



**PRISCILA HELENA RUBIN FERREIRA**

**CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA E  
SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DE USUÁRIOS DE UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**CAMPINAS**

**2014**

*i*





**Universidade Estadual de Campinas**  
**Faculdade de Ciências Médicas**

**PRISCILA HELENA RUBIN FERREIRA**

**CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA E  
SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DE USUÁRIOS DE  
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima de Campos Françaço**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, área de concentração em Interdisciplinaridade e Reabilitação

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna **PRISCILA HELENA RUBIN FERREIRA** e orientada pela **PROFA. DRA. MARIA DE FÁTIMA DE CAMPOS FRANÇOZO**

---

Assinatura da Orientadora

**CAMPINAS**

**2014**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F413c Ferreira, Priscila Helena Rubin.  
Centro de Convivência e Cultura e suas  
repercussões na vida de usuários de um Centro de  
Atenção Psicossocial / Priscila Helena Rubin Ferreira. --  
Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Maria de Fátima de Campos Françaço.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Centro  
de Convivência e Cultura. I. Françaço, Maria de Fátima  
de Campos, 1954-. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The Cultural and Social Centers and their influence on the  
lives of people with mental disorders

**Palavras-chave em inglês:**

Mental health

Psychiatric reform

Cultural and social center

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Maria de Fátima de Campos Françaço [Orientador]

Zélia Zilda Lourenço Camargo Bittencourt

Maria Virginia Righetti Fernandes Camilo

**Data de defesa:** 13-06-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

# BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

PRISCILA HELENA RUBIN FERREIRA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA DE FÁTIMA DE CAMPOS FRANÇOZO

## MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA DE FÁTIMA DE CAMPOS FRANÇOZO

M. F. C. T.

2. PROF(A). DR(A). ZELIA ZILDA L. CAMARGO BITTENCOURT

Zelia Zilda L. Camargo Bittencourt

3. PROF(A). DR(A). MARIA VIRGÍNIA RIGHETTI FERNANDES CAMILO

Maria Virgínia Righetti Fernandes Camilo

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 13 de junho de 2014



## AGRADECIMENTOS

---

Deixo aqui meus profundos agradecimentos à Profª Dra. Maria de Fátima de Campos Françoze por toda atenção, paciência, cuidado e ensinamentos.

Aos professores e colegas de disciplinas, com quem aprendi e passei muitos momentos agradáveis durante o ano de 2012, em especial a Salete, Ailine, Andréia, Vivi e Renatinha (loira!). Sinto muitas saudades!

Aos professores que compuseram a banca de qualificação: Profª Drª. Lúcia Helena Reily e Prof Dr. Fábio Bruno de Carvalho, e banca de defesa Profª Drª Zélia Bittencourt e Profª Drª Maria Virgínia Righetti, pelas contribuições.

A todos os meus ex e atuais colegas de trabalho e pessoas que atendo com as quais aprendo diariamente. Em especial às minhas coordenadoras na época Eliana e Erika pela generosidade, compreensão e todo apoio que me deram no decorrer dos meus estudos. Sem vocês nada disso teria sido possível! Muito obrigada!

Aos meus queridos: Daz, Breno, Carol, Ni, Lau, Bah, Camila, Carmem, Virgilinho, Dr. Pivetta, Dr. Edson, duas Cris (aux. administrativo e psicopedagoga), dois Alex (enfermeiro e motorista), Manu, Renato e Kátia pelo carinho, escuta e apoio que me deram, talvez sem que percebessem, durante essa jornada.

Aos meus pais, por todo suporte de sempre, e ao Estevinho, meu anjo.

E, sobretudo, aos usuários, familiares e equipe de profissionais do CAPS Davi Capistrano e Centro de Convivência Tear das Artes, que me receberam com simpatia e atenção durante minha coleta de dados.





Sou imensamente grata a todos, em especial às coordenadoras Karine Cambuy e Marina Fernandes Santos, por todo apoio e oportunidade que me deram de desenvolver a pesquisa nos serviços, bem como aos técnicos: Gilvan, Elvira, Keila, Berê, Kleber e Mônica, com quem tive a oportunidade de ter alguns contatos, os quais foram muito importantes também.

Enfim, a todos que acabei me esquecendo de citar, mas que participaram e contribuíram de alguma forma para que este trabalho acontecesse, o meu muito obrigada!



*“A loucura só existe em cada homem,  
porque é o homem que a constitui  
no apego que ele demonstra por si mesmo e  
através das ilusões com que se alimenta.”*

**(Michel Foucault)**





# RESUMO



Os Centros de Convivência e Cultura (CECOs) são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental brasileira, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Nestes locais, pessoas de uma determinada comunidade têm a liberdade de se reunir livremente, com a finalidade de se socializarem e, através deste contato, construir juntas, espaços de trabalho, lazer, cultura, saúde, entretenimento, inclusão social, discussões e posicionamentos sobre problemas de sua comunidade. Os CECOs estão associados ao Projeto da Reforma Psiquiátrica, uma vez que surgiram como alternativa de socialização de pessoas com transtornos mentais. Surgida na Europa e América do Norte, nas décadas de 1960 e 70, a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que pretende construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhe garanta cidadania, respeito a seus direitos à sua individualidade e sua convivência com a sociedade. No Brasil, este processo se iniciou em meados de 1978, com o Movimento Sanitário que dá origem à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) do país, em 1988 e propicia a criação de uma Rede de Atenção à Saúde Mental. Esta pesquisa foi construída em meio ao contexto exposto acima, tratando-se de uma pesquisa qualitativa, através da qual se pretendeu investigar, mediante a realidade atual dos CECOs, como estes espaços têm modificado a vida de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), acometidos de transtornos mentais, que participam do Centro de Convivência Tear das Artes e um de seus respectivos familiares. As entrevistas foram transcritas e seu conteúdo, categorizado e analisado. Como principais resultados, constatou-se que segundo a percepção dos entrevistados, o CECO é um espaço que pode propiciar a inclusão e participação social das pessoas com transtornos mentais através das atividades desenvolvidas no local, em conjunto com pessoas da comunidade. As atividades que permitem livre expressão dos usuários foram valorizadas nos depoimentos. Constatou-se também que as famílias e os próprios usuários têm dificuldades e

enfrentam preconceitos para lidar com a doença mental e neste sentido, a participação no CECO pode ser a oportunidade para lidar com a situação.

**Palavras chave:** Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Centro de Convivência e Cultura.





# **ABSTRACT**



The Culture and Social Centers (CECO) are public components of substitute care network in Brazil's Mental Health System, which offers to people spaces of sociability, production and intervention in the city to the public. In these places, people in a community have the freedom to get together in order to socialize and, through this contact, build together, work, leisure, culture, health, and entertainment spaces, social inclusion, discussions and positions on problems in their community. The Culture and Social Centers are associated with the design of the Psychiatric Reform, since they emerged as an alternative for the socialization of people with mental disorders. Emerging in Europe and North America in the 1960s and 70s, the Psychiatric Reform is a political and social complex process, composed of actors, institutions and forces of different origins, which intends to build a new social status for the mentally ill, which guarantees citizenship, respect for their rights to their individuality and their interaction with society. In Brazil, this process began in mid-1978, with the Sanitary Movement that gave rise to the implementation of the Unified Health System (SUS) in the country in 1988 and promotes the creation of a Network of Mental Health Care. This research was carried out within this aforementioned context, addressing the current reality of CECOs. It aimed at understanding how these spaces have transformed the lives of people with mental disorders and those of their families. It was a qualitative investigation. Semi-structured interviews were used to collect data. The participants were five users with mental disorders who participate in a CECO and one of his or her relatives. The interviews were taped, transcribed and their content was analyzed. As part the main results, this research indicated that, according to the perception of the participants, the CECO is a space that can foster social inclusion and participation of people with mental disorders through the activities undertaken at the site, together with the community in which it is inserted. The participants valued the activities that give rise to their free expressions, to their subjectivity. This research also showed that families and the users themselves have difficulty in dealing with the prejudice related to mental illness and in this sense participation in CECO can be an opportunity to demystify the situation.

**Key-words:** Mental Health, Psychiatric Reform, Culture and Social Centers

---



## LISTAS DE ABREVIATURAS

---

<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CECO</b>	Centro de Convivência e Cultura
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>DEPAVE</b>	Departamento de Parques e Áreas Verdes
<b>EFC</b>	Ensino Fundamental Completo
<b>EFI</b>	Ensino Fundamental Incompleto
<b>EMC</b>	Ensino Médio Completo
<b>EMI</b>	Ensino Médio Incompleto
<b>INSS</b>	Instituto Nacional do Seguro Social
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica da Assistência Social
<b>NAPS's</b>	Núcleos de Assistência Psicossociais
<b>PSF's</b>	Programas de Saúde da Família
<b>PTI</b>	Projeto Terapêutico Individual
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SNAS</b>	Sistema Nacional de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS's</b>	Unidades Básicas de Saúde



	<b>Pág.</b>
<b>RESUMO</b> .....	xiii
<b>ABSTRACT</b> .....	xvii
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	29
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	33
<b>1.1- Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e os Centros de         Convivência e Cultura (CECOs)</b> .....	42
<b>1.2- CAPS Davi Capistrano da Costa Filho e Centro de         Convivência Tear das Artes - campos desta pesquisa</b> .....	45
1.2.1- CAPS Davi Capistrano da Costa Filho.....	45
1.2.2- Centro de Convivência Tear das Artes.....	47
<b>2- OBJETIVOS</b> .....	51
<b>2.1- Objetivo geral</b> .....	53
<b>2.2- Objetivos específicos</b> .....	53
<b>3- METODOLOGIA</b> .....	55
<b>3.1- Tipo de Pesquisa: Social Qualitativa</b> .....	57
<b>3.2- Participantes</b> .....	57
3.2.1- Critérios de Inclusão.....	58
3.2.2- Critérios de exclusão.....	58





<b>3.3- Amostra.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4- Local de realização da pesquisa.....</b>	<b>58</b>
<b>3.5- Coleta de dados (instrumentos e técnicas).....</b>	<b>59</b>
3.5.1- Entrevistas e Roteiro de Questões.....	59
3.5.2- Pesquisa Documental.....	60
<b>3.6- Análise dos dados.....</b>	<b>60</b>
<b>4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1- Caracterização dos participantes.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2- Histórico dos participantes anterior à participação no CECO...</b>	<b>69</b>
<b>4.3- Percepções sobre o Centro de Convivência.....</b>	<b>74</b>
4.3.1- Local para realização de atividades.....	74
4.3.2- Espaço de realização pessoal e liberdade de expressão.....	75
<b>4.4- Repercussões no campo dos contatos com pessoas, vínculos, rede social e convivência.....</b>	<b>77</b>
4.4.1- Relação com pessoas fora do Centro de Convivência.....	86
4.4.2- Relação atual com familiares.....	89
<b>4.5- Percepção dos Familiares.....</b>	<b>93</b>
4.5.1- Percepção do familiar sobre o usuário antes do tratamento no CAPS e da frequência ao Centro de Convivência.....	93



4.5.2- Percepção do familiar quanto ao relacionamento atual.....	99
4.5.3- Percepção do familiar quanto à vida e contatos sociais atuais do usuário.....	100
4.5.4- Percepções do familiar quanto à repercussão do Centro de Convivência na vida do usuário.....	104
<b>5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>
<b>6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>113</b>
<b>7- APÊNDICES.....</b>	<b>121</b>
<b>7.1- Apêndice 1.....</b>	<b>123</b>
<b>7.2- Apêndice 2.....</b>	<b>125</b>
<b>7.3- Apêndice 3.....</b>	<b>127</b>





# APRESENTAÇÃO



Minha ideia de investigar as percepções de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre sua participação em um Centro de Convivência e Cultura (CECO) surgiu do reconhecimento da falta que um espaço como este último faz no município onde trabalho como assistente social, no qual as pessoas com transtornos mentais contam com espaços diversificados para atividades e convivência, como praças de esportes, centros culturais, oficinas de artesanatos, teatro, cinema, shoppings, porém muitas vezes distantes de suas residências e/ou com algumas restrições, como controle rigoroso de frequência, situação socioeconômica adversa e suas condições psíquicas em si, que muitas vezes, mesmo que disfarçadamente, acabam as excluindo do acesso a estes locais e da convivência com a sociedade.

No ano de 2010, a Prefeitura deste município disponibilizou a participação de alguns profissionais a uma capacitação sobre os Centros de Convivência e Cultura, que aconteceu no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Nesta capacitação, tivemos a oportunidade de conhecer vários Centros de Convivência da cidade de Campinas, e a forma como são organizados e pensados pelos profissionais de saúde. No entanto, senti um pouco a falta de ouvir e conhecer mais sobre o que as pessoas com transtornos mentais, usuárias de CAPSs, participantes dos CECOs e seus familiares, percebem sobre a participação delas nestes espaços e que repercussões acreditam que estes proporcionam às suas vidas.

No ano de 2011, fui aprovada no Programa de Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciência Médicas da Unicamp, para o qual optei por transformar em pesquisa tais inquietações surgidas em meu cotidiano de trabalho, visando também, poder conhecer um pouco mais o universo das pessoas as quais entrevistei e me aproximar mais dos significados que constroem sobre sua participação nos Centros de Convivência e Cultura.

Não posso deixar de mencionar que, quando já estava na fase da coleta dos dados, tomei conhecimento de uma tese de doutorado que havia sido defendida no ano de 2013, onde a autora, Sabrina Helena Ferigato,

fez uma cartografia dos Centros de Convivência e Cultura do município de Campinas e também entrevistou usuários de CAPSs e CECOs, o que contribuiu significativamente para o meu trabalho.

Segue então, minha dissertação que contou com o apoio de muitas pessoas dentre elas professores, autores, profissionais e usuários dos serviços que pesquisei para os quais reitero meus agradecimentos.





# 1- INTRODUÇÃO



Abordada por diversos autores e objeto de questionamento, sátiras e estranhamento pelas sociedades criadas pelos homens, a loucura é tema de discussões desde os tempos mais remotos.

Ao longo da história, é possível notar que os conceitos de loucura apresentam conteúdos relativamente permanentes, que se destoam apenas por significados típicos relativos a cada época ou olhar diferenciado de autores. Desta forma, de acordo com Pessotti<sup>(1)</sup>, os conceitos que não se conciliam quanto às definições que geram a loucura, acabam se assemelhando quando o assunto é sua natureza, e, por outro lado, conceituações muito semelhantes em sua definição divergem na caracterização das formas de alienação.

Para exemplificar, é possível constatar que sob o olhar de poetas antigos, como Homero, “a loucura é apresentada, comentada e até explicada por diversos personagens, embora provavelmente nem Homero, nem os trágicos estivessem interessados em expor ou formular um conceito de loucura”<sup>(1)</sup>. Sob o olhar religioso, bem representado pela Doutrina Demonista, difundida na Idade Média, a loucura era vista como influência de maus espíritos para que os homens se rendessem ao pecado.

É somente nos séculos XVII e XVIII que se iniciam obras que caracterizam o enfoque médico sobre a loucura, que era denominada como ‘alienação mental’. E, no século XIX surgem trabalhos representativos da área da psicopatologia.

Em 1801 é publicado o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, ou *Traité de Pinel* que, enfoca que a causa mais frequente da alienação é provocada pelas paixões violentas ou agravada pelas contradições.

Sob um enfoque mais sociológico, encontramos em autores como Costa & Tundis<sup>(2)</sup> a visão de que ao longo da história, as práticas e representações que as sociedades elaboram em torno da loucura são transitórias, não sendo as mesmas segundo a cada sociedade e o momento de cada época.

Tais autores sugerem que “a ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental todo comportamento inadaptável aos limites da liberdade burguesa”.

Segundo Resende<sup>(3)</sup>, na Antiguidade e Idade Média, a loucura era experimentada em “estado livre”, circulava, fazia parte do cenário e linguagens comuns, porque era considerada algo privado, determinado pelos costumes, e o poder público só intervinha sobre ela em assuntos de direito, como em casos de anulação de casamentos, quando um dos cônjuges adoecia ou na proteção de propriedade de pessoas consideradas insanas e irresponsáveis, por exemplo.

Na Grécia e Roma antigas, as famílias abastadas mantinham seus loucos em casa, frequentemente sob a guarda de um assistente que trabalhava como o ‘auxiliar psiquiátrico’ da época, e, aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, e acabavam sobrevivendo mediante caridade pública ou realizando pequenos trabalhos particulares.

