento da função específica do profissional dentro da equipe ou o completo desconhecimento de sua função. Tal questão remete à importância da atuação do enfermeiro de forma ética, competente, científica e dotada de instrumentos que ofereçam reconhecimento e eficiência à sua atuação, de forma a afirmar socialmente seu papel profissional (NASCIMENTO, 2008; MEDEIROS, 2012).

Dentro da Terapia através da Dança, esse profissional pode atuar com toda a sua potencialidade, encarando essa prática alternativa como uma nova maneira de

repensar o seu cuidado, incentivando as participantes a serem autoras de seu próprio tratamento e cuidado, oferecendo-lhes instrumentos que potencializem seu equilíbrio emocional para lidar com suas próprias demandas de saúde (D'ALENCAR, 2008).

Essa nova lógica de cuidado deve ser cuidadosamente amparada em ferramentas que garantam à assistência de enfermagem qualidade, eficiência, autonomia, cientificidade, de modo a proporcionar a sua atuação profissional uma maior valorização e reconhecimento (CASAFUS; DELL'AQUA, BACCHI, 2013).

Nessa busca de afirmação profissional, o presente estudo fez uso do processo de enfermagem, que permitiu a essas mulheres uma assistência holística, que considerou suas individualidades e potencialidades, para além de aspectos puramente patológicos, de modo a permitir que a intervenção escolhida – a terapia através da dança – alcançasse os resultados esperados vinculados a uma promoção de bem-estar o mais acentuada possível, aspecto o qual foi comprovado pela amplitude de diagnósticos de bem-estar observados durante a segunda coleta (MEDEIROS, 2012).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilitou à pesquisadora uma busca constante pelo aperfeiçoamento de suas potencialidades enquanto acadêmica de enfermagem e condutora da intervenção, fazendo do processo de enfermagem uma ferramenta potencializadora das suas competências profissionais. Tal aspecto apenas foi possível, conforme descritor por Medeiros (2012), devido a utilização da SAE como estratégia não apenas de afirmação e autonomia profissional, mas também como ferramenta potencializadora de vínculos profissional-paciente, amparada nos princípios éticos da profissão, no respeito à autonomia e dignidade das clientes e na possibilidade de posicionamento do profissional de forma técnica-científica na ação interdisciplinar para a atenção e obtenção dos resultados positivos na atenção à saúde mental de seus clientes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar uma pesquisa-ação que necessite de uma adesão voluntária e participativa de seus clientes implica em um desafio diferenciado ao pesquisador, que vê-se envolvido em uma contínua conquista de seus adeptos, convencendo-os a cada encontro da relevância de seu trabalho para o dia-a-dia daqueles que nele confiam.

Como limitação, o presente estudo lidou com um número aquém de participantes adeptos nas atividades do que o previamente proposto, comprometendo o adequado acompanhamento terapêutico das mulheres inicialmente envolvidas.

Em contrapartida, a Terapia através da Dança consolidou-se dentro do Centro de Atendimento Psicossocial como uma atividade terapêutica alternativa com uma potencialidade surpreendente, que ampliou as possibilidades de (re)encontro dessas mulheres com seu próprio corpo e com o outro, suas capacidades, seus desejos e suas estratégias de enfrentamento diários.

Essa consolidação, não apenas da Terapia através da Dança como também do CAPS enquanto um serviço capaz de mediar o sofrimento mental de maneira holística e territorial, foi amplamente observada na fala dessas mulheres durante o estudo, demonstrando a efetividade das proposições do estudo para àquelas que realmente configuraram-se como foco principal da iniciativa terapêutica.

Para além dos aspectos terapêuticos amplamente discutidos no presente estudo, vale a pena ressaltar o papel do enfermeiro enquanto profissional habilitado a assumir novos papéis dentro do serviço de Saúde Mental, em fuga da limitada funcionalidade biomédica operante. Nesta lógica, esse profissional deve (re)inserir-se e (re)pensar seu papel disciplinar dentro de uma equipe multiprofissional, com múltiplas possibilidades, de modo a contribuir para o objetivo terapêutico final e afirmar o papel de sua assistência para o alcance desse fim.

