



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

DANIELA MOTINK AGOSTINI

**SAÚDE MENTAL E LAZER:
VIVÊNCIAS A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE
UM CAPS**

Florianópolis

2016

DANIELA MOTINK AGOSTINI

**SAÚDE MENTAL E LAZER:
VIVÊNCIAS A PARTIR DA PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS DE
UM CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, na área de concentração de Atenção e Reabilitação Psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ricci Uvinha

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Agostini, Daniela Motink
SAÚDE MENTAL E LAZER: : VIVÊNCIAS A PARTIR DA PERCEPÇÃO
DOS USUÁRIOS DE UM CAPS / Daniela Motink Agostini ;
orientador, Ricardo Ricci Uvinha - Florianópolis, SC, 2016.
136 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. SAÚDE MENTAL.
3. LAZER. 4. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. I. Ricci Uvinha,
Ricardo. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.

Gratidão é um importante sentimento de reconhecimento. Permite que possamos vivenciar a interação afetiva entre as pessoas. Gratidão é o que sinto pela experiência compartilhada com os usuários e a equipe do CAPS II de São José/SC, a quem, amorosamente, dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Alexandre, meu marido...

Gratidão pelo amor compartilhado e companheirismo nesta jornada da vida. Agradeço pela presença constante e por tolerar a minha ausência em alguns momentos desta caminhada.

À minha família...

Só tenho a agradecer por termos compartilhado esta existência e por estarmos sempre aprendendo nesta relação.

Aos meus pais, com quem aprendi a importância da leitura, da curiosidade e do conhecimento. Minhas fontes de inspiração e amor.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional...

Por compartilharmos inúmeras experiências enriquecedoras e por terem me dado oportunidade de fazer queridos amigos.

Aos meus amigos...

Agradeço em especial aqueles que estão sempre comigo, perto ou longe.

Ao meu orientador...

Agradeço por termos construído em parceria um trabalho que, para mim, foi uma experiência transformadora. Sou imensamente grata pela forma respeitosa e construtiva que ocorreu a elaboração deste estudo.

À equipe do CAPS II de São José...

Pelo acolhimento afetivo e respeitoso e por terem me proporcionado as condições adequadas para a realização da pesquisa.

Aos professores...

Em especial aos professores do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela efetiva contribuição na minha trajetória em busca do conhecimento. Agradeço a muitos outros professores e mestres, por me permitirem ocupar um lugar que me conforta, o de quem tem muito a aprender...

“Sou companhia, mas posso ser solidão.
Tranquilidade e inconstância, pedra e coração.
Sou abraços, sorrisos, ânimo, bom humor,
sarcasmo, preguiça e sono. Música alta e
silêncio.”

(Clarice Lispector)

RESUMO

O presente estudo teve como tema as atividades de lazer realizadas por usuários e familiares do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, localizado em São José/SC. O foco do estudo foi dado à utilização das atividades de lazer desenvolvidas com a participação dos familiares como uma ferramenta terapêutica, no contexto da relação com os usuários do CAPS II. Este estudo teve como objetivo geral identificar as atividades de lazer desenvolvidas com um grupo de usuários do CAPS II e seus familiares e as sensações proporcionadas ao realizarem estas atividades. E como objetivos específicos analisar as contribuições das atividades de lazer na relação entre usuários e familiares; compreender os significados das atividades de lazer desenvolvidas entre usuários e seus familiares, sua articulação com a saúde mental e com a atenção psicossocial, sob a ótica cultural do grupo social representado. Foi abordada neste estudo a concepção de lazer deste grupo e o significado que as atividades de lazer desempenham nesta relação. Esta pesquisa se justifica pelo interesse em melhor compreender a relação entre as atividades de lazer e a sensação de bem-estar, potencialmente presente na relação entre usuários e familiares. A partir do estudo foi possível construir estratégias de utilização de atividades de lazer como meio de busca do bem-estar, um sentimento cada vez mais almejado em tempos atuais. Parte-se da compreensão que o lazer está acessível na maioria dos territórios, é um direito social e pode ser um fator de proteção da saúde mental. Como pergunta de pesquisa utilizou-se: No âmbito da saúde mental, qual é a importância conferida às atividades de lazer realizadas pelos usuários do CAPS II de São José/SC na participação com os familiares de tal grupo? As questões norteadoras do estudo abordaram quais atividades os usuários e seus familiares participam no CAPS II?; quais atividades de lazer são realizadas entre os usuários do CAPS II de São José/SC, que contam com a participação dos familiares dos usuários?; e quais as sensações proporcionadas ao realizarem estas atividades? Foram questionadas também as contribuições do lazer e as mudanças no estilo de vida dos entrevistados. Ao abordar o tema, procurou-se investigar a compreensão do fenômeno do lazer e da relação estabelecida entre usuários e familiares ao se envolverem em atividades que lhes proporcionem sensação de bem-estar. Em termos profissionais, no âmbito do CAPS, a finalidade foi aperfeiçoar a utilização do lazer como um recurso terapêutico, partindo da valorização destas vivências cotidianas. A metodologia incluiu a combinação de uma revisão bibliográfica e de um trabalho de campo, utilizando uma abordagem

qualitativa, delineando-se como estudo de múltiplos casos. A população-alvo foi composta por usuários do CAPS II de São José/SC que possuem familiares participando dos seus processos terapêuticos, que desenvolvessem atividades de lazer conjuntamente. Conforme o cronograma apresentado, aprovado formalmente pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, a coleta de dados ocorreu durante o período de dois meses. Buscou-se confirmar o pressuposto que as atividades de lazer realizadas entre os usuários e seus familiares podem contribuir na aproximação desta relação e na conquista de um estado de bem-estar subjetivo, servindo como um recurso terapêutico, que pode ser encontrado em todos os territórios.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Atuação Profissional, Lazer, Família, Processo Terapêutico.

ABSTRACT

The present study had the theme leisure activities performed by users and family members of the Psychosocial Care Center - CAPS II, located in São José / SC. The focus of the study was given to the use of leisure activities with the participation of the family as a therapeutic tool in the context of the relationship with the users of CAPS II. This study aimed to identify the leisure activities with a group of CAPS II users and their families and the sensations provided when performing these activities. And as specific objectives analyze the contributions of leisure activities in the relationship between users and their families; understand the meanings of leisure activities between users and their families, their articulation with the mental health and psychosocial care, under the cultural perspective of the social group represented. It was addressed in this study the leisure design of this group and the meaning that leisure activities in this relationship. This research is justified by the interest in better understanding the relationship between leisure activities and a sense of well-being potentially present in the relationship between users and their families. From the study it was possible to build strategies using recreational activities as a means of welfare pursuit, feeling increasingly sought in recent times. It starts with the understanding that leisure is accessible in most areas, it is a social right and can be a mental health protection factor. As a research question was used: In the context of mental health, which is the importance given to leisure activities by users of CAPS II of São José/SC in participation with family members of such a group? The study questions addressed what activities users and their families participate in CAPS II? Which leisure activities are conducted among users of CAPS II of São José / SC, which include the participation of the familie's users? Also, what the sensations provided when performing these activities? They were also questioned leisure contributions and changes in lifestyle of the respondents. Addressing the issue, we looking forward to investigate the understanding of the leisure phenomenon and the relationship established between users and their families to engage in activities that give them sense of well-being. In professional terms, under the CAPS, the purpose was to improve the use of leisure as a therapeutic resource, based on the valuation of these everyday experiences. The methodology included a combination of literature review and fieldwork, using a qualitative approach, outlining as multiple case study. The target population was composed of members of the CAPS II of São José / SC who have family members participating in its therapeutic processes that develop leisure activities together.

According to the schedule presented formally approved by the ethics committee on human research, data collection happened during the period of two months. Sought to confirm the assumption that leisure activities among users and their families can contribute to the approximation of this relationship and achieving a state of subjective well-being, serving as a therapeutic resource, which can be found in all territories.

Keywords: Mental Health, Psychosocial Care, Professional Activities, Entertainment, Family, Therapeutic Process.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 FAMÍLIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	5
2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A INCLUSÃO DA FAMÍLIA.....	11
2.3 LAZER, UM DIREITO SOCIAL.....	19
2.4 SAÚDE E LAZER NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	26
3 METODOLOGIA	39
3.1 COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	42
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
3.3 EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	44
3.4 PROCEDIMENTOS.....	45
3.5 QUESTÕES NORTEADORAS/ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	45
3.6 DESCRIÇÃO DO AMBIENTE.....	46
3.6.1 A UNIDADE.....	46
3.6.2 A EQUIPE.....	47
3.6.3 O ESPAÇO FÍSICO.....	47
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
3.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	49
4 APRESENTAÇÃO DOS CASOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	51
4.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	51
4.1.1 TABELA 1.....	51
4.1.2 TABELA 2.....	51
4.2 DISCUSSÃO DOS DADOS.....	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	91
APÊNDICE 1.....	91
APÊNDICE 2.....	95
APÊNDICE 3.....	115

1 INTRODUÇÃO

A dissertação é a etapa de conclusão do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, com enfoque na área de Promoção e Reabilitação Psicossocial. Por meio da pesquisa realizada buscou-se compreender a relação estabelecida entre a temática do lazer articulada com o processo terapêutico de usuários de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, localizado no município de São José, na Grande Florianópolis, no Estado de Santa Catarina.

No estudo foram abordadas temáticas que relacionaram o lazer com a saúde mental e atenção psicossocial. As temáticas que nortearam o estudo compreenderam temas específicos da saúde mental e atenção psicossocial, como diagnóstico, internação psiquiátrica e tratamento. Foram abordadas também questões referentes à convivência familiar dos usuários entrevistados. O estudo contemplou uma pesquisa acerca das atividades de lazer realizadas pelos usuários, sozinhos ou na companhia de seus familiares e a articulação das mesmas com os temas de saúde mental.

Nesta pesquisa buscou-se salientar o enfoque dado às atividades de lazer como um recurso muitas vezes acessível e disponível em muitos territórios, que pode promover aspectos de melhoria da qualidade de vida, da sociabilidade e intervir na aproximação entre usuários e familiares. No estudo buscou-se compreender as relações estabelecidas entre as atividades de lazer, como um recurso de busca de bem-estar, uma possível estratégia de aproximação social e superação de conflitos entre usuários e familiares. A compreensão de lazer utilizada na pesquisa realizou uma articulação com o significado dado ao fenômeno na relação entre usuários e seus familiares, dentro de um processo terapêutico.

A motivação para a escolha desse tema decorre do interesse em melhor compreender essa relação, e propor estratégias possíveis de utilização de atividades de lazer como meio de busca de sensação de bem-estar, um sentimento cada vez mais almejado em tempos atuais. A motivação pessoal para a escolha da temática é oriunda do interesse da pesquisadora em aprofundar o conhecimento sobre aspectos da relação social, familiar e comunitária das pessoas com transtorno mental nas modalidades de atendimento propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. A escolha de um CAPS para ser o *locus* da pesquisa atendeu o objetivo de vivenciar algumas atividades propostas no tratamento dos usuários do CAPS II de São José e seus familiares.

O interesse pela associação com o fenômeno compreendido como lazer no contexto da pesquisa ocorreu pelo interesse em propor uma articulação entre a temática e a saúde mental, uma vez que é uma área pouco explorada nos estudos contemporâneos. A compreensão do fenômeno do lazer, em muitos estudos está direcionada a indicadores de qualidade de vida. No entanto, esta pesquisa buscou inserir o fenômeno do lazer, dentro de um contexto de vida relacional familiar e comunitária proposto pelos paradigmas defendidos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A temática do lazer foi aprofundada no estudo relacionando-a com a saúde mental e atenção psicossocial. Após a transformação de estratégias de atenção psicossocial, a inserção dos familiares por meio da participação no processo terapêutico dos usuários percorre caminhos de parcerias e resistências. A participação dos familiares no processo terapêutico abrange diversas áreas, incluindo questões de convivência, exercício da cidadania e inclusão nas abordagens psicossociais. A proposta do estudo foi analisar a participação dos familiares no processo terapêutico dos usuários do CAPS II de São José, dando enfoque às atividades de lazer como uma estratégia terapêutica.

A participação de familiares nas políticas de atenção e cuidados em saúde mental vem passando por redimensionamentos nas décadas mais recentes, em especial a partir da década de 1980 no Brasil. Nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do redirecionamento das políticas de saúde de uma forma geral, preconizadas pelo modelo de assistência definido pelo Sistema Único de Saúde - SUS, os familiares passaram a fazer parte das estratégias de abordagens e cuidados daqueles que utilizam os dispositivos de assistência em saúde.

No presente estudo foram abordadas questões relacionadas ao tratamento realizado no CAPS II, a participação dos familiares e as atividades de lazer realizadas entre os usuários e seus familiares, sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da compreensão do lazer como um direito social. Este estudo teve como objetivo geral identificar as atividades de lazer desenvolvidas entre um grupo de usuários do CAPS II conjuntamente com os seus familiares e as sensações proporcionadas ao realizarem estas atividades. E como objetivos específicos, analisou as contribuições das atividades de lazer na relação entre usuários e familiares; compreendendo os significados das atividades de lazer desenvolvidas entre usuários e seus familiares, sua articulação com a saúde mental e atenção psicossocial, sob a ótica cultural do grupo social representado. No estudo foi abordada a

concepção de lazer deste grupo e o significado que as atividades de lazer desempenham nesta relação.

Como pergunta de pesquisa utilizou-se: No âmbito da saúde mental, qual é a importância conferida às atividades de lazer realizadas pelos usuários do CAPS II de São José/SC na participação com os familiares de tal grupo? As questões norteadoras do estudo abordaram quais atividades os usuários e seus familiares participam no CAPS II?; quais atividades de lazer são realizadas entre os usuários do CAPS II de São José/SC, que contam com a participação dos familiares dos usuários? e quais as sensações proporcionadas ao realizarem estas atividades? Foram questionadas também as contribuições do lazer e as mudanças no estilo de vida dos entrevistados. Ao abordar o tema, procurou-se investigar a compreensão do fenômeno do lazer e da relação estabelecida entre usuários e familiares ao se envolverem em atividades que lhes proporcionem sensação de bem-estar. Em termos profissionais, no âmbito do CAPS, a finalidade foi aperfeiçoar a utilização do lazer como um recurso terapêutico, partindo da valorização destas vivências cotidianas.

O lazer como uma ferramenta terapêutica foi a temática desenvolvida na pesquisa. No estudo buscou-se compreender a relação das atividades de lazer desenvolvidas entre os usuários e seus familiares como uma possível estratégia de aproximação social e desenvolvimento da sociabilidade. Outro foco do estudo foi em relação às sensações proporcionadas pelo envolvimento com o lazer. A busca de sensações subjetivas de bem-estar proporcionadas pelo lazer, presentes na relação familiar ou com outras pessoas foram abordadas na pesquisa. E ainda, a sensibilização para a utilização do lazer como um dispositivo de saúde mental presente e acessível em muitos territórios e uma prática possível de ser utilizada como forma de busca de bem-estar. Buscou-se compreender a possível relação entre a prática de atividades de lazer e a contribuição das mesmas na relação estabelecida entre os usuários do CAPS II de São José/SC e seus familiares.

A concepção de lazer utilizada no estudo pautou-se na compreensão subjetiva de que o fato de “estar em lazer” depende de características individuais atribuídas à compreensão deste fenômeno. O conceito de lazer partiu das concepções dos usuários entrevistados, não se restringindo ao aspecto funcionalista do lazer. Algumas características básicas relacionadas ao lazer como o desejo, a liberdade e a autonomia na escolha das atividades nortearam as concepções do

fenômeno. As experiências de lazer podem ocorrer a qualquer tempo e espaço e acontecerem por meio de diversas e distintas atividades.

Na pesquisa buscou-se articular a compreensão da utilização das atividades de lazer como um recurso terapêutico tão importante quanto às demais intervenções terapêuticas e uma ferramenta de aproximação entre usuários e familiares. O lazer foi considerado no estudo um instrumento facilitador na interação dos sujeitos, trabalhando aspectos subjetivos da convivência. E ainda, partiu-se da compreensão que as atividades de lazer podem contribuir na sensibilização dos sujeitos acerca da importância do seu envolvimento com ocupações que possam ser significativas no seu cotidiano, contribuindo para a busca de um sentimento de satisfação e bem-estar. Sendo assim, entendeu-se que ao explorar a temática proposta pelo estudo, é possível ampliar o espectro das possibilidades de exercício da cidadania dos portadores de transtornos mentais, compreendendo que por meio do lazer é possível se desenvolver aspectos de melhoria na qualidade de vida e das relações interpessoais. No estudo foi possível verificar uma relação entre a prática do lazer e importantes aspectos da interação social dos usuários que participaram do estudo.

O lazer como um direito social é uma conquista oriunda dos movimentos sociais e culturais que buscam melhores condições de vida e igualdade de direitos, reconhecendo as peculiaridades individuais e as identidades coletivas. A Reforma Psiquiátrica na área da saúde mental é o movimento social de maior repercussão na contemporaneidade. O desafio de unir estas temáticas deu origem ao estudo que segue.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 FAMÍLIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme Foucault (1978), a modalidade de internamento surgiu com o intuito de servir como um mecanismo social, que teve impacto e atuação ampla nas relações estabelecidas ao longo da história da humanidade. A criação de espaços de confinamento e segregação surgiu como um mecanismo de proteção da sociedade, uma vez que os “loucos” eram vistos e percebidos como uma ameaça que precisava ser “contida”.

Amarante (2007) descreve que foi o paradigma da psiquiatria clássica que transformou a loucura em doença e produziu assim uma demanda social de tratamento e assistência, distanciando o indivíduo do espaço de convivência social. O autor discute a revisão dos paradigmas da psiquiatria clássica, que passou por uma crise tanto teórica, quanto prática, principalmente quando há uma fundamental mudança no seu objeto, que deixa de ser a doença mental para ser a promoção da saúde mental. Foi no contexto desta crise que surgiram novas experiências de uma nova psiquiatria.

A análise das práticas institucionais passou a ser um objeto de estudo em especial nos anos 1960 e 1970. Ao discutir “As instituições da violência”, Basaglia (1985) descreve práticas utilizadas nas instituições como a família, a escola, hospitais psiquiátricos e outras instituições da nossa sociedade onde as relações de poder são marcadas por práticas de violência. Segundo o autor “*é a violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a lâmina*” (BASAGLIA, 1985, p.102).

O sistema de saúde mental brasileiro é inovador, centrado nos cuidados na comunidade, na preservação dos vínculos, familiares, sociais e comunitários. Foi a partir da década de 1960 que as críticas ao modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na ruptura de alguns vínculos passaram a questionar as práticas vigentes. No entanto, foi no final da década de 1980 que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se fortaleceu enquanto movimento (MATEUS; MARI, 2013).

A mudança de paradigma oferecida pelo movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil propôs o redirecionamento de todas as abordagens e modelo assistencial em saúde mental, incluindo a família como protagonista no processo terapêutico do seu familiar usuário dos

dispositivos da rede de saúde mental. Cabe ressaltar ainda, que o próprio movimento pela Reforma Psiquiátrica contou com a participação de usuários e trabalhadores em saúde mental. Foi fortalecido pela constante participação de familiares de usuários, que se organizaram em associações, promoveram encontros de discussão, marchas em prol dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e protagonizam as atuais abordagens em saúde mental propostas pelo modelo assistencial vigente.

Amarante (2007), afirma que a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil contou com um cenário marcante no campo sociocultural, com características inovadoras, o surgimento de um novo ator participando do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, a família dos indivíduos portadores de transtornos mentais. A experiência inovadora foi a criação de uma associação de usuários, familiares e voluntários com objetivo de envolvê-los no tratamento. Inspirada nos mesmos ideais, outras organizações e entidades foram criadas, focando efetivamente em projetos de criação de novos modelos e práticas de cuidado e atenção e ainda, lutando pela transformação do modelo asilar e de longas internações hospitalares utilizados em saúde mental.

O interesse pelo estudo das dinâmicas familiares passou a ter mais visibilidade a partir da década de 1950, com o surgimento das terapias familiares, embasadas em conceitos psicanalíticos, sistêmicos e fundados em pressupostos de compreender a função da patologia dentro da dinâmica familiar e a influencia dessa dinâmica no curso da patologia do sujeito identificado como portador. No entanto, foi a partir do Movimento pela Reforma Psiquiátrica que a inclusão e participação da família nas estratégias e abordagens em saúde mental passaram a dar atenção para a relação do indivíduo portador de transtorno mental com seus familiares (ROSA, 2005).

O novo modelo de cuidados em saúde mental, contando com a real e direta participação dos familiares em todas as etapas das abordagens propostas perpassa desafios constantes. A proposta discutida no Movimento, segundo Villares ET al. (2013), propunha iniciativas de acolhimento, suporte mútuo, orientação e a legitimação de parcerias entre os profissionais, os usuários e os familiares nos serviços de saúde mental.

Melman (2008) aponta para os avanços e limitações enfrentados no processo da Reforma Psiquiátrica, descrevendo que uma das principais mudanças geradas através da implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental foi a importância dada ao respeito e garantia da cidadania dos usuários. Dentre as principais estratégias adotadas está

a inclusão e a valorização da participação dos familiares no tratamento e o processo de desmistificação do transtorno mental junto à sociedade. A participação efetiva dos familiares mudou a forma de assistência e cuidado em saúde mental, gerando uma necessidade de maior aproximação dos familiares aos serviços de saúde mental. O autor descreve as estratégias de acolhimento aos familiares, enfatizando o desafio de repensar a relação estabelecida com os mesmos, sob a ótica do cuidado e sob a perspectiva de novos moldes, se afastando dos referenciais utilizados pela psiquiatria tradicional.

De acordo com Birman (1992) o Movimento da Reforma expressa uma maior maturidade teórica e política no que se refere aos avanços propostos no projeto das transformações em psiquiatria. As transformações extrapolam o campo técnico e administrativo e convergem na ampliação de aspectos teóricos, políticos, culturais e sociais. O autor enfoca que, nesta nova configuração o conceito de cidadania ocupa um papel de destaque, ao passo que percorre os níveis anteriores, nos quais o conceito de loucura e alienação mental subtraíu do sujeito a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço de convivência da cidade, no mundo dos direitos.

A reinserção dos usuários dos dispositivos de saúde mental à convivência familiar e comunitária fez com que fosse necessário repensar as ações práticas e cotidianas relacionadas com o universo do transtorno mental. Segundo Pereira (2002), através da reinserção do paciente psiquiátrico na família e na comunidade, o núcleo familiar passa a ser considerado como uma unidade básica de assistência, sendo muitas vezes responsável pelo apoio físico, emocional, social e psicológico. Conforme a mesma autora, a família deve estar amparada e orientada por profissionais capacitados com o intuito de capacitá-la a desempenhar as ações de cuidado em saúde mental.

Conforme Souza (2004) o transtorno mental coloca as famílias em contato com um intenso sofrimento exigindo uma revisão de seu funcionamento. Em algumas situações o convívio com o sofrimento se agrava em razão da falta de compreensão de características peculiares à condição ou crenças inadequadas acerca dos transtornos mentais, repercutindo no relacionamento familiar e no próprio processo de assistência prestado. O contexto descrito ainda pode influenciar na utilização de estratégias para lidar com este sofrimento, devendo ser considerado pelos profissionais envolvidos no projeto terapêutico do usuário.

Pitta (2001) descreve que a assistência em saúde mental propõe a atenção descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, vinculada a um conceito de cidadania e produção de vida, gerando mudanças nas concepções e práticas, assim como na organização dos serviços e formação e capacitação dos profissionais da área. Sob esta perspectiva, o processo de reabilitação psicossocial representa um conjunto de ações, programas e serviços que se articulam para facilitar a vida e produzir autonomia nos indivíduos portadores de transtornos mentais para o exercício de suas funções sociais.

Segundo Birman e Costa (1994) a crise enfrentada pela psiquiatria clássica ocorreu por meio da mudança no seu objeto, que deixou de ser a ênfase dada ao tratamento da doença mental, passando a ser a promoção da saúde mental. Neste contexto, existiram dois grandes períodos em que houve redimensionamentos no campo teórico-assistencial da psiquiatria. O primeiro deles foi marcado por um processo de crítica as estruturas asilares, nas quais os índices de cronificação aumentavam, os sintomas relacionados ao transtorno mental e a condições gerais dos pacientes atingiam situações de estagnação e eram as escassas possibilidades de interação social. Neste período estava vigente a crença de que o manicômio era um espaço de cura e era necessário resgatar o caráter positivo desta instituição por meio de uma reforma interna na estrutura da organização psiquiátrica.

Esta crítica fez parte do interior dos manicômios até extrapolar seus limites, quando se iniciou na Inglaterra e nos Estados Unidos da América o movimento das Comunidades Terapêuticas e da Psiquiatria Institucional, na França. O segundo momento de crise foi aquele de expansão da psiquiatria aos espaços públicos, com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental.

Amarante (1995) aponta que em ambos os períodos e estruturas a importância da psiquiatria tradicional à terapêutica das enfermidades passa a dar espaço a um projeto mais amplo de promoção da saúde mental, não apenas no âmbito individual, mas na comunidade em geral. Sob este novo paradigma, a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva.

O autor descreve que esses dois momentos limitam-se a reforma dos modelos psiquiátricos na medida em que ainda consideram a instituição psiquiátrica como o local de tratamento e o saber psiquiátrico como o saber competente. A proposta defendida pela Reforma era a desconstrução do aparato psiquiátrico, compreendido como o conjunto de relações entre instituições, práticas e saberes que se legitimam como

científicos, partindo de lógicas delimitadoras de objetos e conceitos aprisionadores que reduzem a complexidade dos fenômenos.

A história da psiquiatria é marcada por práticas de utilização do ser humano enquanto objeto. O tratamento moral, por meio do uso de técnicas que utilizavam a dor, a tortura e a disciplina como forma de “reeducar”. Este saber passou a ser questionado de forma muito significativa na segunda metade do século XX, por Franco Basaglia na Itália (AMARANTE, 1996).