Na América colonial, os governos municipais costumavam remunerar aquelas famílias de lavradores que se dispunham a receber os loucos pobres não totalmente incapacitados para o trabalho, que nos séculos seguintes veio a ser proposto cientificamente como parte dos mecanismos terapêuticos psiquiátricos.

Com relação à livre circulação da loucura nas sociedades pré-capitalistas, Resende<sup>(3)</sup> supõe que “embora não haja na literatura referências quanto à magnitude do problema da doença mental, é de se supor que o número de doentes não era grande”. As populações eram reduzidas e a curta duração média de vida não permitia que determinados transtornos aparecessem em proporção significativa.

É no final do século XV que na Europa, o advento da manufatura traz a ideia de que se deve viver para trabalhar e gerar lucro, o que culminou em um número gigante de mendigos, ociosos, homens desesperados que se tornavam assaltantes de estradas e marginalizados. As medidas legislativas de repressão se

complementaram pela criação de instituições, casas de correção e de trabalho e os chamados hospitais gerais que, apesar do nome, não tinham nenhuma função curativa, destinando-se apenas a limpar as cidades dos mendigos e antissociais em geral e, dentre estes, os doentes mentais acabaram por partilhar de toda forma de violência praticada contra os que não estavam de acordo com o que a sociedade ditava como normal (tratamento moral), devido serem tratados nas mesmas instituições destinadas àquele grupo de ‘desocupados’.

O século XVIII é marcado por denúncias contra as internações e forma de tratamento aos considerados anormais destaque com as ideias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos.

No Brasil, a situação do doente mental, parece ter permanecido silenciosa por muito tempo. Alguns escritores como Machado de Assis, começam a criar personagens esquisitos e ensimesmados que se retiram do convívio da sociedade e depois retornam<sup>(3)</sup>.

O tratamento dos doentes mentais no Brasil difere do tratamento americano e europeu apenas nas causas estruturais. Aqui eles também são escondidos por suas famílias, quando estas tinham mais posses, e as Santas Casas de Misericórdia os acolhem entre seus pacientes, porém, diferenciando seu tratamento, mantendo-os trancados em porões, sem qualquer assistência médica, apenas sob a guarda de vigias e carcereiros que tratavam seus delírios e agitações com espancamento, contenção e punições que acabavam os levando à morte, devido à desnutrição e doenças físicas.

Posteriormente, nota-se que a loucura não é necessariamente voluntária e que esta tem certa especificidade, passando a ser “triada, geralmente sob a pressão de denúncias e apelos humanitários”<sup>(3)</sup>.

Em 1852, é inaugurado no Rio de Janeiro, o primeiro hospício brasileiro que recebeu o nome do próprio imperador que o inaugurou, Dom Pedro II, e sob a alegação da necessidade de se proporcionar calma aos doentes mentais,

ficava localizado na Praia Vermelha, um lugar remoto da cidade do Rio de Janeiro. É neste ponto que uma característica comum à assistência aos doentes mentais é observada na história: os manicômios eram sempre afastados da sociedade e em esquema de privação de liberdade.

Da mesma maneira que

o tratamento moral nos Estados Unidos sucumbiu por parecer carente de base científica sólida, o advento da psiquiatria científica sepultou a fase empírica, leiga, da assistência psiquiátrica brasileira dos seus primeiros quarenta anos<sup>(3)</sup>.

Após a Proclamação da República, mudanças acontecem: os asilos tendem a se tornarem laicos, há ascensão dos médicos ao controle das instituições definindo para si a atribuição da assistência ao doente mental.

Em 1898 a assistência ao alienado foi entregue a Franco da Rocha que fez construir o Hospício Juqueri. No Rio de Janeiro, em 1903, a Assistência a Alienados e gestão do Hospício Nacional são entregues a Juliano Moreira que com seus discípulos começam a abordar a classificação brasileira das doenças mentais, junto da Sociedade de Psiquiatria, Neurologia e Ciências afins e a Liga de Higiene Mental. Ao mesmo tempo, houve uma experiência de trabalho dos doentes mentais em colônias agrícolas, já que a agricultura era o foco do país na época.

Ao fim da década de 50, o Juqueri abrigava de 14 a 15 mil doentes, com uma situação de superlotação, insuficiência e despreparo no quadro de profissionais, maus tratos, condições de hotelaria péssimas. As colônias agrícolas já não trabalhavam mais com as atividades no campo, como atividades terapêuticas, mesmo porque, como o país se industrializava e se urbanizava rapidamente, “a reeducação para o trabalho rural havia se tornado um anacronismo”<sup>(3)</sup>.

É importante destacar também que, a partir de 1952, as doenças mentais foram internacionalmente codificadas e ganharam classificações e definições, estipuladas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM<sup>(4)</sup>, e também em 1992, a Organização Mundial de Saúde publica a primeira versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) que no caso a CID-10 abrange a parte das classificações das doenças mentais<sup>(5)</sup>.

Na primeira metade do século XX uma tendência bastante nítida passou a caracterizar a atuação dos médicos psiquiatras brasileiros: ao mesmo tempo em que se intensificava a tendência à medicalização da loucura, passavam a interpretar a realidade social com mais legitimidade. Os psiquiatras aprofundaram uma produção científica com explícitas interfaces com as ciências sociais, e por outro lado, “passaram a credenciar a Psiquiatria como disciplina capaz de uma intervenção preventiva na sociedade, auxiliando o Estado no afã de construir uma sociedade sã e um homem apto ao trabalho e à cidadania”<sup>(6)</sup>.

Acompanhando a história e nos situando na década de 60, o modelo asilar (internações de pessoas com transtornos mentais em manicômios), começa a ser questionado e denunciado com mais intensidade, o que culmina em um movimento chamado Reforma Psiquiátrica. Esta “é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens”, que tem a intenção de construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhe garanta cidadania, respeito aos seus direitos, à sua individualidade e sua convivência com a sociedade<sup>(7)</sup>.

Surgida na Europa e América do Norte, nas décadas de 1960 e 1970, a Reforma Psiquiátrica, foi “impulsionada por renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação”<sup>(8)</sup>.

No contexto cultural e político de seu surgimento, a Reforma Psiquiátrica era conhecida como ‘desinstitucionalização’, uma vez que tinha por objetivo abolir as instituições de controle social, neste contexto, entendido por

método de dominação e coação. Dentre estes métodos estaria o da internação dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos (manicômios). Desta forma, a desinstitucionalização tratava-se da “desospitalização” naquelas épocas, especialmente na Itália, já que

as reformas se propunham atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação etc<sup>(8)</sup>.

No Brasil, este processo se intensifica em meados de 1978, com o Movimento Sanitário que visava

mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologia<sup>(7)</sup>.

Com a participação de pessoas engajadas nesse movimento, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que

passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais<sup>(7)</sup>.

Em 1982, o famoso psiquiatra italiano Franco Basaglia marca o movimento da Reforma Psiquiátrica por defender que o valor do homem, fosse doente ou são, deveria estar além das noções de saúde e doença,



e que “a doença mental, assim como qualquer contradição humana, pode ser utilizada como instrumento de apropriação ou de alienação do homem, portanto como meio de liberação ou de domínio”, e desta forma seria preciso “transformar a demanda, a linguagem, reduzida ao saber médico, e torná-la mais rica, própria a pessoas e não a objetos institucionais”<sup>(9)</sup>. Sua teoria afeta significativamente o movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

Em 1987 é feita a primeira experiência de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, serviço que explicaremos posteriormente. Em 1988 é implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), após a promulgação da Constituição Federal que em seu artigo 196 dispõe que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>(10)</sup>.

No ano seguinte, 1989, inicia-se uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos-SP em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção impulsionou a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste mesmo ano, começa a tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que “propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo”<sup>(7)</sup>.

Chegando ao novo milênio, “o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos”<sup>(7)</sup>.

Entre 2001 e 2005,

o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde, de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico<sup>(7)</sup>.

Com o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, cria-se uma rede de serviços substitutivos à internação psiquiátrica. Dentre esses serviços, podemos destacar os Hospitais Dias, as Unidades Básicas de Saúde (UBS's), os Programas de Saúde da Família (PSF's), as Residências Terapêuticas, os Núcleos de Assistência Psicossociais - NAPS's, as cooperativas de trabalho e os serviços pertinentes ao universo desta pesquisa que são os Centros de Atenção psicossocial (CAPS) e os Centros de Convivência e Cultura.

### **1.1- Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e os Centros de Convivência e Cultura (CECOs)**

Oficialmente implantados juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), através da Portaria/SNAS Nº 224 - 29 de Janeiro de 1992, os CAPS's são

unidades de saúde locais/ regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental<sup>(11)</sup>.

Para a política do Ministério da Saúde, os CAPS devem ser um espaço de referência e tratamento destinado a pessoas que sofrem com transtornos mentais, que tem por objetivo oferecer atendimento substitutivo às internações psiquiátricas, através do acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários<sup>(12)</sup>.

Já os Centros de Convivência e Cultura foram definidos pela Portaria 396/2005 como “dispositivos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade”<sup>(13)</sup> e, posteriormente pela Portaria nº 3.088 de 2011<sup>(14)</sup> como “unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade”<sup>(14)</sup>.

Nestes locais, pessoas de uma determinada comunidade têm a liberdade de se reunirem livremente, com a finalidade de se socializarem e, através desta convivência, construírem juntas, espaços de trabalho, lazer, cultura, saúde, entretenimento, inclusão social, discussões e posicionamentos sobre problemas de sua comunidade.

Uma das características que torna diferenciada a existência deste espaço é o fato de ser um espaço que permite a livre participação de grupos de pessoas muitas vezes discriminados pela sociedade, como: dependentes químicos, pessoas com deficiência, idosos e pessoas acometidas de transtornos mentais<sup>(13)</sup>. Outra característica também pertinente a este trabalho que, diferentemente dos serviços em geral, os Centros de Convivência e Cultura geralmente não fazem um controle de seus participantes através de prontuários ou lista de frequência, o que o torna, legalmente, um espaço livre e de participação voluntária.

O projeto de criação destes Centros teve início com uma experiência em 1989, no Parque Chico Mendes, na cidade de São Paulo e foi oficializado no início de 1990, por portaria inter-secretarial entre as Secretarias Municipais de

Saúde (SMS), de Serviços e Obras, através de seu Departamento de Parques e áreas Verdes (DEPAVE), e de Educação.

Até o final de 1992, 18 Centros de Convivência e Cooperativa (como eram chamados em tal época) estavam em funcionamento na cidade de São Paulo<sup>(15)</sup>.

Em 2005, sua implementação passou a ser recomendada pelo Ministério da Saúde, pela Portaria nº 396/2005 para aquelas cidades cuja população estivesse acima de 200 mil habitantes e contando com serviços de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) em funcionamento, porém, em meados de 2011 esta portaria foi suspensa<sup>(16)</sup>, por questões políticas não claras, e, desde então é possível encontrar apenas uma definição de Centro de Convivência e Cultura na Portaria 3.088/2011, já citada acima, como sendo, inclusive,

estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.<sup>(14)</sup>

Também é possível encontrar alguns editais de incentivo à criação de CECOs no site do Ministério da Saúde, porém a implantação de uma portaria regulamentadora do dispositivo, ainda se encontra em discussão, e não há nada definido até o momento para que o dispositivo seja de fato regulamentado no país<sup>(16)</sup>.

Os Centros de Convivência e Cultura estão associados ao Projeto da Reforma Psiquiátrica uma vez que surgiram como alternativa de socialização de pessoas com transtornos mentais, como equipamento social da rede de atenção à saúde mental e, supõe-se que os tipos de ações que envolvem esses dispositivos “podem ir além do controle dos sintomas decorrentes do adoecimento mental, acreditando ser possível com esse novo olhar atingir mais profundamente a questão da produção e ampliação dos índices de saúde”<sup>(17)</sup>.

De acordo com Ferigato<sup>(18)</sup>, no estado de São Paulo, conforme levantamento realizado pelo I Encontro Estadual e Centros de Convivência, havia, em 2011, 35 Centros de Convivência concentrados em quatro municípios apenas: 21 na cidade de São Paulo, 12 em Campinas, 1 em Embu das Artes, e 1 em Mogi das Cruzes. Em 2013, passam a existir outros dois Centros de Convivência: em Salto e em Ribeirão Preto.

## **1.2- CAPS Davi Capistrano da Costa Filho e Centro de Convivência Tear das Artes - campos desta pesquisa**

### **1.2.1- CAPS Davi Capistrano da Costa Filho**

O CAPS Davi Capistrano da Costa Filho iniciou seu funcionamento em 14 de julho de 2003. Situa-se na Região Sudoeste de Campinas - S.P, Parque Vista Alegre, sendo referência para os Centros de Saúde Vista Alegre, União de Bairros, São Cristóvão, Aeroporto e DIC I. A população desta área é de 120.549 mil habitantes, atendidos por 17 equipes de Saúde da Família<sup>(19)</sup>.

De acordo com Furtado<sup>(20)</sup> o novo modelo de atenção à saúde mental “está atrelado e tem como principal objetivo potencializar o processo de desinstitucionalização de pacientes crônicos, criando alternativas ao manicômio e suas práticas”. Para tanto, este novo modelo preconiza um trabalho desenvolvido por meio de um Projeto Terapêutico Individual (PTI), que particulariza a atenção oferecida a cada paciente, diferente do que até então acontecia, no funcionamento dos hospitais.

Para garantir que todos os pacientes tenham esse acompanhamento individualizado, personalizado e com atenção adequada, foi criada a figura do “profissional de referência” que é o profissional responsável pela elaboração, acompanhamento e avaliação do PTI, em conjunto, sempre que possível,

com o próprio paciente e seus familiares, e também responsável por acompanhar o paciente, ainda que a distância, em todas as atividades previstas no PTI.

Furtado também relata a experiência de um CAPS no município de Campinas, que tem procurado trabalhar de forma interdisciplinar e que em três meses após a implementação do novo modelo de assistência, foi possível observar um “maior grau de satisfação manifesto dos profissionais envolvidos, maior interação entre usuários e trabalhadores, aumento da troca entre universitários e não universitários e aumento de conhecimento da equipe em relação à clientela”<sup>(20)</sup>.

É nesta lógica explicitada por Furtado<sup>(20)</sup> que a equipe profissional do CAPS Davi Capistrano também tem operacionalizado suas ações.

Outra característica deste CAPS é que desde o ano de 2007, a unidade passou a funcionar no período de 24 horas, em decorrência da tendência da própria política de Saúde Mental, na perspectiva de acolher a crise em leitos de breve internação.

Essa modalidade de serviço permite atender o paciente nos diferentes momentos e nas diferentes necessidades. Tem como característica fundamental o fato de permitir que o paciente seja atendido, exatamente nas situações de crise, pela equipe com a qual já possui um vínculo importante e que o conhece. Mantém, além disso, o usuário mais próximo de sua família, possibilitando à equipe capacitar a família também para o cuidado nas situações de crise.<sup>(19)</sup>

A equipe observou que:

o tratamento no leito, quando necessário, não consome o mesmo tempo que consumiria numa internação hospitalar; no CAPS onde já está inserida, a crise tende a se resolver de forma mais rápida e eficiente,

podendo ser usado também de maneira preventiva, impedindo a instalação de crises agudas. Tal mudança proporcionou também a ampliação da equipe profissional e do espaço físico para que os cuidados aos usuários em crise ou não, pudessem ser realizados no próprio CAPS<sup>(19)</sup>.

Outro fator importante é que o CAPS Davi Capistrano está situado numa área da Região Sudoeste composta por mais de 90% de população dependente do SUS, onde as famílias vivem em condições sociais extremamente adversas, o que contribui para o agravamento de suas condições psíquicas. Atende um número grande de usuários e tem conseguido manter um bom nível de trabalho, refletido no pequeno número de pacientes em crise que precisaram ser acompanhados em outros serviços fora do território<sup>(19)</sup>.

### 1.2.2- Centro de Convivência Tear das Artes

Inaugurado em dezembro de 2001, o Centro de Convivência Tear das Artes surgiu a partir da iniciativa e parceria de profissionais das Unidades Básicas de Saúde da região sudoeste, trabalhadores dos CAPS, comunidade e Distrito de Saúde Sudoeste.

O Tear das Artes, segundo seu estatuto propõe-se a ser:

um espaço público que tem por objetivo favorecer a convivência pacífica entre os diferentes, propiciando a circulação de crianças e adultos, homens e mulheres, adolescentes e idosos, com suas possibilidades: sofrimento psicossocial, histórias, sonhos, tristezas, saberes, alegrias, num encontro que se faz no cotidiano e que permite as pessoas estarem na vida, num local acolhedor e agregador das diferenças de raça, credo, idade, sexo, modos de estar no mundo<sup>(21)</sup>.