Essas questões emergiram mediante a escuta da percepção dessas mulheres que, diariamente, vem-se envolvidas nas atividades do CAPS, susceptíveis às ações interdisciplinares e em contato com os enfermeiros. Por isso, questões surgidas voltadas a percepção desses profissionais enquanto auxiliares e, por vezes, de ação desconhecida, tornam-se motivo de preocupação, campo de ação efetiva para reconstruções e motivo de novas discussões e estudos.

De modo a viabilizar a construção e afirmação desse novo espaço assistencial da enfermagem, cabe ao profissional enfermeiro integrar conteúdos teóricos de natureza biológica e biomédica e conhecimentos de natureza humana e social à sua capacidade lógica, científica e criativa de repensar suas potencialidades práticas para reinserir seus pacientes em atividades terapêuticas diferenciadas que estimulem seu protagonismo no tratamento.

Esse desafio mostra-se possível através da apropriação pelo enfermeiro de seu espaço de atuação, fazendo uso de suas ferramentas privativas, de modo a não apenas consolidar seu espaço profissional, como também tornar mais eficaz, instrumentalizada, segura e humanizada a sua assistência.

No presente estudo, essa apropriação materializou-se por uma exitosa implementação de uma das etapas da SAE, os diagnósticos de enfermagem, de modo a conhecer e avaliar as participantes, o que possibilitou um direcionamento adequado da atividade de Terapia através da Dança em benefício do manejo dos problemas de enfermagem encontrados, além da promoção evidente de inúmeros diagnósticos de bem-estar, positivos em todos os casos.

Sem dúvidas, ocupar espaços nas práticas alternativas e complementares de saúde, empoderando sujeitos de forma a expandir os processos decisórios terapêuticos para o mundo dos clientes trata-se de uma temática que deve ser abordada não apenas no espaço profissional, no cotidiano dos serviços de saúde, como também na formação dos enfermeiros, de modo a inseri-los precocemente em uma amplitude assistencial que lhes permita cada vez mais credibilizar sua capacidade profissional.

O presente trabalho pôde esboçar os benefícios da Terapia através da Dança no dia-a-dia de mulheres em tratamento de um Centro de Atendimento Psicossocial, sob os cuidados de uma equipe de enfermagem que utilizou de seu principal instrumento metodológico e científico, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, para uma eficiente e cientificamente embasada atenção a essas mulheres em sofrimento mental.

Por fim, torna-se iminente a necessidade de ressaltar a importância da realização de pesquisas científicas que demonstrem as minúcias dos processos terapêuticos da prática das Terapias Artísticas e Criativas em Saúde Mental, de modo a fortalecê-las em ambiente clínico e instrumentalizar novos profissionais, enfermeiros ou não, à aceitação dessa ideia, de modo a ampliar ainda mais as possibilidades implícitas na nova proposta trazida pela Reforma Psiquiátrica.





## REFERÊNCIAS

- ABRAO, A. C. P; PEDRAO, L. J. A contribuição da dança do ventre para a educação corporal, saúde física e mental de mulheres que freqüentam uma academia de ginástica e dança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 2, abril. 2005.
- ADLER, Ubiratan Cardinalli et al . Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 35, n. 2, 2008 .
- ALMEIDA, M. S. **Elaboração de Projeto de TCC, Dissertação e Tese**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 80 p.
- AMARANTE, P et al. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais as saúde mental no território. In: **Saúde Mental e Arte**. ( Paulo Amarante & Fernanda Nocam, orgs). São Paulo: Zagodoni, 2012.
- BARBOSA, L.S. A Luta Antimanicomial em tempos de Atenção Psicossocial. **Psicologia e saberes**. Alagoas, Volume 1, Fascículo 1, p. 5-10, 2012.
- BAUER, et al. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para o tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Volume 36, p. 17-57, 2002.
- BEZERRA, I. C et al . "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 48, 2014 .
- BOTEGA, N. J., FURLANETTO, L. M., FRÁGUAS JÚNIOR, R. (2005). Depressão. In: **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência** Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BRANDÃO, M. L. **As bases biológicas do comportamento: introdução à neurociência**. São Paulo: EPU, 2004. 224 p.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
- BRASIL. Ministério da Cultura. **Edital Prêmio Loucos pela Diversidade**. Disponível em: <<http://www.cultura.gov.br/site/2009/05/25/edital-premio-cultural-loucos-pela-diversidade/>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Política nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BROOKS, H.; PILGRIM, D.; ROGERS, A. Innovation in Mental Health services: what are the key components of success?. **Implementation Science**. Manchester, volume 6, p. 1-10, 2011.