Basaglia propôs uma crítica radical ao saber e as instituições psiquiátricas. Este movimento iniciou a luta antimanicomial, marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Foi aliado a este, que surgiu o Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, baseado em um modelo democrático de tratamento, inspirou de forma significativa a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A luta questionava a estrutura dos manicômios como as instituições das violências, propondo em substituição a este modelo a criação de um aparato técnico e organizacional por meio de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias de abordagem aos portadores de transtornos mentais (AMARANTE, 1995-b).

As experiências de Basaglia trouxeram renovações em nível teórico e prático, que fundaram um movimento inicialmente político, que focava questões de garantia de direitos aos pacientes, ampliando para a operacionalização de categorias e estruturas assistenciais referidas a uma psiquiatria reformada. A psiquiatria passou a enfrentar uma crise real. A ruptura proposta pela crise vislumbrava o “doente mental” despido de rótulos que, até aquele momento, o submergiam ou o classificavam sob uma função definitiva (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990).

De acordo com Amarante (2003) na consolidação da Reforma Psiquiátrica há uma desconstrução de uma dimensão epistemológica, cercada pelo conjunto de questões relacionadas com a produção dos saberes fundantes do saber psiquiátrico. Os questionamentos giravam em torno de temas como doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade. Abrangiam ainda, a construção de diferentes marcos teóricos operadores dos novos conceitos. A proposta da Reforma extrapolava a possibilidade de ampliação do olhar para o mesmo objeto, propunha um rompimento epistemológico e a abertura para um campo complexo. Todo o Movimento da Reforma se direcionava para inovadores conceitos, diferentes paradigmas para novos problemas e objetos.

No campo da atenção psicossocial contribuições teóricas, técnicas, ideológicas e éticas de caráter inovador estabelecem um paralelo entre este conceito e o Movimento da Reforma Psiquiátrica. A construção do campo psicossocial foi influenciada pelas transformações nas práticas médicas e psiquiátricas. O contexto da psiquiatria configurava a doença mental como seu objeto de estudo e o hospital psiquiátrico como um dos principais dispositivos de sua ação (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Foi após a Segunda Guerra Mundial, que um conjunto de críticas acerca do hospital psiquiátrico e da sua visão em relação à doença mental passou a ganhar importância. No entanto, surgiram experiências anteriores, nas décadas de 1930 e 1940, que utilizaram abordagens de trabalho e convivência comunitária com vantagens terapêuticas de integração dos pacientes em pequenos grupos. Foi na década de 1940 que surgiu a expressão “Comunidade Terapêutica”, abrangendo uma experiência comunitária que, juntamente com a Psicoterapia Institucional, transformaram as práticas psiquiátricas (BIRMAN e COSTA, 1994; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No contexto nacional, foi na transposição de ideias comunitárias para o contexto brasileiro, na década de 1970, que a designação do termo “biopsicossocial” passa a ser objeto das práticas de saúde mental comunitária. Em relação ao significante do termo “psicossocial” a proposta era de incorporar aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria. Na origem do conceito Psicossocial está a soma de pressupostos da Psiquiatria de Setor e Comunitária com vertentes que criticavam a psiquiatria. Foi neste contexto que se construíram as bases de construção dos novos paradigmas das práticas em saúde mental, que aspiram transpor os paradigmas da psiquiatria (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Na mesma década, formou-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, que passou a representar as iniciativas propostas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. A proposta inicial do MTSM foi buscar uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados nas críticas ao modelo hospitalocêntrico, adotado como modelo oficial, ou na elaboração de propostas alternativas inspiradas em ideias de desospitalização (AMARANTE, 1996, 2003).

De acordo com o autor, o MTSM apresentou uma proposta distinta das anteriores, principalmente aquelas da década de 1960, que propunham transformações de caráter exclusivamente técnico. O MTSM assume um caráter sustentado pela crítica ao saber psiquiátrico, que a

partir deste momento delimita o que nos tempos atuais se compreende como Reforma Psiquiátrica. Este processo se configura como inovador e original, permeado por práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas, assim como de uma crescente produção teórica, na qual questões inovadoras surgem no campo da saúde mental.

Ao discutir sobre práticas psicossociais e origem do termo “psicossocial” no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dois momentos de transformações podem ser descritos. O primeiro deles se refere à ampliação das práticas de saúde e o segundo é direcionado especificamente à prática da psiquiatria.

A atenção psicossocial no contexto da saúde mental coletiva na realidade brasileira foi se constituindo por meio de novos elementos teóricos, ideológicos, técnicos e éticos com condições de propor alternativas ao paradigma psiquiátrico dominante. O campo da atenção psicossocial como novo paradigma inclui conceitos e práticas de apoio e reabilitação psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Amarante (1996) descreve que este período foi marcado por intensos debates no campo da saúde mental. Reforça que desde o surgimento da psiquiatria como uma disciplina específica se propõe ideias de reforma psiquiátrica. Após a Segunda Guerra, estas iniciativas se tornam mais intensas e deram origem a projetos mais delimitados, propostas de natureza técnica e administrativa sobre o campo disciplinar e de intervenção da psiquiatria. Esses movimentos passam a ser denominados de “reformas psiquiátricas”.

Yasui e Costa-Rosa (2008) apontam que o processo social complexo da Reforma Psiquiátrica foi concretizado como política de saúde mental e têm conduzido, principalmente nas últimas décadas, a importantes transformações nas práticas de cuidado em saúde mental. As mudanças refletem no modelo técnico-assistencial, utilizado como referencial das práticas daqueles profissionais que se identificam com os pressupostos do Movimento. Os enfrentamentos de resistências em diversos campos marcaram a trajetória histórica da Reforma.

2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A INCLUSÃO DA FAMÍLIA

A inclusão da participação dos familiares nas estratégias de saúde mental e atenção psicossocial deram corpo ao Movimento pela Reforma e o resultado deste processo foi a consolidação desta participação. Ao longo da trajetória da psiquiatria tradicional o “isolamento terapêutico

do alienado” já foi uma recomendação nos tempos de Pinel¹. Afastar o portador de transtorno mental do seu grupo familiar e colocá-lo em um hospital psiquiátrico era uma das principais estratégias terapêuticas adotadas na época. O período integral de internação afastava o indivíduo do convívio familiar e social, desencadeando um empobrecimento na qualidade das relações interativas. Com o passar do tempo a dificuldade de voltar a se integrar nestes contextos se intensificava (ROSA, 2005).

O conceito de desinstitucionalização possui uma relação com o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e teve origem em organizações democráticas, que lutavam por mudanças sociais de forma ampliada; enquanto algumas lutas eram direcionadas ao campo da saúde especificamente. Em 1990, foi promulgada a lei nº 8080, implantando o Sistema Único de Saúde – SUS, que adota princípios de universalidade de acesso, integralidade de assistência, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede e equidade na distribuição de recursos (SOUZA, 2002).

Dentro da estrutura do SUS alguns desafios enfrentados relacionavam-se à inserção do subsistema de saúde mental. Neste contexto, a atuação de atores sociais e a implantação de dispositivos de atenção em saúde mental, atuando em harmonia com os preceitos do SUS denotavam campos a serem conquistados. Outros desafios já apontados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica incluíam o enfrentamento àqueles movimentos contrários aos seus pressupostos. Havia posicionamentos contrários ao novo olhar e papel social que a loucura ocuparia na sociedade, seguindo os preceitos da Reforma (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

No cenário mundial, Amarante (1996) traz a discussão do conceito de desinstitucionalização, que surgiu nos Estados Unidos da América em razão do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, no qual o objetivo principal era a tomada de um conjunto de medidas com enfoque na desospitalização. Alguns princípios fundamentais se pautavam no conceito de prevenção de internações psiquiátricas inadequadas e a busca por alternativas comunitárias de tratamento. O plano tinha como proposta o retorno à comunidade dos pacientes institucionalizados, que haviam recebido um preparo adequado para essa transição, e ainda, a manutenção de sistemas de suporte comunitário para aqueles indivíduos que ainda não estavam institucionalizados e usavam serviços de saúde mental na comunidade.

¹ Philippe Pinel foi um médico francês, considerado pai da psiquiatria, pioneiro na descrição e classificação de perturbações mentais.

As propostas de desinstitucionalização com enfoque na desospitalização originaram-se de projetos da psiquiatria preventiva e comunitária. Adotavam uma lógica de crítica ao sistema psiquiátrico centrado na assistência hospitalar; no entanto, tinham seus pressupostos sustentados pela psiquiatria tradicional, acreditando que a Reforma deveria ocorrer por meio da correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas. As medidas propostas eram de cunho principalmente administrativas, se pautavam em ações saneadoras e racionalizadoras. As principais mudanças se deram na diminuição dos leitos e do tempo médio de permanência em internação hospitalar. A proposta incorporava o aumento do número de altas e a criação de serviços intermediários. Outro enfoque era dado à implantação de uma rede de serviços de cunho sanitário, preventivo/promocional e comunitário com o objetivo de interceder no surgimento e desenvolvimento de doenças.

Os serviços intermediários tinham o objetivo de desempenharem a função de transição entre hospital e comunidade, e vice-versa. Sendo assim, se ocupavam das situações de adaptação de saída do hospital e retorno para a comunidade, e ainda, atuavam evitando a necessidade da internação hospitalar. Deveriam atuar também como dispositivos provisórios, durante a implantação da rede de serviços preventivos e comunitários (AMARANTE, 1996).

O conceito de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica extrapolava a noção restrita de “desospitalização” e ampliava-se a um conjunto de práticas e ações que questionavam criticamente o papel das instituições. O objetivo da desinstitucionalização é o de reconstrução da identidade e exercício de cidadania dos portadores de transtornos mentais, que são suprimidos no processo de institucionalização manicomial (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

A desinstitucionalização com fins de desospitalização objetivava, principalmente, a redução de custos da assistência e se voltava para mudanças administrativas. Ainda que tenha surgido a partir da crítica ao modelo psiquiátrico tradicional, a psiquiatria preventiva, em seu projeto de reforma, não propunha mudanças epistemológicas no saber psiquiátrico e sim uma nova organização dos recursos e serviços. Esta forma de pensar a desinstitucionalização propiciou uma abertura do território psiquiátrico uma vez que ampliou o conceito de doença para desvio, mal-estar social, desajustamento e anormalidade. O efeito provocado por essa abertura foi a inscrição do sofrimento psíquico e do mal-estar social no critério das patologias (AMARANTE, 1996).

No processo de Reforma o conceito de desinstitucionalização foi compreendido como desospitalização ou desassistência, fortalecendo correntes contrárias à desinstitucionalização, por entender que meramente desospitalizar os sujeitos implicaria em situações de abandono da assistência em saúde mental. A crítica se fundamentava no reforço do entendimento de que a não utilização do modelo hospitalar como forma de assistência implicaria no desamparo dos doentes e de seus familiares. A substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado eram desconsiderados por esta vertente, composta por conservadores resistentes a mudanças que propunham a igualdade de direitos para setores considerados minoritários (AMARANTE, 1996).

No Brasil, esta vertente contrária à desinstitucionalização se fortaleceu após o surgimento do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que tinha como proposta a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades de assistência em saúde mental. Os setores que se afetaram com as mudanças apresentadas no projeto se opuseram à desinstitucionalização, sem se apropriar dos conceitos fundantes deste movimento, apenas com o propósito de defender os interesses das empresas, grupos, indústria farmacêutica e demais que lucravam com a manutenção da internação hospitalar como principal modalidade de cuidado. No entanto, a importância do Projeto de Lei não se limita à organização dos setores contrários à desinstitucionalização. Na trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica é considerado um marco político de grande importância, pois possibilitou a ampliação das discussões sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e suas instituições (AMARANTE, 1995-b, 1996).

O Movimento da Reforma se inspirou também em uma vertente que utilizava o conceito de desinstitucionalização no sentido de desconstrução, na qual predominava a crítica epistemológica ao saber médico fundante da psiquiatria. Este saber se utilizava do conceito de doença mental como limitador de alguns direitos dos cidadãos, enquanto a proposta do Movimento era a de universalização das questões de cidadania (BIRMAN, 1992).

A trajetória de desconstrução foi a vertente do Movimento pela Reforma Brasileira que mais se aproximou da trajetória prático-teórica desenvolvida por Franco Basaglia. A principal referência basagliana está no conceito de desinstitucionalização, que por estas influências se consolidou com um novo significado (AMARANTE, 1996).

Ao abordar o enfoque da desconstrução:

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995-a, p. 493-494).

Nos anos de 1970 as reflexões de Basaglia estiveram presentes nas discussões de saúde mental e foram reforçadas por vindas do referido ao Brasil, bem como pelo contato mantido com o MTSM. Basaglia foi referência nos movimentos de Psiquiatria Democráticas, surgidos na Itália, e na criação de Redes Alternativas à Psiquiatria. A experiência de desativação do Hospital de Gorizia, contou com a direta participação de Basaglia e se tornou um marco na experiência de desinstitucionalização. Este movimento resultou, anos mais tarde, na promulgação da lei que trata sobre a reforma psiquiátrica na Itália, Lei nº 180/1978, conhecida como Lei Basaglia (AMARANTE, 1996).

Para Basaglia a negação da psiquiatria enquanto ideologia extrapolava questões político-ideológicas em relação ao conceito da doença mental:

A negação de um sistema é resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação sobre o qual se age. É este o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional, ao mesmo tempo que vem sendo desestruturado e questionado desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, no qual se opera. Isso significa que, em contato com a realidade institucional, e em clara contradição com as teorias tecnocientíficas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e à sua cura. Diante de tal constatação era

impossível evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito de doença, assim como das instituições sobre as quais se fundam suas ações terapêuticas (BASAGLIA, 1985, p. 103).

Na sua trajetória, o Movimento Brasileiro se afastou da caminhada percorrida por Basaglia por questões políticas e ideológicas. Os ideais foram retomados nos anos finais da década de 1980. No cenário mundial, ocorreu o reconhecimento do serviço de saúde mental de Trieste, na Itália, pela Organização Mundial da Saúde, fortalecendo o interesse de outros de países pelos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana (AMARANTE, 1996).

Foi após o período de retomada da Reforma Psiquiátrica brasileira que o Movimento extrapolou a esfera dos trabalhadores em saúde mental e se configurou como uma forte organização social, que usou como lema a bandeira “por uma sociedade sem manicômios”. O objetivo era comprometer a sociedade como um todo na luta pelo processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 2003).

A marcante influência de Franco Basaglia fortaleceu o processo, não apenas pela importância que desempenhou na sua criação, mas principalmente pela reconstrução do conceito de desinstitucionalização. Ao ser comparado com o Movimento pela Reforma Sanitária, as transformações da Reforma Psiquiátrica foram mais avançadas ao abordarem as transformações qualitativas no âmbito da saúde. Neste sentido, os distintos campos se afastaram e tomaram rumos distintos.

Ao abordar a questão da exclusão social associada à doença mental Basaglia expõe:

O único ato possível de parte do psiquiatra será, assim, evitar soluções fictícias através da tomada de consciência da situação global na qual vivemos, ao mesmo tempo excluídos e excludentes. A ambigüidade da nossa função de terapeutas não desaparecerá enquanto não dermos conta do jogo que nos é exigido. Se o ato terapêutico coincide com o impedimento feito ao doente de que tome consciência de seu ser excluído através do abandono de sua esfera “persecutória” específica (a família, os vizinhos, o hospital) para entrar numa situação global, tomada de consciência da própria exclusão por uma sociedade que realmente não o quer [...] (BASAGLIA, 1985, p.102).

A visibilidade da participação da família na saúde mental surge no campo teórico antes da Segunda Guerra Mundial, através de Esquirol, seguidor das ideias de Pinel, que se utiliza do conceito de “isolamento terapêutico” para “analisar” a família sob dois diferentes ângulos. Por um lado, a família era considerada com tendências à alienação por possuir um “alienado”, partindo da ideia que ele poderia influenciar as relações dos membros. Por outro lado, o isolamento se justificava porque a família poderia ser a propiciadora da “alienação mental” (BIRMAN, 1978).

Na proposta de tratamento oferecida por Pinel o primeiro passo consistia no afastamento do mundo exterior. Neste contexto o isolamento era proposto por meio da institucionalização, da hospitalização integral do “alienado”. Sem ter interferência da fatores externos, para o psiquiatra esta forma de isolamento poderia propiciar o conhecimento de uma condição: “alienação em seu estado puro” (AMARANTE, 2007).

A família sendo considerada como um agente patogênico reforçava a necessidade de afastamento do portador de transtorno mental. Esta ideia carrega um grande estigma, que influencia o campo da saúde mental e atenção psicossocial até os dias atuais (ROSA, 2003).

A dinâmica dos hospitais psiquiátricos incluía a intervenção técnica aos portadores de transtornos mentais, enquanto aos familiares cabia a função de ser um “visitante” ou “informante” dos dados que o paciente não tinha condições de fornecer. A conduta adotada pelos profissionais era a de que cabiam exclusivamente a eles os cuidados ao portador de transtorno mental em todas as suas dimensões (ROSA, 2005).

A temática que abrange o contexto da convivência com questões relacionadas aos transtornos mentais traz consigo componentes sociais desafiadores, ainda diante dos avanços conquistados. Familiares e cuidadores enfrentam estigmas muitas vezes semelhantes aos portadores. O estigma é uma questão que acompanha a sociedade e sofre influência das relações de poder. A noção de estigma surgiu na Grécia e era usada para dar nomes a marcas, cicatrizes ou sinais que evidenciassem alguma característica que devia ser evitada. Nos tempos atuais, o estigma relaciona-se com características comportamentais que marcam simbolicamente os indivíduos nas suas relações com os demais (PIMENTEL; VILLARES; MATEUS, 2013).

As ideias de desconstrução de paradigmas trazidas pela Reforma potencializam a família como provedora de cuidado. A descentralização

da assistência do modelo hospitalar para os novos dispositivos inclui a participação dos familiares em todas as estratégias de cuidados. A proposta da Reforma Psiquiátrica redireciona o modelo de assistência para a atenção integral em serviços comunitários, em meio aberto, que buscam preservar os vínculos familiares e sociais e garantir os direitos de cidadania (VASCONCELOS, 1992).

Com a desconstrução de paradigmas novas propostas estão surgindo e avançando na forma como a sociedade se relaciona com o transtorno mental nos tempos atuais. Os serviços substitutivos à lógica manicomial são pautados em novos conceitos de cidadania. O Movimento pela Reforma pode ser descrito como um processo em constante transformação, pois segue em constante movimento de construção de saberes, de práticas, de relações num universo psicossocial (AMARANTE, 2003; YASUI, 2010).

Dentre os desafios da construção de um projeto terapêutico pautado nos pressupostos de participação conjunta e compartilhamento de responsabilidades entre equipe, usuário e familiares está a real elaboração de uma proposta terapêutica exequível. De acordo com Rosa (2005), uma questão a ser repensada em relação à inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental é a construção de uma proposta terapêutica elaborada a partir das expectativas dos profissionais em relação à participação da família. Neste campo, os desafios se apresentam quanto à existência de expectativas correspondentes entre a equipe profissional e a família, no que diz respeito à inclusão dos familiares no projeto terapêutico e suas reais possibilidades de participação.

A Reforma Psiquiátrica pode ser considerado um processo de transformação socialmente complexo. Extrapola as esferas da saúde mental e do campo específico da saúde. Desde os primeiros movimentos buscou estabelecer conexões com os mais diversos segmentos da sociedade. As participações dos atores sociais deram corpo a uma constante de lutas, propostas, reivindicações, negociações, avanços e retrocessos. Neste cenário, profissionais, usuários, familiares e demais integrantes enfrentam desafios diante da proposta de transformar socialmente o papel da loucura (YASUI, 2010).

A ruptura de paradigmas é abrangente:

O mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global complexa e concreta dos pacientes do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos

científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à doença [...]. O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é colocada no processo de “cura”, mas no “projeto de invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente.” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 28-30)

A complexidade do processo de transformações nas práticas prevê a articulação de dimensões simultâneas e inter-relacionadas. Como processo social, sua complexidade abrange muitas dimensões, uma característica que diferencia o processo da Reforma Psiquiátrica de outras reformas que ocorreram ao longo da história da psiquiatria é que nela o movimento cria uma tensão para um processo de ruptura, motivando a transição de paradigmas. (AMARANTE, 2003; YASUI, 2010).

A abertura de novas possibilidades dentro do contexto ampliado da saúde mental e das intervenções psicossociais possibilitou o fortalecimento da luta pelos direitos dos portadores de transtornos mentais. A construção de uma identidade cidadã para estes sujeitos passou a incorporar a discussão das práticas e das relações sociais que abarcam este contexto. Neste sentido, o lazer como uma prática social torna-se uma ferramenta possível de ser exercida nesta configuração.

Novas relações sociais se tornaram possíveis aos sujeitos com transtornos mentais, diante das conquistas da Reforma Psiquiátrica. Os arranjos proporcionados fortalecem a convivência familiar, social e comunitária. Desta forma, a inclusão da temática do lazer num contexto de saúde mental têm possibilitado articular os assuntos relacionados ao tema, enquanto meio de busca de satisfação pessoal, uma estratégia acessível na vivência de sentimentos de bem-estar subjetivos e um elo de interação social.

2.3 LAZER, UM DIREITO SOCIAL

Na história da organização social algumas formas de diversão sempre estiveram associadas a costumes e hábitos. A relação entre formas de jogar e brincar como uma estratégia de distração das atividades da vida cotidiana faz parte da história da construção social de relações humanas. Não há uma relação direta entre o conceito de diversão e o que se entende atualmente como lazer. A compreensão do fenômeno é circunscrita na sua existência concreta atual. Em um

momento histórico a palavra lazer passa a ser utilizada para definir um fenômeno social. A temática do lazer vem fazendo parte do cotidiano social como uma esfera da vida a ser pensada e vivenciada. O olhar aprofundado acerca do fenômeno tem reforçado a proposta de ampliar as vivências apoiadas no lazer como um potencializador do desenvolvimento social e não apenas valorizando os conceitos de descanso e divertimento aos quais a temática costumava ser associada (MELO; ALVES JÚNIOR, 2003).

O nascimento do lazer traz consigo a discussão de uma problemática; as vertentes que discutem a respeito do desenvolvimento do lazer permanecem marcadas por controvérsias tanto entre sociólogos, quanto entre historiadores. A associação entre lazer e tempo livre tem sido objeto de análise dos pensadores sociais, desde o século XIX. A importância do lazer ou do “tempo liberado” das atividades relacionadas ao trabalho industrial vem ganhando dimensões de maior relevância ao longo da história social.

A utilização do tempo livre, quando são instituídas oito horas de trabalhos diários passa a ser objeto de interesse acerca do impacto que estas mudanças poderiam trazer no desenvolvimento social. O tempo fora do trabalho é tão antigo quanto o tempo no trabalho. Porém, é a partir da Revolução Industrial que a relação entre o lazer e o trabalho passa a ter características específicas. É a partir da conceituação do tempo fora do trabalho, este processo relacionado com a modernidade é que surgiu o que nos tempos atuais compreende-se como lazer. Não é possível construir o conceito atual sobre o fenômeno do lazer sem analisar o campo de tensões gerado entre os marcos de conquistas sociais (DUMAZEDIER, 2002).

O campo do lazer compreende articulação política, econômica e cultural. O lazer é um fenômeno social complexo e diversificado. Mantém uma relação dialética com o mundo do trabalho. Sendo assim, perde uma das suas características essenciais associadas ao ser relacionado ao tempo livre. Para ser livre deveria ser um fenômeno transformador do trabalho, do homem e da sua relação social como um todo (MELO; ALVES JÚNIOR, 2003).

No cenário brasileiro, as primeiras organizações operárias que lutavam pela redução da jornada de trabalho surgiram no final do século XIX. Inspirados no que acontecia na Europa, lutavam por um tempo disponível ampliado. Foram abertos os espaços públicos e a organização do mercado de diversões, inicialmente relacionados ao teatro, ao esporte e ao cinema. No século XX, a temática da diversão aumentou as

atividades e passou a utilizar os meios de comunicação, como o rádio e posteriormente à televisão.

O contexto de modernização da sociedade brasileira contribuiu para que, conjuntamente com o crescimento das cidades, crescessem também os espaços públicos para práticas de diversão e festivas. Experiências ocorridas entre as décadas de 1920 e 1930 marcaram o início da organização de espaços específicos para práticas de lazer. As “praças de esporte” e “centros de recreio” foram inseridas nos espaços públicos de algumas cidades. Nesta época se instituiu uma relação entre atividades recreativas e físicas e foi marcada pela importante inserção de profissionais para orientarem atividades de recreação e lazer. Foi neste período que os termos “recreação” e “lazer” passaram a conviver, sendo a primeira utilizada para designar o conjunto de atividades e o segundo para se referir ao fenômeno social (MELO; ALVES JÚNIOR, 2003).

A criação de parques e praças como espaços públicos de lazer surgiram como uma solução para amenizar os efeitos nocivos provocados pela modernidade. Sendo assim, foram criados como forma de intervenção nas áreas da saúde e higiene do espaço urbano. Neste contexto, o lazer passou a ocupar um espaço “funcionalista”, pois restringiu sua utilização através de atividades recreativas com um objetivo de higiene social (MELO; ALVES JÚNIOR, 2003).

O lazer passou a ser considerado um direito básico do cidadão desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada no ano de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas, ONU. O Brasil é signatário da Declaração, no entanto o reconhecimento do lazer como um direito social ocorreu de fato em 1988, pela Constituição Federal Brasileira.

Foi no final da década de 1960 e início da década de 1970, do século XX que foram ampliadas as discussões sobre o fenômeno do lazer, no meio acadêmico, nas organizações governamentais, extrapolando para outras esferas sociais. Pautado nestas discussões o lazer passou a ser considerado um fenômeno social relevante e um direito social (PINTO, 2002).

O interesse pelo estudo do fenômeno abrange a característica multidisciplinar relacionada ao tema. Áreas como as ciências sociais, a psicologia, a comunicação social e a educação física em especial passaram a aprofundar estudos sobre a temática do lazer. É neste contexto que passam a surgir as primeiras políticas públicas relacionadas ao lazer, nas estruturas governamentais.