Este Centro de Convivência fica localizado no Distrito de Saúde Sudoeste da cidade de Campinas, região de 210 mil habitantes, da qual faz parte uma rede de saúde com 12 Unidades Básicas de Saúde, 2 CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial), 6 Residências Terapêuticas, 1 Hospital Geral. A região onde está localizado tem uma grande dependência do SUS (90% em média) e alta vulnerabilidade e risco social. É mantido por convênio entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

O Tear “é um dos dispositivos da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e tem por missão possibilitar a inclusão social, oferecer atividades de promoção, prevenção e cuidado em saúde e alternativas de cultura, arte e lazer para a população adscrita”<sup>(21)</sup>.

Atualmente, o Tear das Artes é um espaço, onde acontecem diversas oficinas, tais como: brinquedoteca, biblioteca, Grafite, Fotografia, oficinas de artesanato (argila, crochê, tear manual, tear de prego, bordado, patchcolagem, pintura em tecido, biscuit etc.); horta; Qi Gong; Alongamento; Movimento Vital Expressivo, alfabetização de jovens e adultos; informática (cursos de inclusão digital e acesso livre a internet); estúdio de gravação onde acontecem a oficinas de música, rádio e jornal (Blog do Tear); e grupo de culinária voltado para geração de renda denominado ‘Harmonia dos Sabores’ que, segundo seu estatuto, “tem como foco principal a inclusão social através das atividades de trabalho e geração de renda, fundamentadas nos princípios da Economia Solidária”. Além das oficinas, o Tear realiza outras atividades como:

- Acolhimento - consiste em receber e apresentar o Serviço para quem vem pela primeira vez, como também em uma atitude constante da equipe em receber os usuários que chegam ao Serviço para participarem ou não das oficinas. Toda semana a equipe elabora conjuntamente uma escala de acolhimento, de modo que sempre tenha um profissional disponível (sem oficinas) para esta atividade;



- Assembleias - Acontecem bimestralmente, embora não houve uma regularidade, tanto no CECCO Tear das Artes como na Casa de Cultura Andorinhas;
- Festas - Eventos - sempre em parceria com a rede de saúde e intersectorialidade;
- Tear itinerante: atividades pontuais no território ou em caráter permanente com outros profissionais da rede;
- Atividades na Casa de Cultura Andorinhas, localizada no Bosque do DIC I. Trata-se de uma parceria intersectorial, sendo que a gestão do Serviço é compartilhada entre CECCO Tear das Artes, Secretaria de Cultura, Departamento de Parques e Jardins, Centro de Saúde DIC I e usuários da comunidade;
- Sarau Cultural no Bosque do DIC I: Toda 1<sup>o</sup> domingo de cada mês<sup>(21)</sup>.

Esta pesquisa foi construída em meio ao contexto acima, na perspectiva de investigar, mediante a realidade atual dos Centros de Convivência e Cultura, como estes espaços têm modificado a vida de pessoas com transtornos mentais, em seus aspectos sociais e de relação com a comunidade, por meio da percepção delas mesmas e de seus familiares, com quem geralmente têm vínculo mais estreito e possuem maiores informações a respeito delas.

Pontuamos ainda que esta pesquisa se justifica pelo fato de a literatura dispor de trabalhos escassos sobre o tema específico dos Centros de Convivência e, especialmente em relação à percepção de seus usuários e familiares sobre este tipo de dispositivo. Desta forma, os resultados deste trabalho poderão contribuir para o planejamento de novas ações nesta área.





## **2- OBJETIVOS**



## **2.1- Objetivo geral**

Conhecer as percepções de familiares e pessoas com transtornos mentais usuárias do CAPS Davi Capistrano e que frequentam o Centro de Convivência Tear das Artes, sobre a participação delas neste último e mudanças em suas vidas.

## **2.2- Objetivos específicos**

- Identificar as expectativas e razões dos usuários com relação a sua participação no Centro de Convivência e Cultura;
- Investigar como se davam as relações sociais (familiar, de trabalho e com a comunidade) antes e após sua frequência ao CECO;
- Investigar qual a visão dos familiares sobre a participação dos usuários no CECO e as repercussões sobre suas vidas.





## **3- METODOLOGIA**





### **3.1- Tipo de pesquisa: social qualitativa**

Para este projeto foi utilizada a pesquisa social qualitativa, uma vez que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes<sup>(22)</sup>.

E, em se tratando do método, seguimos a hermenêutica, considerando que esse método

é a busca de compreensão que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo a linguagem como seu núcleo central, que trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura<sup>(23)</sup>.

### **3.2- Participantes**

Foram participantes da pesquisa usuários do CAPS Davi Capistrano e concomitantemente do Centro de Convivência Tear das Artes, e seus familiares.

### 3.2.1- Critérios de Inclusão

- Ser usuário do CAPS e do Centro de Convivência há pelo menos seis meses.
- Ser familiar do usuário entrevistado.

### 3.2.2- Critérios de exclusão

- Usuários com deficiência intelectual severa e que não possuíssem familiares.

## 3.3- Amostra

Obtivemos a participação de 10 pessoas (05 usuários e 05 familiares) sendo este número decorrente de amostragem proposital, considerando que esta se define por “um grupo selecionado para um estudo científico, que foi composto por sujeitos segundo critérios de inclusão em que não ocorreram as interferências das predileções pessoais do pesquisador”<sup>(24)</sup>.

Após expor o projeto de pesquisa aos profissionais do CAPS Davi Capistrano e do CECO Tear das Artes, a pesquisadora recebeu indicações destes, com relação aos usuários que se adequavam aos critérios de inclusão.

## 3.4- Local de realização da pesquisa

As entrevistas aconteceram no Centro de Convivência Tear das Artes, localizado em Campinas-SP, com exceção de uma usuária, que preferiu ser entrevistada na Residência Terapêutica, onde mora.

A pesquisa documental aconteceu no CAPS Davi Capistrano, também localizado na mesma região do CECO Tear das Artes, onde se encontra o arquivo de prontuários dos usuários, os quais foram consultados.

### 3.5- Coleta de dados (instrumentos e técnicas)

#### 3.5.1- Entrevistas e roteiro de questões

Foram utilizados dois roteiros de questões (um destinado aos usuários e outro ao respectivo familiar), que foram aplicados através de entrevistas semiestruturadas (Apêndice 3).

Podemos entender por entrevista semiestruturada aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante<sup>(25)</sup>.

Neste tipo de pesquisa, o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal<sup>(26)</sup>.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 1 e 2) e aconteceram no próprio Centro de Convivência Tear das Artes.

Em respeito à preservação da identidade dos participantes, seus nomes foram modificados e, por vezes, para as citações durante o texto, receberam uma letra e um número, distinguindo desta forma, participantes de familiares, como exemplo: P1, que significa Participante 1, e F1, que significa Familiar 1, assim por diante (conforme indicado no item 4.1. Caracterização dos Participantes).

Primeiramente foi realizada uma entrevista piloto para avaliar a efetividade do questionário e em seguida realizou-se as demais entrevistas que tiveram duração de cerca de uma hora.

### 3.5.2- Pesquisa documental

Alguns tipos de dados referentes à caracterização dos participantes desta pesquisa demandaram que fizéssemos uma pesquisa documental aos arquivos do CAPS, tendo em vista que, muitas vezes os usuários não sabem os fornecer verbalmente com precisão ou veracidade. Foram estes: idade, escolaridade, situação de trabalho e hipóteses diagnósticas. Tais informações foram colhidas de seus prontuários, localizados no CAPS Davi Capistrano.

### 3.6- Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora e, após esse processo, foram lidas para levantamento de categorias. A seguir os dados foram descritos e analisados no sentido de compreender suas percepções sobre sua participação no Centro de Convivência e Cultura e repercussões em suas vidas.

A categorização dos dados seguiu o modelo proposto por Bardin<sup>(27)</sup>, que consiste na análise de conteúdo seguindo as etapas de: pré-análise, exploração do material, e tratamento, com a inferência e interpretação dos resultados.

Para tal interpretação, também utilizamos o conceito de Sternberg<sup>(28)</sup> de que “a percepção é um conjunto de processos pelos quais reconhecemos, organizamos e entendemos as sensações recebidas dos estímulos ambientais”.

Os registros foram coletados através do uso de uma câmera digital, em sua função de gravador. Após a gravação das entrevistas, estes dados foram passados para o computador, para sua escuta e transcrição.

Após a transcrição, foi realizada pela pesquisadora a leitura flutuante dos discursos, que após várias leituras de cada entrevista, identificou índices, frases e conteúdos que se destacavam mais no texto e formariam então temas pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Ao adentrarmos na análise do conteúdo das entrevistas, identificamos quatro temas que concentraram os significados das respostas:

- 1) Histórico dos participantes anterior à participação no CECO;
- 2) Percepções sobre o Centro de Convivência;
- 3) Repercussões no campo dos contatos pessoais e sociais;
- 4) Percepção dos familiares dos usuários.

Em cada tema, foi possível identificar categorias diferentes, através das quais se organizou, a partir das falas, os pontos mais importantes e significativos em relação à proposta e aos objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da FCM-Unicamp, sob Parecer nº 237.768, em 26/03/13.





## **4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**





#### 4.1- Caracterização dos participantes

Nº de ref. do participante e do familiar	Nome e relação de parentesco	Idade	Hipótese Diagnóstica cf. CID 10	Escolaridade	Profissão e/ou ocupação atuais ou já exercidas	Situação atual de trabalho/renda e benefícios	Renda familiar, em Salários Mínimos (SM)
<b>P1</b>	João	48	F20	E.F.I.	Camelô	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	06 SM
<b>F1</b>	Janete (mãe)	70		E.F.I.	Diversas	Aposentada por idade	
<b>P2</b>	Vinícius	29	F 20+F19	E.F.I.	Músico Compositor de RAP	Auxílio Doença / família contribui com o INSS para ele	06 SM
<b>F2</b>	Vânia (mãe)	57		E.F.I.	Do lar		
<b>P3</b>	André	28	F20+F19	E.F.I.	Repositor em supermercado	Auxílio doença	02 SM
<b>F3</b>	Ana (mãe)	64		Não alfabetizada	Pensionista	Pensionista (pensão pós-morte)	
<b>P4</b>	Fábio	50	F20	E.M.C.	Porteiro	Pensão por morte	05 SM
<b>F4</b>	Flora (irmã)	59		E.M.C.	Vendedora	Aposentadoria por invalidez	
<b>P5</b>	Maria	52	F20	E.F.I.	Não refere ocupação	Benefício de prestação continuada (BPC)	01 SM
<b>F5</b>	Milena (filha)	25		E.M.C.	Funcionária em supermercado	Em atividade registrada	

Para caracterizar todos os participantes elaboramos o quadro acima, para auxiliar numa melhor visualização dos dados, que apresenta informações principais de cada um, como: idade, escolaridade, situação de trabalho e renda familiar. Importante mencionar também que os participantes são oriundos de famílias de segmentos pobres da população, todos eles referem possuir casas próprias, com exceção de uma usuária que mora em uma Residência Terapêutica. Não foi detalhada a forma como as famílias adquiriram suas casas, porém é sabido que a região sudoeste de Campinas é uma região composta de muitos conjuntos habitacionais populares, e também por muitas áreas de invasões e ocupações, que estão em processo de urbanização desde a década de 80<sup>(29)</sup>.

A respeito da composição familiar - neste caso definiremos por composição familiar aquelas pessoas com quem o participante reside ou convive diariamente e mantém vínculos mais estreitos - constatamos as seguintes informações:

- **Participante 1-** Reside com o irmão de 50 anos que trabalha como segurança em uma escola, tem renda em torno de dois salários mínimos, e é quem administra o benefício de um salário mínimo que o participante recebe há anos, o BPC. Sua casa é herança do pai, falecido há 10 anos, e foi construída no mesmo terreno da casa onde reside a mãe, que é aposentada, e mora também com a irmã de 22 anos que trabalha em uma farmácia, com renda em torno de dois salários mínimos. João passa a maior parte do tempo na casa da mãe, em razão de o irmão trabalhar e devido à proximidade das casas.
- **Participante 2-** Reside com o pai, de 64 anos, que trabalha como pedreiro autônomo, porém, mesmo incerto, sua renda fica em torno de 3 salários mínimos; com a mãe, de 57 anos que refere ser do lar, e com dois irmãos: um de 23 anos que trabalha como auxiliar administrativo e tem salário em torno de 2 mínimos, mais uma cesta básica, e o outro de 21 anos que estuda engenharia em uma universidade de Campinas, pois conseguiu bolsa de estudo. Tem um irmão casado, que é surdo e segundo a mãe, os auxilia financeiramente também sempre que pode. A casa onde residem é herança de

sua avó paterna. O participante recebe o benefício auxílio doença no valor de um salário mínimo, que é administrado pela família.

- **Participante 3-** Reside com a mãe, que é pensionista, recebe 1 salário mínimo, com uma irmã que se encontra desempregada e tem uma filha (sobrinha do participante) de 8 anos de idade, que recebe pensão alimentícia no valor de R\$100,00. A casa é herança do pai falecido e o participante recebe auxílio doença no valor de 1 salário mínimo, administrado pela família.
- **Participante 4-** Reside com a irmã, de 59 anos, que é aposentada por invalidez, com um salário mínimo, com sua sobrinha de 33 anos, que trabalha como assistente administrativo e tem salário em torno de 2 salários mínimos, e com um irmão, de 57 anos, aposentado por tempo de serviço, com um salário mínimo e meio. A casa onde residem é herança da mãe falecida. Fábio recebe pensão por morte da mãe, no valor de 1 salário mínimo.
- **Participante 5-** Mora em uma Residência Terapêutica próxima ao CAPS onde realiza o tratamento, e tem seu BPC administrado pela filha, que reside em outro bairro e com quem mantém contato mensalente.

Em relação aos benefícios mencionados no quadro, segue explanação do que se trata cada um:

- **Auxílio doença-** O auxílio-doença é um benefício concedido ao trabalhador e/ou contribuinte da Previdência Social que fica impedido de trabalhar por mais de 15 dias em razão de uma doença ou acidente. O valor do auxílio doença corresponde a 91% do salário de benefício e é avaliado de sua necessidade por meio de perícias médicas periódicas que vão verificar a necessidade ou não de continuar recebendo o benefício<sup>(30)</sup>.

- **Aposentadoria por invalidez-** Aposentadoria por Invalidez é um direito dos trabalhadores que, por doença ou acidente, estavam recebendo Auxílio Doença e então são considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades permanentemente. O valor da Aposentadoria por Invalidez corresponde a 100% do salário de benefício.
- **Aposentadoria por idade-** Aposentadoria por idade é o benefício a que têm direito os trabalhadores urbanos aos 65 anos de idade (homens) e aos 60 anos de idade (mulheres). Os trabalhadores rurais podem requerer aposentadoria por idade aos 60 anos (homens) e aos 55 anos (mulheres).
- **Pensão pós-morte-** A pensão por morte é o benefício a que têm direito os dependentes do segurado da Previdência Social que falecer.
- **Benefício de prestação continuada (BPC)-** Conforme a Lei Orgânica da Assistência Social, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Com a adoção da utilização da CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004), pelo Ministério da Previdência Social, as pessoas acometidas de doenças graves, que as impossibilitam de trabalhar, também podem receber o BPC, que é o caso dos participantes desta pesquisa que o recebem<sup>(31)</sup>.

Sobre os Transtornos Mentais identificados no quadro, seguem as definições da CID10 (5) utilizada pelos profissionais do CAPS para classificar os transtornos mentais dos usuários:

- **F19-** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos

ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico<sup>(5)</sup>.

- **F20-** Esquizofrenia. “Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta”<sup>(5)</sup>.

#### **4.2- Histórico dos participantes anterior à participação no CECO**

“... porque a voz de um usuário é altamente potente, e não é a expressão de um só corpo”. (Sabrina Helena Ferigato, 2013, p.55)<sup>(18)</sup>.

Para iniciarmos a apresentação dos resultados, faremos referência ao histórico de vida de cada um dos participantes, conforme o relato deles mesmos.

Concordando com Santos<sup>(32)</sup> acreditamos que “é a partir da experiência histórica pessoal que se resgatam as emoções, sentimentos, ideias, temores ou desejos”.