BUELAU, R.M. Ensaio de delicadeza e ousadia: uma experiência com o corpo na saúde mental. In: **Saúde Mental e Arte**. ( Paulo Amarante & Fernanda Nocam, orgs). São Paulo: Zagodoni, 2012.

CAMPOS, P.H.F; SOARES, C.B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em revista**.Lol. 11, p. 219-237, 2005.

CARDOSO, L; GALERA, S.A.F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 19, p. 343-348, 2005.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, Mar. 2009 .

CARVALHO, I.S.; COELHO, V.L.D. Mulheres na maturidade: história de vida e queixa depressiva. **Estudos de Psicologia**. Brasília, volume 10, pag. 231-238, 2005.

CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M.. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, June 2013 .

CHENIAUX, E. **Manual de Psicopatologia**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011. 218 p.

CHUAQUI-KETTLUN, J. R. et al . La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). **Aquichán**, Bogotá, v. 14, n. 1, Abril. 2014 .

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, Março. 2011.

COSTA, N.R et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Volume 16, Fascículo 12, p. 4603-4614, outubro de 2011.

D'ALENCAR, B. P. et al . Biodança como processo de renovação existencial do idoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 5, outubro. 2008 .

FACÓ, M. L. **Um Mosaico da Depressão:** dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais. São Paulo: Escuta, 2008.

FERRAZZA, D. A. et al . A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 47, dezembro. 2010 .

FLECK, M.P.A et al. Diagnóstico e Tratamento da Depressão. **Associação Médica Brasileira.** 9 p, 2001.

FLECK, M.P.A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da Depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria.** Volume 25, p. 114-122, 2003.

FLECK, M.P.A. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 2009, vol.31, pp. S7-S17.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O; FERRER, A. L.. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 17, n. 1, Mar. 2014 .

GOODILL, S.W;. The creative arts therapy: Make health care whole. **Clinical and Health Affairs. Associação Brasileira de Estudos Populacionais.** Minas gerais, 2010.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres?. **Revista de Psiquiatria Clínica.** Vol 33, p. 74-79, 2006.

LAMBERT, K. Mãos à obra contra a depressão. **Mente e Cérebro.** São Paulo, Duetto Editorial, nº 190, p. 38, 2008.

LANE, M.R. Creativity and Spirituality in Nursing: implementing art in Healing. **Holistic Nursing Practice.** Gainesville, volume 19, p. 122-125, 2005.

LIBERMAN, F. **Delicadas Coreografias:** instantâneos de uma terapia ocupacional. São Paulo: Summus, 2008. 247 p.

LIMA, J. G. et al . Gestação após gastroplastia para tratamento de obesidade mórbida: série de casos e revisão da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, Feb. 2006 .

LOOSLI, L.; LOUREIRO, S.R. Associa o entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul.** Volume 32, p. 94-101, 2010.

MACHADO, N; PARCIAS, Silvia Rosane; SANTOS, Karoliny dos e SILVA, Maria Eduarda Merlin da. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **J. bras. psiquiatr.** Volume 58, p. 175-180, 2009.

MACHADO, W.L. **Escala de Bem-Estar Psicológico:** adaptação para o português brasileiro e evidências de validade. 2010. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

MARTINS, A.M; LINTZ, A. **Guia para a elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009. 118 p.

MEDEIROS, A. Del.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 3, setembro. 2012 .

MESQUITA, J.F; NOVELLINO, M.S.F; CAVALCANTI, M.T. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 7, 2010, Caxambu.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** Definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010. 453 p.