A década de 1970 foi uma época de grande produção sobre a temática do lazer. Surgiram novos equipamentos para a avaliação do uso do tempo livre. Na ocasião, esforços se evidenciaram na publicação de livros e produções científicas com o objetivo de transformar o universo sociocultural por meio do emprego de técnicas de programas de lazer. Toda esta produção contribuiu significativamente para a ampliação de ações no âmbito profissional do lazer (SANT'ANNA, 1994).

Na década de 1980 inúmeras mudanças no país ocorrem a partir das lutas pela retomada da democracia. A legislação que compõe a Constituição Federal de 1988 ampliou significativamente a discussão acerca dos direitos dos cidadãos brasileiros. Neste cenário, a área da saúde sofreu alterações nos seus paradigmas, seus pressupostos amparados pelo movimento da Reforma Sanitária, avançaram na consolidação de mudanças por méis da inclusão de artigos na constituição que ampliaram o conceito das ações da área da saúde. Na nova redação a saúde passa ser previstas como dever do Estado e um direito de todos os cidadãos (AMARANTE, 1995-b).

As práticas em saúde mental e atenção psicossocial estão passando por discussões e reformulações ao longo das décadas mais recentes, consolidando o movimento da Reforma Psiquiátrica por meio da reformulação dos dispositivos de atenção psicossocial. Inúmeros movimentos protagonizaram as discussões sobre a atuação e intervenção do saber psiquiátrico nas práticas de saúde mental. Embasada nos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, lideradas pelas ideias de desinstitucionalização de Franco Basaglia, o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira se propôs a substituir o modelo de assistência pautado na lógica manicomial para uma modelo substitutivo, no qual a internação, em qualquer das suas modalidades deve ser o último recurso a ser utilizado (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010).

A Lei nº 10.216, sancionada em 2001, passa a efetivar alguns dos principais pressupostos propostos pelo movimento da Reforma, mas não todos. A lei proposta pelo Deputado Paulo Delgado ficou 12 anos em discussão, desde seu Projeto de Lei de 1989, até entrar em vigor em 06 de abril de 2001. Seu artigo 4º aponta que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”

Na Constituição Federal o lazer é tratado como um direito social. A vinculação do lazer com as políticas públicas, nos tempos atuais ainda opera de forma reducionista, não considerando o lazer na totalidade das relações sociais. O envolvimento em atividades de lazer deve

fundamentalmente estar relacionado com atitudes individuais, no entanto a oferta e o acesso ao lazer são questões pertinentes às gestões das cidades, oferecidos por meio de políticas públicas (MELO; ALVES JÚNIOR, 2003).

No processo de globalização das relações sociais muitos questionamentos acerca do mundo do trabalho abarcam questões de melhor aproveitamento do tempo associado à qualidade de vida. Surgem questionamentos sobre as atividades produtivas e sobre os sujeitos que desempenham as atividades. Acompanhando as transformações a formação dos profissionais que atuam nos âmbitos de desenvolvimento, a formação de profissionais para atuar com lazer deve ser compreendido como um campo de atuação multidisciplinar (ISAYAMA, 2010).

A temática do lazer e suas aplicações têm despertado crescente interesse em diferentes áreas de atuação, principalmente quando utilizado como fator de promoção da melhoria da qualidade de vida. O tema também tem recebido importante destaque nos meios de comunicação e mídias sociais. A utilização do lazer como um recurso no enfrentamento de questões sociais tem ampliado sua área de abrangência com o maior aprofundamento e reflexões sobre as possíveis transformações proporcionadas pelo envolvimento dos sujeitos com a prática do lazer (ISAYAMA, 2010).

O lazer enquanto campo multidisciplinar deve se utilizar das interfaces da atuação profissional para desenvolver experiências de práticas livres, críticas, criativas, criadoras e culturais. Nestas vivências cada pessoa pode desenvolver diferentes formas de expressão dos seus sentimentos e das sensações proporcionadas (FRANÇA, 2010).

As práticas de lazer englobam várias possibilidades de atividades. As atividades de engajamento social têm se apresentado como importante área de conquista, ligada a expressão e criação ou a satisfação de necessidades sociais. Algumas atividades contribuem para o desenvolvimento de habilidades socializantes. O encontro proporcionado pelo envolvimento nas atividades em reuniões familiares ou associações voluntárias pode proporcionar o uso da função social, da troca, do relacionamento (DUMAZEDIER, 1980).

Ainda de acordo com o autor, o desenvolvimento da sociabilidade ligada ao lazer aponta para a compreensão de duas diferentes perspectivas; uma relacionada com a ligação entre os interesses sociais associados a outros interesses do lazer, como os físicos, prático-manuais, artísticos, intelectuais e os sociais. O interesse pela sociabilidade ocorre ao verificar as vivências que favorecem este

desenvolvimento. A segunda perspectiva está ligada ao pertencimento e classificação de grupo, considerando o tipo de sociabilidade por ele utilizado. Alguns grupos são organizados de acordo com a frequência e associação e outros são espontâneos, ocorrem sem organização ou estruturas prévias. Estes grupos podem surgir ou se desfazer a qualquer momento (DUMAZEDIER, 1980).

A reunião em grupo como estratégia de enfrentamento de questões sociais permeia o cotidiano das pessoas nas décadas mais recentes. A formação grupal muitas vezes visa o enfrentamento de situações similares ou a reunião de pessoas com objetivos em comum. Estes encontros começaram a ocorrer por meio de reuniões em ações comunitárias, para a busca de soluções de problemas coletivos. A formação de grupos culturais, nas quais o lazer é o ponto de partida é uma forma de reunir as pessoas, de exercer a sociabilidade (STOPPA, 2007).

O associativismo por meio do lazer ocorre muitas vezes de maneira informal. Os grupos de encontro em torno de problemas em comum, que se utilizam do apoio mútuo é uma atividade que desenvolve uma das características relacionada aos interesses sociais relacionados com o lazer. A prática associativa de forma espontânea é uma forma autêntica de relacionamento social (MARCELLINO, 2000).

O exercício crítico e criativo do lazer pode ser uma ferramenta de desenvolvimento social que se utiliza da mobilização e da participação como base para mudanças da sociedade, na busca de uma nova ordem social e cultural. O envolvimento em atividades que utilizam a sociabilidade e o agrupamento contribui para o aprimoramento de outros fatores relacionados com o desenvolvimento social tais como aqueles que contribuem para a solidariedade, relacionados com a vida organizacional e com o repertório de ações coletivas (STOPPA, 2007).

O envolvimento em ações individuais e coletivas contribui para o desenvolvimento do sentimento de pertencimento, de identidade e de identificação com interesses comuns. A partir do exercício de pertencimento é possível desenvolver o conceito de antagonismo, importante para o enfrentamento de situações de discordância no âmbito do convívio social. O envolvimento com situações comunitárias por meio das vivências cotidianas podem oportunizar mudanças nas atitudes e relações individuais e coletivas, motivando o exercício do comprometimento (STOPPA, 2007).

O agrupamento de pessoas que se identificam gera um sentimento de reconhecimento, por meio do qual é possível desenvolver ações de mobilização utilizando redes de reconhecimento. O desenvolvimento de

sentimentos de pertencimento e reconhecimento contribui para a busca de transformação social. O lazer, como meio de desenvolvimento da sociabilidade e de direitos sociais pode ser uma forma de desenvolvimento do exercício de cidadania. A experiência coletiva oportunizada pelo lazer é um processo educativo na vida diária. O lazer pode ser compreendido de uma forma ampliada, transpondo a perspectiva funcionalista. Pode contribuir para o enfrentamento das transformações sociais (STOPPA, 2007; MARCELLINO, 2000).

Ao discutir a sociabilidade como um fator propulsor da vida social e o fundamento da solidariedade como a base para o mesmo pode-se apontar que as vivências de compartilhamento produzem significado na vida das pessoas. Ao compartilhar espaços e experiências as relações se fundam valorizando os afetos envolvidos. O trânsito entre experiências individuais e coletivas permite a vivência de um sentimento de partilha das dificuldades. A participação coletiva pode proporcionar vivências capazes de produzir transformações na vida individual e coletiva (MAFESSOLI, 1987).

O lazer compreendido enquanto fenômeno social pode ser interpretado por meio de variadas abordagens. Desta forma, a compreensão do fenômeno na contemporaneidade acompanha os avanços da sociedade e se transforma na medida em que estas relações estão em construção. A perspectiva funcionalista do lazer foi utilizada em uma época na qual esta visão abarcava o funcionamento das famílias. Compreendendo a articulação destas relações é possível perceber elos entre as práticas de lazer que ocorrem em família e as contribuições destas vivências na convivência (PERES, 2010).

Há uma série de questões envolvidas nos momentos de lazer ocorridos em família. Nestas relações o fenômeno do lazer se vê influenciado pelos diversos arranjos de famílias que estão sendo construídos. Sendo assim, há uma inter-relação, as relações familiares influenciam a prática do lazer e são influenciadas por estas vivências (PERES, 2010; SOARES; SABOIA, 2007).

As relações familiares e o tempo envolvido em atividades de lazer podem ser diferenciados, respeitando as configurações familiares. O tempo envolvido em atividades da vida cotidiana como o trabalho, as tarefas domésticas influenciam nas atividades de lazer. A diferença de tempo de envolvimento em atividades domésticas influencia o envolvimento com o lazer, tanto na quantidade de tempo disponível, quanto na qualidade das tarefas realizadas (SOARES; SABOIA, 2007).

Ao associar o lazer como um fator de proteção da saúde mental é importante compreendê-lo enquanto fenômeno sociocultural. A relação entre as atividades de lazer desenvolvidas e a sensação subjetiva proporcionada permite articular a temática com questões de promoção da saúde mental. As vivências de lazer estão associadas às possibilidades de acesso a este e outros direitos.

Para compreender o conceito individual de lazer é preciso considerar uma relação que inclui aspectos subjetivos subjacentes às atividades qualificadas como sendo de lazer. Uma associação entre a prática de lazer a as sensações promovidas pelas mesmas pode estar associada à compreensão de fenômenos como a qualidade de vida e a satisfação com a vida (PONDÉ; CAROSO, 2003).

A diminuição das possibilidades de acesso ao lazer para as pessoas com algum transtorno mental está relacionada a um prejuízo do contato interpessoal em razão da presença de sinais e sintomas do transtorno. Na relação social com algumas das características de diferentes transtornos mentais, aspectos relacionados ao retraimento social, baixa motivação para a prática de algumas atividades podem interferir no envolvimento com o lazer. Outras peculiaridades de cada transtorno podem prejudicar ou mesmo impossibilitar o acesso ao lazer (PONDÉ; CAROSO, 2003).

O maior conhecimento pelos serviços de saúde mental sobre o que os usuários fazem em seu tempo livre e como divertimento pode contribuir na compreensão de dimensões relacionadas à qualidade de vida. A ausência de atividades de lazer supõe diminuição na qualidade de vida. As limitações relacionadas aos transtornos mentais pode ser uma barreira social a ser ultrapassada na utilização do lazer como um instrumento de exercício das habilidades sociais (PONDÉ; CAROSO, 2003; STOPPA, 2007).

2.4 SAÚDE E LAZER NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Ao longo da história o conceito de saúde vem sofrendo modificações tanto no campo epistemológico quanto no prático, refletindo diretamente nas ações de intervenção e relação entre saúde, família e sociedade. A história da humanidade passou momentos de rupturas e mudanças de paradigmas que marcaram sua trajetória. O século XVII, conforme descreve Foucault (1978) em a Grande Internação, foi marcado pelo advento da internação, uma forma de segregação social que influenciou a relação entre saúde, família e sociedade.

Na passagem do século XVII ao XVIII o hospital passou a se organizar como espaço médico e a loucura recebeu status de doença mental. Foucault (1979) relata que durante a Revolução Francesa houve uma supressão das medidas de internamento, representando uma luta política contra a opressão do Antigo Regime. No entanto, a reinserção dos doentes mentais nas suas famílias representava um risco. Sendo assim, foram criadas as casas de internamento, reservada aos loucos, tornando-se espaços de exclusão.

Foucault (1979) descreve que o conceito de loucura e liberdade passaram a estar associados na medida em que a racionalidade e a liberdade foram associados ao conceito de responsabilidade. O louco é compreendido como aquele que por sua irresponsabilidade inocente, tem abolida a liberdade. O confinamento, utilizado como medida jurídica, recebe a conotação de uma liberdade suprimida pelo comprometimento da razão. Nesta perspectiva, a internação servia para organizar a liberdade do louco por meio da figura do médico. Assim, a internação e o isolamento passam a ser medida de caráter médico e as casas de internamento espaços de tratamento.

A ruptura com o conceito de isolamento e segregação para estratégias mais inclusivas acompanham os movimentos de maior aprofundamento acerca das questões relacionadas à subjetividade humana. A revisão das práticas disciplinadoras e controladoras, relacionadas à psiquiatria acompanha os movimentos da sociedade contemporânea.

Historicamente os movimentos sociais que se organizaram com o fim da ditadura militar, nos anos de 1980, e com as lutas em prol da retomada da democracia no país marcaram um período de abertura para propostas de adequações a uma legislação voltada para a garantia dos direitos dos cidadãos. A constituição de 1988 marcou a consolidação de uma discussão que levou anos para ser construída e contou com a participação de diversos segmentos da sociedade em geral. Neste contexto, as legislações do campo da saúde, com seus pressupostos amparados pelo Movimento da Reforma Sanitária, avançaram na inclusão de artigos na constituição que ampliaram o conceito das ações da área da saúde como dever do Estado e um direito de todos os cidadãos.

Os movimentos sociais que se consolidaram principalmente no final da década de 1970 e na década de 1980, lutaram pela redemocratização dos modelos de assistência em saúde e a mudança de paradigma dos conceitos adotados na área. Nas décadas mais recentes o

campo da saúde está passando por um complexo processo de desconstrução dos seus saberes fundantes, buscando consolidar práticas de saúde que atuem na busca da promoção da saúde (AMARANTE, 1995-b).

Muitos dos principais movimentos sociais que se organizaram no final da década de 1970 nasceram nas periferias das grandes cidades e surgiram amparados em necessidades primordiais de sobrevivência cotidiana, lutando por questões como moradia, saneamento básico e saúde. A abordagem destes temas possibilitou o despertar da identificação com interesses coletivos em comum, que surgiam no cotidiano das relações. Estes encontros se davam entre moradores da mesma localidade, em espaços coletivos como o salão da igreja, entre vizinhos, e estavam amparados em reivindicações relacionadas com a melhoria nas condições de vida, em especial da vida urbana (YASUI, 2010).

As condições do cotidiano dos bairros e a organização coletiva abriram a possibilidade para o surgimento de sujeitos históricos, que se afirmaram como essenciais interlocutores no processo de reconstrução da cidadania. Os movimentos sociais foram responsáveis pela busca da transposição de um momento histórico de opressão para a conquista de espaços de compartilhamento de experiências, relacionadas muitas vezes às experiências de opressões vivenciadas. Estes espaços e grupos permitiram a construção de espaços políticos de manifestação, articulação, reivindicação e exigências de direitos frente ao Estado, solidificando na sociedade a noção de participação coletiva e busca pela democracia (TELLES, 1987; JACOBI, 1989).

A participação ativa dos familiares no cotidiano das pessoas como uma estratégia de saúde vem sendo repensada desde o implemento do Sistema Único de Saúde - SUS e dos conceitos de abordagens comunitárias e territoriais em saúde. Nesta concepção, a compreensão de saúde como resultante de uma complexidade de variáveis, incluindo as sociais, muda o foco de atuação. De acordo com Lucchese ET al. (2009), o nível primário de atenção em saúde se apresenta como um espaço privilegiado, no qual a aproximação da comunidade permite o acesso às diferentes demandas de saúde. Segundo a autora, a estratégia adotada pelo SUS para executar a atenção primária foi através do Programa de Saúde da Família - PSF. Nesta perspectiva, a articulação entre PSF e a atenção em saúde mental pautada na lógica da Reforma Psiquiátrica tem princípios e diretrizes que convergem pela busca do rompimento do modelo biomédico para uma dimensão de saúde que envolve a participação familiar em sua dimensão sociocultural, onde o

território desempenha papel importante no planejamento e execução de ações. A melhoria da qualidade de vida dos indivíduos inclui a promoção da cidadania através da participação comunitária.

Na busca de um modelo de sociedade mais democrática e igualitária, vem ocorrendo a ampliação do interesse pelo fenômeno do lazer sob novas perspectivas. O lazer foi estudado por muitas décadas vinculado a atividade laboral ou como uma atividade disponível a apenas uma parte privilegiada dos cidadãos. Na sociedade contemporânea, a compreensão sobre o fenômeno do lazer está se expandindo, ganhando novos significados e sentidos. Os valores vinculados ao lazer estão presentes nas mais diferentes relações sociais.

A relação estabelecida entre sociedade e lazer exerce influencia sobre o desenvolvimento das pessoas. O tempo dedicado ao lazer, associado a outros fatores como o descanso e o divertimento pode ser um tempo de desenvolvimento pessoal e social, um tempo de vivencias de valores de reprodução da estrutura vigente, mas também de solicitação e reivindicação de novas vivencias (MARCELLINO, 2004).

O lazer é apontado como um fator de proteção da saúde mental dentro de uma perspectiva de promoção do bem-estar. Nos estudos desenvolvidos sobre os benefícios do lazer para a promoção do bem-estar, o embasamento utiliza-se de modelos biomédicos e psicológicos, que partem da compreensão da saúde mental como uma variável direcionada ao indivíduo, desconsiderando alguns determinantes socioculturais que se interpenetram para formar uma estrutura mais ampliada de vida comunitária (PONDE; CAROSO, 2003).

Segundo Lucchese ET al. (2009), partindo de um contexto nacional, nas últimas três décadas a área da saúde mental vem se transformando através de um processo complexo de auto-afirmação de um saber-fazer que supere o modelo biomédico, medicalizante e hospitalocêntrico. Busca sustentar-se em dispositivos de atenção comunitárias territoriais, focalizados na atenção a pessoa com sofrimento mental e seus familiares, através de uma práxis transformadora e em constante transformação.

Ao relacionar a temática do lazer como fator de proteção para a saúde mental, os efeitos positivos descritos apontam para um aumento na sensação de satisfação naqueles que se envolverem em atividades de lazer. Ponde e Caroso (2003) destacam para a importância de se considerar as limitações peculiares de alguns portadores de transtornos mentais que, em razão desta condição, apresentam limitações na participação em atividades de lazer. A ausência de lazer pode

empobrecer a qualidade de vida, sendo recomendada aos programas de reabilitação a introdução de atividades que contribuam para integração social dos usuários.

De acordo com Dumazedier (2008), ainda quando a prática de lazer é limitada pela falta de tempo ou recursos financeiros, sua necessidade está cada vez mais presente. As necessidades da utilização de práticas de lazer crescem com a urbanização e a industrialização.

O autor descreve que o lazer apresenta três funções na vida das pessoas, sendo a primeira de descanso, a segunda de divertimento e a terceira de desenvolvimento. O lazer pode ser definido, nos dias de hoje, como oposição ao conjunto das necessidades e obrigações da vida cotidiana e só pode ser praticado e compreendido pelas pessoas que o realizam dentro de uma dialética da vida cotidiana, interligada pelas relações. O lazer não possui qualquer significado em si mesmo. A função relacionada com o divertimento, recreação e entretenimento tem direta relação com a saúde mental, na perspectiva de influenciar positivamente a rotina das atividades diárias, o processo de criação e o desenvolvimento humano.

As três funções são solidárias e estão presentes, em diferentes graus, nas situações e em relação a todos os indivíduos:

O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode integrar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares ou sociais (DUMAZEDIER, 2008, p. 34).

Segundo Peres (2010), o fenômeno do lazer despertou o interesse das ciências sociais, ampliando a compreensão da relação deste e sua interação entre indivíduos e grupos sociais. Neste contexto, o lazer pôde ser interpretado à luz de diferentes abordagens teóricas, transpondo a limitação relacionada com uma compreensão funcional, passando a entendê-lo como fenômeno social.

De acordo com Dumazedier (2008), as relações entre o lazer e as obrigações da vida cotidiana e aquelas vinculadas às funções do lazer determinam a participação crescente e ativa na vida social e cultural, sendo essas relações de grande importância na construção cultural da sociedade. A compreensão de cultura corresponde a um conjunto de

valores, normas e hábitos que regem a vida humana em sociedade e a forma como estes estão presentes nas vivências sociais.

A busca por formas de prazer que não possuem relação com o universo do trabalho são aspectos considerados relevantes culturalmente. Sendo assim, a compreensão de conceitos que norteiam a vida pode representar uma forma de melhor viver o cotidiano das relações. As manifestações de cultura popular, respeitando seus significados, podem representar importantes vivências de lazer. A cultura é um elemento típico da convivência humana e necessita de princípios para garantir uma harmonia neste convívio (MELO; ALVES JUNIOR, 2003).

De acordo com Pitiá (2005), dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde apontam para uma falta de cuidado, mesmo nos países mais desenvolvidos, com assuntos de saúde da mente humana. As discussões em torno da prevalência dos transtornos mentais não apresentam a mesma relevância de assuntos relacionados com a saúde física, principalmente nos países em desenvolvimento.

Conforme Ponde e Caroso (2003), o lazer é um dos fatores fundamentais para o bem-estar, está diretamente relacionado com fatores determinantes e condicionantes de saúde e em especial com a saúde mental, uma vez que as atividades socializantes realizadas como divertimento e apoio social promovem o bem-estar mental ao abrir possibilidades de boas interações e modificações do cotidiano.

Bacheladenski e Matiello Júnior (2010) destacam que o lazer pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades de convívio social, como a solidariedade e o respeito por si próprio e pelo outro. Desta forma, o envolvimento com o lazer é um meio de favorecer práticas de emancipação humana em contraste ao simples uso do tempo livre.

O ideário de lazer proposto por Adolph Meyer, psiquiatra, fundador da psicobiologia, foi considerado pioneiro no desenvolvimento dos conceitos de terapia ocupacional. Meyer descrevia que o homem era capaz de influenciar o seu estado de saúde por meio das atividades que desenvolvia e que os pacientes poderiam ser mais bem compreendidos ao analisar suas situações de vida (DRUMMOND; COSTA, 2010).

O lazer não está restrito a nenhuma atividade nem a uma esfera específica da vida do indivíduo. O fenômeno do lazer deve ser entendido com base no seu significado e nos sentimentos envolvidos na experiência. Tais experiências podem ocorrer em qualquer contexto, tempo e espaço e se constituírem a partir de diferentes tipos de

atividades, com objetivos e fundamentos diversificados (DRUMMOND; COSTA, 2010).

Gutierrez (2001) aponta que dentre as características que definem uma atividade de lazer o respeito à liberdade de escolha deve ser compreendido no sentido de considerar a perspectiva individual inscrita em um contexto marcado por referências culturais, sociais, antropológicas e políticas. O lazer deve ser uma atividade desinteressada, não lucrativa e que não vise uma utilidade prática imediata. É também uma experiência pessoal, ainda que compartilhada socialmente, é um espaço da vida para a manifestação das características individuais.

A percepção do indivíduo em relação ao lazer é importante para o entendimento dado ao fenômeno como experiência individual. A percepção de liberdade e autonomia de um indivíduo ao se envolver com uma atividade pode diferenciá-la quanto à motivação e a satisfação obtida. A sensação de se sentir “em lazer” depende do significado individual dado à experiência, respeitando a subjetividade construída em contextos socioculturais e econômicos diferentes (DRUMMOND; COSTA, 2010).

A dimensão temporal relacionada ao lazer ultrapassa o sentido cronológico para vincular-se a percepção de que o tempo disponível para o lazer é decorrente da uma dinâmica de relações materiais de sobrevivência e da distribuição das oportunidades de vida, permeados por valores de uma cultura. A autonomia individual presente na escolha do lazer é um elemento de destaque para a influência da ação individual no social, criando assim uma relação de mútua interferência (GUTIERREZ, 2001).

A análise das atividades da vida diária como o brincar, o lazer e o trabalho e a compreensão de como as pessoas se inserem nestas ocupações contribui para a compreensão do significado do lazer nos diferentes contextos. As formas como as pessoas se engajam nas suas ocupações, e o significado dado a elas pode revelar dificuldades e potencialidades presentes nestas relações.

A percepção do lazer para cada indivíduo possui uma relação com o entendimento dado aos graus de liberdade no lazer. Os graus de liberdade no lazer são estabelecidos de acordo com sua relação com os níveis de constrangimentos percebidos pelo indivíduo, influenciando nas preferências de lazer. Os constrangimentos se referem a estados psicológicos e atributos individuais envolvidos em situações de estresse, ansiedade, depressão e as formas de socialização estabelecidas em atividades específicas. A compreensão de lazer não se resume a prática

de atividades específicas, incluem vivências, valores, criatividade, baseados nas quais se constroem os novos conhecimentos sobre o tema (DRUMMOND; COSTA, 2010).

A discussão sobre a importância do lazer vem conquistando espaço de debates nas décadas mais recentes. O enfoque dado à utilização do lazer no âmbito social, como um fator de proteção e um objeto de reivindicação associado à qualidade de vida nas cidades vem apontando para um desenvolvimento do conhecimento da relação do lazer com a saúde da população (MARCELLINO, 2007).

O lazer não está relacionado a um componente cultural específico, mas pode ser caracterizado como uma vivência cultural, que ocorre no tempo disponível das obrigações profissionais, escolares, familiares e sociais, combinando tempo e atitude. Quando se utiliza o termo “vivência” associado ao lazer não se deve restringi-lo a prática de uma atividade. A própria ausência de atividades, relacionada ao ócio pode ser eleita como uma vivência de lazer, desde que seja uma opção, uma escolha e não esteja vinculada à ausência de opções de lazer. A ausência pode ser associada à ociosidade (MARCELLINO, 2007).

A vinculação entre a temática do lazer e a melhoria na qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades requer articulações políticas e culturais. Requer a interlocução multidisciplinar, com o intuito de transpor espaços e se fazer presente em espaços urbanos, comunitários, valorizando aquilo que compõe o cotidiano e são os elos culturais dos grupos e indivíduos. O processo de avaliação de interesses em atividades de lazer deve considerar as prioridades, habilidades e possibilidades concretas do sujeito de ter acesso à realização dos seus desejos, relacionadas com as capacidades e dificuldades de vivenciar o lazer. As vivências estão pautadas em aspectos psicossociais, culturais, cognitivos, sensorio-motores e econômicos que facilitam ou dificultam o acesso ao lazer (DRUMMOND; COSTA, 2010).