Sobre a percepção que têm de suas vidas antes de frequentarem o Centro de Convivência, todos os participantes fazem referência ao período anterior ao tratamento no CAPS. Isso se dá porque todos passaram a frequentar o Centro de Convivência após serem encaminhados pelo CAPS.

João relata que antes de iniciar tratamento psicossocial costumava trabalhar: *“Eu trabalhava, eu não estudei, eu trabalhava na rua, vendendo passe, mercadoria, eu era camelô”.*

O transtorno se iniciou após um assalto a mão armada, que possivelmente desencadeou um delírio persecutório. Começou a se sentir perseguido por pessoas que frequentavam seu local de trabalho, que segundo ele iam até a porta de sua casa e lhe ofendiam:

*“Aí eu fui roubado uma vez por uns caras, apontaram arma pra mim, aí minha mãe não quis deixar eu ir mais, mas aí eles começaram me chamar de vagabundo e foi aí que tudo começou... eles começavam a passar na porta da minha casa, buzinar e gritar “ô vagabundo” eu comecei a xingar eles também”,*

o que culminou em sua primeira internação psiquiátrica: *“... e mandaram me internar no W. (Hospital Psiquiátrico), fiquei lá quarenta dias, me deram remédio forte, acabaram comigo e até hoje eu não saí desse tratamento.”*

Sobre a internação, João tem uma visão bastante negativa, de que os medicamentos prejudicaram muito sua saúde e acabaram por debilitá-lo.

*(...) “Ah, no W. (hospital psiquiátrico) eu fiquei quarenta dias e saí de lá mal, aí eu fiquei ‘mais ruim ainda’, me deram um remédio que me deixou com a boca seca, eu não ia no banheiro, nossa, pedia pra Deus me levar, não dava nem pra ficar no meio dos outros, eu tinha medo de tudo. Aí eu fui pro*

*CAPS e lá que eu tive melhora do remédio (...) e agora eu venho aqui e participo”.*

João refere que apenas no CAPS obteve melhora dos efeitos colaterais dos medicamentos, o que possibilitou sua retomada a atividades sociais, como participar do Centro de Convivência.

Já Vinícius, tem uma visão mais positiva do tratamento. Relata que desde muito cedo gostava de música, era cantor e compositor de rap, e que antes do tratamento não conseguia ter a mesma comunicação que tem hoje com as pessoas.

*“... daí eu tinha um problema que eu não conseguia conversar com os outros, eu era esquisito, eu não sabia, ficava nervoso à toa, aí um dia eu fiquei nervoso lá em casa por causa de uma briga de uns irmão lá, aí eu fiquei nervoso e aí os médico foi e me internou, me internou e descobriu que eu era esquizofrênico”.*

Vinícius relata ainda que o primeiro CAPS que frequentou, destinado a pessoas que fazem uso de álcool e drogas, não lhe proporcionava uma melhora, pois ali tinha contato com muitos outros dependentes químicos que o influenciavam a continuar usando, e então pediu transferência para um CAPS III, o que segundo ele:

*“... foi um momento glorioso na minha vida, e eu tinha ‘descobrido’ que era esquizofrênico, e daí lá eu me enturmei com o pessoal e daí a gente criou o grupo Filosofia do Cotidiano, que é o grupo (musical) que nós tem, daí nós viemo pra cá já né (Centro de Convivência)...”*

Com André a entrevista não fluiu de forma que relatasse com detalhes seu histórico antes do início do tratamento. De acordo com informação da mãe, André trabalhou em um mercado, parou de trabalhar desde que adoeceu, recebe o benefício da Previdência Social chamado Auxílio Doença até hoje, que é um benefício destinado a contribuintes do INSS que adoecem no período em que se encontram ainda em qualidade de segurados, ou seja, quando sua condição de contribuições ao INSS ainda concede direitos a benefícios<sup>(30)</sup>. André, quando questionado sobre sua vida antes e após sua frequência ao Centro de Convivência, enfatizou apenas o tratamento no CAPS: *“É bom, deram remédio pra mim né... então é bom.”*

E quando questionado sobre o motivo de tomar medicamentos, também é enfático ao responder que “não sabia”, apenas refere que antes “ficava triste”.

O participante Fábio relata que tinha uma vida bastante ativa e que sentia certo prazer com as profissões que exerceu: *“Bom, a minha vida antes era trabalho né... fiquei três anos exercendo minha última atividade, até que eu gostava... sinceramente até que eu gostava da função de porteiro...”*.

Porém refere que o cotidiano do trabalho lhe gerava muito estresse:

*“... eu acho que eu tive estresse, no último dia eu tive uma crise feia né...”, o que tornava insustentável sua continuidade: “... aí eu achei que eu não devia mais, que eu devia me afastar né... eu já tinha tido outros afastamentos quando eu trabalhava em outros lugares, então eu achei que eu devia me afastar porque eu não tava bem, aí eu me afastei...”*.

Maria não refere ter trabalhado durante sua vida, relata sobre a vida do pai, que denota certa vulnerabilidade familiar, uma vez que, segundo a entrevistada, o pai foi morar com a irmã, após ter perdido suas propriedades, e ela ficou morando na rua. As razões pelas quais isso aconteceu não são claras:



*“Eu nasci em Campinas mesmo, eu morava com o meu pai, mas meu pai ele tinha dois terrenos no bairro S. e ele foi morar em Mogi (outro município), que ele tem uma filha em Mogi da primeira mulher dele, que ele é separado né, então ele foi morar lá e perdeu os terrenos que ele tinha no bairro S. E quando eu fui morar em Mogi com ele eu tinha uns trinta anos. Aí depois meu pai saiu de Mogi e veio morar com a minha irmã aqui em Campinas, aí eu fiquei morando na delegacia da Avenida A., eu dormia numa área lá da delegacia...”*

Alguns usuários, como Maria e André, parecem não compreender o próprio adoecimento, outros apresentam compreensão, porém, certa frustração com o tratamento. Em estudo realizado por Moli & Saeki<sup>(33)</sup>, os autores alegam que é muito comum dificuldades encontradas por pessoas com transtornos mentais para se manterem ativas e participativas após o adoecimento “considerando que a doença lhes trouxe limitações advindas da sintomatologia e/ou dos efeitos da medicação”.

Também em Salles & Barros<sup>(34)</sup>, encontramos que o que é proposto pelo CAPS ultrapassa os aspectos clínicos, uma vez que este serviço favorece muito o encontro entre pessoas e a formação de vínculos e amizades.

No CAPS muitas vezes os relacionamentos parecem acontecer de forma diferente do que ocorre em outros locais, os usuários sentem-se respeitados e não são desvalorizados pelo fato de serem pessoas com transtornos mentais. O CAPS favorece não apenas opções de relacionamentos para essas pessoas, mas também a possibilidade de criar relacionamentos com qualidade, em que os usuários podem vivenciar relações de trocas igualitárias.

Conforme constatamos nas entrevistas, todos os usuários fazem referência ao CAPS como um espaço que os auxiliou nas conquistas que obtiveram durante o tratamento, e fica claro que este serviço teve papel fundamental no encaminhamento e estímulo à participação dessas pessoas no Centro de Convivência.

### **4.3- Percepções sobre o Centro de Convivência**

#### **4.3.1- Local para realização de atividades**

Quando questionados sobre como seriam suas vidas antes e após a frequência ao Centro de Convivência, na intenção de compreender como percebem o espaço, notou-se que todos os entrevistados destacaram as atividades das quais participam no local e atribuem a elas mudanças, especialmente com relação à rotina de vida.

João enfatiza: *“(...) gosto de cantar e aqui eu canto, toco violão...”*.

Vinícius destaca: *“... aqui no Tear tem várias atividades, tem a atividade do Clube do Micro, de usar o computador, que eu venho de vez em quando e a outra atividade que eu tenho aqui é a rádio...”*.

André também enfoca sua participação em atividades: *“Ah, aqui tem bastante coisa pra fazer né... tem a música, a escola, tem a computação também...”*

Fábio pontua: *“Ah, aqui no Tear tem atividades né (...) eu trabalhei um pouco no pastel, fiz sabonete com a M., participei da horta no começo...”*

E Maria refere: *“No Tear vou só na música de rádio...”*

De acordo com as falas, o Centro de Convivência estudado proporciona aos participantes uma possibilidade de desenvolver habilidades, tais como a música, a culinária, os estudos, a computação (que pode significar uma forma de atualização com o mundo, uma possibilidade de inclusão no mundo virtual), entre outras.

Alguns autores como Kantorski et al<sup>(35)</sup>, constataram que “quanto aos usuários da saúde mental, acredita-se que as habilidades socioculturais seja o que mais é buscado, considerando que alguns não têm pretensão de trabalhar ou não o fazem por medo de perder seu benefício”.

Além disso, os autores enfocam que atividades como, “ir a escola estimula a autonomia e inclusão social do usuário, afastando do cotidiano do transtorno e possibilitando a criação de novas relações sociais”<sup>(35)</sup>.

Whitley et al<sup>(36)</sup> em estudo a respeito da contribuição de comunidades de convivência para recuperação de pessoas com transtornos mentais graves em Washington DC, concluíram que:

*(...) it seems that for lives severely disrupted by the torment of serious mental illness and addictions, the ability to secure and maintain ordinary routines in the context of everyday life is indeed an achievement. In this regard, the Recovery Communities become sites for rebuilding lives.<sup>1</sup>*

Do que se percebe, para todos os entrevistados desta pesquisa, o Centro de Convivência é também um meio de conquistarem sua participação na sociedade, uma vez que em casa e no CAPS mantêm contatos mais restritos e muito ligados ao universo da patologia.

#### 4.3.2- Espaço de realização pessoal e liberdade de expressão

Outra percepção identificada foi de que o Centro de Convivência é um espaço de realização pessoal e liberdade de expressão.

---

<sup>1</sup>Parece que para vidas acometidas de transtornos mentais severos e dependência química, a habilidade de garantir e manter rotinas comuns no contexto da vida cotidiana é na verdade uma conquista. A este respeito, as ‘Recovery Communities’ tornam-se locais de reconstrução de vidas. (Tradução livre)

João diz literalmente acreditar que de lá os participantes saem realizados: *“Eu acho que aqui eu me sinto mais tranquilo, mais aberto, quando eu saio daqui, eu me sinto feliz (...) a gente sai daqui meio realizado assim”*.

Vinícius cita que o Centro de Convivência é um local que proporciona o desenvolvimento artístico dos participantes, o que resulta em uma realização do campo pessoal: *“(...) você vem aqui e tem um espaço para gravar, tem um espaço para articular seu lado artístico porque leva pra rádio (...) ganhamos até cachê, e quando a pessoa ganha cachê ela vira artista”*.

André aponta a oportunidade que o ambiente oferece de aprender, o que qualifica como bom, e indica uma realização pessoal: *“(gosto) da escola, computação (...) porque é bom né, tentar aprender...”*.

Fábio refere que o CECO é um espaço onde pode expor seus poemas e ter discussões sobre temas que lhe interessam: *“... trouxe meus poemas pro G. e ele ficava lendo... vinha pra cá e a gente discutia muita coisa.”*

E Maria destaca que o CECO é um local que lhe proporciona o contato com música, o que aprecia muito: *“O que eu mais gosto é da música né... (...) porque eu gosto de música”*.

No quesito realização pessoal, fica nítido que para todos os entrevistados existe desejo de realizar atividades que, em suas percepções, podem proporcionar uma valorização do eu e uma maneira de se sentirem satisfeitos e realizados com suas habilidades, e que no Centro de Convivência encontram espaço para isso.

Alguns estudos [Ribeiro & Campos<sup>(37)</sup>; Bagnola<sup>(38)</sup>], abordam experiências com Centros de Convivência do município de Campinas. Neles, os autores destacam a importância da criação de espaços para a realização de atividades na busca de significado para a vida e construção de vínculos e convivência. Experiências como o Ateliê Espaço 8, Clube dos Saberes, Jornal Candura, Biblioteca, Salão de Beleza, Agência de Turismo, Núcleo da Luta

Antimanicomial, que foram iniciados no espaço de Centro de Convivência, administrado pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, mostram que é possível superar os preconceitos e dificuldades relacionados à doença mental, através do trabalho nas oficinas e da liberdade de expressão.

Ribeiro & Campos<sup>(37)</sup> ressaltam que conforme discussão no Seminário de 10 anos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira essas experiências se fundaram “sempre e processualmente buscando lutar contra a exclusão social imposta a todos, desde os cuidadores com as imposições das funções e os processos de trabalho, aos pacientes com suas vidas sem valor e poder de troca zero”. Assim, o Centro de Convivência tem como maior objetivo “ampliar e enriquecer o campo das relações subjetivas - afetivas e produtivas - do excluído social”<sup>(37)</sup>. O que também apontava Foucault<sup>(39)</sup>, quando atribui ao internamento o processo de banimento e alienação do louco na sociedade.

Notamos que no Centro de Convivência Tear das Artes, os profissionais que lá atuam seguem o foco citado acima, pois, ao ouvir os participantes é possível constatar que para eles este trabalho proporciona um enriquecimento em suas relações afetivas e produtivas.

#### **4.4- Repercussões no campo dos contatos com pessoas, vínculos, rede social e convivência**

##### *O sonho do convívio*

Conviver é partir-se em dois universos, Refugiar-se num sentido de aprendizado constante, Educar é arrumar os tijolos de neurônios e construir... Construir para uma nação, Construir a recriação. A música nos traz encantos, E as letras na mente da criança constrói sonhos: O menino quer ser engenheiro, A menina professora, Educar é a base de tudo isso. Conviver é se unir em torno de um ideal, Fazer do passo inicial do convívio, A construção de um homem vindouro, E o diálogo da

interação entre o coração do conviver e do educar, Traz-nos também o sonho de se realizar, Sonho de se enfrentar e vencer. Recriar uma constelação de letras na mente, Para que o verdadeiro ser humano, Amanhecido reviva em nós, E seja repleto de diálogos na caminhada, Sadio na convivência, Construindo assim, na lousa dos alunos e professores encantos de um universo de ciência e multiplicação do saber. (Fernando Medeiros - In: Ferigato, 2013, p. 186)<sup>(18)</sup>.

Durante visitas aos Centros de Convivência em Campinas, observamos que o fato de existir um espaço como esse em um determinado local, desperta a curiosidade e o interesse das pessoas da comunidade na qual está inserido, e até mesmo de pessoas de outras comunidades (pois alguns CECOS têm voluntários de outras regiões), e, nesta convivência as pessoas ditas 'normais' acabam por se interessar em saber mais sobre como lidar com as pessoas acometidas de transtornos mentais e perceber que muitos preconceitos são quebrados nesta convivência.

Desta forma, concordamos com Ferigato<sup>(18)</sup> quando pontua que o interessante de dispositivos de base comunitária como os CECOs é o fato deles promoverem “efetivamente o encontro entre a sociedade e a loucura corporificada nos doentes mentais, uma vez que suas ofertas não se restringem às pessoas diagnosticadas com transtornos psíquicos, mas a toda comunidade em seu entorno”. A autora também pontua que é “uma premissa de convivência o que une as pessoas consideradas como loucas e as pessoas ditas normais nesse espaço, e não apenas a busca da cura, prescritividade ou normatização”. No entanto, essa premissa não está separada da premissa do cuidado,

tanto que as ações que acontecem dentro do CECO podem ser incorporadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, embora o sistema hegemônico queira enquadrar as práticas dos CECOS em categorias apenas de promoção e prevenção<sup>(18)</sup>.

Carnevalli<sup>(40)</sup> também enfatiza que “a atividade em si não cura e nem adoece, mas sim, as condições nas quais ela é realizada, o tipo de vínculo ou a relação interpessoal que se estabelece durante a sua execução”, portanto, a convivência tem um lugar central no dispositivo terapêutico.

A este respeito, a participação como meio para estabelecimento de convivência com pessoas foi bastante verbalizada nas entrevistas.

João menciona gostar da oportunidade de poder falar e escutar as pessoas: *“Então, isso que eu acho legal: você dá sua palavra e escuta a palavra dos outros né... vai ouvindo cada um falando de uma coisa diferente, do tema de cada dia, então por isso que é legal: você fala e ouve também...”*.

Com relação ao relacionamento dos usuários com os outros participantes do Centro de Convivência, alguns tiveram dificuldade de expressar como se dão tais relacionamentos, como André que quando questionado a este respeito referiu que o relacionamento era “normal” e após uma pergunta mais específica de como seria esse “normal”, referiu que era “bom”, descrevendo atividades rotineiras com os participantes: *“Ah, a gente diverte, canta... faz as coisas da escola...”* (André).