NASCIMENTO, K. C. et al . Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 42, n. 4, dezembro. 2008 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001.** Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. 2001. Relatório. Digitalizado. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 25 de setembro de 2013.

PALO-BENGSTSSON, L.; WINBLAD, B.; EKMAN, S.L. Social Dancing: a way support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia. **Journal of Psychiatric and mental Health Nursing.** Sweden, volume 5, p. 545-554, 1998.

PARANHOS, M.E. **Estudos de Fidedignidade e Validade do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes.** 2009b. 59 p. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PARANHOS, M.E.; WERLANG, B.G. Diagnóstico e Intensidade da Depressão. **Barbarói.** Santa Cruz do Sul, volume 31, p. 111-125 , 2009a.

PEREIRA, M.S.M. **Arteterapia na Depressão:** o resgate do equilíbrio emocional. 2009. 95 p. Monografia (especialização em Arteterapia em Educação e Saúde) – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro.

PEREIRA, V.P.; BOREINSTEIN, M.S. Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos e moradoras de uma residência terapêutica. **Texto e Contexto em Enfermagem.** Volume 13, p. 527-534, 2004.

PERITO, M.E.S.; FORTUNATO, J.J. Marcadores biológicos da depressão: uma revisão sobre a expressão de fatores neurotróficos. **Revista de Neurociência**. São Paulo, nº 4, p. 597-603, 2012.

PETO, Ana Carla. Terapia através da dança com laringectomizados: relato de experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 8, n. 6, Dec. 2000 .

PICARD, C. Creative Movements and Transformation of Choreography: A mode of research presentation. **Nursing science quarterly**. Boston, volume 21, p. 112-114, 2008.

PRATT, R.R. Art, Dance and Music Therapy. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. Missouri, Volume 15, p. 827-841, 2004.

RAVELIN, T.; KYLMÄ, J.; KORHONEN, T. Dance in a health mental nursing: a hybrid concept, analyses. **Taylor & Francis**. Kajaani, volume 27, p. 307-317, 2006.

RIBEIRO, K. G. **Biodança e saúde percebida: um olhar biocêntrico sobre a saúde**. 2008. 190 p. Dissertação em psicologia. Universidade Federal do Ceará. Ceará.

SILVA, C.R.; GOBBI, B.C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações rurais e agroindústria**. Lavras, v. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, J.S.V. **Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico em idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório**. 2010. 47 p. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Lisboa.

TENÓRIO.F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, volume 9, fascículo 1, p. 25-59, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Inventário de Depressão de Beck**. Departamento de Psicobiologia. Escola Estadual de Medicina. Disponível em: <[www.ic.unicamp.br/~wainer/.../Beck%20depressao.doc](http://www.ic.unicamp.br/~wainer/.../Beck%20depressao.doc)>. Acesso em: 28 de janeiro de 2013.

## APÊNDICES

### APENDICE A – Questionário de dados sócio-demográficos

Estado Civil: 1( ) Solteira 2( ) Casada 3( ) Divorciada 4( ) Viúva

Possui parceiro(a) ou companheiro(a) estável: 1( ) Sim 2( ) Não

Você está residindo em sua cidade natal? 1( ) Sim 2( ) Não

Com quem você mora?

1( ) Sozinho 2( ) Família 3( ) Amigos 4( ) Parceiro(a)

5( ) Outro \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com você: \_\_\_\_\_

As pessoas que moram com você te ajudam nos afazeres domésticos: 1( ) Não 2( ) Sim

Caso tenha um(a) parceiro(a), com quantos anos iniciou a relação: \_\_\_\_\_ .

Caso tenha um(a) parceiro(a), casou-se no civil: 1( ) Não 2( ) Sim.

Tem filhos: 1( ) Não 2( ) Sim, quantos: \_\_\_\_\_

Caso tenha filhos, o responsável para levá-los à escola, ao médico, entre outras atividades é: \_\_\_\_\_.

Você cozinha: 1( ) Não 2( ) Sim. Se sim, quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_

Qual o seu grau de instrução?