Nas atividades de lazer há uma busca de satisfação pessoal que engloba o indivíduo na sua integralidade. Apresenta-se ainda como um canal privilegiado de aproximação e transmissão de valores. Os valores do lazer influenciam o modo de vida. A influência social do lazer é um processo historicamente construído. Para que os valores vinculados ao lazer possam ser vivenciados pelo maior número de pessoas é preciso que esteja acessível à população, inserido em um processo de democratização cultural (MARCELLINO, 2001).

A temática do lazer não permite uma definição conceitual estanque sobre o universo que abrange o tema. O lazer pode ser

considerado como uma manifestação humana, sendo assim um componente cultural, com características e especificidades. Neste sentido, a relação não deve reduzir o lazer a um componente cultural específico, e sim relacioná-lo a diversos conteúdos culturais motivados pelos interesses das pessoas em inúmeras atividades e posturas (MARCELLINO, 2004).

O lazer é reconhecido como uma atividade humana que está vinculada à construção de significados que dão sentido à existência. É um componente da cultura historicamente situada, pois é um fenômeno historicamente construído, que possui uma relação dialética com a sociedade contemporânea, uma vez que seus valores são construídos e questionados simultaneamente por ela. Os componentes do lazer gerados socialmente são influenciados pelos valores da sociedade vigente, da mesma forma que servem para questionar outros e construir novos paradigmas sociais (MARCELLINO, 2004, 2007).

O lazer não é uma categoria definida de comportamento social. Todo comportamento em cada categoria pode ser um lazer, mesmo o trabalho profissional. O lazer não é uma categoria, porém um estilo de comportamento, podendo ser encontrado em não importa qual atividade: pode-se trabalhar com música, estudar brincando, lavar a louça ouvindo rádio, [...] Toda atividade pode pois vir a ser um lazer [...] (DUMAZEDIER, 2002, p. 88).

Para se levar em conta algumas especificidades do fenômeno lazer, cabe considerar seu entendimento em termos de conteúdo, de atitudes envolvidas, valores que propicia, aspectos educativos envolvidos e suas possibilidades enquanto instrumento de mobilização e participação cultural, as barreiras socioculturais que interferem no seu efetivo exercício (MARCELLINO, 2007).

A participação ou mesmo a compreensão sobre o direito ao lazer engloba questões relacionadas ao exercício da cidadania. O envolvimento e a realização de atividades de lazer envolvem a satisfação de aspirações e desejos de seus praticantes. É na distinção do que se busca em cada atividade de lazer que se pode buscar classificá-las sob o ponto de vista de seus conteúdos. Os diferentes interesses relacionados às aspirações e desejos envolvidos na prática do lazer são interligados e não operam de forma estanque.

As distinções referem-se a escolhas subjetivas, evidenciando uma das principais características do lazer que é a escolha, a opção. Algumas

atividades de lazer englobam a prática de atividade física, enquanto outras priorizam manifestações culturais, artísticas.

As classificações mais utilizadas em relação ao conteúdo distinguem-se em seis áreas: atividades de interesses artísticos, intelectuais, físicos, manuais, sociais e turísticos. Nas atividades de interesses artísticos estão aquelas relacionadas com o desenvolvimento da imaginação, das imagens, do conteúdo estético e as emoções e sentimentos envolvidos (MARCELLINO, 2007; DUMAZEDIER, 1980).

As atividades de interesses intelectuais relacionam-se com a busca de informações, ao contato social por meio de leituras ou outras atividades que utilizam a racionalidade. O lazer enquanto atividade de interesses físicos privilegia práticas que envolvem o movimento. Neste campo estão incluídas modalidades esportivas e a prática de atividades físicas. Na área de interesses manuais estão àquelas atividades por meio das quais se transformam objetos ou materiais por meio da manipulação (MARCELLINO, 2007).

O lazer enquanto interesse social é vivenciado nas atividades de contato entre as pessoas. Estes encontros podem ser permeados por conteúdos culturais e motivados pelo interesse intrínseco do encontro. As atividades de lazer relacionadas a interesses turísticos englobam a quebra da rotina temporal e espacial e ocorrem por meio do contato com novos lugares, paisagens e culturas (MARCELLINO, 2007).

O lazer deve possibilitar de forma global satisfazer as aspirações individuais, no entanto as pessoas ao escolherem as atividades necessitam ser orientadas para que possam fazer a opção. Sendo assim, a escolha, em termos de conteúdo apresenta uma relação direta com o conhecimento das alternativas que o lazer oferece.

O interesse por um conhecimento mais aprofundado acerca da temática que envolve o lazer e a saúde mental por meio da promoção do bem-estar abriu campo de investigação para este fenômeno. Ao abordar a relação entre o lazer como fator de proteção da saúde mental são encontradas cinco diferentes associações. A primeira aponta para a diminuição das possibilidades do acesso ao lazer às pessoas acometidas com transtornos mentais. A segunda associação descreve a utilização de atividades de lazer como instrumento de reabilitação para pessoas com transtornos mentais. A terceira associação relaciona o desprazer relacionado com o lazer e o uso de substâncias psicoativas. A quarta relação estabelece os benefícios do lazer para a promoção do bem-estar.

E por fim, a quinta analisa a utilização de atividades de lazer como fator de proteção para a saúde mental (PONDÉ; CAROSO, 2003).

Um tempo maior envolvido com atividades pessoais e de lazer pode ser um fator de contribuição para uma maior satisfação com a vida. Ao se envolver com o desempenho do lazer e a observação da sensação proporcionada por este envolvimento contribui para o aprofundamento da relação estabelecida entre o lazer e a sensação de satisfação com a vida (PONDÉ; CAROSO, 2003).

Na compreensão contemporânea, o conceito de saúde ultrapassa a relação estabelecida entre saúde-doença, abrange aspectos integrais da vida das pessoas. A busca de bem-estar esta relacionada ao envolvimento com atividades que proporcionam a sensação de prazer. A definição do conceito de lazer na atualidade aponta que o fenômeno pode ser compreendido como uma atividade não obrigatória, de busca pessoal de prazer, que acontece no tempo livre. Nesta perspectiva há que diferenciar o que significa sentir prazer de buscar prazer. O envolvimento com o lazer não garante a sensação de prazer, mas a busca por prazer é um componente significativo no envolvimento com atividades de lazer. O compromisso do lazer é com a busca do prazer, mas a experiência prazerosa é subjetiva. Sendo assim, a sensação de prazer pode ou não ocorrer (GUTIERREZ, 2001).

A temática do lazer em sua relação com a saúde mental extrapola a relação direta com a busca do prazer para compreender o lazer como um fenômeno social. Os momentos de lazer são influenciados por inúmeros fatores no cotidiano das pessoas. No exercício da cidadania, a busca por melhores condições de vida incluem incorporar nas vivências cotidianas a prática de atividades que sejam capazes de proporcionar sensações de bem-estar subjetivas. As vivências cotidianas de lazer podem promover o desenvolvimento da sociabilidade.

A melhoria da qualidade de vida como um fator que influencia na saúde em geral e na saúde mental inclui um olhar acerca das atividades cotidianas, que podem ser potenciais produtoras de satisfação pessoal. Desta forma, o lazer, enquanto vivência da vida cotidiana, acessível no território, facilitador das relações interpessoais é um aspecto de grande relevância na construção da busca de bem-estar subjetivo, uma sensação almejada nas relações cotidianas.

Sendo assim, em uma perspectiva de saúde mental e atenção psicossocial faz-se necessário conhecer o universo que compreende a vida dos usuários dos serviços de saúde. O contexto de vida que inclui o que fazem em seu tempo livre, como se relacionam em família e como se divertem pode contribuir na compreensão de dimensões relacionadas

à qualidade de vida. A ausência de atividades de lazer supõe diminuição na qualidade de vida. As limitações relacionadas aos transtornos mentais pode ser uma barreira social a ser ultrapassada na utilização do lazer como um instrumento de exercício das habilidades sociais e efetivo exercício da cidadania.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada na pesquisa foi uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de múltiplos casos. A população que participou da pesquisa foi composta por usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II de São José /SC e seus familiares. O método utilizado para a análise dos dados foi a análise do discurso.

A abordagem qualitativa foi escolhida com o objetivo de analisar as representações dos sujeitos pesquisados acerca do fenômeno estudado, no caso o lazer, dentro de um contexto relacional com a família e a saúde mental. A análise do discurso foi utilizada para a análise dos dados, compreendendo que os discursos expressam os significados e as representações do grupo em relação ao fenômeno. Parte-se da compreensão que a linguagem é uma forma de expressão da visão de mundo, dos significados e das representações das pessoas que participaram do estudo.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS foi escolhido como o espaço de coleta de dados, por se tratar de um dispositivo de atenção especializada em saúde mental que privilegia a manutenção dos vínculos familiares, sociais e comunitários. E ainda, se constitui como um dos dispositivos extra-hospitalares que atende os pressupostos de atenção psicossocial propostos pela Reforma Psiquiátrica. Ao utilizar um serviço de saúde como espaço para a realização do estudo foi preciso considerar sua contextualização histórica, cultural e as interações entre os profissionais de saúde e os usuários.

A abordagem qualitativa foi utilizada na pesquisa buscando reconhecer o processo dinâmico das questões abordadas. O fenômeno do lazer foi utilizado no estudo em articulação com outras temáticas da vida dos usuários do CAPS II, relacionadas à saúde mental e convivência familiar, social e comunitária. As questões norteadoras da pesquisa buscaram identificar as representações e os significados dos temas relacionados à saúde mental, atenção psicossocial e convivência familiar, aprofundando o significado do lazer neste contexto.

Na pesquisa qualitativa o pesquisador deve buscar conhecer as vivências e as representações destas experiências, partindo da valorização do significado subjetivo dado ao contexto estudado. Na perspectiva do interacionismo simbólico, segundo Flick (2004), o ponto de partida são os significados subjetivos dados pelas pessoas às suas experiências, vivências, ações, interações, atividades e ambientes.

A linha de pesquisa sociopsicológica do interacionismo simbólico foi cunhada por Blumer, em 1938 e têm como objeto de estudo os processos de interação. Os pontos de partida do mesmo apresentam como premissa que as pessoas agem em relação às coisas com base no significado que isso tem para elas. A segunda premissa é de que a construção do significado das coisas é oriundo ou resultante de uma interação social. E a terceira premissa é a de que os significados sofrem influência de processos interpretativos, que são modificados pelas pessoas ao lidarem com as situações que vivenciam (FLICK, 2004).

Em relação à metodologia qualitativa:

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005, p. 509).

A abordagem qualitativa, conforme Minayo ET al. (2000) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. No campo da pesquisa qualitativa algumas especificidades precisam ser consideradas, uma vez que nas ciências sociais a primeira delas é a de que o objeto é histórico, ou seja, no contexto das sociedades humanas há um determinado espaço de formação social com configurações específicas em que o mesmo está inserido.

Em relação aos casos analisados, foram selecionados para a entrevista individual alguns usuários, levando em consideração a proposta de abordar usuários com diferentes diagnósticos, com diferentes tempos de participação e tratamento no CAPS II. Foi considerada também a disponibilidade do usuário em participar da entrevista nos intervalos das atividades que realiza no CAPS II, sem interferir no tratamento ou demais atividades da sua vida. Foram apresentados 06 (seis) casos para análise.

De acordo com Minayo (2004), em relação à pesquisa qualitativa a amostra não necessariamente deve preocupar-se com o caráter

numérico. Considera que a amostra ideal deve refletir uma totalidade abrangendo as suas múltiplas dimensões do estudo. Alguns critérios básicos para a amostragem são levantados pela autora, como a necessidade de definir claramente o grupo social mais relevante para a aplicação das entrevistas e para a observação.

A amostragem qualitativa privilegia aqueles sujeitos sociais com os atributos que o investigador pretende conhecer, e os considera em número suficiente que possa permitir uma reincidência das informações, no entanto, não deve desprezar informações ímpares, dotadas de potencial explicativo. A escolha por uma homogeneidade fundamental relativa aos atributos procurados deve abranger um conjunto diversificado para possibilitar o acesso a semelhanças e as diferenças (MINAYO, 2004).

Um estudo de caso pode ser caracterizado como o estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador (FONSECA, 2002, p. 33).

A pesquisa qualitativa está voltada para a compreensão de um grupo social, de uma organização. O interesse da investigação volta-se para as informações coletadas; não se preocupando com a representatividade numérica dos participantes. Esta abordagem de pesquisa volta-se para alguns aspectos que não podem ser quantificados, centram-se na compreensão da dinâmica das relações sociais (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais como o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de

uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2004, p. 102).

De acordo com Minayo (2012), para se conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas deve partir da compreensão de que a sua base é composta por um conjunto de substantivos, com sentidos complementares, relacionados com experiências, vivências; e a função da abordagem ou análise se baseia nos verbos compreender, interpretar e dialetizar.

A Política Nacional de Saúde Mental, a partir da década de 1980, quando foram incorporadas as diretrizes gerais do SUS, passou a apresentar mudanças nas suas intervenções. No mesmo período, foi proposto o modelo de atenção inovador, pautado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Diante de um novo paradigma proposto foram construindo-se novos arranjos organizacionais, como os Centro de Atenção psicossocial, as Residências Terapêuticas e outros serviços extra-hospitalares (BORGES; LUZIO, 2010).

Segundo Costa-Rosa (2006) a Reforma Psiquiátrica ainda é um processo em construção, sendo assim, a análise da atenção psicossocial nos serviços extra-hospitalares precisa ser fortalecida por meio do olhar criterioso sobre este processo. A atenção oferecida nos novos dispositivos de saúde mental, a todo o momento carrega como herança a internação hospitalar como uma possibilidade de tratamento vigente. Sendo assim, experiências pautadas em novas perspectivas se constituem um importante campo de estudo.

Desta forma, a abordagem utilizada e o espaço da coleta de dados buscaram reconhecer os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com foco nas atividades de lazer realizadas entre os usuários e seus familiares e as potencialidades presentes neste contexto.

3.1 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A primeira etapa para a realização da pesquisa no local escolhido foi o encaminhamento do projeto qualificado para Setor de Educação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde do município de São José-SC. Após a aprovação do projeto de pesquisa no referido setor, foi solicitada, por meio da Coordenadora do CAPS II, em reunião de equipe aos profissionais a participação da pesquisadora em algumas atividades, oficinas e grupos oferecidos aos usuários e familiares. Após a aceitação dos profissionais envolvidos foi iniciada a participação da pesquisadora nos grupos e atividades e dado início ao registro no diário de campo e coleta de dados.

A coleta de dados do estudo ocorreu por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas realizadas com usuários do CAPS II e por meio do registro da participação da pesquisadora em atividades grupais desenvolvidas por diferentes membros da equipe multidisciplinar. Os grupos compõem uma parte das oficinas e atividades terapêuticas oferecidas aos usuários e familiares. A participação da pesquisadora nestas atividades ocorreu de forma parcial, restringindo-se as oficinas e grupos que ocorrem nas segundas e quintas-feiras. As reuniões do Grupo Encontros de Família ocorreram na primeira quinta-feira do mês, sendo possível, durante a coleta de dados participar de 02 (dois) encontros. A participação ocorreu nos meses de maio e junho do ano corrente. A pesquisadora participou de um total de 13(treze) encontros de atividades, oficinas ou grupos. Sendo 11 (onze) encontros, grupos ou oficinas de usuários, 02 (dois) encontros de atividades físicas e 02 (duas) reuniões do Grupo Encontro de Família.

A pesquisa de campo ocorreu por meio da participação da pesquisadora em parte das atividades oferecidas aos usuários e na realização de uma entrevista individual com alguns usuários que participam das atividades. A participação da pesquisadora nas atividades oferecidas pelo CAPS II ocorreu com frequência média de duas vezes por semana. A descrição das atividades foi registrada no diário de campo após os encontros. Nas datas destes encontros ocorreram as entrevistas individuais com os usuários. As entrevistas foram realizadas nos intervalos das atividades. A entrevista individual foi gravada, transcrita e analisada para a realização do estudo. Na entrevista foram abordadas questões relacionadas à convivência familiar, participação em atividade do CAPS II, compreensão do significado do lazer e atividades de lazer realizadas. Os casos apresentados são daqueles usuários que responderam à entrevista semi-estruturada. Dois usuários entrevistados não fizeram parte da análise dos dados dos casos individuais, em razão de dificuldades apresentadas na condução da entrevista. As situações estão descritas no item 3.8 - Limitações do Estudo, deste capítulo.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

As pessoas pesquisadas foram usuários do CAPS II de São José e seus familiares. A pesquisa ocorreu por meio da participação da pesquisadora em atividades, grupos e oficinas destinadas aos usuários, no grupo Encontro de Família, destinado aos familiares e da realização de uma entrevista individual com 8 (oito) usuários que participavam das

atividades, grupos ou oficinas das quais a pesquisadora participou dos encontros.

Os usuários que responderam a entrevista individual foram selecionados de acordo com a disponibilidade para responderem a pesquisa nos intervalos entre as atividades, para aqueles que freqüentavam o CAPS II apenas em um período do dia. Os usuários que permaneciam durante o dia inteiro responderam a entrevista no intervalo do almoço.

Foram entrevistados 08 (oito) usuários e construídos 06 (seis) casos para a análise dos dados. Os casos analisados são de 05 (cinco) usuários do sexo masculino e 01 (uma) usuária do sexo feminino.

As atividades grupais que fizeram parte de estudo tiveram como participantes os usuários do CAPS II que as freqüentaram os encontros nos dias em que a pesquisa ocorreu. E ainda, os familiares que participaram do Grupo Encontro de Família nas reuniões realizadas no período da coleta de dados. Os dias da semana que a pesquisadora participou dos encontros foram nas segundas e quintas-feiras, dos meses de maio e junho de 2016.

3.3 EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa de campo ocorreu por meio da participação da pesquisadora em parte das atividades oferecidas aos usuários e na realização de uma entrevista individual, semi-estruturada, com alguns usuários que participam das atividades. A participação da pesquisadora nas atividades oferecidas pelo CAPS II ocorreu com freqüência média de duas vezes por semana. A descrição das atividades foi registrada no diário de campo após os encontros. A descrição das atividades em que a pesquisadora participou está registrada no diário de campo e descrevem a data, o horário, a duração, a descrição dos participantes e as principais temáticas discutidas no encontro.

Nas datas destes encontros ocorreram as entrevistas individuais. As entrevistas foram realizadas nos intervalos das atividades. A entrevista individual foi gravada, transcrita e analisada para a realização do estudo. Na entrevista foram abordadas questões relacionadas à convivência familiar, participação em atividade do CAPS II, compreensão do significado do lazer e atividades de lazer realizadas. Os casos apresentados são daqueles usuários que responderam à entrevista semi-estruturada.

3.4 PROCEDIMENTOS

O início da participação da pesquisadora nas atividades, grupos e oficinas do CAPS II iniciou no mês de maio, após a aprovação pelos setores envolvidos. Os dias dos encontros, descrição do grupo, tempo de duração, pessoas presentes e principais temáticas discutidas nos encontros foram registrados no diário de campo (Apêndice 3) e analisados na discussão dos dados.

No primeiro encontro a pesquisadora foi apresentada aos membros da equipe, usuários e familiares. A participação inicial ocorreu em uma oficina de terapia ocupacional, após a atividade ocorreu uma reunião do Grupo “Encontro de Família”.

Ao longo da participação da pesquisadora nos encontros e da apresentação da pesquisa que estava sendo realizada foram selecionados os usuários que participaram da entrevista individual. Os critérios de escolha dos entrevistados, já mencionado anteriormente, levaram em consideração também o desejo individual da participar do estudo. Alguns usuários se ofereceram espontaneamente para participar da entrevista individual. Desta forma, o número de entrevistados foi maior do que a previsão inicial do estudo.

Os casos que foram selecionados para participar da entrevista individual buscaram contemplar usuários com diferentes diagnósticos, com diferentes tempos de participação e tratamento no CAPS II. Foi considerada também a disponibilidade do usuário em participar da entrevista nos intervalos das atividades que realiza no CAPS, sem interferir no tratamento ou demais atividades da vida dos mesmos. Foram apresentados 06 (seis) casos para análise.

3.5 QUESTÕES NORTEADORAS E ROTEIRO DE ENTREVISTA

As questões que nortearam o estudo e que foram abordadas na entrevista individual semi-estruturada contemplaram os itens descritos:

- Nome
- Idade
- Data da entrevista
- Sexo
- Estado Civil
- Escolaridade
- Naturalidade
- Ocupação

- Membros da Família/ Com quem mora
- Diagnóstico
- Tempo de frequência no CAPS
- Encaminhamento para o CAPS.

As perguntas que nortearam a entrevista semi-estruturada individual foram:

- 1 - Quais atividades que você participa/realiza no CAPS?
- 2 - Teus familiares participam de alguma atividade no CAPS?
- 3 - Como você se sente ao participar do CAPS?
- 4 - O que você entende por lazer/ o que é lazer para você?
- 5 - Você pratica alguma atividade de lazer? Qual atividade?
- 6 - O que você faz no seu tempo livre?
- 7 - Você pratica/realiza alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares? Descreva quais atividades.
- 8- Como você se sente ao realizar as atividades de lazer?
- 9 - E quando você realiza na companhia dos seus familiares, como você se sente?
- 10 - Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua vida e seu bem-estar?
- 11- Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua relação com seus familiares?
- 12- Qual atividade de lazer você mais gosta?
- 13 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar as atividades de lazer?
- 14 - Existe algo que não foi perguntado que você gostaria de comentar sobre o assunto?

3.6 DESCRIÇÃO DO AMBIENTE

3.6.1 A UNIDADE - Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II SÃO JOSÉ – SC

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II de São José é uma unidade especializada em saúde mental que atende a população do município com transtornos mentais graves, persistentes e sintomáticos. O CAPS II de São José iniciou suas atividades em março de 2013. A estrutura arquitetônica foi construída especificamente para atender a demanda do CAPS II e CAPS AD, que se localiza no mesmo espaço e dispõe de estrutura física similar, com equipes diferenciadas.

3.6.2 A EQUIPE

O CAPS II possui uma equipe composta por:

- 1 (uma) Enfermeira e Coordenadora,
- 1 (uma) Psicóloga,
- 1 (uma) Assistente Social,
- 2 (dois) Médicos Psiquiatras,
- 1 (um) Terapeuta Ocupacional,
- 1 (uma) Farmacêutica,
- 2 (dois) Técnicos de Enfermagem,
- 1 (um) Técnico Administrativo.

As atividades para os usuários acontecem nas segundas, terças, quintas e sextas-feiras, nos períodos matutinos e vespertinos. Os usuários recebem três refeições, sendo elas o café da manhã, o almoço e um lanche à tarde. Nas quartas-feiras ocorrem as reuniões de equipe.

O CAPS II realiza o acolhimento da demanda de atendimento em saúde mental do município de São José. Os membros da equipe que realizam acolhimento são: Enfermeira/Coordenadora, Psicóloga, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnicos de Enfermagem.

Após o acolhimento o caso é tratado em reunião de equipe, onde são discutidos os planos de atendimento. É realizado um atendimento de retorno ao usuário, onde é construído com o mesmo o seu projeto terapêutico e as atividades que irá participar. Após estas etapas o usuário passa a frequentar as atividades terapêuticas oferecidas no CAPS II.

Atualmente o CAPS II atende aproximadamente 151 usuários.

3.6.3 O ESPAÇO FÍSICO

O espaço físico do CAPS II é composto por uma estrutura física com acessibilidade, sendo ela:

- 01 (uma) Recepção,
- 01(uma) Sala de Reunião,
- 01(uma) Sala de Coordenação do CAPS II,
- 01(uma) Sala de Coordenação de Saúde Mental do Município de São José (CAPS e Ambulatório),
- 01 (uma) Sala de Grupo,
- 01 (uma) Sala de Oficina,

- 01 (uma) Sala de TV/Vídeo – Sala de Convivência,
- 01(um) Pátio com Horta,
- 02 (dois) Consultórios,
- 04 (quatro) banheiros para usuários,
- 03 (três) banheiros para funcionários,
- 01 (um) Refeitório,
- 01 (uma) Copa/Cozinha,
- 01(um) Almoxarifado,
- 01(uma) Farmácia,
- 01 (uma) Sala de Enfermagem/Medicamentos,
- 01(um) Depósito
- 01 (uma) Sala de Utilidades – Serviços Gerais.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nos encontros grupais e nas entrevistas individuais foram analisados por meio da análise do discurso. A partir dos dados coletados, foi realizada uma análise da relação estabelecida entre os usuários e seus familiares ao realizarem atividades de lazer e o significado deste processo. Foi elaborado um estudo de caso de cada usuário selecionado, focado nas atividades de lazer realizadas com a participação de seus familiares e uma análise de todos os casos.

A análise do discurso envolve a utilização de procedimentos metodológicos para tornar possível o tratamento dos dados coletados por parte do pesquisador. A abordagem utilizada nesta pesquisa usou mecanismos de comunicação para a discussão dos dados. Foram utilizadas as entrevistas individuais para a construção dos 06 (seis) casos que foram estudados. A etapa de a análise dos dados contou ainda com o registro do diário de campo, que descreveu as atividades, grupos e oficinas, cujos encontros a pesquisadora participou ao longo do processo de coleta de dados. Os encontros tiveram como público-alvo os usuários e os familiares do CAPS II.

A análise do discurso deve considerar o contexto e as condições de produção dos textos analisados. Deve refletir sobre as condições de produção e apreensão de sentido dos textos produzidos. Este procedimento de análise articula a linguagem com a expressão ideológica da produção de sentido para as pessoas. Desta forma, ao analisar o discurso deve ser considerada a contextualização política, simbólica, das relações de poder e construção de sentido acerca da

construção do discurso na sua relação histórica e social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Enquanto teoria, a análise do discurso busca conhecer a gramática relacionada com a construção do texto, fornecendo subsídios que análise dos processos de constituição do fenômeno lingüístico e não apenas uma análise do produto da comunicação. Esta forma de análise busca discutir as características relacionais expressas por meio do discurso, uma expressão ideológica sobre o conceito social das pessoas na sua relação com o mundo (ORLANDI, 2003).