O que aponta uma oportunidade de aprender e produzir com o outro.

Outros foram mais detalhados como João que destacou, conforme já mencionado anteriormente que, no Centro de Convivência é onde ele tem a oportunidade de ouvir e escutar o outro, o que aponta uma dimensão humana relativa a trocas e convivência.

Vinicius, que apresenta dificuldade de se relacionar com as pessoas em casa e na comunidade, destacou que no Centro de Convivência encontra mais facilidade de comunicação e relacionamento: *“... quando eu venho aqui eu converso com todo mundo, não tenho inimizade com ninguém...”*.

Ao aprofundarmos a pergunta sobre relacionamentos mais estreitos, alguns entrevistados foram enfáticos em afirmar que possuem apenas contatos superficiais no Centro de Convivência, como André que refere ter “só colegas” (da escola), e Maria que enfoca: *“Ah eu conheço eles, eu conheço aquele um que fica lá, como que é o nome dele?... aquele que também toca música...”*, e não refere nenhum contato menos superficial.

Fábio também refere conversar com algumas pessoas:

*“Então, daqui o que eu mais converso é o M., que vem aí, e que a gente conversa... tem o G... quem mais que eu converso?... acho que é mais os dois... quando eu venho aqui na oficina de música, tem o T. que vem na informática ...”*.

Já Vinícius acredita ter um vínculo maior com um dos profissionais que trabalham no CECO: *“Ah, amigos aqui... o G. (profissional que coordena o grupo de rádio) é um amigo fiel...”*

Com relação a laços de amizade e relacionamentos mais estreitos, apenas um usuário referiu ter amigo no CECO. No entanto, os demais destacaram a oportunidade de poder conhecer pessoas e conversar, o que geralmente têm dificuldade de praticar na comunidade ou no ambiente familiar.

Vinícius enfoca também o contato com pessoas e a demonstração de afeto que lhe passam quando ele está no ambiente, o que sugere que as relações significam também não só contato, mas afetividade:

*“Ah, o que eu mais gosto aqui é a recepção calorosa que eles têm com nós (...) de todos, eu não tenho muito nome em mente, mas, tipo, é fantástico o atendimento aqui, você chega aqui, toma um café, toma um chá, come um pastel ali por três reais, e todo mundo aqui é caloroso, te recebe muito bem”*.



Considerando que os funcionários do CECO são pessoas da área de saúde mental, e considerando a fala de Vinícius, podemos nos remeter à conclusão de Ballarin et al<sup>(41)</sup> a respeito do cuidado em saúde mental, de que neste campo é possível observar que

o redirecionamento do modelo assistencial, com vista ao resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitou a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da implicação. Tais práticas pressupõem sem dúvida, que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir e pensar, já estabelecidos.

Também Seidinger<sup>(42)</sup> aponta que:

para que a reabilitação do sujeito seja possível, permitindo escuta, solidariedade, afetividade, possibilidade de mudanças, o serviço deve ser: acolhedor, flexível, acessível; diversificado, com múltiplos lugares comunicantes onde a permeabilidade dos saberes prevaleça sobre a separação; que ofereça oportunidades disponíveis ao operador e usuário; e que a equipe constitua um estilo de trabalho (conjunto de estratégias organizativas e afetivas do serviço que inclui a qualidade nas relações da equipe).

Ainda considerando que pessoas da comunidade e que não têm relação com o trabalho em Saúde Mental frequentam o CECO, é interessante analisar a fala de Vinícius, no sentido de que esse espaço favorece o cuidado em saúde mental sem mesmo uma capacitação prévia.

No entanto, estas oportunidades que o CECO oferece de promover encontros, contatos, convivência com pessoas e aprofundamento de laços afetivos, parecem não ser tão significativas para alguns participantes, como para

André, por exemplo, que quando questionado sobre quem são as pessoas com quem convive no CECO, fica pensativo e demora a formular uma resposta, referindo que lá tem apenas colegas: “... só tenho colegas da escola”.

E, depois quando perguntado como é o relacionamento com eles, refere: “*Converso com eles às vezes, mas não na aula. Mas não sou muito de conversar*”.

A respeito desta questão, Ferigato<sup>(18)</sup> menciona que na área da saúde a palavra convivência pressupõe outros significados, que,

...no imaginário e na experiência do profissional da saúde estão ligadas ao ato de conviver: criação de vínculos, redes de apoio, criação de sentido, inclusão, criação de laços sociais, relações interpessoais, produção de subjetividade etc... No entanto, sabemos que os modos de convivência estão em permanente recriação, em variações contínuas, podendo ampliar ou diminuir a potência de sujeitos e coletivos.

Outro exemplo também é o de Maria, que atribui seus relacionamentos interpessoais no Centro de Convivência como sendo um ‘costume’: “*Ah, a única coisa que eu acho é que eu acostumei com eles né... a tocar música... quando eu não vou o Z. (profissional do CECO) fica bravo que eu não fui, aí ele vem aqui e pergunta por que eu não fui...*”.

Em estudo etnográfico realizado em um Centro de Convivência da cidade de Niterói-RJ, Monnerat<sup>(43)</sup>, constatou que mesmo que a participação em atividades não seja obrigatória, “uma vez que as conversas informais entre os usuários (e o conseqüente desenvolvimento de laços e amizades) também sejam valorizadas, os técnicos estimulam a participação nas oficinas segundo o planejamento terapêutico que têm para cada paciente.”

Parece-nos que para alguns usuários dos CECOs, (no caso desta pesquisa, podemos nos referir diretamente a usuários com hipótese diagnóstica de esquizofrenia), o CECO pode representar um local diferenciado do ambiente de

tratamento, porém, devido ao estímulo recebido pelos técnicos responsáveis por este, no caso, os técnicos do CAPS, eles podem acabar associando o CECO como parte deste tratamento, o que não é de todo negativo, porém, pode não desvincular o usuário deste tipo de ambiente mais clínico e dificultar em sua participação nos demais espaços da sociedade.

O grande desafio dos profissionais da saúde é o de favorecer a inclusão da pessoa acometida de transtorno mental em espaços oferecidos à população em geral, como por exemplo, que uma pessoa com hipótese diagnóstica de esquizofrenia possa frequentar grupo para hipertensos, no Centro de Saúde (no caso de ser hipertensa), atividades desportivas em Praças de Esportes, atividades culturais em geral oferecidas pelas Secretarias de Cultura, que elas pudessem circular livremente sem restrições. No entanto, sabemos que existem barreiras que acabam por impedir estes acontecimentos, devido muitas vezes aos próprios profissionais, por pré-conceito ou desconhecimento, não aceitarem a participação destas pessoas nas atividades, por não saberem como lidar com comportamentos diferenciados e, às vezes, até mesmo pelo fato de tomarem conhecimento de que essas pessoas são “pacientes psiquiátricas”.

Nossa experiência no atendimento a esses pacientes revelou dificuldades no encaminhamento de alguns pacientes para realizar atividades artesanais em determinado local, quando profissionais alegaram que não tinham estrutura e profissionais especializados para lidar com pessoas com transtornos mentais. Mesmo após orientação de que os pacientes estavam em acompanhamento e estáveis, os profissionais ainda apresentaram certa resistência.

Em contrapartida, existem também serviços flexíveis que abrem as portas a estas pessoas, conscientes de suas limitações, e isto tem melhorado em alguns locais do país. Exemplo disso é a experiência em um município do interior de São Paulo, no qual a Secretaria de Esportes criou um programa de atividades esportivas aberto a crianças e adolescentes de toda comunidade (Programa de Recreação, Iniciação e Aperfeiçoamento - PRIA, Indaiatuba-SP), que prioriza a

participação dos jovens acometidos de transtornos mentais, em acompanhamento psicossocial.

O Centro de Convivência, nesse caso, pode funcionar como uma porta de acesso a essas pessoas, um meio de tomarem conhecimento sobre os recursos que sua comunidade oferece. A este exemplo, podemos citar o próprio Tear das Artes, onde os usuários têm a oportunidade de realizarem passeios em outros locais da cidade, participarem de eventos esportivos, como o evento esportivo InterCAPS , eventos diversos que acontecem na Unicamp e têm a oportunidade de participar e frequentar outros espaços através do estímulo oferecido pelo CECO.

Ainda assim, a questão da exclusão social das pessoas acometidas de transtornos mentais é algo bastante complexo nos dias atuais, mesmo após mais de 40 anos do surgimento da Reforma Psiquiátrica.

Santos<sup>(32)</sup>, em estudo sobre a história cultural relacionada à loucura, faz referência a dois contos de autores importantes da literatura: “Só vim telefonar” de Gabriel García Marquez (1978) e “A Enfermaria nº6” de Anton Tchecov (1892), nos quais estes autores abordam a exclusão social de personagens que foram asilados em manicômios. No primeiro conto a personagem Maria, uma atriz mexicana, casada com um prestigiador de salão, durante uma viagem que fazia sozinha, tem problemas com seu carro que quebra na estrada e o único veículo que atende ao seu pedido de socorro é um ônibus que levava pacientes psiquiátricos para um manicômio. Maria é levada ao manicômio, onde tenta se explicar referindo que queria apenas telefonar ao marido, porém é taxada como louca, apenas pelo fato de ter pego aquele ônibus, e ao se desesperar o médico a considera ‘agitada’, não permitindo sua saída ou contatos com o lado de fora do hospício. Quando finalmente consegue falar com o marido, ele acha estranho o fato dela estar internada e a abandona para sempre. Em resumo, Maria termina sua vida no manicômio, privada de sua liberdade e de seus direitos como cidadã, sem ninguém que a ouvisse, compreendesse sua história e a tirasse daquela situação.

O outro conto narra a história de um personagem médico (Dr. Andrei Elfímich), que fazia visitas constantes a um paciente da “Enfermaria nº6”, o pavilhão dos loucos, do hospital no qual trabalhava. O médico, que era muito inteligente, ligado a leituras e conhecimentos, tinha o hábito de se autoexcluir da sociedade em que vivia por não enxergar nela pessoas inteligentes com as quais gostaria de conversar. Acaba então se identificando com um paciente louco do hospital (Ivan Dmítrich) por considerá-lo uma pessoa interessante, com o qual gostava de passar horas filosofando sobre a vida, a mente e sobre a própria loucura. Devido ao contato do médico e o paciente se intensificar a cada dia, a equipe do hospital começa a estranhar, então a pequena cidade toma conhecimento do fato, e Elfímich é chamado à Câmara Municipal, onde estavam presentes várias autoridades da cidade, dos diversos poderes e alguns médicos, que sem que ele perceba, testam sua sanidade mental, e quando o questionam sobre sua relação com o paciente, o médico apenas refere que o achava “um jovem com muito interesse”, e partir desta simples fala, não lhe perguntaram mais nada, após uma semana o afastando do hospital. Após seu afastamento, Dr. Elfímich viaja com um amigo, e fica irritado durante a viagem devido tanto passeio e conversas, e, ao retornar, perde seu espaço no hospital, acaba por viver de favor, vai perdendo aos poucos até mesmo sua vontade de ler, se questionando “sobre o mundo em que vive e sobre os desagradados daquela cidade”, e após algum tempo acaba sendo internado como louco na mesma enfermaria nº6, onde acaba por morrer.

Com bases nestes contos, Santos<sup>(32)</sup> faz uma reflexão sobre a forma como a sociedade até os dias atuais lida com as diferenças. Hoje não temos mais manicômios como antigamente, onde as pessoas podem ficar internadas por toda a vida, no entanto, as pessoas com transtornos mentais, muitas vezes são tratadas com diferença e não conseguem penetrar muitos ambientes devido a estes rótulos impostos por aqueles que são considerados normais.

Pudemos constatar nesta pesquisa, por exemplo, que a maioria dos participantes (P1, P2, P3, P5) é interditada e submissa aos cuidados da família com relação a maior parte de suas atividades, como administração de seus

benefícios previdenciários/sociais, de seus medicamentos e até mesmo do tratamento, uma vez que usuários, como Vinícius, são internados, geralmente por iniciativa da própria família que recorre ao CAPS quando se sentem incapazes para lidar com suas crises e solicitam que ele fique no leito de breve internação, por exemplo.

Concordamos com Santos<sup>(32)</sup> quando aponta que “alguns parâmetros de cidadania deveriam ser discutidos neste percurso analítico: dignidade, autoestima/subjetividade, autonomia, direitos e deveres, alteridade, solidariedade, responsabilidade”, pois muitas vezes, a loucura se transforma em um estigma, que cria uma barreira para todos os aspectos mencionados pela autora.

Nesse contexto, podemos levantar alguns questionamentos: Será que ouvimos e tentamos realmente compreender as pessoas acometidas de transtornos mentais? Será que sabemos respeitar sua individualidade e definir o que são ou não são realmente capazes de fazer por si mesmas? Sejam os nós profissionais da saúde, familiares, amigos, doutores, políticos ou cidadãos comuns, será que temos a sensibilidade de ouvi-los e a disponibilidade interna de sermos solidários para com estas pessoas?

Tais perguntas ensejam reflexões e novas investigações com relação também à visão das pessoas consideradas normais a respeito das pessoas acometidas de transtornos mentais.

#### 4.4.1- Relação com pessoas fora do Centro de Convivência

Na intenção de uma maior compreensão sobre a rede de relações sociais, e especificamente ao estabelecimento de vínculos e relacionamentos segundo a percepção de cada usuário entrevistado, perguntamos “Como é seu relacionamento com as pessoas que você conhece fora do Centro de Convivência?”.

Como resposta, João se pergunta: *“Pessoas fora daqui?”*, e conclui:

*“Eu não conheço não, não tenho nenhum amigo assim... Eu tenho um colega, que mora no bairro P., a gente conversa às vezes, ele vem no CAPS, mas ele não anda muito bem não, ele tá meio frustrado, não achou trabalho, ele não é do INSS, ele tá meio triste”,* o que pode apontar uma indiferença ou uma dificuldade de estabelecer contatos fora do Centro de Convivência e CAPS.

Outros três participantes (P2, P3, P5) também dizem não se relacionarem com nenhuma outra pessoa que não frequente o Centro de Convivência, sendo que as pessoas as quais fazem referência, embora não façam tratamento, frequentam o CECO: *“Tem o B., aquele mocinho... eu converso com ele quando ele vai... (no Tear).” (Maria).*

Já Vinícius comenta:

*“Então, antes eu não me enturmava, eu não sabia que eu era psico, eu não tinha essa coisa que eu tenho com você agora de olhar olho no olho, esse tete a tete, eu não tinha isso, eu era louco, meu Deus do céu, eu era louco e, meu filho crescendo, e eu loucão, não sabia de nada” (...).*

Porém, quando especificamos o relacionamento com pessoas fora do Centro de Convivência, refere: *“Raros... eu tenho três amigos, que eu posso falar pra você que é amigo e ao mesmo tempo não é também, porque a gente não pode confiar no gueto né...”* o que pode apontar maior confiança nas pessoas que possivelmente têm conhecimento sobre o universo da doença mental e seu tratamento, e que, portanto, se sente compreendido.

A respeito da investigação referente aos vínculos estabelecidos pelos participantes em sociedade, utilizaremos o conceito de rede social, para definir o conjunto de vínculos estabelecidos pelo indivíduo no meio em que vive.

Segundo Victoria et al<sup>(44)</sup>

o estudo do conjunto específico de vínculos entre um conjunto específico de pessoas pode ser usado para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas. A esse conjunto dá-se o nome de rede de relações sociais. O entendimento de como elas se organizam, como os intercâmbios são realizados e as formas de troca socialmente aceitáveis são importantes para a compreensão da estrutura social na qual as redes se realizam.

As autoras afirmam também que, com relação à rede de relações é importante que se observe o conteúdo dos vínculos, os tipos de relações e a densidade dos vínculos<sup>(44)</sup>.

Para Bittencourt et al<sup>(45)</sup> as redes sociais podem ser definidas como “um grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social ou, ainda, como a rede de relacionamentos sociais que envolvem um indivíduo e as características destas ligações”.

Sobre esta rede de relações sociais fora do Centro de Convivência, todos os entrevistados referem não frequentar outros locais que não sejam seus lares, o CAPS e o Centro de Convivência, com exceção de Fábio que frequenta uma ONG formada por pessoas com transtornos mentais, seus respectivos familiares e profissionais da saúde que, segundo o usuário promove atividades e luta pela garantia de direitos, e, Maria que, esporadicamente vai com a filha à igreja, o que parece indicar uma dificuldade de estabelecer vínculos com as pessoas que não fazem parte do universo relacionado ao tratamento psicossocial.