1( ) Fundamental Incompleto

2( ) Fundamental Completo

3( ) Médio incompleto

4( ) Médio completo

5( ) Superior Completo

6( ) Pós-graduação (Especialização)

7( ) Mestrado

8( ) Doutorado

Qual a sua profissão: \_\_\_\_\_

Qual a sua renda familiar mensal aproximada?

1. ( ) 1 salário mínimo

2. ( ) de 2 à 3 salários mínimos

3. ( ) até 5 salários mínimos

4. ( ) de 5 à 10 salários mínimos

5. ( ) mais que 10 salários mínimos

6. ( ) mais que 20 salários mínimos

Você utiliza alguma medicação?

1. 2. ( ) Não ( ) Sim, qual: \_\_\_\_\_

#### **Para preenchimento da pesquisadora**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

CID: \_\_\_\_\_

Entrada no Serviço: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fonte: MACHADO, W.L. **Escala de Bem-Estar Psicológico**: adaptação para o português brasileiro e evidências de validade. 2010. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. COM ADAPTAÇÕES

## APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **Avaliação de Enfermagem em mulheres depressivas na terapia através da Dança**. O objetivo desta pesquisa é Avaliar o impacto de uma oficina de Terapia através da Dança na promoção do bem-estar psicológico e na diminuição de sintomas depressivos em mulheres.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação nesta pesquisa se dará por meio das respostas a um questionário e a uma escala composta de perguntas objetivas. Terá duração aproximada de 20 minutos para a resposta dos mesmos.

Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração e nem prejuízo de nenhuma forma.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com as pesquisadoras: Hévane Virgínia dos Santos (8416 6882), Diane Maria Scherer Kuhn Lago (81380348).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: 84166882

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a senhora.

---

Nome e assinatura da entrevistada

---

Assinatura da pesquisadora  
Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## ANEXOS

### ANEXO A - Inventário de Depressão de Beck II – BDI-II

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	<p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Sinto-me triste.</p> <p>2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	2	<p>0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>2 Sinto que não tenho nada a esperar.</p> <p>3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.</p>
3	<p>0 Não me sinto fracassado(a).</p> <p>1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.</p> <p>2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.</p> <p>3 Sinto que sou um completo fracasso.</p>	4	<p>0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.</p> <p>1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.</p> <p>2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.</p> <p>3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.</p>
5	<p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.</p> <p>2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.</p>	6	<p>0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Sinto que mereço ser punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou a ser punido(a).</p>
7	<p>0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).</p>	8	<p>0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.</p>



	<p>1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Eu odeio-me.</p>		<p>1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.</p> <p>3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.</p>
9	<p>0 Não tenho qualquer ideia de me matar.</p> <p>1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.</p>	10	<p>0 Não costumo chorar mais do que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava fazer.</p> <p>2 Atualmente, choro o tempo todo.</p> <p>3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.</p>
11	<p>0 Não me irrito mais do que costumava.</p> <p>1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).</p> <p>3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
13	<p>0 Tomo decisões como antes.</p> <p>1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Já não consigo tomar qualquer decisão.</p>	14	<p>0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.</p> <p>1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.</p> <p>2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.</p> <p>3 Considero-me feio(a).</p>
15	<p>0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.</p>	16	<p>0 Durmo tão bem como habitualmente.</p>

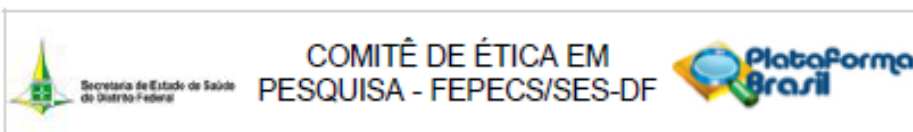
	<p>1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.</p> <p>2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>		<p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.</p> <p>3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.</p> <p>2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.</p> <p>3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.</p>	18	<p>0 O meu apetite é o mesmo de sempre.</p> <p>1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.</p> <p>2 O meu apetite, agora, está muito pior.</p> <p>3 Perdi completamente o apetite.</p>
19	<p>0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.</p> <p>1 Perdi mais de 2,5 kg.</p> <p>2 Perdi mais de 5 kg.</p> <p>3 Perdi mais de 7,5 kg.</p> <p>Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.</p> <p>Sim _____ Não _____</p>	20	<p>0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.</p> <p>1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.</p> <p>2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p>
21	<p>0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.</p> <p>2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse na</p>		