O fenômeno lingüístico enquanto processo de comunicação evidencia e demonstra o caráter ideológico e as relações estabelecidas, pois a linguagem é marcada pelo conceito social e histórico e é uma forma de interação estabelecida na relação das pessoas com o mundo social. Os textos produzidos pelos discursos possuem sentido mais amplo que apenas as palavras que os constituem. Expressam relações, significados, sentidos, conceitos e interações (ORLANDI, 2003).

E sobre a linguagem:

Portanto, por trás de cada texto está o sistema da linguagem. A esse sistema corresponde no texto tudo o que é repetido e reproduzido e tudo o que pode ser repetido e reproduzido, tudo o que pode ser dado fora do texto (o dado). Concomitantemente, porém, cada texto (como enunciado) é algo individual, único e singular, e nisso reside todo o seu sentido (sua intenção em prol da qual ele foi criado). [...] (BAKHTIN, 2009, p. 309-310).

3.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações enfrentadas na execução da pesquisa foi o período de tempo que ficou em análise nos setores responsáveis. O projeto de pesquisa ficou em análise no Setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de São José pelo período de 04 (quatro) meses para a aprovação da participação da pesquisadora nas atividades e coleta de dados da pesquisa. Após esta etapa foi emitida a autorização institucional exigida pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. A coleta de dados foi autorizada pelo CEPESH-UFSC para iniciar no mês de maio de 2016. Em razão do prazo a etapa de coleta de dados ocorreu no período de 02 (dois) meses.

Foi necessário incluir na entrevista individual perguntas que aprofundassem dados sobre a trajetória do transtorno mental e a participação nas atividades do CAPS, que não foram previstas anteriormente no roteiro de entrevista enviado ao CEPESH.

Segundo Minayo (2004) a estratégia de entrada no campo deve prever alguns detalhes do primeiro impacto que a pesquisa pode levantar. Devem ser considerados aspectos relativos a como se apresentar e como apresentar a pesquisa no local e em como estabelecer os primeiros contatos. A autora descreve que o processo de investigação em si compreende idas ao campo antes do trabalho descrito como mais intensivo. Esta aproximação pode permitir uma maior fluidez na rede de relações e ainda, possível alterações nos instrumentos de coleta de dados.

Foram realizadas 08 (oito) entrevistas individuais com usuários que se dispuseram e que se ofereceram para participar do estudo. No entanto, duas entrevistas não puderam ser utilizadas na análise dos dados, pois as repostas dos entrevistados fugiram dos temas perguntados. Por se tratar de um serviço especializado em saúde mental, realizar a pesquisa no CAPS requer considerar a possibilidade de que o estado de saúde mental dos usuários interfere na interpretação das perguntas. Desta forma, as duas entrevistas que assim se configuraram não puderam ser usadas. Foram realizadas oito entrevistas e utilizadas seis entrevistas para a construção dos casos e análise dos dados. Em razão da situação descrita apenas uma usuária do sexo feminino participou dos casos analisados, sendo os demais usuários analisados do sexo masculino.

4 APRESENTAÇÃO DOS CASOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.1.1 Tabela 1 - Relação dos usuários entrevistados, do CAPS II, de São José, Santa Catarina segundo a idade (anos), sexo, cidade de origem e cidade de moradia atual.

Casos	Idade	Sexo	Cidade de origem	Cidade de moradia
C1	29	Masculino	São José-Sc	São José-Sc São José-Sc
C2	50	Masculino	São José-Sc	São José-Sc
C3	33	Feminino	Cachoeirinha-RS	São José-Sc
C4	25	Masculino	São José-Sc	São José-Sc
C5	52	Masculino	Tijucas-Sc	São José-Sc
C6	28	Masculino	Tubarão-SC	São José-Sc

4.1.2 Tabela 2 - Relação dos usuários entrevistados, do CAPS II, de São José, Santa Catarina, segundo estado civil, escolaridade, ocupação e diagnóstico.

Casos	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Diagnóstico
C1	Solteiro	Superior Incompleto	Instalador de ar-condicionado Vendedor	Transtorno Bipolar Esquizofrenia Mista
C2	Solteiro	Ensino Médio Incompleto (parou no 2º ano)	-	Esquizofrenia
C3	Solteira	Ensino Médio completo	Auxiliar de Logística Faz comida para vender (tortas, doces e salgados)	Depressão Esquizofrenia
C4	União Estável	Ensino Médio	Não informada	Transtorno Bipolar

		Incompleto (parou no 2º ano)		Esquizofrenia
C5	Solteiro	Ensino Fundamental Completo	Servente Encaixotador Auxiliar de marceneiro	Transtorno Bipolar
C6	Solteiro	Ensino Médio Completo	Auxiliar de Supermercado	Não sabe

4.2 DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados analisados no estudo foram coletados por meio de entrevistas individuais realizadas com usuários do CAPS II e do registro da participação da pesquisadora em atividades grupais com usuários e familiares. As atividades em grupo são desenvolvidas por diferentes membros da equipe multidisciplinar e se destinam aos usuários e seus familiares. Os grupos compõem uma parte das oficinas e atividades terapêuticas oferecidas na atenção psicossocial aos usuários do serviço. A participação da pesquisadora nestas atividades ocorreu de forma parcial, restringindo-se às oficinas e grupos que ocorreram nas segundas e quintas-feiras, nos meses de maio e junho do ano corrente. Neste período, a pesquisadora participou de dois encontros de familiares, que ocorrem com frequência mensal, na primeira quinta-feira de cada mês.

O registro da participação nos grupos e oficinas está no diário de campo. Na descrição dos participantes de cada encontro a identificação ocorre apenas em relação à quantidade de pessoas de cada grupo de participantes. Desta forma é possível identificar apenas qual é o profissional da equipe que coordenou a atividade descrita.

Nas entrevistas individuais a identificação dos entrevistados ocorreu com a utilização da letra “C”, que representa “Caso”, acompanhada de uma numeração seqüencial. Foi escolhida esta forma de identificar os entrevistados com o intuito de não utilizar letras alfabéticas que possam sugerir a identificação nominal dos participantes. Os nomes dos membros da equipe multidisciplinar foram substituídos por letras alfabéticas que não se assemelham com seus nomes reais. Ainda assim, na equipe há apenas um profissional em cada área de atuação dos grupos em que a pesquisadora participou.

Os dados que compõem a identificação dos usuários foram fornecidos por eles durante a execução da entrevista individual. Desta

forma, todas as informações a respeito de cada entrevistado foram fornecidas pelo próprio, incluindo o diagnóstico e o tempo de frequência no CAPS II.

Serão apresentados na discussão dos dados os principais assuntos discutidos nos encontros grupais. A discussão traçará a relação estabelecida entre as temáticas tratadas nos encontros grupais com as modalidades de abordagens psicossociais propostas pela Reforma Psiquiátrica aos serviços de saúde mental e o tema trabalhado na pesquisa.

Ao analisar as respostas, pode-se verificar que os entrevistados analisados possuem idade entre 25 e 52 anos. Os níveis de escolaridade variam entre ensino fundamental completo e ensino superior incompleto, sendo que apenas um dos usuários iniciou o ensino superior. Dentre os usuários entrevistados, dois possuem ensino médio completo e dois possuem ensino médio incompleto. Destes últimos, ambos informaram que pararam de estudar no segundo ano do ensino médio. Um dos entrevistados possui ensino fundamental completo, porém não ingressou no ensino médio, totalizando assim os seis usuários estudados.

As atividades de ocupações descritas foram todas aquelas citadas nas respostas da entrevista individual, não havendo restrição de tempo de desempenho da mesma. Os usuários descreveram ocupações que já exerceram. As ocupações descritas nas entrevistas foram: C1-Instalador de ar-condicionado e Vendedor, C3-Auxiliar de Logística; C5-Servente, Encaixotador e Auxiliar de Marceneiro e C6-Auxiliar de Supermercado. Os casos C2 e C4 não descreveram suas ocupações. Atualmente os usuários não desempenham nenhuma ocupação formal no mercado de trabalho. A usuária C3 desenvolve atividade de execução e venda de tortas, doces e salgados, da qual recebe remuneração.

Não foram exploradas no estudo as situações trabalhistas dos usuários entrevistados. No entanto a dificuldade de se inserir no mercado formal de trabalho é um obstáculo a ser enfrentado na conquista dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Corroborando com pressupostos da trajetória da Reforma Psiquiátrica que abordam esta questão, muitos avanços ainda precisam ser conquistados. O acesso a melhores condições de vida contribui na qualidade de vida das pessoas, interferindo em diversos aspectos da sua saúde mental.

Ao analisar o estado civil dos usuários, cinco dos seis entrevistados se declaram solteiros e um usuário declarou-se vivendo em união

estável. As cidades de origem dos usuários analisados são, em cinco casos, cidades do Estado de Santa Catarina e em um caso a cidade de origem é do Estado do Rio Grande do Sul. Todos os usuários entrevistados possuem como cidade atual de moradia o município de São José, localizado na Grande Florianópolis, cidade onde fica localizado o CAPS II. O CAPS II de São José atualmente é o único CAPS II do município e abrange todos os territórios. Estes dados estão apresentados na Tabela 1.

No item que abordou quem são seus membros da família e com quem o usuário mora, nas respostas em relação aos membros da família dos usuários entrevistados estão descritos seus pais, em três casos; a mãe, em dois casos; os irmãos, em quatro casos; os filhos em um caso e a esposa em um caso. No questionamento sobre com quem moram as respostas foram diversificadas, sendo elas: em um caso o entrevistado mora sozinho (C1); em outro caso o entrevistado mora com dois amigos que são irmãos (C2); em dois casos o entrevistado mora com o companheiro/esposo (a) (C3 e C4); em um caso o entrevistado mora com um irmão, uma irmã, os sobrinhos e o cunhado (C5) e o último caso o entrevistado mora com sua mãe, seu padrasto e os filhos dele (C6). Em dois casos os usuários descreveram que moram no mesmo terreno que outros familiares. Em um destes casos com os pais e filhos (C3) e em outro caso no mesmo terreno que a casa da mãe e a casa dos irmãos (C4). O usuário que mora sozinho (C1) descreve que a localização da sua casa é próxima da casa dos pais.

Esta descrição dos diferentes arranjos familiares aponta para a possibilidade da convivência familiar, social e comunitária pelos usuários do serviço especializado em saúde mental. As respostas dos usuários do CAPS II demonstram que é possível ter um transtorno mental, realizar o tratamento no seu território e desta forma preservar os vínculos importantes para a convivência social de todos os sujeitos. Esta questão foi discutida na revisão da literatura desta pesquisa, quando se discutiu sobre o processo de desinstitucionalização dentro da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a inclusão da família neste processo.

O item que perguntou qual o diagnóstico que o usuário havia recebido teve como resposta nas entrevistas o relato de um caso, dos seis analisados, que verbalizou não saber qual é o seu diagnóstico (C6). Em três casos houve a descrição de mais de um diagnóstico, recebidos em diferentes momentos da sua trajetória de tratamento (C1, C3 e C4). Dos casos analisados, dois possuem diagnóstico de Transtorno Bipolar e Esquizofrenia (C1 e C4); um caso descreve seu diagnóstico como sendo Esquizofrenia (C2); um caso descreveu seu diagnóstico como sendo

Depressão, Esquizofrenia e algo relacionado à personalidade que não soube descrever (C3) e um caso descreveu seu diagnóstico como sendo de Transtorno Bipolar (C5).

Ao relatar sobre o encaminhamento para o CAPS II alguns usuários, nas suas respostas, descreveram como ocorreu sua primeira internação psiquiátrica ou algum episódio de internação psiquiátrica. O entrevistado descrito em C1 relatou detalhadamente como ocorreram as suas internações, há a descrição de dois episódios de internações psiquiátricas. Sendo o primeiro deles no Instituto São Jose, de onde foi encaminhado para o IPQ e o segundo episódio de internação foi no IPQ. Neste caso, a descrição das situações em que ocorreram as internações psiquiátricas foram bastante detalhadas pelo entrevistado, com sentimentos e percepções das experiências vivenciadas.

“A primeira vez que fui internado no IPQ, eu tipo briguei no trabalho do meu pai, fui atrás da minha namorada, daí entrei na prefeitura e pedi pra usar o banheiro. [...] Daí veio um senhor super educado, um tenente e me deixou usar o banheiro. Eu lembro assim de relance. Essa aí foi a minha primeira internação, eu fiquei um mês internado. Eu sabia que eu precisava de um acompanhamento médico porque eu tava cheio de manias. Era terrível, eu não podia falar nada. Hoje eu sou limitado, mas naquela época eu não podia falar nada. Tudo o que eu falava, que eu achasse na minha mente que era ruim, que era preconceituoso, que era mau perante a Deus, que era não sei o que. Eu fazia todo um julgamento. Eu rapidinho tinha que voltar e desfazer aquilo, porque se eu não voltasse pra desfazer aquilo ficava na minha mente. Daí recebi o diagnóstico de Bipolar. Eu tinha muita mania de perfeição, as coisas tinham que ser certinhas demais. Primeiro eu fui pro Instituto São José, depois eu fui pro IPQ. Eu tentei explicar praquela médica da triagem o que eu tava sentindo, o que tava passando na minha mente. Daí ela me disse ahh tu és o verdadeiro bipolar, porque eu tava muito agitado. Eu não sabia o que era bipolar naquela época, eu pensava: o que que era bipolar? Eu pensava que era uma depressão leve. Depois é que eu fui aprender o que realmente era. E assim foi minha primeira internação, vergonhosa. Lógico, a família fica sabendo, né. Pô, eu vim, eu me

achava, tipo, eu tava até, eu vinha até produzindo, eu trabalhava, saia, tinha namorada. Mesmo com as paranóias, mesmo que nessa época eu tava cheio de paranóia mesmo, daí tu te vê lá, porra, tu ta lá naquela merda, é uma merda mesmo, ajuda o povo, mas é uma merda, o governo devia olhar melhor aquilo lá, é muito complicado. Daí eu fui a primeira vez, eu fiquei com medo na hora de dormir porque tinha uns loucos mais loucos do que eu. E tinha um que cismou comigo. Eu tinha muito medo de noite, sei lá, e eu fiquei um mês quase lá. O cheiro é terrível, a comida, tem gente que gosta, mas não sei se eu é que sou, eu não gostei. E aquele cheiro, o banheiro que é sujo. Eu cheguei lá tão agitado, tão agitado, que eu não tinha caído na realidade assim. Eu não tinha pensado na vergonha ainda. Depois que caiu a ficha, pra onde tu vai. Foi isso.[...]”

O entrevistado C2 descreveu apenas um episódio de internação psiquiátrica no Instituto São José. O entrevistado C3 descreveu um episódio de internação no IPQ. O entrevistado C4 descreveu dois episódios de internação na Colônia Santana, a resposta está associada ao questionamento referente ao encaminhamento para o CAPS II. O entrevistado C5 descreve uma internação no IPQ e o entrevistado C6 descreve uma internação na Colônia Santana/IPQ e no Hospital Rio Maíma, localizado no município de Criciúma.

Nas respostas específicas sobre o encaminhamento ao CAPS II nos casos C1, C3 e C4 o encaminhamento para o CAPS II partiu do IPQ, após episódio de internação psiquiátrica. Este item não foi questionado ao C2 e C5. No caso de C6 o encaminhamento para tratamento no CAPS II veio de uma clínica particular na qual o entrevistado realizava tratamento.

A questão da internação psiquiátrica ainda é campo controverso dentro das políticas de saúde mental e atenção psicossocial da atualidade. No relato dos usuários do CAPS II acerca das suas experiências de internações psiquiátricas as respostas estão marcadas por sentimentos desagradáveis. As descrições apontam sentimentos de vergonha, de inadequação, de exclusão, de revolta e de medo de ser internado novamente.

A busca por um tratamento que mantenha o sujeito vinculado ao seu território e as relações existentes nele foi uma das inúmeras conquistas resultantes de décadas de luta por uma nova relação social

com a saúde mental. Nas respostas dos usuários entrevistados e dos familiares que participaram do Grupo “Encontro de Família” a descrição a respeito da convivência familiar é marcada por apontamentos e questões desafiadoras. Experiências de conquistas, avanços e retrocessos aparecem nos relatos. Nas descrições de todos participantes a relação estabelecida com o CAPS II, por meio da atenção psicossocial oferecida, contribui para que estes sujeitos possam fazer seu tratamento e manter-se vivendo em sociedade, convivendo com seus familiares e com a comunidade onde moram.

Os tempos de frequência no CAPS II variaram em cada caso, sendo a resposta informada de menos tempo foi a de C4, que frequenta há alguns meses e a de maior tempo foi a de C1 que referiu três anos de frequência ao CAPS II. Os demais casos informaram o tempo aproximado de frequência no CAPS II, sendo que C2 informou um tempo aproximado de *“um ano e pouco”*; C3 informou o tempo de três meses. C5 informou o tempo de aproximadamente um ano, enquanto C6 apontou o tempo de *“quase dois anos”*.

Em relação à descrição das atividades que os usuários entrevistados participam no CAPS II, todas ocorrem nas segundas ou quintas-feiras, dias da semana em que a pesquisadora frequentou as oficinas e grupos e selecionou os casos que participaram da entrevista individual. Na descrição dos participantes as respostas se referiram às atividades que participaram nestes dias da semana, havendo variação quanto ao período. Alguns usuários permanecem o dia todo no CAPS II (C2, C5 e C6) e outros participam das atividades apenas no período vespertino (C1, C3 e C4).

As atividades descritas nas entrevistas incluem a participação em oficinas e grupos e os atendimentos individuais realizados no CAPS II. Nas respostas dos entrevistados são informadas também atividades como caminhada e outras práticas esportivas que realizam no espaço do CAPS II. As atividades dos grupos terapêuticos oferecidas pela equipe multidisciplinar estão descritas nas respostas de todos os usuários entrevistados.

As atividades grupais que estão registradas no diário de campo apresentam a abordagem de distintas temáticas relacionadas com a saúde mental, atenção psicossocial e demais assuntos da vida cotidiana dos usuários do CAPS II e seus familiares. Os temas discutidos envolvem direito e cidadania, sustentabilidade, convivência familiar, social e comunitária, características do transtorno mental, tratamento e outros temas relacionados. A abordagem psicossocial compreende o

cuidado integral ao sujeito portador de transtorno mental, abrangendo os mais diferentes aspectos da sua vida, conforme apresentado nas atividades e oficinas realizadas.

Ao questionar sobre a participação de seus familiares em alguma atividade no CAPS II as respostas apontaram que mais da metade dos usuários entrevistados (C1, C2, C4 e C6) informaram a participação dos familiares no grupo “Encontro de Família”, realizado com frequência mensal. No caso C2 ele descreveu a participação dos amigos com quem mora no grupo de familiares. C1 informou a participação de familiares em atividades individuais, como atendimentos psiquiátricos e psicológicos. C3 relatou que seus familiares não participam de atividades no CAPS II e C5 descreveu que seus familiares não participam, mas apontou insatisfação quanto a esta questão, enfatizando em sua resposta a importância da participação.

“Tem a minha irmã, mas ela não vem né no grupo familiar. A minha irmã não se interessa, diz que é muito chato, mas eu digo pra ela que é preciso vim.”

Na pergunta que aborda como os usuários se sentem ao participarem do CAPS II as respostas descreveram sensações agradáveis e prazerosas e sensações desagradáveis e incômodas. Na respostas de C1 o mesmo relatou sentir-se bem, associando o CAPS a um espaço onde pode falar sobre o que sente e sobre os sintomas do seu transtorno. C2 ao descrever como se sente relatou uma série de atividades das quais participa e os assuntos abordados, trazendo elementos que relacionam a sua participação em atividades grupais com a melhora de alguns aspectos que limitavam a sua interação social.

“Eu me sinto bem porque eu gosto de debater as coisas, eu gosto de vê vídeo. Às vezes tem filme né, sobre medicamento, sobre terapia, sobre doença. A assistente social faz grupo sobre o meio ambiente, sobre sustentabilidade e cidadania. É bem legal. Eu sempre respondo e participo. Alguns são mais calados. Eu era muito tímido, muito fechado, aí comecei a participar do grupo, fiz muita amizade, muitos já tiveram alta. Eu era mais tímido, aí comecei a me enturmar com os outros. Eu gosto daqui. A equipe aqui é muito boa. Muito legal.”

C3 descreveu sentir-se bem ao participar do CAPS, justificando por meio de sentimentos de pertencimento, de possibilidade de compartilhar histórias e vivências. No caso C4 há a descrição de sensações desagradáveis em relação a algumas atividades que o

entrevistado vinha participando, na sua resposta há o relato de como vivenciou estas sensações. Na mesma resposta, apontou sentimentos agradáveis quanto à sua participação em parte das atividades e informou que esta participação vem contribuindo para que o mesmo converse mais com as outras pessoas, uma questão que para ele estava relacionada a uma dificuldade. Esta descrição contribui para ilustrar os sentimentos ambivalentes vivenciados pelas pessoas ao se relacionarem com as abordagens terapêuticas que compõem o seu tratamento.

“No grupo da terça-feira eu não ficava tão, tão bem né, porque era meio chatinho, assim. No da X já é mais legal, me anima mais, mas agora eu to conversando com o L. e ta sendo bem legal agora, to até gostando mais de participar. Me sinto bem aqui. Me abro mais, converso com as pessoas. Eu tinha dificuldade com isso.”

O C5 relatou que a participação no CAPS faz com que se sinta bem e aponta as contribuições proporcionadas.

“Me sinto bem. Gosto, gosto. Sempre gostei. É uma coisa que distrai a cabeça. O cara fica em casa fica só pensando. Tem que sair de casa e distrai.”

C6 apontou um sentimento agradável e um desconforto já no início da sua resposta. Ao aprofundar a questão descreveu sua participação no CAPS e apontou o fato de conversar com outras pessoas como um aspecto positivo.

“Eu gosto, mas tem coisa que me incomoda. Mas o que a gente conversa é bom, a gente ouve música e canta. E eu gosto de música.”

Em todas as respostas há a descrição de uma melhora na sociabilidade dos usuários ao expressarem como se sentem ao participarem do CAPS. A melhora na sociabilidade e interação social é uma condição descrita em cinco casos por meio da participação em atividades grupais e outras atividades. Um aspecto em comum nas respostas dos entrevistados é o fato de todos descreverem que sentem que o CAPS é um espaço onde podem conversar tanto com os profissionais, quanto com outros usuários acerca de suas angústias, dúvidas e compartilhar experiências sobre o transtorno mental, sobre tarefas da vida cotidiana e outras questões de direito e cidadania enfocadas no tratamento oferecido.

As respostas acima analisadas corroboram com a perspectiva da atenção psicossocial como uma abordagem em saúde mental que ocorre no território do usuário, mantém preservado seus vínculos familiares e possibilita a manutenção da diferentes aspectos da sua relação social. As

relações de cuidado no território promovem desafios cotidianos para os usuários, seus familiares e para os serviços de saúde que atendem estas demandas. As relações de apoio e cuidados estabelecidos nesta rede de relações têm sido descrita como um fator importante nas abordagens atuais de atenção psicossocial. Os usuários e familiares descrevem sentimentos de segurança e apoio na relação que estabelecem com o CAPS II, com a equipe e com demais usuários e familiares.

Ao abordar a temática do lazer na entrevista individual, a primeira pergunta questionou: O que você entende por lazer/o que é lazer para você. As respostas descreveram os conceitos individuais de lazer, sendo eles todos relacionados a sensações de satisfação e bem-estar, associadas à possibilidade de livre escolha relacionada ao lazer. Estas descrições estão em conformidade com a revisão teórica apresentada sobre o tema. C1 descreve que lazer como:

“É divertimento, diversão e prazer. É fazer o que eu gosto”.

Em C2 a descrição de lazer está associada à sensação de bem-estar, uma busca por sentir-se bem. C2 também associa lazer a diversão, descontração e uma forma de arejar a cabeça. Na resposta do C2 o mesmo descreveu as sensações acima referenciadas e diferenciou a possibilidade de se envolver nas atividades de lazer sozinho ou acompanhado.

“Lazer é uma coisa que você faz pra se sentir bem. Descontrair. Areja a cabeça. Se divertir. Pode ser sozinho ou acompanhado. Eu, por exemplo, semana retrasada eu fui no cinema à noite vê um filme lá no Shopping.”

Em C3 o conceito de lazer descrito está associado ao prazer, a atividades que faz em casa e que são satisfatórias.

“É o que tu faz em casa, que te dá prazer, né que tu gosta. É isso que eu penso.”

C4 também associou lazer ao bem-estar e a fazer coisas que gosta.

“Lazer é sentir bem né, é fazer alguma coisa que eu gosto.”

C5 conceituou lazer como diversão. Em C6 o conceito de lazer está associado à ocupação da mente e influência nos pensamentos.

“É uma coisa que a gente sempre deve te pra não fica pensando bobagem.”

Em todas as respostas o conceito de lazer está relacionado a sensações de bem-estar, sensações prazerosas e a possibilidade da escolha de fazer aquilo que gosta. Nas descrições das respostas o

fenômeno do lazer foi relacionado à distração, diversão, divertimento e a uma forma de se ocupar que influencia os conteúdos mentais com sentimentos de bem-estar proporcionado. Em todas as repostas há uma associação entre a contribuição do lazer na saúde mental dos entrevistados, os entrevistados descrevem que para eles lazer é o envolvimento em práticas que fazem eles se sentirem bem.

Outra associação presente nas repostas dos usuários entrevistados é com a livre escolha presente no lazer. As repostas associam o lazer à possibilidade de fazer aquilo que se gosta, que dá prazer e que pode ser escolhido. Esta articulação entre lazer e saúde mental aponta para o desenvolvimento de um aspecto relevante no envolvimento com este tema. O lazer é descrito como um fator que proporciona bem-estar e está associado à livre escolha da atividade. Esta questão compõe um das principais características do fenômeno, a livre escolha do lazer.