Estudos apontam esta dificuldade de estabelecimento de vínculo entre a sociedade e a pessoa acometida de transtorno mental, como sendo fruto da exclusão social, gerada pela própria sociedade, que discrimina e segrega estas pessoas. [Salles e Barros<sup>(34)</sup>; Brusamarello et al<sup>(46)</sup>].

Ainda Monnerat<sup>(43)</sup> pontua que o estímulo à inserção social do paciente para além do espaço institucional, está presente nos serviços, porém, “mesmo existindo a preocupação de que o paciente transite por outros espaços, quando este trânsito de fato existe, restringe-se quase exclusivamente à igreja, a determinados bairros e à família”.

Contudo, ainda assim, é possível considerar que o Centro de Convivência pode ser um meio de ampliação da rede social de pessoas em tratamento psiquiátrico, uma vez que neste ambiente, conforme constatado nas entrevistas, elas têm a oportunidade de interagir e se relacionar com novas pessoas, que estão em tratamento ou não, como citou Maria: *“Tem o B. (usuário do Centro de Convivência que não faz tratamento).., aquele mocinho... eu conversei com ele quando ele vai...(no Tear)”*, bem como com profissionais da área da saúde, e demais pessoas que possam frequentar o local, desta forma, proporcionando a oportunidade de construção de vínculos e descoberta de novos espaços.

#### 4.4.2- Relação atual com familiares

Os relacionamentos no contexto familiar foram explorados com a questão: “Como é sua relação com as pessoas da sua família?”.

A este respeito, João cita o relacionamento com a mãe, com quem refere ter mais convivência, uma vez que moram em casas vizinhas, e ele apenas dorme na mesma casa que um irmão, mas passa a maior parte do tempo na casa da mãe. João relata que a mãe se irrita com o fato de sua sonolência causada pelos medicamentos e por ele ficar mais em casa, porém não refere nenhum tipo de problema com outros familiares.

*“É, por causa desse lance de remédio, eu durmo demais e minha mãe fica brava, diz que eu só fico dentro de casa, e não entende que é o remédio, e o pessoal do CAPS falou pra esperar uns seis meses pra ver se eu acostumo com o remédio. No mais, tudo bem”.*

Os efeitos colaterais mais comuns, apresentados por pacientes em uso de medicamentos como antipsicóticos são: sonolência, boca seca e ganho de peso, e, dependendo do antipsicótico, o paciente pode apresentar sintomas negativos como “rigidez muscular, tremores, insônia e agitação”<sup>(47)</sup>.

Analisando a situação de João, podemos considerar que entre os efeitos colaterais dos medicamentos usados (que por ele ser esquizofrênico, estão entre eles, antipsicóticos), lhe causam esta sonolência que ele refere, e, sua mãe, como leiga, não tem essa compreensão, o que lhe gera um incômodo quanto ao fato do filho dormir muito, e não ter vontade de sair e realizar atividades. Conforme o CID-10<sup>(5)</sup>, a esquizofrenia também pode contribuir para esse embotamento e apatia que o paciente apresenta, o que para mãe pode ser interpretado como preguiça, infantilidade ou falta de responsabilidade proposital, gerando esse conflito entre ambos.

Vinícius relata uma convivência familiar conflituosa, indicando uma falta de confiança nos familiares, sentimento de perseguição, ameaça e falta de compreensão por parte da família:

*“Então, em casa é um complô contra mim, mano... Os meus irmãos quebraram o computador, por causa do meu rap, mano... por causa do meu rap muita gente virou amigo, mas muita gente virou a cara pra mim também.” (...) “Até minha mãe eu não tenho amizade, não tem porque eu vou fazer um showzinho, de repente eu tiro foto, dou um autógrafa, por exemplo, daí eu vou compartilhar com eles e eles não compartilham comigo, só descarrega inveja... então eu sofro com isso...”*

Estudos<sup>(48-49)</sup> apontam que diversos fatores sociais podem influenciar no adoecimento mental, dentre eles, o de maior destaque é o ambiente familiar.

Soares<sup>(48)</sup> afirma que “O impacto da doença é influenciado mais pelas características da família diante do enfrentamento, pela qualidade do relacionamento com o paciente e pelas atitudes em relação à doença do que por sintomas específicos”.

Jorge et al<sup>(50)</sup> em estudo sobre as representações sociais de famílias e pessoas com transtornos mentais, constataram que estes “acentuam, como eixo central da representação acerca do tratamento, a participação da família com ênfase em seu papel afetivo, relacionado ao interesse e estímulo”.

André refere bom relacionamento familiar, sem entrar em detalhes.

Fábio refere manter diálogo e se dar bem com todos: *“Ah, é relacionamento... relacionamento de irmão né... a gente conversa... mas eu me dou bem mais com a minha irmã (E.), mas eu procuro me dar bem com todos... tenho outro irmão também que é casado né...”*.

De acordo com Spadini<sup>(49)</sup>, embora seja muito comum encontrar muitos conflitos nas famílias de pessoas com transtornos mentais, devido ao desgaste emocional, material e a frustração devido a não compreensão e o próprio desgaste que a doença mental traz, alguns pacientes conseguem mostrar que a família o acolhe, ajuda e cuida, sendo a participação da família um grande determinante para o sucesso do tratamento do doente.

Maria refere bom relacionamento familiar, considerando que tem contato com a filha, genro e neto apenas uma vez por mês, devido a morar em uma Residência Terapêutica.

*“Ah, eu vou na casa dela (filha) no começo do mês, antes eu ia no fim do mês, agora vou no começo do mês, aí ela vai de domingo na igreja do Nazareno, ela sai às três horas do*

*serviço, ela chega, ela limpa a casa, eu e ela toma banho, eu tomo dois banho quando eu vou lá, porque eu tomo um banho aqui e quando eu chego lá ela quer que eu tome outro, aí a gente vai mais na igreja, e a gente se dá bem, vai na igreja, eu fico um pouco lá na casa dela e venho embora no dia seguinte...”.*

Maria foi moradora de rua por quase toda sua vida, com histórico de várias internações, de acordo com as informações fornecidas por profissionais, por sua filha e pelo seu próprio relato. Há cerca de três anos a equipe do CAPS onde frequenta a inseriu no serviço de Residência Terapêutica, que fica no mesmo bairro do Centro de Convivência, e onde atualmente divide um quarto com outra usuária do CAPS. A entrevista com Maria foi realizada na residência, devido sua resistência a ir ao Centro de Convivência para tal fim. Maria foi bastante receptiva no dia da entrevista, o quarto onde dorme estava limpo, organizado, e sua companheira de quarto estava deitada no momento da entrevista, que aconteceu no período da manhã; segundo ela, eles mesmos limpam e organizam a casa. Conversamos em um cômodo ao lado, onde organizaram uma sala, com sofás e uma estante. Sobre seu relacionamento com as pessoas moradoras da casa, Maria referiu:

*“Aqui vem sempre a turma do CAPS dá remédio pra nós... aqui mora eu, e ela (companheira de quarto) e na frente mora quatro, só que dois fica no CAPS... um cortou o pé, ele morava aqui, um morreu, ele já vai fazer um ano agora. Tem o H. que vem só dormir, e tem o H. que cortou o pé, só que o H. não gostava muito de mim, ele me xingava muito... mas agora tá tudo bem, tem festa aqui, é legal...”*

Foi possível notar que o ambiente da Residência Terapêutica é bastante organizado, e que as pessoas que ali estavam pareciam estar tranquilas e em harmonia. Importante também ressaltar que o local é supervisionado por profissionais do CAPS de referência.

#### **4.5- Percepção dos Familiares**

##### 4.5.1- Percepção do familiar sobre o usuário antes do tratamento no CAPS e da frequência ao Centro de Convivência

Sabemos que com a Reforma Psiquiátrica, a família foi mais evidenciada e assumiu um papel importante no cuidado e ressocialização dos sujeitos que sofrem de transtornos mentais. Portanto, é necessário conhecer o universo familiar e como seus membros convivem com o sofrimento psíquico<sup>(51)</sup>.

Foi notável que os familiares entrevistados nesta pesquisa não tinham muito conhecimento sobre a diferença entre os serviços CAPS e Centro de Convivência, devido muitas vezes não acompanhar os usuários nas atividades, porém, após uma maior descrição da entrevistadora sobre o espaço Centro de Convivência e o espaço CAPS, os familiares puderam relatar com mais precisão a diferença que percebem nos usuários após a frequência no primeiro.

Sobre este tema, Sra. Janete, mãe de João, relata que o CAPS deu início a novas atividades para a vida de seu filho, que antes causava muitos conflitos em casa e não aceitava tratamento: *“É, eu posso te falar depois que ele foi pro CAPS, né, e daí eles (do CAPS) começaram a levar ele pras atividades, e, mudou muito, mudou muito, porque o João, ele só prejudicava a gente...”*

A mãe relata existir histórico de doenças mentais na família do pai do usuário, e que desde sua infância o via como “diferente”. No entanto, a versão mais agravada da doença se iniciou há alguns anos, quando ele começou a ficar agressivo com as pessoas e com os familiares. Segundo a mãe, João enganava o

médico, devido não aceitar fazer uso de medicamentos e então a família optou por interná-lo, o que gerou uma revolta em João, que até hoje os culpa pela internação.

*“... e antes dele vir pro CAPS, ele não tomava o remédio, ele enganava nós e o médico. A gente tinha medo de trazer ele no CAPS porque ele queria matar a gente quando a gente falava que ia trazer ele no CAPS, aí chegou na conclusão de que a gente tinha que dopar ele de remédio pra conseguir trazer... ele ficou internado, sem ir na minha casa”. (...)*

A mãe recorda:

*“Desde pequenininho, ele sempre me deu muito trabalho, porque ele não era normal sabe... porque a família do meu marido tinha muito, muito esses problemas né, então é de nascença, desde pequenininho ele era diferente... mas de ficar agressivo foi nesses últimos anos e aí a gente reuniu a família e pagou um psiquiatra pra ele... mas ele enganava o psiquiatra e não tomava os remédios, e então a gente veio internar ele, que foi o que aliviou um pouco porque lá ele tinha que tomar os remédios e até hoje ele fala que a gente vai pagar no inferno pelo que a gente fez com ele, que olha onde a gente foi colocar ele, e aí eu falo: filho, a gente fez o que foi necessário... ninguém quer judiar dos outros...”.*

A literatura nos mostra que, historicamente, todo o processo de institucionalização e afastamento do doente mental do convívio com a sociedade se dava devido ao difícil manejo para lidar com as situações de agressividade e comportamentos inadequados que apresentavam perigo para a sociedade. No entanto a literatura nos mostra também que muitas vezes as causas dessas crises estavam associadas às relações familiares<sup>(52)</sup>.

Ainda em relação ao depoimento, pode-se identificar o apoio do grupo familiar, disponibilizando recursos financeiros para o tratamento. Ou seja, muito frequentemente, as famílias tem que buscar na rede social, os mais diferentes recursos para lidar com a situação.

A mãe de Vinícius relata um histórico de uma infância marcada por baixo rendimento escolar e faz uma comparação entre Vinícius e um irmão surdo, referindo que o primeiro lhe exigiu muito mais cuidado do que o segundo que tem uma deficiência.

*“Quando ele era criança era muito ativo, muito esperto... estudava, mas com muito custo, porque a professora ficava chamando eu lá porque ele ficava fazendo bagunça... mas vou falar pra você, até a quinta ou sexta série ele foi bem na escola...e o B. (irmão) que é surdo, estudava na mesma escola, e ele era o cara na escola, ia muito muito bem, e quando as professora descobriram que o B. era irmão do V., elas admiravam e falavam: “olha, não é problema de casa, porque se fosse assim, o B. que devia ter problema”, mas não era assim...e ele se deu muito bem, tirou certificado tudo e o V. não... e eu não sinto culpada do V. ser como ele é hoje porque tudo o que eu fiz pra um eu fiz pra todos... ele pode até falar que não, mas eu andei muito atrás dele...”*

Sra. Vânia relata que o transtorno mental de Vinícius se intensificou após seu envolvimento com álcool e drogas.

*“...eu acompanhei e acompanhei na escola e aí com 14 anos ele começou a dar problema, pular muro da escola e usar droga... aí eu fui até na Guardinha pra tentar colocar ele lá, mas quando a assistente social viu o boletim da escola dele, disse que não dava... e eu fiquei chocada, sabe...aí me chamaram na escola e chamaram o Tutelar, aí o Tutelar fez de*

*tudo pra ele estudar, mas não teve jeito... E aí ele mesmo falou que tava afundado nas drogas, e aí eu chorava, e aí começou aquela perseguição sabe... E um dia ele falou pra mim, que a maldição pra ele foi as drogas, porque ele entrou e gostou e aí não conseguiu sair... e ele usa até hoje, farinha, maconha... tem dia que ele chega dopadinho em casa..."*

De acordo com Spadini e Souza<sup>(49)</sup>, sabe-se que a doença mental na atualidade é atribuída a causas biológicas, psicológicas e sociais e que, portanto, necessita de assistência adequada, que vise a ressocialização da pessoa afetada e de apoio adequado tanto para esta quanto para sua família. No entanto, os mesmos autores ainda destacam que: “A ressocialização ainda é difícil, pois a doença mental em alguns casos, ainda é vista como transgressões de normas sociais, considerada uma desordem, não é tolerada e, portanto, segregada”.

Considerando estes estudos e o caso familiar de Vinícius, entendemos que enquanto a pessoa com transtorno mental não for acolhida, enquanto não parar de ser comparada aos demais e não obtiver a compreensão da família e da sociedade, esses conflitos provavelmente continuarão acontecendo e se intensificando.

Sra. Ana, mãe de André, atribui às drogas, o início do transtorno mental do filho.

*“Ah, um pessoal que mexia com porcaria, que foi quando ele começou a ter esse problema, porque ele era um menino muito bom, sabe, muito sadio, ele trabalhava num mercado de doce, ele mais um irmão dele, mas aí ele conheceu essas pessoas e aí ele desviou a cabeça, porque esses amigos dele fumava porcaria, aí ele começou a chegar em casa meia noite, eu ficava preocupada, ele vinha pela estrada, nossa, era uma perturbação...”(.) “Acho que ele tinha uns 18, ah eu nem lembro...(antes) ele era normal, trabalhava certinho, mas aí desde que ele começou a fumar porcaria mais os caras, aí ele*



*pegava o dinheiro e gastava tudo e depois disso piorou, ele começava a quebrar as coisas...”*

Sra. Ana relata, também, muita dificuldade da família para lidar com André após seu adoecimento, devido seu comportamento agressivo, e, acredita que o CAPS proporcionou uma melhora em sua saúde mental.

*“... eu tinha uma geladeira velha, ele jogou lá na frente da casa... fogão, mesa, quebrava tudo, aí nós ligava pro SAMU vir buscar, aí era uma prova, o SAMU pegava ele e levava pra internar, aí ele não aceitava (...) depois do CAPS que ele sossegou...”*

Sra. Flora, irmã de Fábio, refere-se ao passado do irmão como marcado por muitas crises:

*“Ah faz muito tempo... eu acho que foi em 90, eu não lembro mais certinho... eu não lembro o Tear das Artes, o tempo que era CAPS aqui, porque foi essa época, que ele foi internado, i foi um sufoco... foram muitas crises que ele teve... ele ficava ouvindo vozes...”*

E acredita que após o início das atividades com uma ONG que frequenta e com a participação no Centro de Convivência, Fábio começou a apresentar uma melhora: *“... mas aí depois que ele começou a vir aqui e começou com esse trabalho na ONG (Associação F.), ele começou a melhorar”*.

Sra. Eunice relata também sobre a oportunidade que o Centro de Convivência ofereceu para que Fábio estabelecesse vínculos de amizade, como aconteceu com Tarso, o amigo com quem ele mais convive, segundo ela.

*“... e tem o T. que é amigo dele, e ajuda muito ele, então eles passeiam, eles vão na reunião da ONG junto, eles vão na Unicamp, vão em show quando tem, sexta-feira, na cidade, então o T. ajuda porque ele é mais aberto, sabe, mais comunicativo e daí ele leva ele nos lugares, daí ele vai... daí que ele melhorou, ele não teve mais crise...”*

Milena, filha da usuária Maria, que não teve muito contato com a mãe devido à situação de rua em que esta última se encontrava, e por ter sido acolhida em Instituição, refere que, das poucas lembranças que tem do tempo que moravam na rua, a mãe apresentava delírios e comportamento inadequado.