	vida	sexual.
--	------	---------

TOTAL: \_\_\_\_\_

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Inventário de Depressão de Beck. Departamento de Psicobiologia. Escola Estadual de Medicina. Disponível em: <[www.ic.unicamp.br/~wainer/.../Beck%20depressao.doc](http://www.ic.unicamp.br/~wainer/.../Beck%20depressao.doc)>. Acesso em: 28 de janeiro de

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO DE ENFERMAGEM POR MEIO DA TERAPIA ATRAVÉS DA DANÇA

**Pesquisador:** DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14910713.5.0000.5553

**Instituição Proponente:** HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 484.043

**Data da Relatoria:** 02/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

Os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) assumem evidente espaço na implementação de um novo olhar sob a Saúde Mental, que visa o atendimento diário, acolhimento, manejando e reinserindo o sofrimento mental no dia-a-dia da sociedade.

As terapias complementares de saúde apresentam-se aos enfermeiros como uma constante apropriação técnica e científica, oferecendo a esse profissional instrumento para o desafio da promoção de uma assistência integral e holística que considerará o sujeito de sua assistência um ser total, complexo e não compartimentalizado.

As Terapias Artísticas e Criativas obtêm cada vez mais espaço dentro dos serviços de Saúde Mental, sobretudo, a terapia através da dança, terapia através de poemas, drama terapia (teatro) e psicodrama, obtendo-se benefícios diversos associados ao auto cuidado, a comunicação, o autoconhecimento, dentre tantos outros.

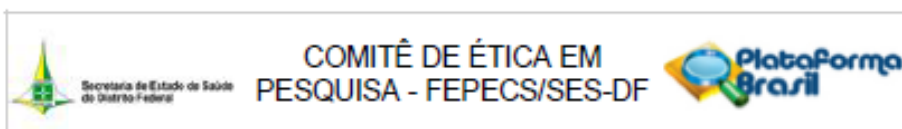
#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:**

- Avaliar o impacto de uma oficina de Terapia através da Dança associados ou não ao plano terapêutico de mulheres portadoras de sintomas depressivos.

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 484.043

forma, as aplicações dos instrumentos compreenderão o início da oficina, refletindo a condição inicial; o decorrer dos trabalhos, refletindo a possível promoção de bem estar e diminuição dos sintomas depressivos e o término das atividades, que refletirão o resultado final da oficina.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pelo Coordenador Geral de Saúde do HRT/SES/DF.

Termo de Concordância: Apresentado. Documento assinado pelo Coordenador Geral de Saúde do HRT/SES/DF e pela Gerente do CAPS II de Taguatinga/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado. Acrescentar o telefone do CEP/FEPECS/SES/DF.

### Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

### Situação do Parecer:

Aprovado

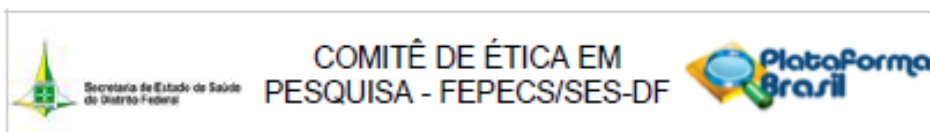
### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

### Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 484.043

forma, as aplicações dos instrumentos compreenderão o início da oficina, refletindo a condição inicial; o decorrer dos trabalhos, refletindo a possível promoção de bem estar e diminuição dos sintomas depressivos e o término das atividades, que refletirão o resultado final da oficina.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pelo Coordenador Geral de Saúde do HRT/SES/DF.

Termo de Concordância: Apresentado. Documento assinado pelo Coordenador Geral de Saúde do HRT/SES/DF e pela Gerente do CAPS II de Taguatinga/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado. Acrescentar o telefone do CEP/FEPECS/SES/DF.

#### Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com