Após discutir o conceito de lazer para cada entrevistado foi questionado se os mesmos realizam alguma atividade de lazer. Sendo positiva a resposta o questionamento seguinte eram quais atividades. Na descrição das atividades de lazer que realizavam os entrevistados analisados descreveram uma variedade de atividades. C1 relatou que como lazer assiste televisão; considerou como lazer algumas atividades que faz no computador, no entanto não descreveu quais atividades. Em sua resposta também informou atividades de leitura, além de escutar música e tocar violão. No final do relato fez uma associação das atividades com um estilo de vida que descreve como “vagal.”

“Eu vejo muita televisão. O meu lazer é televisão, computador, ficar lendo as coisas que eu gosto e escutando música. Violão. Parece uma vida de vagal, né, a vida de um vagal mas essa é a minha vida.”

Os demais casos relacionaram na descrição das atividades de lazer sentimentos desencadeados e outras associações com suas relações interpessoais. Em C2 as atividades de lazer informadas pelo entrevistado incluem caminhada, a prática de exercício físico em academia e passeios com seu cachorro. Outros detalhes desta relação estão descritos nas repostas.

“Eu faço caminhada de manhã. Agora eu to fazendo academia, comecei uma academia, terça-feira, todo o dia a tarde, das duas e meia as três e quinze. Eu to fazendo né. Eu também tenho uma cachorrinha, a Hanna, então eu brinco com ela.”

Levo ela pra dar uma volta. A Hanna, um poodle de oito anos. É muito legal, ela é uma companhia. É muito legal. O cachorro é muito companheiro.”

Na resposta acima a prática de lazer está associada a uma relação de sociabilidade com seu animal de estimação. O entrevistado descreveu sentimentos vinculados a esta prática. De acordo com a resposta acima, o envolvimento com o lazer contribui para uma melhora na qualidade de vida do entrevistado e ainda proporciona uma maior interação social do mesmo ao se envolver nas atividades descritas.

C3 ao descrever as atividades de lazer que realiza também faz uma associação entre a atividade e o sentimento despertado:

“Eu faço comida porque eu gosto, faço doce, torta, tudo que eu gosto. Eu adoro cozinhar. E de noite eu gosto de ler. Eu vejo livros que eu gosto e leio.”

Após, a entrevistada apontou a leitura como lazer e o período noturno com momento do dia que pratica. Nas respostas de C3 há uma associação presente entre o envolvimento com o lazer e seu estado de ânimo, fazendo uma associação entre o envolvimento com o lazer e a saúde mental.

Em C4 a atividade de lazer descrita pelo entrevistado foi jogar bola, no entanto na resposta informou que no momento não está realizando a atividade. O sentimento de desânimo foi dado como justificativa para não estar jogando. E ainda, o entrevistado fala de sentimentos de ambivalência entre a vontade de voltar a jogar, intercalada por momento em que esta vontade não está mais presente. Na resposta a motivação para a prática de lazer está associada ao estado de ânimo do entrevistado, relacionando a prática de lazer com seu estado de saúde mental.

Nas respostas de C5 as atividades descritas envolvem práticas de passeio, caminhada e atividade física. Está presente na resposta do entrevistado o sentimento de relaxamento associado a estas práticas.

“De vez em quando vô na praça, caminho e do uma relaxada na musculação. Nos aparelho que tem. Eu faço aquele negócio pra diminuir a barriga. Abdominal, de vez em quando eu faço.”

C6 relatou que como atividade de lazer jogar vídeo game e ir à casa de um vizinho. Em seguida, contou que conheceu este vizinho quando foi internado pela primeira vez e sua mãe pediu ajuda aos mesmos. Nesta resposta, o lazer descrito associa-se ao exercício da sociabilidade e interação social.

“Joga video game. As vezes eu vo no meu vizinho. Que na minha primeira internação minha mãe

pediu pra eles ajuda e eles ajudaram e eu fiquei bem e nós ficamos amigos. Eu conheço todo mundo na casa, até os cachorros.”

As relações entre saúde e lazer apontam que o lazer enquanto um fenômeno social abrange aspectos de práticas individuais e coletivas, que promovem sentimentos de satisfação e pertencimento. As atividades de lazer e o tempo envolvido com as mesmas podem servir uma um fator de proteção da saúde mental dos usuários do CAPS e contribuir na sua relação com os familiares.

A pergunta subsequente deu enfoque ao que os entrevistados fazem no seu tempo livre. As respostas evidenciaram que muitas das descrições sobre o que realizam ocorrem no ambiente doméstico. Nesta mesma perspectiva, as descrições sobre ficar em casa no tempo livre ou outras atividade realizadas em casa aparecem em cinco dos seis casos (C1, C2, C3, C4, C5). Atividades vinculadas à música como escutar, tocar ou compor música também é uma atividade em comum realizada no tempo livre descrita em cinco dos seis casos analisados (C1, C2, C3, C5e C6). Outras respostas em comum sobre a utilização do tempo livre descrevem o envolvimento com assistir televisão, ou filmes em quatro casos (C2, C3, C4 e C5). As demais atividades associadas ao tempo livre aparecem isoladamente em cada caso e são: tocar violão (C1), ler, ir à praia, ouvir música, fazer brincadeiras, cantar, dançar, passear com a família (C3), jogar vídeo game (C4), ir a barzinhos e jogar sinuca (C5).

O acesso ao lazer, conforme descrito na revisão da literatura é permeado por obstáculos. A diminuição do acesso ao lazer para as pessoas com transtorno mental ocorre muitas vezes relacionada ao prejuízo do contato interpessoal associado a algumas características do próprio transtorno. As respostas dos usuários entrevistados apontam que para a maioria deles o lazer é um fator que contribui para a interação social.

Em relação às atividades realizadas no tempo livre, os usuários entrevistados descreveram a realização da maioria delas em seu ambiente doméstico. Corroborando com a temática discutida na revisão da literatura, a ausência de atividades de lazer pressupõe uma diminuição na qualidade de vida. Da mesma forma que o envolvimento do tempo livre com o lazer proporciona aos usuários do CAPS II experiências cotidianas prazerosas, muitas individuais e outras compartilhadas com as pessoas da sua convivência.

No roteiro de entrevista o item seguinte questionado aos entrevistados foi sobre as atividades de lazer realizadas na companhia de familiares, no caso de C2 de amigos, pois o mesmo reside com eles e

descreveu ao longo da entrevista que passa uma boa parte do seu tempo na companhia destas pessoas. Sendo assim, a análise apresentou que C1 respondeu negativamente ao questionamento num primeiro momento, informando que não realiza nenhuma atividade de lazer com seus familiares, mas em seguida afirmou que almoça junto com seus familiares e descreveu as características destes encontros vinculados à relação familiar.

“Não nenhuma. Às vezes a gente almoça junto. É bom, as vezes tem briga. No momento a gente ta bem, mais ou menos.”

C2 apresenta um relato sobre àquelas atividades de lazer que se envolve acompanhado. Informou principalmente aquelas que realiza na companhia dos amigos com quem mora, falou sobre a companhia da sua cachorra e que seus familiares estão todos envolvidos com as famílias que construíram, por isso para ele seus amigos são a sua família. Descreveu ainda, as atividades que realiza sozinho. No seu relato o mesmo abordou outras atividades que faz e participa na igreja da comunidade onde mora.

“A academia eu to fazendo com o J. né. E as outras coisas algumas eu faço sozinho. Eu fui no cinema com o J., mas as caminhadas, as compras, o filme, leva a Hanna, isso eu faço sozinho. Meus familiares mesmo tão todos casados, com filhos e netos, todos espalhados por aí. Eu faço mais é com os amigos mesmo. Eles são realmente pessoas legais, são minha família. Com eles eu saio, faço caminhada, vo no cinema, vo no shopping, no restaurante, faço leitura numa igreja todo domingo. Faço leitura num domingo e comentário no outro.”

Na resposta de C3 as atividades de lazer realizadas com os familiares envolvem jogos, brincadeiras, música e mímica. No relato é informada a participação de todos os familiares nas atividades e os encontros descritos envolvem atividades relacionadas a culinária e escutar música.

“Essas, a gente brinca. Eu invento brincadeira. A gente pega músicas, escreve no papel o nome da música e faz mímica. Eu que inventei. Daí todo mundo vai uma vez, cada um na sua vez, pra vê quem ganha mais e acerta as mímicas. A família toda participa. Só meu pai e minha mãe que não, né. A gente se reúne, compra refri, costela e coração e bota no grill e daí a gente faz bagunça. A gente fica fazendo churrasco e ouvindo música.”

C4 informou que assiste televisão com a esposa; na resposta sobre como se sente ao se envolver nestas atividades acrescentou ainda que joga vídeo game com seu irmão.

C5 também relatou que no momento não tem feito nada de lazer com os familiares em razão do falecimento de sua mãe há aproximadamente seis meses. Segundo o mesmo, eram muito amigos, conversavam, brincavam e riam.

“No momento to meio desanimado né. Depois que perdi a minha mãe eu desanimei um pouco da vida. Além de ser minha mãe, era minha amiga. A gente sentava, conversava e ria e brincava. Tinha 92 anos. Faz seis sete meses que ela morreu.”

Sobre esta questão C6 relatou que parou de fazer uma atividade de lazer que era jogar bola, pois não possui companhia para jogar. Complementa a resposta dizendo que seus familiares só pensam em trabalhar e não se realizam conjuntamente nenhuma atividade de lazer.

“Eu ultimamente parei de jogar bola em casa porque não tem ninguém pra jogar comigo. Eles só pensam em trabalhar, não pensam em lazer, só pensam em trabalhar.”

Ao analisar as repostas deste questionamento é possível verificar que dentre os entrevistados analisados mais da metade descreve a realização de atividades de lazer com seus familiares e amigos. Os casos que informaram não realizar apontam um motivo em suas respostas. Em todas as repostas estão presentes elementos sobre a convivência familiar, mediada pela temática do lazer, mesmo nos usuários que não realizam atividades de lazer com seus familiares.

Aqueles usuários que realizam atividades de lazer com seus familiares apontam que estas vivências aproximam os mesmos e auxiliam no desenvolvimento de atividades conjuntamente. Nesta relação, a prática de lazer está associada a motivação dos sujeitos para se envolverem nestas atividades. As respostas dos usuários descrevem que a realização das atividades de lazer com seus familiares contribuem para a aproximação e para uma melhora na relação familiar. Nos relatos, a falta de motivação, muitas vezes associada a questões vinculadas com o transtorno mental é um fator que interfere no acesso ao lazer. Estas descrições, como visto na revisão da literatura, apontam para associações presentes na relação entre o lazer e a saúde mental.

A pergunta seguinte questionou como o entrevistado se sente ao realizar ou se envolver em atividades de lazer. Em todas as respostas as sensações ou sentimentos descritos são de bem-estar, de prazer e

satisfação. Em C1 ao falar sobre o assunto, além de descrever o bem-estar proporcionado apontou sensações de concentração e prazer na mente:

“É bom porque, se eu to escrevendo, tocando eu entro numa área de concentração, de prazer na minha mente, é muito bacana. O tempo passa e tu não pensa direito nas coisas que incomodam. A música é onde eu extravaso o que passa dentro de mim. Fala de como eu to levando a música e o meu tratamento.[...]”

O relato descreveu que a música desempenha um papel de mecanismo de proteção e forma de expressão dos seus conflitos e sobre seu tratamento. Associa a música a um recurso que o auxilia a falar sobre assuntos que teria dificuldade de comunicar de outra forma. Nos encontros grupais dos quais a pesquisadora participou C1 apresentou algumas das suas composições musicais, cujas temáticas das letras abordava situações relacionadas ao transtorno mental, ao tratamento e o CAPS.

Em C2 o sentimento descrito em relação à atividade de caminhada não foi satisfatório:

“Pra caminhar eu sou meio fraco, meio devagar, mas eu gosto de cinema. Me sinto bem vendo filme. Eu gosto de música. Música é bom pra relaxar, eu boto uma música clássica e fico escutando, aí eu repouso, fecho os olhos. Eu gosto de lê também.”

As sensações de bem-estar descritas neste caso estão associadas as demais atividades apontadas na resposta como ver filme e ler. Em relação às atividades musicais as sensações e sentimentos descritos são de relaxamento e repouso. As respostas demonstram que as atividades de lazer são estratégias utilizadas na busca de sentimentos satisfatórios nas vivências cotidianas.

C3 descreveu sucintamente.

“É bom. É legal.”

C4 evidenciou sentimentos de bem-estar, tranquilidade, conforto e satisfação quando faz coisas que gosta. Reforçou a importância da escolha envolvida na prática de lazer. A livre escolha do lazer é uma das principais características deste fenômeno, que pode produzir sensações prazerosas e tranquilizantes. Estas características aparecem nas respostas dos usuários entrevistados.

“Eu me sinto bem, me sinto tranquilo, à vontade fazendo uma coisa que eu gosto. É uma escolha que eu fiz do que eu queria fazer né. Isso é bom.”

Em C5 novamente esta descrita a sensação de bem-estar. O relato apontou o fato de ocupar a cabeça com algo que causa sensações prazerosas, manter-se ocupado e como consequência isso trazer coisas boas para a pessoa.

“Eu me sinto bem, me sinto alegre. Pelo menos a cabeça fica prestando atenção naquilo, ocupa a cabeça. Me sinto bem quando to ocupado, porque quando to desocupado a cabeça não gira legal. Não não. Daí não pensa legal não. Ocupa a cabeça traz coisas boas.”

C6 também falou de sentir-se bem com as coisas que faz. Em todas as respostas a sensação de bem-estar associada ao lazer esta presente no relato dos entrevistados analisados. Desta forma, a relação entre lazer e saúde mental pode ser denotada nos relatos apresentados.

Ao falar do sentimento envolvido na prática de lazer acompanhado dos familiares, C1 descreveu detalhes de como se sente na convivência familiar e apontou sentimentos diretamente relacionados com o fato de ter um transtorno mental. Esta questão sobre como se sente perante a família em relação as características, sintomas e situações vinculadas ao transtorno mental estão presentes na maioria das respostas de C1. A descrição do sentimento de vergonha por ter um transtorno mental apareceu em mais de uma resposta deste caso. Este sentimento permeia o relacionamento de C1 com seus familiares no que se refere ao tema abordado na pesquisa.

“Depende. Eu tenho um relacionamento muito bom com a minha mãe, e tenho um relacionamento muito bom com o meu irmão. Já se brigamos algumas vezes, mas é bom. De certa forma eles tão me respeitando. Até meu irmão, que eu tinha muita vergonha dele pelo fato de ser homem. Tipo com a minha irmã e minha mãe até não tenho tanta vergonha dessas loucuras, mas com meu irmão eu tenho. Não sei porque, não é que tenha uma rivalidade, mas é o fato de ser homem e eu tenho um pouco de vergonha de mostrar essa fraqueza, sabe. É, e eu tinha muita vergonha.”

Em C2 a descrição de como se sente ao fazer alguma atividade de lazer na companhia de seus amigos a resposta apontou que o lazer, neste caso é um mecanismo de aproximação entre eles. Na resposta de C2 são apontadas características desta relação estabelecida ente ele e os amigos com que mora:

“Me ajuda a me aproximar. Eles são muito legais. São muito gente boa. O J. é mais sério. O C. irmão dele é mais brincalhão, mais engraçado. Hoje em dia não é fácil achar pessoas pra dividir. E eu arranjei duas pessoas legais, é muito bom.”

Em C3 a descrição do sentimento proporcionado pelo lazer realizado em família falou de bem-estar, de ver a família feliz, da união proporcionada e do sentimento de alegria. C4 também descreveu sentimentos de aproximação com os seus familiares ao estarem envolvidos conjuntamente em atividades de lazer. Descreveu que ajuda a conversar com seus familiares, contribuindo na aproximação interpessoal. Falou ainda, que jogar vídeo game com o irmão ajuda a aproximá-los. Na mesma resposta o entrevistado criticou a falta de tempo da sua mãe de estar junto da família nas atividades de lazer. Esta crítica aponta conteúdos da qualidade da convivência familiar, permeada pela temática do lazer.

“Ajuda a me aproximar dos meus familiares. Não muito, né. Porque daí a minha mãe não tem tempo de ficar ali com nós né, assistindo TV né, ta sempre fazendo alguma coisa. Mas a minha mulher ajuda né porque nós fica junto. Ajuda a gente a conversar. Aproxima. Faz eu me aproxima da minha esposa, dos outros não. O vídeo game faz eu me aproxima do meu irmão T. a gente joga junto, faz campeonato. Gosto de jogar futebol.”

Sobre este questão em C5 o assunto não foi abordado. Já C6 descreveu não lembrar de nenhuma atividade de lazer que tenha realizado com seus familiares, reforçando a resposta da questão que abordou sobre quais atividades de lazer fazia com a família e o mesmo informou que seus familiares só pensam em trabalhar e não fazem nenhuma atividade de lazer conjuntamente.

Aqueles entrevistados que descreveram realizar atividades de lazer com seus familiares ou amigos, no caso de C2, relataram características sobre a qualidade da convivência familiar com enfoque na atividade lazer como uma ferramenta de convivência e aproximação familiar. Esta característica em comum apareceu nas respostas daqueles entrevistados analisados que praticam alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares ou amigos, que são os casos C1, C2, C3 e C4.

No questionamento seguinte foram abordadas as contribuições do lazer para sua vida e seu bem-estar. C1 descreveu de forma aprofundada a contribuição que tocar violão e compor músicas traz para a sua vida

em geral, como uma forma de expressar seus sentimentos e conflito e como estratégia de convivência com questões relacionadas ao seu transtorno mental, como uma forma de lidar com seus problemas. Na resposta de C1 o mesmo relacionou o fato de ter voltado a tocar violão e a compor músicas com o momento que passou a freqüentar o CAPS II e fazer seu tratamento. Relatou que foi neste processo que voltou a tocar e compor e usar estas atividades de lazer como uma forma de expressar seus sentimentos, conflitos e questionamentos. No seu relato descreveu que se sente bem ao fazer isso.

“Logo assim ó, logo que eu cheguei aqui eu já tinha parado bem dizer assim de tocar violão. Tocava só um pouquinho em casa e tal , já fazia três anos e eu não fazia mais muitas músicas. Tava em outra vibe da minha vida, tava em outra vibe. E depois que eu vim pra cá, conversando, conversando, conversando, depois de muito tempo eu acabei falando ah eu toco violão, não sei o que é tal. E eu gosto de fazer umas música, eu tava começando a fazer de novo e tava numa fase eufórica, acho que eu tinha tomado fluoxetina porque eu tinha depressão e eu piorei e daí eu comecei a voltar a fazer música de novo. Eu tava gostando, daí eu trouxe algumas, mostrei pra X, a X gostou e aquilo foi me ajudando assim sabe. Daí eu descobri de novo uma coisa que me faz bem. Assim o universo que eu to vivendo agora meio doido, né ente aspas. Esses novos sentimento que eu to sentindo, essa loucura toda, rende bastante coisa, rende uma letras boas, que eu componho. Eu gosto mais de compor. Uma sensação boa, pra lidar com os problemas de outro jeito.”

Em C2 a descrição apontou que o envolvimento com as atividades de lazer contribuíram para que o mesmo conviva com características e peculiaridades relacionadas ao seu transtorno mental.

“Quando eu to fazendo essas coisas eu me esqueço da doença um pouco. Eu era mais irritado, agora eu não sou mais assim. Antigamente eu não podia ficar sozinho em casa, eu tinha assim um medo de ficar sozinho. Aí eu comecei a tomar os remédio, freqüentar o CAPS e hoje eu já fico sozinho. Eu não tinha a chave da casa porque os meus colegas não davam porque não tinham segurança. Hoje em dia eu tenho a minha chave pra entrar e sair no

meu bolso. Eu tenho autonomia, eu consigo fazer as coisas. Antigamente eu era muito ocioso, ficava muito introspectivo, muito ocioso. Não fazia nada né. Depois que eu comecei a fazer as coisas eu comecei a ser mais participativo, a conversar mais né, perder um pouco a timidez. ”

No seu relato há a descrição de uma importante relação entre o início do tratamento e as mudanças no seu estilo de vida e relação com seus amigos. Na fala de C2 aparecem elementos que relacionam as atividades de lazer que o mesmo faz na companhia dos seus amigos, como ir ao cinema, a restaurantes e ao shopping com seus amigos com mudanças positivas e satisfatórias no seu estilo de vida e relações sociais. Estas atividades, no seu relato, estão relacionadas a uma conquista de autonomia.

A autonomia dos usuários é um conceito constantemente discutido nos serviços de atenção psicossocial após a aprovação de Lei nº 10.2016/2001. A construção de uma nova relação com a saúde mental pressupõe que a autonomia dos usuários seja valorizada da forma ampliada. O sujeito só é capaz de construir uma identidade cidadã se tiver condições de vivenciar seus direitos.

Na descrição de C2, em vários momentos, há uma relação no seu discurso entre seu tratamento, a convivência com os amigos que mora, as atividades de lazer que realiza e os sentimentos envolvidos nestas relações. Nas respostas o mesmo enfocou questões quanto ao seu exercício de cidadania, direitos, política e outros assuntos que se interessa. Nas suas respostas há uma relação entre a melhora de algumas características, como a timidez, e outras relacionadas aos sintomas do seu transtorno, que prejudicavam e até impediam a sua interação social e o exercício da sua autonomia por meio do seu tratamento no CAPS II e das atividades de lazer que realiza.

C3 aponta como contribuições a união de sua família e nesta relação a possibilidade do exercício da liberdade por meio da aproximação entre os familiares e a possibilidade de por meio desta aproximação se falar o que sente. O enfoque da sua resposta apontou para a aproximação entre as pessoas da família como a principal contribuição.

“A união da família, a liberdade com os familiares. De pode falar o que sente, né. Não de mentir. Me aproxima dos meus familiares.”

C4 verbalizou o sentimento de bem-estar como contribuição, enquanto C5, na mesma linha respondeu:

“Lazer é importante. Ajuda a gente a se sentir bem.”

Em C6 a contribuição do lazer foi apontada como forma de ocupação da mente. Na resposta do entrevistado o lazer está vinculado a uma ocupação com coisas que contribuem para o bem-estar, que ajuda na relação com a qualidade dos pensamentos. Há uma relação entre lazer como mecanismo de proteção da saúde mental presente nesta resposta.

“É importante porque a mente fica ocupada com coisas que tu te sente bem. Me ajuda a não ficar só pensando nas coisas ruins, né. Quando to fazendo algum lazer eu consigo isso, não pensa nas coisas ruins.”

Na questão que perguntou sobre as contribuições das atividades de lazer na relação com os familiares. Em C1 a resposta descreveu peculiaridades da relação do entrevistado com seu irmão. Na resposta do mesmo foram abordadas algumas temáticas sobre seu tratamento, sobre o sentimento em relação ao irmão e sobre os benefícios dos encontros entre os mesmos, apontando como uma atividade de lazer contribui na relação estabelecida.

“Eu não converso sobre os assuntos das minhas loucuras com ele, meu irmão, a gente brinca, sobre várias coisas e tal. Ele sabe eu to tomando remédio. Tipo assim, Não é que eu tomo remédio, eu tomo 11 comprimidos por dia e eu tomo tudo de uma vez a noite. É muita coisa, mas o tempo vai passando e tu vai se acostumando com aquela situação, sabe. Daí tipo agora eu to lá sem trampá e tal, daí ele vai lá onde que eu to morando. Lá eu fico sozinho até o final de semana, e ele aparece final de semana. As vezes some o final de semana todo. Mas ele se preocupa, ele pergunta se eu to com fome. Seu tenho grana pra compra isso, sem me deixar constrangido. De uns tempos pra cá ele começou a cuidar melhor de mim. Eu me sinto mais próximo, não sinto tanta vergonha.”

Em comum nas respostas a melhora na comunicação ou na interação social apareceu como uma contribuição do lazer associada a relação com os familiares. Outros fatores relacionados a sentimentos de alegria, de diversão e de superação de conflitos foram oportunizados pelas vivências de lazer ocorridas entre os usuários e seus familiares. As respostas dos usuários entrevistados retomam apontamentos sobre o tema discutidos na revisão da literatura. O lazer, vivenciado como uma prática social, que fortalece a livre escolha e desta forma o exercício da

autonomia pode contribuir na sociabilidade, na interação social das pessoas.

C2 verbalizou novamente a melhora na sua interação social proporcionada pelo lazer e a convivência com os amigos.

“Me ajudaram a conversar mais com os outros, vencer a timidez. Ser mais participativo né. A ter mais uma troca. Eu antes ficava mais isolado.[...]”

Na continuidade da resposta C2 descreveu dificuldades de interação social que enfrentou na vida escolar, o início do aparecimento dos sintomas do seu transtorno mental, fatos marcantes da sua história, que influenciaram na sua trajetória de vida, como a morte do pai e as internações psiquiátricas da sua mãe. No relato descreveu também as suas internações psiquiátricas.

C3 informou que as atividades de lazer contribuem para reunir a família e facilitar a aproximação entre eles. Descreveu sentimentos de aproximação e união.

“Eles adoram se reunir pra dançar e brincar. Aproxima a gente. Ajuda a se sentir melhor. Faz a família toda fica reunida, tu tem mais amizade dos teus filhos, porque eles não te olham só como uma mãe, eles te olham como melhor amiga. Daí a gente sempre tem conversas, a gente deixa tudo muito liberal, entendeu. Pra eles não te que esconde nada de mim. Daí isso mostra mais união da família.”

C4 verbalizou que a contribuição está relacionada à convivência familiar.

“É bom pra convivência.”

Nos demais casos C5 e C5 não foi possível analisar este item, pois não foi abordado durante a entrevista, uma vez que ambos verbalizaram que não realizam atividades de lazer com os familiares.

Os demais itens questionados direcionavam o final da entrevistas e abordaram qual a atividade de lazer que o entrevistado mais gosta e se houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar atividades de lazer. Para estes questionamentos as respostas variaram de acordo com o estilo de vida de casa usuário entrevistado.