*“Ah, ela era meio doida né, falava sozinha, xingava”. (Milena)*

Para Melman<sup>(9)</sup>,

o adoecimento de um membro da família representa, em geral, um forte abalo. Para a maioria das pessoas a enfermidade significa uma grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano. Muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir. Encarando as dificuldades, tentando explicar o aparecimento da doença, essas pessoas mergulham na turbulência de suas dúvidas e conflitos.

A doença mental é um problema de difícil manejo para a maioria dos familiares que, em suas falas, até afirmam entender a patologia dos usuários, porém não sabem e se sentem impotentes para lidar com a situação. Ainda em Melman<sup>(9)</sup>, encontramos que o impacto dos estresses com relação ao adoecimento e outros fatores de vulnerabilidades podem ser reduzidos pelas intervenções terapêuticas, pela rede de suporte social, e pelo apoio comunitário, pois estas intervenções e apoio podem proteger a pessoa e atuar na prevenção ou redução dos fatores de risco.

Nesta pesquisa pudemos constatar essas evidências quando os familiares pontuam como as redes de apoio e pessoas que mantêm contato com os usuários intervêm de forma positiva na socialização deles, como explicou a irmã de Fábio com relação à participação dele na ONG em defesa dos direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais, também sobre como Fábio se movimenta mais quando está com seu amigo. No caso de Vinícius, o fato da mãe ter referido o apoio que o CAPS lhes dá, também mostra a importância do apoio das redes sociais na vida destas pessoas.

#### 4.5.2- Percepção do familiar quanto ao relacionamento atual

Quando questionados sobre como avaliam o relacionamento do usuário atualmente com as pessoas da família, os familiares apresentaram respostas e avaliações diversas. Alguns atribuem à frequência ao CAPS/Centro de Convivência e ao uso de medicamentos, uma intervenção positiva nessa relação familiar: *“melhorou muito porque agora ele tá tomando os remédios... ele dorme, mas pelo menos ele tá mais calmo né... porque antes não dava pra conviver, era muito difícil, como era difícil...”* (Janete).

*“Em casa não tem briga, ele vive numa boa... desde o tempo que ele ficou ruim e desde que começou vim pra cá (Centro de Convivência/CAPS) ele ficou bem, toma o remédio certinho e largou de fumar, não sai, nem na casa do irmão ele tava indo, agora que ele tá indo comigo... mas ele não sai, é de casa pro CAPS...”* (Ana).

Outros relatam não observar mudanças após o início do tratamento:

*“Ai, não é boa (a convivência em casa)... por causa do problema dele né... ele tem implicância comigo e muita implicância com os outros (...). inclusive eles lá (no CAPS)*

*falam pra mim que nem parece que o Vinícius dá esses problemas em casa, porque diz que lá ele é uma boa pessoa, mas é o tal negócio, ele é ruim dentro de casa... com os outros, ninguém fala mal dele... e eu gostaria que ele fosse ruim com as pessoas lá fora porque aí eles chapava ele e ele não vinha me perturbar em casa...” (Vânia)*

*“Ah, é um pouco difícil... assim, ele é bom, ele não é uma pessoa ruim... só que ele é... ele tem esse problema (...) Eles (usuário com os outros familiares) não conversam muito, de vez em quando conversam, mas não tem essas coisas de ficar brigando, isso não... mas ele é meio fechado assim, entendeu?...” (Flora)*

No caso de Maria, a filha relata uma apatia e embotamento atuais por parte da mãe: *“Ah, ela não fala nada, ela vai em casa e fica igual uma estátua, fica só assistindo TV...”*

Estudos<sup>(9,48,51)</sup> apontam uma sobrecarga familiar com relação aos familiares de pessoas com transtornos mentais. Esta sobrecarga pode influenciar no lidar do familiar com o paciente, causando cansaço, estresse, e dificuldade para o familiar na demonstração de afetividade, cuidado e compreensão da doença.

No entanto, pudemos observar que, segundo algumas falas (F1, F3), o tratamento no CAPS e a frequência do usuário ao Centro de Convivência foram apontados pelos familiares como importantes meios de socialização que, repercutiram numa melhora no relacionamento familiar também.

#### 4.5.3- Percepção do familiar quanto à vida e contatos sociais atuais do usuário

Sobre os contatos sociais dos participantes, os familiares, em sua maioria, relata certo isolamento dos usuários. Todos referem que os contatos com pessoas ficam geralmente restritos às pessoas do CAPS, pessoas que são

também acometidas de transtornos mentais ou familiares destas e do Centro de Convivência, com exceção de Vinícius que mantém colegas usuários de álcool e drogas.

*“Não tem (amigos), os amigos dele são os amigos do CAPS... e todo mundo gosta dele, mas ele que acha que ninguém gosta dele e que as pessoas não são amigas dele... ele tem problema né... mas todo mundo gosta dele, o irmão, os parentes quando vem visitar, todo mundo gosta dele... e ele fala que ninguém é amigo dele (...). Ele reclama que é só aqui que ele vai... aí eu falo: você num foi na praia (com o CAPS)? Você não virou artista? Porque diz que eles estão gravando aqui né... então eu falo isso, mas, assim, ele não tem responsabilidade, não tem como cuidar sozinho da vida dele, sabe? Tudo é o outro meu filho que faz pra ele...” (Janete).*

*“Tem os camaradas que usam drogas junto com ele... sei lá da onde que é, eu não sei por onde ele anda. Ele gosta desse G. (profissional do Centro de Convivência), que eu não conheço também, só sei dele falar... e ele tem amizade com as enfermeiras também (do CAPS) ...”(Vânia).*

*“Não, não fica na rua, não tem ninguém lá (amigos). Ele vai na casa do irmão um pouquinho e aí ele já vem embora (...) ele fica lá assistindo (TV) depois cedo ele vai dormir, ele não dá trabalho agora não... nove horas ele vai pra cama, toma o remédio, vai dormir... tá bem” (Ana).*

A irmã de Fábio relata que acredita que os sintomas de persecutoriedade são o empecilho para que ele se permita construir novos relacionamentos.

*“... eu moro faz 32 anos no meu bairro, ele não tem amizade com ninguém... nenhum vizinho... ele não é social sabe, o único amigo que ele tem é o Tarso, que ele conheceu aqui*

*quando era CAPS, a gente pegou amizade com ele desde o primeiro dia que a gente veio aqui e é o único que ele tem amizade... e até hoje ele cisma ainda com as pessoas, ele sai na rua e acha que as pessoas estão falando dele, essas coisas...”*

A filha de Maria, por não residir com a mãe, sabe superficialmente sobre seu relacionamento com as pessoas da casa onde mora. No entanto, refere acreditar que o relacionamento é bom.

*“Ah é bom... tem a parte dos homens e das mulher é no fundo... (moradia onde reside a usuária, na qual residem somente usuários do CAPS e Centro de Convivência)”*

Salles & Barros<sup>(34)</sup> apontam em suas pesquisas que o isolamento social e a solidão têm uma alta prevalência sobre as pessoas acometidas de transtornos mentais, e que mesmo muitas vezes referirem querer amigos, se retiram do convívio social e mantêm-se em contato usualmente somente com as pessoas mais próximas como com familiares e pessoas que cercam o ambiente de tratamento.

Quanto às atividades que realizam e a interação dos usuários com o meio, nota-se que a maioria não realiza muitas atividades, com exceção de alguns que administram seu próprio medicamento, e que os locais que frequentam regularmente é o CAPS e o Centro de Convivência.

A mãe de Vinícius refere uma grande ociosidade da parte dele em casa e devido à dificuldade da família lidar com seu comportamento, sempre acabam acontecendo internações na tentativa de conter crises.

*“Nada, nada... nem a cama dele, ele arruma. Ele deu agora de levantar lá pelas 10-11 horas, aí ele some, aí volta só de noite pra jantar, aí ele faz aquela bagunça, eu lavo a louça, aí ele*

*suja tudo...e fala que mulher é pra trabalhar mesmo, na cabeça dele, sabe... Então, ele é assim, quase sempre ele vai internado, porque ele para de tomar o remédio, aí dá umas crises nele, que ele fica falando que vai matar, vai matar, aí eu chamo o CAPS e eles vão lá, levar ele pra internação...”*

No caso de Vinícius a mãe informa que seu poder contratual acaba prejudicado por conta de não ter uma estabilidade em seu comportamento e que desta forma não é possível confiar nele para que cuide de seu próprio benefício, por exemplo. Seu dinheiro é investido pela família na compra de alimentos e roupas, apenas para sua subsistência, e mesmo com as orientações, a família tem dificuldade de garantir que Vinícius faça uso correto dos medicamentos, por conta de sua agressividade e intolerância a respeitar regras.

A irmã de Fábio afirma que hoje ele administra corretamente os medicamentos, porém, as medicações não modificam alguns sintomas negativos da doença, como o que ela chama de “cismas”:

*“De primeiro a gente tinha que dar (os medicamentos), mas agora ele toma sozinho... mas nem assim ele não melhora dessas cismas... agora toda vez eu lembro, se ele esquece, eu lembro e aí eu faço ele tomar... ele toma três (...) Tem o Tarso (usuário do CAPS e Centro de Convivência também) que é amigo dele e ajuda muito ele, então eles passeiam, eles vão na reunião da ONG junto, eles vão na Unicamp (...) daí ele leva ele nos lugares... daí que ele melhorou, ele não teve mais crise...”*

Interessante que Sra. Flora atribui a amizade de Fábio com Tarso como um fator de melhora na saúde mental do irmão.

A filha da usuária Maria, por não residir junto da mãe, não teve como fornecer maiores informações sobre o cotidiano da usuária, porém relata que a mãe sofreu alguns furtos na residência terapêutica onde mora, e que por este

motivo o CAPS a convocou para conversarem a respeito da curatela e que então ela aceitou na intenção de proteger e melhorar a vida da mãe:

*“... ela vai em casa sempre lá pro dia 5 de cada mês, que é perto de receber (o benefício) ela vai lá...porque eu que tiro o dinheiro pra ela, porque quando o dinheiro ficava com ela, tinha pessoas que tavam gastando tudo o dinheiro dela... aí eu vim na onde ela mora e comecei a cuidar do dinheiro pra ela, que foi o CAPS que conseguiu esse beneficio pra ela (...) Então, eu dou o tanto que ela pede... igual, esse mês ela pegou 350,00, aí os mês que ela vai pedindo eu vou dando...”*

#### 4.5.4- Percepções do familiar quanto à repercussão do Centro de Convivência na vida do usuário

Quando aprofundamos o tema “Repercussão do Centro de Convivência na vida do usuário”, os familiares tiveram dificuldade em diferenciar o CECO do serviço CAPS, porém, após uma maior explicação, foi possível colher informações importantes sobre o que eles pensam e percebem sobre o dispositivo, embora nenhum deles frequente o local.

*“Tá bem, é o CAPS que traz eles aqui para fazer as atividades, o dia de música, ele gosta...” (Janete).*

A Sra. Janete destaca a participação de João na Oficina de Música, como sendo algo “muito bom”, que é algo que o afasta da ociosidade que vive em casa:

*“Desde pequenininho ele gosta de cantar né, o dia de música, ele tem que ir a hora que os outros vão né... e tá sendo muito melhor do que antes porque a gente não respirava mesmo. Eu acho muito bom ele vir aqui, porque não dá pro João ficar em casa, porque ele só quer ficar na cama...”*



Sra. Vânia, mãe de Vinícius destaca também a Oficina de Música, como sendo um espaço de grande realização para o filho:

*“Ah, eu sei que ele gosta de vir aqui... que aqui é bom pra ele, que aqui ele canta, tem sempre um profissional junto... porque o que ele mais gosta é cantar... tanto que eu falo pra ele: Vinícius, você precisa se enturmar mais né, com artistas assim, com as pessoas que entendem mais de música, porque se é isso que você quer, você vai ter que introduzir né, no meio, nesse ramo... e tem que ir... Então vir aqui mudou assim, que ele gosta... ele gosta de gravar, ele parece que já gravou uma vez aqui...”*

Sra. Vânia também destaca a presença de alguns profissionais na vida de Vinícius, e que um deles, o filho tem como referência: *“... parece que tem o L., que acho que acompanha ele... e o G., ele fala muito nesse G.”*

Sra. Ana, mãe de André, cita a atividade de escola, como um dispositivo diferencial na vida de André: *“Ah mudou tudo pra melhor né, ele tá animado, ficou mais esperto, tá aprendendo a ler, escrever, tá estudando, eu tô gostando daqui”.*

Sra. Flora, irmã de Fábio, acredita que o Centro de Convivência pode proporcionar muitas atividades importantes para a socialização do irmão e lamenta que ele não tenha aderido a muitas delas.

*“Ah eu acho bom o Tear (Centro de Convivência)... tem muitas coisas pra fazer né... ele tava trabalhando no pastel aqui depois ele saiu... ele ficou uns seis meses no pastel, mas ele não para em nenhum lugar, ele não consegue... e era bom ele ficar porque era bom pra mente dele, tudo, porque pega mais amizade com os outros, fica mais social né... mas ele não quis”.*

E, por fim, Milena, filha de Maria, explica que não conhecia o local: “... é a primeira vez que venho aqui e não sei o que é aqui não...”, o que mostra que alguns familiares podem por razões diversas, tais como: falta de disponibilidade, de informação, falta de tempo, ou de proximidade mesmo com o familiar portador de transtorno mental (caso de Milena e Maria), se encontrarem afastados deste espaço.

Considerando que todos os usuários entrevistados recebem benefícios sociais, suas famílias possuem casas próprias e renda superior a dois salários mínimos, nota-se que, para eles, o Centro de Convivência e Cultura é um espaço onde buscam em prioridade: realização de atividades, realização pessoal, melhoria na qualidade de vida, estabelecimento de rotinas, entretenimento e convivência com pessoas. As atividades relativas profissionalização, inclusão no mercado de trabalho ou geração de renda não se encontram muitas vezes nos itens do que se é buscado no espaço, uma vez que, por exemplo, nenhum dos entrevistados aderiu ao projeto “Harmonia dos Sabores”, atividade de culinária existente no local, baseada no programa Economia Solidária.

No entanto, concordando com Ferigato<sup>(18)</sup> e Bagnola<sup>(38)</sup>, fica que a existência do Centro de Convivência constrói sentidos diversos para cada um de seus participantes, e esses sentidos podem muitas vezes vir de encontro com a missão das áreas que trabalham com o cuidado e formação de pessoas (educação, cultura, saúde).

Para finalizar este capítulo, citaremos a reflexão de Bagnola<sup>(38)</sup>, sobre o dispositivo Centro de Convivência:

Mudança de cultura leva tempo. Espaço privilegiado? Espaço mais neutro, leve? Espaço livre? Existe crescimento se há espaço para mudanças e rupturas de paradigmas (...) podemos acompanhar e perceber o sentido que o espaço (CECO), os encontros e as pessoas constroem para um lugar onde convivência e arte, doença e saúde, reabilitação e clínica, educação formal e não formal objeto e sujeito ora se encontram ora se estranham, no entanto, querem conversar, nem que de início o que aproxima é escrever um verso. Dialogar... calar... falar.

As informações colhidas nas entrevistas foram de encontro com esta reflexão acima, uma vez que mostraram que de acordo com a percepção dos usuários e seus familiares, o maior destaque de participar do Centro de Convivência está em poder interagir com pessoas, seja na realização conjunta de atividades, seja cantando, seja conversando, aquele espaço é um espaço de encontros e trocas. Mesmo que estejamos longe ainda de uma efetiva inclusão social das pessoas com transtornos mentais nos espaços circulados por todos, este é um grande meio e um grande facilitador para que isto possa acontecer.





## **5- CONSIDERAÇÕES FINAIS**



As razões para a participação no CECO são diversas, porém, destacou-se nos depoimentos dos participantes, ser este dispositivo, local onde podem encontrar pessoas, desenvolver contatos e amizades, expressarem-se com mais liberdade, realizarem atividades em que podem exprimir sua subjetividade.

Para os familiares o CECO é mais um local de tratamento ou onde aquelas pessoas com transtornos mentais podem ir para passar o dia. Ou seja, não há muito conhecimento ou envolvimento desses com o CECO. Nesse sentido, seria interessante o desenvolvimento de estratégias para aproximar mais estes públicos.

Os participantes reconhecem mudanças em suas vidas após sua participação no dispositivo, também os familiares reconhecem mudanças no familiar com transtorno mental após o tratamento propriamente, e associam o CECO como parte deste tratamento e local de expressão artística, lazer, e aprendizado do familiar.