C1, na sua resposta descreveu algumas atividades já mencionadas em repostas anteriores como as atividades de lazer que mais gosta. Dentre elas estão às relacionadas com a música, como tocar violão e compor músicas. Outra atividade que elegeram como a que mais gosta está assistir filme, complementada em sua descrição como uma companhia e um divertimento. Em relação à mudança em seu estilo de vida abordou a melhora na relação com seu irmão, que frequenta a sua casa. Neste caso

há uma associação com a aproximação e sociabilidade com os familiares apontada como uma mudança no estilo de vida.

Na resposta de C2 aos itens informados como atividade de lazer que mais gosta apontou a prática de exercícios físicos na academia. Em comum à resposta de C1, C2 também descreveu que gosta de ver filmes, de ir ao cinema. Descreveu-se como um cinéfilo e apontou a frequência com que se envolve nesta atividade de lazer que esta incorporada na sua rotina.

“Eu gosto mais de academia e cinema. Só cinéfilo, gosto muito de filme. Filme eu gosto, gosto de filme de ficção e suspense, de terror, aventura. No cinema eu vò duas vezes ao mês. Já fui o mês passado, agora eu vò esse mês agora.”

Ao falar sobre a mudança no seu estilo de vida trouxe importantes melhorias no seu autocuidado, na autoestima e melhorias na sua autonomia. Na resposta apareceu uma ligação entre as atividades de lazer e uma melhora em vários aspectos do seu estilo de vida associação a uma forma de superação e convívio com o transtorno mental.

“Antigamente eu era mais descuidado, não me arrumava tanto né. Hoje em dia eu sou mais cuidadoso, me arrumo legal e faço a barba e corto o cabelo e gosto mais de cuida a casa também. Eu cuida a casa, faço trabalho em casa, lavo louça, levo o lixo pra baixo. Quem cozinha é o J. e o C. Eu tenho uma vida boa. Se não fosse a doença eu teria muito mais coisa. Teria estudo né, só que se eu não tivesse perdido meu pai também. Depois perdi minha mãe também em dois mil e onze. Primeiro meu pai em oitenta e dois depois minha mãe em dois mil e onze. Hoje além do tratamento e das coisas que eu faço eu melhorei bastante. Não brigo mais com o vizinho, não bato janela, não falo sozinho. Não sou mais agitado, não bato mais porta. Eu ando por aí, vou em qualquer loja, vou em qualquer lugar. Eu saio, vou fazer as voltas. Agora na academia eu vou todo dia de segunda a sexta. Eu faço bicicleta, faço peso, exercício com a perna, tórax e braço. É pra saúde. Os médicos mandaram, que era bom fazer. Eu passei por um cardiologista. Eu comecei essa semana, eu gosto. Me ajuda a lidar com a timidez um pouco.”

A resposta acima, relacionada a temática discutida no estudo demonstra que a Reforma Psiquiátrica se consolida a cada experiência

de superação de uma relações de opressão. Muitas situações descritas nas respostas demonstram que os usuários do CAPS II mentem seus vínculos familiares e sociais e que esta forma de tratamento contribui para a melhora da qualidade das suas vidas. Esta forma de relação social com o transtorno mental permite que os sujeitos possam incluir vivências de lazer individuais ou compartilhadas nas suas vivências cotidianas.

Em suas respostas, C3 relacionou a realização das atividades de lazer ao seu estado de ânimo, descreveu, que quando está mais desanimada realiza menos atividades de lazer. Quando relata as atividades de lazer que mais gosta, informou que a única que não deixa nunca de fazer é ler, pois justificou que ajuda positivamente em seu estado de saúde mental. Complementou sua reposta descrevendo que gosta de fazer também churrasco e escutar música com sua família. Esta atividade de lazer, segundo a mesma, contribui de forma positiva na convivência familiar. Ao responder sobre a mudança no seu estilo de vida enfocou novamente a influencia que o lazer produz no seu estado de ânimo, deixando-a mais animada e conseqüentemente contribuindo no seu relacionamento familiar.

Como visto na revisão da literatura, a associação presente entre a saúde e o lazer corrobora com o relato da usuária. Na resposta de C3 há uma inter-relação entre as atividades de lazer que realiza e sua saúde mental.

“Eu comecei a ter mais animação pra fazer as coisas, fiquei mais animada.”

C4 verbalizou que as atividades de lazer que mais gosta estão relacionadas ao futebol, jogar vídeo game e jogar bola. Nas suas respostas acerca das atividades de lazer, relacionou a prática das mesmas a seu estado de ânimo. Na resposta ao item sobre as atividades de lazer que mais gosta novamente fala sobre jogar bola e sobre o fato de ter parado de jogar. Informou que joga desde pequeno e tem vontade de voltar a jogar, pois descreve ao longo da entrevista que é uma atividade que lhe proporciona bem-estar, que realiza na companhia de um dos seus irmãos. Na resposta da mudança no seu estilo de vida sua resposta é direcionada as atividades que realiza no CAPS e as mudanças em seu estilo de vida.

“Ajudou um pouco pra mim porque eu aprendo bastante coisa, né. O que eu aprendo no CAPS e com as outras pessoas me ajuda com a minha mulher. Eu ensino ela. Aprendi a me abrir mais com as pessoas.”

A resposta de C5 sobre as atividades de lazer que mais gosta verbalizou que é ir na praça e em barzinhos, reforçando o conteúdo apresentado nas respostas anteriores sobre as atividades que realiza. Quanto à mudança no seu estilo de vida apontou aspectos relacionados com distração, ocupação e sociabilidade.

“Me ajuda a me distrair a cabeça. Pra pensar outras coisas, e não ficar sozinho. Porque quando eu vô no barzinho eu jogo sinuca e converso com outras pessoas, sobre outras coisas.”

C6 relatou que a atividade de lazer que mais gosta é escutar música e como mudança no estilo de vida ao realizara as atividades de lazer informou que se sente melhor, que melhora os seus pensamentos.

“Sim, eu me sinto melhor. Meus pensamentos ficam melhores.”

Para finalizar a entrevista foi questionado se o entrevistado gostaria de comentar algo sobre o assunto que não foi perguntado. Entre os entrevistados analisados metade deles respondeu a este questionamento complementando com algo que já haviam respondido anteriormente em outras perguntas. C1 falou novamente sobre o gosto por assistir filmes e os tipos de filme que gosta de assistir.

“Não sei, eu vejo muito filme né, vejo bastante filme relacionado a psicologia, vejo bastante, de psicopata, de suspense. E de vez em quando uma comédia pra dar uma quebrada e filme brasileiro, adoro filme brasileiro. É isso, espero ter ajudado.”

A resposta de C2 descreveu contribuições da participação no CAPS para a sua vida e sua sociabilidade.

“Hoje em dia eu faço muita amizade, muita amizade aqui no grupo, com os outros pacientes. Os que já tiveram alta e os que tão vindo aqui ainda, né.”

A resposta de C3 falou sobre a influência do lazer na sua convivência familiar e na sua saúde mental.

“Quando eu não faço bagunça as crianças sentem falta. Quando eles vêm eu quieta em casa eles não se animam. Porque sempre quando eu to bem a gente aumenta o som da TV, a gente faz, a gente brinca, a gente ri, a gente faz coisa engraçada e daí quando eu não to bem fico trancada em casa vendo TV e eles ficam triste. Eles me pedem pra fazê bagunça, pedem, pedem pra ir pra pracinha com eles.”

Os demais entrevistados analisados (C4, C5 e C6) não quiseram comentar mais nada, finalizando a entrevista individual.

A descrição a seguir abordará os temas principais tratados nos encontros grupais dos quais a pesquisadora participou. Os mesmos ocorreram entre os meses de maio e junho do ano de 2016. Os grupos dos quais a pesquisadora participou foram coordenados pelos profissionais de Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social, que compõem a equipe multiprofissional do CAPS II de São José. Os grupos foram dirigidos à usuários do CAPS e a seus familiares. A descrição dos encontros, dia, tempo de duração, dos presentes e assuntos abordados estão registrados no diário de campo, apêndice 3.

Os principais temas em comum discutidos nos encontros grupais, sem distinção entre usuários e seus familiares, foram referentes às temáticas que relacionam a convivência familiar, sintomas relacionados aos transtornos mentais, o tratamento no CAPS II e formas de conviver com estas questões. Nos encontros dos grupos de usuários assuntos diversos foram tratados, incluindo temas de saúde mental, tratamento, convivência familiar, direitos e deveres dos usuários, cidadania, lazer, saúde e outros. Nestes encontros foram propostas atividades de discussão sobre diferentes temáticas e foram realizadas atividades com música, vídeo, dinâmicas, letras de músicas e outras registradas no diário de campo.

Nestes encontros muitos usuários verbalizaram situações cotidianas e compartilharam dificuldades de enfrentamento de determinadas situações das suas vidas. Diante destas situações os demais usuários presentes eram convidados a contribuir com uma estratégia de enfrentamento, sobre a situação que estava sendo discutida. Esta forma de se relacionar permitiu o exercício do altruísmo nos encontros, da capacidade de se colocar no lugar do outro. E ainda, forma relatados nos encontros o desenvolvimento da sociabilidade por meio da relação estabelecida tanto no CAPS II, quanto na convivência com seus familiares ou amigos com quem moram. Nestas situações foram descritos sentimentos de pertencimento, de capacidade de aprender por meio da experiência relatada por outros usuários, o desenvolvimento do sentimento de amizade e de acolhimento.

Nos encontros de familiares também foram abordadas temáticas relacionadas com a convivência familiar, com as tarefas do cotidiano, o envolvimento dos demais membros da família com o familiar usuário do CAPS II. O tratamento no CAPS II foi um assunto discutido nos dois encontros de familiares. Nestes encontros foram debatidas ainda, a importância do tratamento no CAPS II para a melhora dos sintomas do

seu familiar e a importância do apoio para os demais familiares. O enfoque maior foi dado a necessidade de saberem conviver com características relacionadas ao tratamento e ao transtorno mental. Os familiares verbalizaram sentimentos de acolhimento, apoio e pertencimento em relação ao papel do grupo Encontro de Familiares.

A análise das respostas as temáticas propostas na pesquisa apontam que as novas diretrizes sociais resultantes de lutas de movimentos sociais, sendo o enfoque da pesquisa o Movimento pela Reforma Psiquiátrica permitem arranjos de convivência nas quais diversos aspectos da vida e da cidadania precisam ser fortalecidos. O estudo buscou estender um olhar acerca do fenômeno do lazer nesta perspectiva de saúde mental e atenção psicossocial, privilegiando o cuidado e a atenção da saúde por meio da manutenção dos vínculos familiares, comunitários e sociais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresentada buscou compreender a relação estabelecida entre o lazer, a convivência familiar e a saúde mental. A compreensão do lazer, enquanto fenômeno complexo que pode promover o fortalecimento de laços sociais e pode ser um meio de busca de bem-estar. Ao abordar a temática buscou-se compreender de que forma as atividades de lazer contribuem para a melhoria de aspectos da saúde mental de usuários do CAPS II, de São José - SC.

As abordagens em saúde mental que privilegiam a manutenção dos vínculos familiares precisam ser fortalecidas por meio de estratégias que promovam a aproximação entre as pessoas, desenvolvendo a sociabilidade. O lazer, sem restrição de atividade, pode ser um instrumento de promoção da sociabilidade e está disponível em todos os territórios. As atividades de lazer podem ser incorporadas no cotidiano e, corroborando com as respostas apresentadas nos casos analisados, promovem inúmeras sensações prazerosas, de bem-estar, que interferem na qualidade da vida dos pensamentos.

Ao considerar as transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, para além das mudanças nos dispositivos que compreendem o cuidado em saúde mental, houve uma ruptura de um paradigma em relação à inserção social das pessoas com transtorno mental. Desde a implantação de dispositivos que garantem a atenção psicossocial, outras garantias puderam ser conquistadas por meio de abordagens que privilegiam a convivência familiar e comunitária.

No avanço do debate das temáticas transversais à saúde mental a proposta pelo fortalecimento do exercício da cidadania dos usuários de serviços de saúde mental precisa alcançar avanços mais abrangentes. Ainda assim, desde a implantação da Lei nº 10.216 muitas transformações na atenção e cuidado são vivenciados nos serviços. O tratamento oferecido no CAPS II, onde foi realizada a pesquisa se propõe a trabalhar com os usuários e seus familiares temáticas diversificadas sobre todos os aspectos da vida que envolvem as pessoas em tratamento.

Na ampliação da conquista dos direitos das pessoas com transtornos mentais a área específica do lazer ainda é pouco explorada nos estudos acadêmicos. Estudos abordam os benefícios da terapia ocupacional no tratamento dos indivíduos com transtorno mental. No Brasil, esta área passou a ter mais visibilidade por meio das propostas da psiquiatra Nise da Silveira, que passou a introduzir a arte e a pintura no

tratamento de pacientes internados. A área específica do lazer, articulada com diversos temas relacionados à saúde mental e atenção psicossocial apresenta-se como um campo a ser explorado (SILVEIRA, 1992).

A articulação entre o tratamento, convivência familiar e lazer foi abordado neste estudo buscando confirmar o pressuposto de que as atividades de lazer realizadas entre os usuários e seus familiares podem contribuir na aproximação desta relação e na conquista de um estado de bem-estar subjetivo, servindo como um recurso terapêutico, que pode ser encontrado em todos os territórios.

A concepção de lazer utilizada no estudo pautou-se na compreensão subjetiva de que o fato de “estar em lazer” depende de características individuais atribuídas à compreensão deste fenômeno. Algumas características básicas relacionadas ao lazer como o desejo, a liberdade e a autonomia na escolha das atividades de lazer foram considerados neste estudo. O conceito de lazer utilizado considerou que as experiências de lazer podem ocorrer a qualquer tempo e espaço e acontecerem por meio de diversas e distintas atividades. O fenômeno do lazer envolve uma complexidade de experiências que podem estimular as práticas sociais, expandindo a convivência entre as pessoas.

Nos tempos atuais a promoção dos direitos dos cidadãos tem fortalecido lutas por conquistas de melhorias de aspectos relacionados à saúde por meio da prática de atividades cotidianas. Neste sentido, o lazer e suas implicações enquanto cultura vivenciada sob a forma de atividades, relações e vivências pode contribuir para o desenvolvimento pessoal e social.

Nas respostas analisadas é possível identificar que os familiares e amigos são uma rede de apoio que contribuem no processo terapêutico dos usuários do CAPS II de São José que participaram do estudo. E ainda, que as atividades terapêuticas realizadas no CAPS II são apontadas como importantes no tratamento e na melhora dos sintomas relacionados com o transtorno mental.

Nas respostas ainda é possível verificar uma influência do humor no envolvimento com as atividades de lazer. Alguns usuários em suas respostas associam o seu estado de ânimo e motivação como um fator importante que interfere na prática do lazer. O lazer é considerado um aspecto importante na vida dos usuários entrevistados, tanto no seu desenvolvimento individual, quanto na relação com os seus familiares, nos casos em que esta condição se aplica.

Em relação à participação dos familiares no Grupo Encontro de Família a descrição do sentimento de apoio é descrita como um fator importante na relação com o familiar usuário do CAPS II. O

compartilhamento de experiência é descrito como um fator que contribui para o convívio entre usuários e seus familiares.

O lazer na contemporaneidade está associado a um estilo de vida que compreende a inclusão de atividades de escolha pessoal permeada por práticas culturais. O lazer é descrito na pesquisa como um fator de proteção da saúde mental para os usuários do CAPS II que responderam ao estudo. Um aspecto relevante descrito nas respostas em relação ao lazer é a livre escolha pelo envolvimento em uma atividade que gera satisfação.

Em todos os casos apresentados a sensação de bem-estar associada ao lazer está presente no relato dos entrevistados. Os benefícios relatados em relação as práticas de lazer associadas à saúde mental apontam para o desenvolvimento da autonomia e de importantes aspectos relacionados ao tratamento, direitos e cidadania dos usuários e familiares.

Nas respostas apresentadas às questões norteadoras do estudo há uma relação descrita entre os sintomas de sofrimento psíquico e o isolamento social. Os usuários fazem uma importante relação da melhora dos seus sintomas após o início do tratamento e como mudança no estilo de vida uma conquista de autonomia em várias áreas das suas vidas.

Em relação ao envolvimento com as atividades de lazer foi descrito por todos os usuários entrevistados os benefícios que o envolvimento com o lazer trouxe para sua vida e para a relação com seus familiares e amigos. Uma mudança apontada por todos os entrevistados analisados se refere a uma melhora significativa em diversos aspectos relacionados à interação social. Esta associação esta presente tanto na relação com o tratamento no CAPS II, quanto com a prática de atividades de lazer.

Partindo da compreensão que o acesso ao lazer pode estar disponível, é um direito social e pode ser um fator de proteção da saúde mental é um aspecto a ser desenvolvido e potencializado na relação dos indivíduos buscando a promoção da saúde mental. Sendo assim, o estudo buscou compreender no âmbito da saúde mental, qual a importância conferida às atividades de lazer realizadas por um grupo de usuários do CAPS II de São José-SC, na participação com os familiares deste grupo. Todos os usuários entrevistados descreveram uma melhora no relacionamento interpessoal e na interação social ao se envolverem com o lazer.

É possível, a partir do estudo, compreender a influência do lazer no estilo de vida, nas relações interpessoais e na efetiva busca da sensação de bem-estar, almejada pelas pessoas nas diferentes relações do seu cotidiano. O lazer é um fenômeno complexo com importante influência na relação com a saúde mental, uma vez que pode contribuir para a busca de satisfação e bem-estar subjetivo.

Sendo assim, a relação do lazer com a saúde mental, por meio da utilização do tempo livre no envolvimento com interesses, atividades e relações que influenciam na qualidade de vida dos sujeitos pode ser um elemento fortalecedor da sua autonomia. O sujeito existe e se constitui como cidadão se sua autonomia for preservada.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In: Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 11, vol. 3, jul-set, 1995-a, p. 491-494.
- AMARANTE, P. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: _____ (Coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995-b, p. 51-86.
- AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____ (Coord.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-66.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.
- BACHELADENSKI, M.; MATIELLO JUNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 15, (5) Ago, p. 2569-2579, 2010.
- BAKHTIN, M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: _____ (Coord.) A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. In: Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-133.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs). Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.
- BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72

BORGES, R. F.; LUZIO, C. A. Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. Revista de Psicologia da UNESP. São Paulo: V.9 (1), 2010, p. 14-23.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 141-168.

DRUMMOND, A. de F.; COSTA, C. T. Formação profissional em terapia ocupacional e suas interfaces com o lazer. In: ISAYAMA, H. F. (Org.) Lazer em estudo: currículo e formação profissional. Campinas, SP: Papyrus, 2010. p. 185-203.

DUMAZEDIER, J. Lazer e Cultura Popular. São Paulo: Perspectiva, 2008.

DUMAZEDIER, J. Sociologia Empírica do Lazer. São Paulo: Perspectiva, 2002.

DUMAZEDIER, J. Valores e conteúdos culturais do lazer. São Paulo: SESC, 1980.

FRANÇA, T.L. A construção do saber na formação do profissional em lazer. In: ISAYAMA, H. F. (Org.) Lazer em estudo: currículo e formação profissional. Campinas, SP: Papyrus, 2010, p. 103-126.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GUTIERREZ, G.L. Lazer e Prazer: questões metodológicas e alternativas políticas. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

ISAYAMA, H. F. Formação profissional no âmbito do lazer: desafios e perspectivas. In: ISAYAMA, H. F.(Org.) Lazer em estudo: currículo e formação profissional. Campinas: Papyrus, 2010, p. 9-25.

JACOBI, P. Movimentos Sociais e Políticas Públicas. São Paulo: Cortez, 1989.

LUCHESE, R; OLIVEIRA, A.; CONCINI, M.; MARCON, S. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasse da trajetória necessária. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, V.25 (9), set, 2009. p. 2033-2042.

MAFESSOLI, M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

MARCELLINO, N. C. Estudos do lazer: uma introdução, Campinas, SP: Papyrus, 2000.

MARCELLINO, N. C. Lazer e Humanização. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

MARCELLINO, N. C. Lazer e Educação. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

MARCELLINO, N. C. Lazer e Cultura, Algumas Aproximações. In: MARCELLINO, N. C. (Org). Lazer e Cultura. Campinas, SP: Alínea, 2007, p. 9-30.

MATEUS, M. D. ; MARI, J.J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: MATEUS, M.D. (Org). Políticas de saúde mental, baseado no curso: políticas públicas de saúde mental do CAPS

Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013, p. 20-43.

MELMAN, J. Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELO, V. A.; ALVES JUNIOR, E.D. Introdução ao lazer. Barueri, SP: Manole, 2003.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n.1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S. Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n.3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em 25/06/2016.

OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. Saúde em Debate, V. 35, n.91, out/dez. Rio de Janeiro, 2011 p. 587-596.

ORLANDI, E.P. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2003.

PEREIRA, I. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E.(Org.) Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002. p. 217-262.

PERES, F.F. Contribuições das ciências sociais ao estudo do lazer. In: MELO, V.A. (Org.) Lazer: olhares multidisciplinares. Campinas, SP: Alínea, 2010. p. 161-178.

PIMENTEL, F. A.; C.C., VILLARES; MATEUS, M.D. Estratégias de combate ao estigma na saúde mental. In: MATEUS, M.D. (Org.) Políticas de saúde mental, baseado no curso: políticas públicas de saúde

mental do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013, p. 306-321.

PINTO, L.M.S.M. Lazer e estilos de vida: reflexão e debate na perspectiva da virada da contemporaneidade. In: BURGOS, M.S.; PINTO, L.M.S.M. (Orgs.) Lazer e estilo de vida. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2002, p. 9-26.

PITIÁ, A. C. Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica. São Paulo: Vetor, 2005.

PITTA, A. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: _____ (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001.

PONDE, M.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. Rev. Cienc. Med.12 (2), p 163-172 abr/jun, Campinas, SP: 2003.

ROSA, L.C.S. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.11, (1)8, dez. 2005, p. 205-218.

ROTELLI, F.. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) Desinstitucionalização. São Paulo, Hucitec, 2001, p. 17-59.

SANT'ANNA, D.B. O prazer justificado: história e lazer. São Paulo: Marco Zero, 1994.

SILVEIRA, N. O mundo das imagens. São Paulo: Ática, 1992.

SILVEIRA, D.T; CÓRDOVA, F.P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. (Orgs). Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2009. p. 31-42.

SOARES, C. SABOIA, A. L. Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2007

SOUZA, R. C. Produção de sentidos por profissionais da saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos. (Tese) Ribeirão Preto,SP: USP, 2004.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

STOPPA, E. A. Associativismo, sociabilidade e lazer. In: MARCELLINO, N. C. (Org). Lazer e Cultura. Campinas, SP: Alínea, 2007, p.119-134.

TELLES, V.da S. Movimentos Sociais: reflexões sobre a experiência dos anos 70. In: WARREN, I.; KRISCHKE, P. (Orgs.) Uma revolução no cotidiano: novos movimentos sociais na América Latina. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 54-85.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista Saúde Pública. Campinas, V.39 (3), p.507-514, 2005.

VASCONCELOS, E M. Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

VILLARES, C. C.; PIMENTEL, F.A.; ORSI, J.A.; ASSIS, J.C. Associações de Usuários e familiares e estratégias para a defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, M. D. (Org.) Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 76-92.

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

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafios na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**
(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **“SAÚDE MENTAL E LAZER: VIVÊNCIAS A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CAPS”**, que será realizada no CAPS II – São José/SC.

Pesquisador responsável: Daniela Motink Agostini

Orientador da pesquisa: Prof. Dr. Ricardo Ricci Uvinha

As explicações do pesquisador sobre a pesquisa estão descritas abaixo:

1 - Objetivos da pesquisa: O objetivo da pesquisa será identificar as atividades de lazer desenvolvidas entre usuários do CAPS II de São José/SC e seus familiares e as sensações proporcionadas ao realizarem estas atividades.

2 - Justificativa da pesquisa: A pesquisa buscará compreender as relações estabelecidas entre as atividades de lazer, como um recurso de busca de bem-estar, uma possível estratégia de aproximação social e superação de conflitos entre usuários e familiares. Buscará compreender essa relação, e propor estratégias possíveis de utilização de atividades de lazer como meio de busca de sensação de bem-estar, um sentimento cada vez mais almejado nos tempos atuais. A compreensão de lazer utilizada na pesquisa buscará entender o significado dado ao fenômeno na relação estabelecida entre usuários e seus familiares, dentro de um processo terapêutico e sua relação com a saúde mental.

3 – Procedimentos de coleta de informações: Se você concordar em fazer parte desta pesquisa você será convidado a participar de uma entrevista. A entrevista tratará de temas relacionados com as

atividades de lazer que você desenvolve, e aquelas que contam com a participação de seus familiares. Será abordado também como você se sente ao realizar estas atividades. Um dos instrumentos para coleta de dados desta pesquisa será uma entrevista semi-estruturada, que será gravada, transcrita, analisada, e a publicação de materiais escritos ocorrerão apenas em meio acadêmico, sem fins comerciais. A sua participação nesta pesquisa consiste em responder as perguntas contidas na entrevista.

4 - Local da coleta: CAPS II de São José/SC – São José – SC.

5 – Riscos: Durante a pesquisa você poderá sentir algum desconforto, como timidez, angústia, ansiedade e constrangimento, ao expor sua opinião ao pesquisador. O pesquisador tentará evitar qualquer desconforto, mas caso isto ocorra, tende a ser passageiro e o pesquisador estará, a todo o momento, disponível a ajudá-lo com estes sentimentos, inclusive após o término da pesquisa. Você deverá estar ciente que sua participação na entrevista prevê os riscos relacionados a possíveis sensações desconfortáveis, sobretudo ao expor sua opinião e refletir sobre as atividades que você desenvolve, e ainda sobre a participação de seus familiares nestas atividades. Os riscos ao responder a entrevista são mínimos, estão relacionados à possibilidade de você sentir algum desconforto por estar sendo entrevistado e a entrevista estar sendo gravada.

6 - Benefícios: Ao participar da pesquisa você poderá entrar em contato com a temática do lazer e refletir sobre quais sensações são proporcionadas para você ao se envolver com estas atividades. A pesquisa poderá proporcionar reflexões sobre quais atividades você participa na companhia de seus familiares e que relação as mesmas possuem com o seu processo terapêutico. Você poderá também pensar em como você sente ao realizar as atividades de lazer.