Os participantes, em sua maioria, relatam ter pouco contato com pessoas que não estão em acompanhamento psicossocial e os familiares, por sua vez, relatam certo isolamento dos usuários. Todos referem que os contatos com pessoas ficam geralmente restritos às pessoas do CAPS, pessoas que são também acometidas de transtornos mentais ou familiares destas e do Centro de Convivência, o que pode apontar uma dificuldade na convivência da sociedade com este universo e vice-versa, mesmo dentro de um espaço aberto, voltado a quem queira participar.

Ficou evidente também que para todos os entrevistados, o Centro de Convivência e Cultura é um espaço onde buscam em prioridade: realização de atividades, realização pessoal, melhoria na qualidade de vida, estabelecimento de rotinas, entretenimento e convivência com pessoas, e, que a parte de profissionalização, inclusão no mercado de trabalho ou geração de renda não se encontram nos itens do que se é buscado no espaço, o que pode ser

consequência de todos receberem benefícios sociais que os impedem da realização de trabalhos formais, e, também, é possível considerar que as limitações advindas dos efeitos colaterais dos medicamentos e demais dificuldades advindas dos transtornos mentais, são outros fatores que podem dificultar sua participação em atividades laborativas.

A pesquisa mostrou também que os familiares e os próprios usuários têm dificuldade para lidar com a questão da doença mental, de compreender o tratamento e a importância da convivência com pessoas, como forma de lidar com a situação. Nesse sentido, os Centros de Convivência podem ser a oportunidade da convivência da sociedade com a doença mental, um estímulo à conscientização sobre a questão, uma vez que é aberto a toda comunidade, sem restrições.

Considerando o Centro de Convivência como um dispositivo surgido com a Reforma Psiquiátrica na contemporaneidade, pudemos constatar através desta pesquisa que sob a percepção de seus usuários e familiares, estes Centros propiciam espaços onde as pessoas acometidas de transtornos mentais podem desenvolver atividades as quais dificilmente teriam a oportunidade ou disponibilidade de desenvolver em casa, ou em outros espaços da sociedade, bem como conviver com pessoas em geral, o que reforça a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental e garante um espaço diferente do ambiente do tratamento clínico e das internações.

É importante ressaltar também que, conforme discutido por Ferigato<sup>(18)</sup>, cada CECO é um universo singular, onde é possível encontrar diferentes realidades, e as trocas existentes nesses locais, “podem ser potencializadas, ignoradas ou enfraquecidas por uma série de fatores complexos, como as características pessoais de cada profissional, de cada equipe”, e acrescentamos de cada participante, de cada ambiente, “dos processos de gestão e de trabalho que transversaliza cada CECO e do lugar que o CECO ocupa no território, com maior ou menor legitimidade no interior de cada Distrito ou Região”.





## **6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- 1- Pessotti I. A loucura e suas épocas. São Paulo: Editora 34. 1994;208p.
- 2- Costa NR, Tundis SA. Cidadania, classes populares e doença mental. In: Tundis AS, Costa NR et al. Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 6ª edição. Petrópolis: Vozes;2000;9-13p.
- 3- Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis Costa et al. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 6ª edição. Petrópolis: Vozes;2000;15-73p.
- 4- American Psychiatric Association Mental Hospital Service. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. [online]. Washington DC, United States: Turkpiskiatri; 1952. [Acesso em: 13 dez.2013].Disponível em: <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. [online]. Brasília-DF, Brasil: Data SUS; 2008. [Acesso em 13 dez. 2013].Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
- 6- Isaia AC. Misticismo e doença mental em Xavier de Oliveira. In: Wadi YM, Santos NMW. História e Loucura: saberes, práticas e narrativas. Uberlândia: EDUFU. 2010;253-85.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.[online]. Brasília-DF, Brasil: Biblioteca Virtual em Saúde; 2005. [Acesso em 17 mai. 2013]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- 8- Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 2001;112p.
- 9- Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora. 2001;159p.

- 10- Brasil. Constituição da República Federativa do. 10<sup>a</sup> ed. São Paulo: Rideel. 2004;350p.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/SNAS nº 224. [online]. Brasília-DF, Brasil: Biblioteca Virtual em Saúde; 29 de janeiro de 1992. [Acesso em 04 jan. 2013]. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm).
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF, Brasil: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004;86p.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 396. [online]. Brasília-DF, Brasil: Ministério da Saúde; 7 de julho de 2005. [Acesso em 04 jan.2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088. [online]. Brasília-DF, Brasil: Brasil SUS; 23 de dezembro de 2011. [Acesso em 14 mar. 2014]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.
- 15- Lopes RE, Leão A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações em saúde. Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. Maio/ago 2002;(13:2):56-63.
- 16- Cambuy K. Experiências comunitárias em Saúde Mental: repensando a clínica psicológica no SUS. [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2010.
- 17- Rodrigues C. Rede dos Fazeres: Projeto de Ação - documento impresso, Campinas (SP); 2008.
- 18- Ferigato SH. Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo redes de encontros. [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

- 19- Santos MF. CAPS David Capistrano da Costa Filho: Projeto de ação - documento impresso, Campinas (SP); 2012.
- 20- Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores do CAPS Estação. In: Harari A, Valentini W. A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2001;37-58p.
- 21- Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Relatório de Atividades 2.013 e Plano de Metas 2.014. SSCF [online] 25 mar. 2014. [Acesso em 27 jun. 2014]. Disponível em: file:///C:/Users/relatorio\_atividades\_2013\_candido\_ferreira.pdf.
- 22- Deslandes SF, Gomes R, Minayo MC. (Org). Deslandes SF, Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
- 23- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo: Hucitec. 2010;407p.
- 24- Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes. 2003;356-8p.
- 25- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas. 1987;175p.
- 26- Quaresma SJ, Boni V. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista eletrônica dos Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC. 2005 Jan-jul;(2:1):68-80.
- 27- Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011;229p.
- 28- Sternberg R. Psicologia Cognitiva. Porto Alegre: Artmed Periódicos; 2000.
- 29- Santos SMM. Campinas nos anos 90: Perspectivas e Realidade [online] Prefeitura Municipal de Campinas. [Acesso em 07 jan 2014]: Disponível em: [http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/eventos-e\\_informacoes/seminario\\_230/3seminario\\_terceira.php](http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/eventos-e_informacoes/seminario_230/3seminario_terceira.php).

- 30- Brasil. Ministério da Previdência Social. Todos os serviços ao cidadão. [online]: Agência da Previdência Social. [Acesso em 13 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/>
- 31- Saúde. Organização Mundial de. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). [online] Lisboa, Instituto Nacional para a Reabilitação, 2004. [Acesso em 13 fev. 2014] Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf).
- 32- Santos NMW. Psiquiatria e história cultural: a literatura como fonte e a loucura como objeto. In: Wadi YM, Santos NMW. História e loucura: saberes, práticas e narrativas. Uberlândia-MG: EDUFU. 2010;253-85p.
- 33- Moli MF, Saeki T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial. [online]: Rev. Latino-am. Enfermagem, 2009, nov.-dez; 17(6). [Acesso em 17 ago. 2013]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_11.pdf).
- 34- Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. [online]. Ciência, Saúde Coletiva, (18:7). Rio de Janeiro. 2013 Julho. (18:7). [Acesso em: 19 set. 2013]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700028&script=sci_arttext)
- 35- Kantorski LP, Coimbra VCC, Demarco DA, Eslabao AD, Nunes CK, Guedes AC. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. [online]. Rev. Enferm. Saúde, Pelotas (RS). 2011 jan-mar; 1(p.4-13). [Acesso em 17 ago. 2013]. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/36/20>.
- 36- Whitley R, Carperter-Song E, Hipolito MMS. Right Here Is an Oasis: How Recovery Communities Contribute to Recovery for People With Serious Mental Illnesses. Psychiatric Rehabilitation Journal, American Psychological Association. 2012;(35:6):435-40.

- 37- Ribeiro CS, Campos FB. O salto para um mundo a construir. In: Harari A, Valentini W. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2001; 157-67.
- 38- Bagnola EPP. Qual o lugar de um Centro de Convivência na clínica? In: Harari A, Valentini W. São Paulo: Hucitec. 2001;169-73.
- 39- Foucault M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva. 2012;551p.
- 40- Carnevalli MEC. O cuidar e o reabilitar através da oficina de trabalho. In: Costa CM; Figueiredo AC. (Orgs.). Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa (Coleções IPUB); 2004.
- 41- Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. [online] 2010 [Acesso em: 18.08.13]: O Mundo da Saúde: CUSC. p.444-450. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/218a224.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf).
- 42- Seidinger FM. Uma reflexão sobre a reabilitação e a clínica ou o que nos ensina o dispositivo da Convivência e Arte. In: Merhy EE, Amaral H. A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II. São Paulo: Hucitec. 2007;211-9p.
- 43- Monnerat S. Sociabilidade como tratamento: estudo etnográfico de um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos. [online] 2008. [Acesso em: 04 out. 2013]: Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Antropologia e Sociologia da Saúde: novas tendências. p.143-159. Disponível em: [file:///C:/Users/Downloads/970-2048-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/970-2048-1-PB%20(2).pdf).
- 44- Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. [online] 2005. Mar-ago. [Acesso em 04 out. 2013]: Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17. p.287-301. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114100006>.

- 45- Bittencourt ZZLC, Françoze MFC, Monteiro CR, Francisco DD. Surdez, redes sociais e proteção social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):769-76.
- 46- Brusamarello T. Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária. [Dissertação-Mestrado]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2011.
- 47- Cataldo A, Gauer GJC, Furtado NR (orgs.). *Psiquiatria para estudantes de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2003;944p.
- 48- Soares BC, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *CiencCuid Saúde*. 2007 Jul/Set;6(3):357-62.
- 49- Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob olhar de pacientes e familiares. *RevEscEnferm: USP*. 2006;40(1):123-7.
- 50- Jorge MSB, Ramirez ARA, Lopes CHAF, Queiroz MVO, Bastos VB. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Revista Esc Enfermagem*. Universidade de São Paulo. 2008;42(1):135-42.
- 51- Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm: UFPR*. 2008;21(4):588-94.
- 52- Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Ver Esc Enferm: USP*. 2004;38(2):197-205.





## **7- APÊNDICES**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto de pesquisa: “Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS”**

Pesquisadora: Priscila Helena Rubin Ferreira

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima de Campos Françaço

Local do desenvolvimento do projeto: Centro de Convivência Tear das Artes e Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano da Costa Filho.

Eu, Priscila Helena Rubin Ferreira, assistente social, aluna do programa de Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação do CEPRE/FCM/Unicamp, gostaria de solicitar a sua autorização para realização de entrevista com o (a) Sr.(a). Esta entrevista será realizada por mim e terá duração de, aproximadamente, 40 minutos. Será parte do projeto intitulado: “Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de pessoas com transtornos mentais acompanhadas por um Centro de Atenção Psicossocial”.

Esta pesquisa tem como objetivo: *Conhecer as percepções de participantes de um Centro de Convivência e Cultura sobre sua participação neste Centro e mudanças em suas vidas.*

Nesta entrevista conversaremos sobre como conheceu o Centro, o que o levou a participar dele, como essa experiência foi para o Sr.(a) e se teve dificuldades para participar. É importante que o (a) Sr.(a) saiba que tem todo o direito de aceitar participar ou não, e tem a liberdade de recusar ou de retirar o consentimento no momento que quiser. Sendo a participação voluntária, asseguramos que não haverá nenhum prejuízo quanto aos atendimentos que receberá nesta instituição. Pode a qualquer momento conversar com os responsáveis da pesquisa e pedir mais informações ou esclarecimentos sobre sua participação.

A pesquisa não apresenta riscos e nem desconfortos físicos e morais aos participantes. Caso o (a) Sr.(a) aceite, queremos que saiba que não haverá nenhum gasto financeiro e não haverá nenhum pagamento pela sua participação. As informações serão mantidas em sigilo e caso esta pesquisa seja publicada, ou utilizada para ensino ou publicações científicas, será assegurado o anonimato dos participantes, não havendo possibilidade de serem identificados. As gravações das entrevistas serão destruídas pela pesquisadora após o término da pesquisa.

Ao concordar em participar da pesquisa o (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado pela pesquisadora responsável.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_ usuário deste serviço de saúde e estou  
suficientemente informado (a) quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa  
e, concordando com as afirmações acima, declaro que aceito voluntariamente  
participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Usuário

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Priscila H. R. Ferreira

Campinas, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Telefone para contato: Priscila H. R. Ferreira (0XX19) 9170-5928

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa. Fone: (0XX19) 3521-8936

**Observação: O telefone do CEP visa o recebimento de denúncias/reclamações e as dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas pela pesquisadora.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto de pesquisa: “Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS”**

Pesquisadora: Priscila Helena Rubin Ferreira

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima de Campos Françaço

Local do desenvolvimento do projeto: Centro de Convivência e Cultura Tear das Artes e Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano da Costa Filho.

Eu, Priscila Helena Rubin Ferreira, assistente social, aluna do programa de Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação do CEPRE/FCM/Unicamp, gostaria de solicitar a sua autorização para realização de entrevista com o (a) Sr.(a). Esta entrevista será realizada por mim e terá duração de, aproximadamente, 40 minutos. Será parte do projeto intitulado: “Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de pessoas com transtornos mentais acompanhadas por um Centro de Atenção Psicossocial”.

Esta pesquisa tem como objetivo: *Conhecer as percepções de participantes de um Centro de Convivência e Cultura e seus familiares sobre sua participação neste Centro e mudanças em suas vidas.*

Nesta entrevista conversaremos sobre como seu familiar conheceu o Centro, o que o levou a participar dele, como essa experiência foi para ele(a) e se teve dificuldades para participar. É importante que o (a) Sr.(a) saiba que tem todo o direito de aceitar participar ou não, e tem a liberdade de recusar ou de retirar o consentimento em qualquer momento que quiser. Sendo a participação voluntária, asseguramos que não haverá nenhum prejuízo quanto aos atendimentos que receberá nesta instituição. Pode a qualquer momento conversar com os responsáveis da pesquisa e pedir mais informações ou esclarecimentos sobre sua

participação. A pesquisa não apresenta riscos e nem desconfortos físicos e morais aos participantes. Caso o (a) Sr.(a) aceite, queremos que saiba que não haverá nenhum gasto financeiro e não haverá nenhum pagamento pela sua participação. As informações serão mantidas em sigilo e caso esta pesquisa seja publicada, ou utilizada para ensino ou publicações científicas, será assegurado o anonimato dos participantes, não havendo possibilidade de serem identificados. As gravações das entrevistas serão destruídas pela pesquisadora após o término da pesquisa.

Ao concordar em participar da pesquisa o (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado pela pesquisadora responsável.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_ familiar de usuário (a) deste serviço de saúde e estou suficientemente informado(a) quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e, concordando com as afirmações acima declaro que aceito voluntariamente participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Familiar de usuário (a)

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Priscila H. R. Ferreira

Campinas, \_\_\_/\_\_\_/2013

Telefone para contato: Priscila H. R. Ferreira (0XX19) 9170-5928

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa. Fone: (0XX19) 3521-8936

**Observação: O telefone do CEP visa o recebimento de denúncias/reclamações e as dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas pela pesquisadora.**

**A- Dados para caracterização (Pesquisa Documental aos Prontuários do CAPS David Capistrano da Costa Filho)**

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Escolaridade
- 4) Estado Civil
- 5) Profissão e situação atual de trabalho
- 6) Renda familiar
- 7) Hipóteses Diagnósticas
- 8) Data aproximada do início da frequência no Centro de Convivência e Cultura.

**B- Roteiro de Questões**

**Roteiro de questões ao usuário**

- 1) Como foi que você começou a frequentar o Centro de Convivência Tear das Artes?
- 2) Conte como era sua vida antes de você frequentar o CECO e depois.
- 3) Como você vê o CECO na sua vida?
- 4) O que você gosta e o que você não gosta no CECO?
- 5) Como é sua participação hoje no CECO?
- 6) Como é seu relacionamento com as pessoas no CECO (pessoas que fazem e que não fazem tratamento mental)?
- 7) Tem mais alguma coisa que gostaria de dizer que eu não perguntei?

## **Roteiro de questões para o familiar/curador**

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Relação de parentesco com o usuário
- 4) O que você acha que mudou na vida do usuário depois que ele começou a frequentar o Centro de Convivência?
- 5) Como é sua convivência com ele (a)?
- 6) Atualmente, como é a relação dele com a família, comunidade, vizinhos e outros espaços sociais que frequenta?
- 7) Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer e que eu não perguntei?