7 - Sigilo e anonimato: Ao participar da pesquisa você tem garantido sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa. Você também não será identificado em qualquer publicação que esta pesquisa possa resultar. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento do estudo, mesmo quando os resultados desta pesquisas forem divulgados de qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando for finalizada. A identificação do seu nome ou qualquer material que identifique a sua participação não serão divulgados sem a sua permissão. A fim de garantir seu bem-estar, sua identidade será mantida em sigilo e serão utilizados recursos para garantir a não identificação.

8 - Custos e indenização: Para participar da pesquisa você não terá custos, ou seja, sua participação será gratuita e voluntária. O pesquisador garantirá indenização a qualquer dano decorrente da pesquisa. Você poderá ser ressarcido no caso de eventuais despesas ou gastos decorrentes da pesquisa.

9 - Esclarecimentos: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, mesmo que já tenha concordado em participar, sem qualquer penalização ou prejuízo. É garantida a você a liberdade de não participar ou de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Caso sinta-se de alguma forma prejudicado pelo conteúdo abordado na pesquisa, garantimos o apoio para encaminhamento a cuidados relativos a quaisquer problemas causados por esta participação, bem como orientação sobre seus direitos e encaminhamento para busca de seus direitos legais, de acordo com o caso específico. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, para tratar de questões referentes a esta pesquisa, cujos dados para contato estão listados abaixo. Igualmente, poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, órgão responsável e que aprovou e autorizou a realização dessa pesquisa. Assim, se você tiver interesse e disponibilidade em participar como sujeito desta pesquisa, autorize e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe é apresentado em duas vias, permanecendo uma delas com você.

O pesquisador responsável, que também assina este termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução CNS 466/12.

Eu,

portador da Carteira de Identidade nº _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “SAÚDE MENTAL E LAZER: VIVÊNCIAS A PARTIR DA PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CAPS”, de forma clara e detalhada, assim como esclareci as minhas dúvidas. Estou ciente que poderei solicitar esclarecimento e novas informações a qualquer momento e desistir de participar da pesquisa se assim desejar.

Em caso de dúvidas poderei falar com a pesquisadora Daniela Motink Agostini ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Santa Catarina.

***Daniela Motink Agostini**

Telefone: (48) 91559598 E-mail: danimotiago@hotmail.com,
uvinha@usp.br

***CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina**, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade - Florianópolis/SC, CEP 88040-400, no telefone (48) 3721-6094. - **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes de assinar o termo li e esclareci minhas dúvidas sobre a pesquisa.

São José, ____ de _____ de _____.

Nome e CPF – Participante da Pesquisa/Representante Legal

Daniela Motink Agostini – CPF 961.313.060-87
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE 2

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

C1 - Caso 1

Idade: 29 anos

Data da entrevista: 13/06/2016

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Escolaridade: Ensino Médio Completo, Ensino Superior Incompleto (Biologia)

Naturalidade: São José - SC

Ocupação: “Trabalhei com ar condicionado. Fiz um cursinho de instalador de ar condicionado. Entrei numa empresinha e tava trabalhando lá. Trabalhei também como vendedor, mas não gosto muito não.”

Áreas de interesse:

“Eu gosto de medicina, queria ser cientista. E de música e violão. Gosto de compor.”

Membros da Família: “Minha família são meus pais, eu tenho uma irmã, um irmão e eu. Três. Eu sou o mais novo. O pirado, o ovelha negra.”

Com quem mora: “Então, agora eu tô morando assim meio que sozinho, na casa dos meus pais, é dos meus pais, mas só que meus pais tão morando em outro lugar. Eu não de me dô muito bem com meu pai, meu pai tem problema com álcool e ta ele incomoda um pouco. Daí a X. até que achou melhor que eu ficasse uns dois meses afastado e tal. Eu to lá, lá em Berreiros, minha mãe aparece lá. E de meio-dia as vezes eu vô lá na casa deles almoçar e tal. Eu morava com eles antes.”

Neste momento pesquisadora: É recente essa tua ida morar sozinho? Como está sendo?

“É, e recente. Ta sendo bom porque não tem meu pai me enchendo o saco todo dia, né. Eu andava muito alterado, tipo, há uns dois meses atrás eu fui de novo lá pro IPQ.”

Diagnóstico: IPQ – Transtorno Bipolar

CAPS II – Esquizofrenia Mista

Tempo de frequência no CAPS: Três anos

Sobre a internação: “A primeira vez que fui internado no IPQ, eu tipo briguei no trabalho do meu pai, fui atrás da minha namorada, daí entrei

na prefeitura e pedi pra usar o banheiro. [...] Daí veio um senhor super educado, um tenente e me deixou usar o banheiro. Eu lembro assim de relance. Essa aí foi a minha primeira internação, eu fiquei um mês internado. Eu sabia que eu precisava de um acompanhamento médico porque eu tava cheio de manias. Era terrível, eu não podia falar nada. Hoje eu sou limitado, mas naquela época eu não podia falar nada. Tudo o que eu falava, que eu achasse na minha mente que era ruim, que era preconceituoso, que era mau perante a Deus, que era não sei o que. Eu fazia todo um julgamento. Eu rapidinho tinha que voltar e desfazer aquilo, porque se eu não voltasse pra desfazer aquilo ficava na minha mente. Daí recebi o diagnóstico de Bipolar. Eu tinha muita mania de perfeição, as coisas tinham que ser certinhas demais. Primeiro eu fui pro Instituto São José, depois eu fui pro IPQ. Eu tentei explicar praquela médica da triagem o que eu tava sentindo, o que tava passando na minha mente. Daí ela me disse ahh tu és o verdadeiro bipolar, porque eu tava muito agitado. Eu não sabia o que era bipolar naquela época, eu pensava: o que que era bipolar? Eu pensava que era uma depressão leve. Depois é que eu fui aprender o que realmente era. E assim foi minha primeira internação, vergonhosa. Lógico, a família fica sabendo, né. Pô, eu vim, eu me achava, tipo, eu tava até, eu vinha até produzindo, eu trabalhava, saía, tinha namorada. Mesmo com as paranóias, mesmo que nessa época eu tava cheio de paranóia mesmo, daí tu te vê lá, porra, tu tá lá naquela merda, é uma merda mesmo, ajuda o povo, mas é uma merda, o governo devia olhar melhor aquilo lá, é muito complicado. Daí eu fui a primeira vez, eu fiquei com medo na hora de dormir porque tinha uns loucos mais loucos do que eu. E tinha um que cismou comigo. Eu tinha muito medo de noite, sei lá, e eu fiquei um mês quase lá. O cheiro é terrível, a comida, tem gente que gosta, mas não sei se eu é que sou, eu não gostei. E aquele cheiro, o banheiro que é sujo. Eu cheguei lá tão agitado, tão agitado, que eu não tinha caído na realidade assim. Eu não tinha pensado na vergonha ainda. Depois que caiu a ficha, pra onde tu vai. Foi isso. Eu sai de lá e graças a Deus eu cá aqui. Eu tive duas internações no IPQ, nessa última aí, eu tava morando com eles, há uns dois meses atrás, eu tava morando com eles, e não, foi assim, eu comecei a morar sozinho, por causa do meu pai. Por causa do meu pai eu fui morar com a minha irmã em Biguaçu, daí da minha irmã eu fui morar com eles, daí com eles de novo eu briguei com meu pai e fui morar de novo com a minha irmã e eu briguei de novo com o pai e daí eu fui morar sozinho lá em Barreiros, né. E foi muito atrito. E como eu tava te falando dessa última internação. E meu pai tava enchendo o saco pra caramba, daí eu comecei a escutar vozes, mais que o normal. Vozes

relacionadas com o meu pai. Ai esse filho da puta, não sei o que, não sei o que. A voz dele e a voz de outras pessoas. Daí aquilo começa a te irritar por dentro. Tu só pensa naquilo. E mesmo tu amando teu pai horrores, naquela hora ali que eu tô pirado, assim, sabe, fazer loucura. Eu quebrei algumas coisas. Daí eu fui pra casa da minha irmã, de novo. Daí é que decidiram que eu não poderia mais ficar próximo dele. Numa dessas minhas surtadas, que eu surtei várias vezes, né, eu fui lá pro IPQ. Por causa do meu pai e tal. Eu tava muito agitado e tal. Se eu não tô na minha zona de conforto, que a minha zona de conforto é lá onde eu tô, agora lá. Onde nada acontece, onde que eu fico no meu mundinho. Se eu sair, pra loucura, daí eu já começo a ficar perturbado.”

Encaminhamento para o CAPS:

“Eu nem sabia o que era CAPS, nunca tinha ouvido falar. Daí aqui, pô, foi onde eu comecei a tomar remédio e faz um tempão que eu to fazendo tratamento. Demorô, eu era muito preso. Se fosse a nossa conversa hoje naquela época não ia rendê. Não ia desenvolver uma conversa. Ia ser uma conversa muito presa, presa, presa.”

1 - E hoje o que tu frequenta no CAPS, quais atividades que tu participa no CAPS?

“Então, eu faço tratamento individual coma X, uma vez por mês, ou se eu precisar ou o doutor achar menos com o psiquiatra e agora em grupo, que eu comecei agora. Agora eu melhorei um pouquinho, mas logo que eu cheguei aqui eu tremia muito, muito, muito. Qualquer interação. Me deixava com medo. Venho na segunda, só segunda.”

2 - Teus familiares participam de alguma atividade no CAPS?

“Minha irmã que cuida mesmo de mim, tipo vim aqui no CAPS, conversar, vê como é tá os remédios. Ela que tentou entender a minha doença, porque quando eu vim lá do IPQ minha família não entendia. Eu tive umas crises e outras crises e outras crises, até que eles pensaram é realmente o W. tem alguma coisa. Daí a X e Y falaram pra minha mãe, pro meu pai e pra minha irmã ele é bipolar.”

3 - Como você se sente ao participar do CAPS?

“Me sinto bem, às vezes vem minhas manias, mas daí converso aqui. Penso se a mania continuar tenho que resolver ela, mas não paro mais a vida. Algumas passam, vem e voltam.”

4 - O que você entende por lazer/ o que é lazer para você?

“É divertimento, diversão e prazer. É fazer o que eu gosto.”

5 - Você pratica alguma atividade de lazer? Qual atividade?

“Eu vejo muita televisão. O meu lazer é televisão, computador, ficar lendo as coisas que eu gosto e escutando música. Violão. Parece uma vida de vagal, né, a vida de um vagal mas essa é a minha vida.”

6 - O que você faz no seu tempo livre?

“Eu fico em casa. Eu escrevo música, toco.”

7 - Você pratica/realiza alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares? Descreva quais atividades.

“Não nenhuma. Às vezes a gente almoça junto. É bom, as vezes tem briga. No momento a gente ta bem, mais ou menos.”

8- Como você se sente ao realizar as atividades de lazer?

“É bom porque, se eu tô escrevendo, tocando eu entro numa área de concentração, de prazer na minha mente, é muito bacana. O tempo passa e tu não pensa direito nas coisas que incomodam. A música é onde eu extravaso o que passa dentro de mim. Fala de como eu tô levando a música e o meu tratamento. Hoje eu vo falar p X mas já vo fala pra ti. Eu gostaria de escrever, as vezes até aquelas coisas que eu não falaria, nunca, ou que eu não falaria pra ninguém, ou que eu julgaria que aquilo não é antiético, que aquilo não é moral, sabe, mas mesmo que eu não vá fazer aquilo, só joga aquela porra ali sabe, na música. Acho que isso vai me ajudar a falar as coisas que eu não consigo falar, que tá preso, porque eu não posso, por causa das paranóia, sabe. Eu gostaria até de escrever sei lá. Não necessariamente o que eu escrever ali eu vo fazer, mas é só uma sentimento, ali sabe.”

9 - E quando você realiza na companhia dos seus familiares, como você se sente?

“Depende. Eu tenho um relacionamento muito bom com a minha mãe, e tenho um relacionamento muito bom com o meu irmão. Já se brigamos algumas vezes, mas é bom. De certa forma eles tão me respeitando. Até meu irmão, que eu tinha muita vergonha dele pelo fato de ser homem. Tipo com a minha irmã e minha mãe até não tenho tanta vergonha dessas loucuras, mas com meu irmão eu tenho. Não sei porque, não é que tenha uma rivalidade, mas é o fato de ser homem e eu tenho um pouco de vergonha de mostrar essa fraqueza, sabe. É, e eu tinha muita vergonha.”

10 - Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua vida e seu bem-estar?

“Logo assim ó, logo que eu cheguei aqui eu já tinha parado bem dizer assim de tocar violão. Tocava só um pouquinho em casa e tal , já fazia três anos e eu não fazia mais muitas músicas. Tava em outra vibe da minha vida, tava em outra vibe. E depois que eu vim pra cá, conversando, conversando, conversando, depois de muito tempo eu

acabei falando ah eu toco violão, não sei o que é tal. E eu gosto de fazer umas música, eu tava começando a fazer de novo e tava numa fase eufórica, acho que eu tinha tomado fluoxetina porque eu tinha depressão e eu piorei e daí eu comecei a voltar a fazer música de novo. Eu tava gostando, daí eu trouxe algumas, mostrei pra X, a X gostou e aquilo foi me ajudando assim sabe. Daí eu descobri de novo uma coisa que me faz bem. Assim o universo que eu to vivendo agora meio doido, né ente aspas. Esses novos sentimento que eu to sentindo, essa loucura toda, rende bastante coisa, rende uma letras boas, que eu componho. Eu gosto mais de compor. Uma sensação boa, pra lidar com os problemas de outro jeito.”

11- Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua relação com seus familiares?

“Eu não converso sobre os assuntos das minhas loucuras com ele, meu irmão, a gente brinca, sobre várias coisas e tal. Ele sabe eu to tomando remédio. Tipo assim, Não é que eu tomo remédio, eu tomo 11 comprimidos por dia e eu tomo tudo de uma vez a noite. É muita coisa, mas o tempo vai passando e tu vai se acostumando com aquela situação, sabe. Daí tipo agora eu to lá sem trampá e tal, daí ele vai lá onde que eu to morando. Lá eu fico sozinho até o final de semana, e ele aparece final de semana. As vezes some o final de semana todo. Mas ele se preocupa, ele pergunta se eu to com fome. Seu tenho grana pra compra isso, sem me deixar constrangido. De uns tempos pra cá ele começou a cuidar melhor de mim. Eu me sinto mais próximo, não sinto tanta vergonha.”

12- Qual atividade de lazer você mais gosta?

“Música, violão. Assistir filme. Eu gosto de compor. Eu não gosto de tocar música pronta porque eu não sei tocar violão. Música e filme é minha companhia e meu divertimento”

13 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar as atividades de lazer?

“Mais proximidade do meu irmão, quando vai lá em casa. A gente não conversa sobre tudo, mas tem uma parceria grande ente a gente. Ele me conta tudo dele, que eu já não conseguiria. É isso. E o violão, me ajuda bastante, bastante. Pelo menos é uma coisa que embora eu não toque quase nada é alguma coisa que eu penso que é minha, que eu sei fazer, que ta dentro de mim. É coisa que eu sei que se eu me dedicar eu posso ficar bom.”

14 - Existe algo que não foi perguntado que você gostaria de comentar sobre o assunto?

“Não sei, eu vejo muito filme né, vejo bastante filme relacionado a psicologia, vejo bastante, de psicopata, de suspense. E de vez em quando uma comédia pra dar uma quebrada e filme brasileiro, adoro filme brasileiro. É isso, espero ter ajudado.”

C2 - Caso 2

Idade: 50 anos

Data da entrevista: 16/06/2016

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Escolaridade: Ensino médio incompleto “Eu fiz até o segundo do segundo grau, ia fazer o segundo grau, o último ano, quando meu pai morreu, eu fiquei doente, daí eu não pude concluir.”

Naturalidade: São José/SC

Áreas de interesse:

“Eu tenho uma capacidade boa assim, eu sei falar, sobre qualquer coisa, eu discuto política. Se perguntar o que que ta acontecendo no Brasil eu sei. Gosto de política. A gente é um ser político. Qualquer coisa a gente é político. Tem que saber pra poder escolher, pra poder decidir.”

Membros da Família:

“Por parte do primeiro casamento eu tinha dez irmãos, tem os do primeiro casamento, eu sou do segundo. Aí, do primeiro morreu já alguns, eu to, eu tenho quatro mulheres e dois homens do primeiro casamento e eu do segundo. E sou o mais novo, porque eu sou do segundo casamento e sou só eu.”

Com quem mora:

“Eu morava com o meu pai e minha mãe, como meu pai e minha mãe morreu, eu tenho outros irmãos casados. Então eu tenho um apartamento alugado, eu aluguei o meu e fui morar noutro, né. E eu moro com dois amigos meus que são irmãos. O J. e o C. eles são irmãos de sangue e os dois moram comigo. Aí eu pago as conta, pago o aluguel e eles fazem a comida, cuidam da casa. Eles são muito legal. Ontem eu ainda fui levar um que foi ver a filha dele na praia, né. Lá no Campeche. Aí eu fui de noite eu fui lá mais outro amigo meu levar ele de carro lá. Ele vai ficar até domingo lá. É bom que eu já dei uma passeada, mas vou sentir um pouco de falta dele. Ele só volta domingo. eu gosto muito dele, é um baixinho, muito engraçado. Eu conheço o J. há sete ou oito anos, que é amigo de outro amigo meu que eu conheço há dezessete e o irmão do J. o C. eu conheço há dois anos.”

Pesquisadora: E quanto tempo faz que vocês moram juntos?

“Já vai fazer quase dois anos já. É que eu tenho um tutor que é o meu cunhado, mas ele tem a mulher dele, irmã minha com Alzheimer então eu não podia ficar lá. E eu de ficar na minha casa né. Tem a minha TV, tem meu conforto, né. Mas eu saio, eu pago conta, eu recebo, eu faço compra, eu vo no mercado, vo na feira. Eu vo no banco recebe depois eu pego as conta e vo nas loja paga, vo na lotérica e pago luz, água, tudo.”

Diagnóstico:

“Esquizofrenia. É uma doença que não tem cura. É terrível. Eu comecei, com treze, catorze, quinze anos. Minha doença não tem cura, é só medicamento, mas cura não tem. Não é uma coisa assim fácil de conviver. Tinha uma época que eu tinha medo de ficar sozinho, ficava meio agitado, batia a porta. Hoje eu não faço nada disso.”

Sobre a primeira internação:

“Eu fui internado uma vez só no Instituto São José. Faz bastante tempo. Foi em noventa e quatro, noventa e seis, por aí. Eu tava muito agitado. Lá ainda era numa época que dava pra ficar. Porque se for na Colônia Santana é fogo. Lá no Instituto São José na época era público. Agora é particular.”

Tempo de frequência no CAPS: “Já faz um ano e pouco.”

1 - Quais atividades que participa/realiza no CAPS?

“Eu vinha todo dia. Vinha segunda, terça, quinta e sexta. Eu fui tendo alta paulatina, então fiquei só na quinta de manhã. Só venho na quinta de manhã. Quando eu ganha alta de quinta, daí eu to liberado. Faço acompanhamento com a doutora aqui. Com a X não faço mais acompanhamento porque com ela é a tarde e eu só venho de manhã. Grupo de manhã, nas quintas, até onze horas, onze e meia, depois tem a consulta com a doutora Z e tem a reunião da família que daí são eles que vem então. Daí eu não venho.”

Pesquisadora: E do que tu participa aqui no CAPS?

“Participo de grupo, faço caminhada e escrita. Ouço, eles botam vídeo pra gente escutar. Falam sobre saúde, sobre os remédios, sobre esquizofrenia. Faço grupo com a assistente social.”

2 - Teus familiares ou amigos com quem tu mora participam de alguma atividade no CAPS?

“Eles vem na reunião da família, é uma reunião pra familiares, acho que é na primeira quinta-feira do mês. Aí eles vem. Ou vem um, ou vem dois, as vezes já vieram até os três. Já veio também o meu cunhado que é curador, mas ele não pode vim por causa da mulher dele. Mas aí ele não pode vim vem meus colegas no lugar dele. Vem o J., o P. e o C. também.”

3 - Como você se sente ao participar do CAPS?

“Eu me sinto bem porque eu gosto de debater as coisas, eu gosto de vê vídeo. Às vezes tem filme né, sobre medicamento, sobre terapia, sobre doença. A assistente social faz grupo sobre o meio ambiente, sobre sustentabilidade e cidadania. É bem legal. Eu sempre respondo e participo. Alguns são mais calados. Eu era muito tímido, muito fechado, aí comecei a participar do grupo, fiz muita amizade, muitos já tiveram alta. Eu era mais tímido, aí comecei a me enturmar com os outros. Eu gosto daqui. A equipe aqui é muito boa. Muito legal.”

4 - O que você entende por lazer/ o que é lazer para você?

“Lazer é uma coisa que você faz pra se sentir bem. Descontrair. Areja a cabeça. Se divertir. Pode ser sozinho ou acompanhado. Eu, por exemplo, semana retrasada eu fui no cinema à noite vê um filme lá no Shopping.”

Pesquisadora: O que que tu assistiu?

“Eu assisti um filme de horda, de criaturas. Eu, o amigo meu o J. e a namorada dele. A P. Já foi um lazer, me diverti, comi pipoca, tomei refrigerante. Foi muito legal. Já é duas vezes que eu vou.”

5 - Você pratica alguma atividade de lazer? Qual atividade?

“Eu faço caminhada de manhã. Agora eu to fazendo academia, comecei uma academia, terça-feira, todo o dia a tarde, das duas e meia as três e quinze. Eu to fazendo né. Eu também tenho uma cachorrinha, a Hanna, então eu brinco com ela. Levo ela pra dar uma volta. A Hanna, um poodle de oito anos. É muito legal, ela é uma companhia. É muito legal. O cachorro é muito companheiro”

6 - O que você faz no seu tempo livre?

“Gosto de vê televisão, vejo filme. Às vezes eu leio um livro. Gosto de ouvir música também.”

7 - Você pratica/realiza alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares ou dos seus amigos? Descreva quais atividades.

“A academia eu to fazendo com o J. né. E as outras coisas algumas eu faço sozinho. Eu fui no cinema com o J., mas as caminhadas, as compras, o filme, leva a Hanna, isso eu faço sozinho. Meus familiares mesmo tão todos casados, com filhos e netos, todos espalhados por aí. Eu faço mais é com os amigos mesmo. Eles são realmente pessoas legais, são minha família. Com eles eu saio, faço caminhada, vo no cinema, vo no shopping, no restaurante, faço leitura numa igreja todo domingo. Faço leitura num domingo e comentário no outro.”

8- Como você se sente ao realizar as atividades de lazer?

“Pra caminhar eu sou meio fraco, meio devagar, mas eu gosto de cinema. Me sinto bem vendo filme. Eu gosto de música. Música é bom

pra relaxar, eu boto uma música clássica e fico escutando, aí eu repouso, fecho os olhos. Eu gosto de lê também.”

9 - E quando você realiza na companhia dos seus amigos, como você se sente?

“Me ajuda a me aproximar. Eles são muito legais. São muito gente boa. O J. é mais sério. O C. irmão dele é mais brincalhão, mais engraçado. Hoje em dia não é fácil achar pessoas pra dividir. E eu arranjei duas pessoas legais. é muito bom.”

10 - Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua vida e seu bem-estar?

“Quando eu to fazendo essas coisas eu me esqueço da doença um pouco. Eu era mais irritado, agora eu não sou mais assim. Antigamente eu não podia ficar sozinho em casa, eu tinha assim um medo de ficar sozinho. Aí eu comecei a tomar os remédio, freqüentar o CAPS e hoje eu já fico sozinho. Eu não tinha a chave da casa porque os meus colegas não davam porque não tinham segurança. Hoje em dia eu tenho a minha chave pra entrar e sair no meu bolso. Eu tenho autonomia, eu consigo fazer as coisas. Antigamente eu era muito ocioso, ficava muito introspectivo, muito ocioso. Não fazia nada né. Depois que eu comecei a fazer as coisas eu comecei a ser mais participativo, a conversar mais né, perder um pouco a timidez. ”

11- Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua relação com seus familiares e amigos?

“Me ajudaram a conversar mais com os outros, vencer a timidez. Ser mais participativo né. A ter mais uma troca. Eu antes ficava mais isolado. Na aula, no início eu era mais novo eu era bem mais quieto. Não fazia educação física. Na aula ficava mais quieto e os colegas iam joga bola e eu ficava fora. Aí a professora pra não me deixar fora eu ficava segurando os relógios dos outros ou então ela me colocava pra apitar. Isso na escola. Já era um pouco da doença, ela começou com treze, catorze anos. E aí agravou com quinze, dezesseis. O pai morreu aí ela agravou. Eu tive sorte porque quando eu fui internado só uma vez porque eu não tive grandes surtos. Porque se eu tivesse ficado mais agitado poderia ter ido até pra Colônia Santana. A minha mãe teve internada na Colônia Santana. Lá é fogo, não é fácil não. Claro que na hora que a pessoa precisa, ta agitada. Eu tive a sorte de ir lá pro Instituto São José, lá tinha uns problemas que tinha uns agitados, que de noite não dormiam, mas não fiquei muito, fiquei lá acho uns dois ou três dias. Tinha médico, tinha psicóloga. Eu não gostei muito o que eu me lembro

é que quando eu cheguei lá eu tomei banho frio. A comida era boa. Foi em noventa e seis. Hoje já deve ter melhorado bastante.”

12- Qual atividade de lazer você mais gosta?

“Eu gosto mais de academia e cinema. Sô cinéfilo, gosto muito de filme. Filme eu gosto, gosto de filme de ficção e suspense, de terror, aventura. No cinema eu vô duas vezes ao mês. Já fui o mês passado, agora eu vô esse mês agora.”

13 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar as atividades de lazer?

“Antigamente eu era mais descuidado, não me arrumava tanto né. Hoje em dia eu sou mais cuidadoso, me arrumo legal e faço a barba e corto o cabelo e gosto mais de cuida a casa também. Eu cuido a casa, faço trabalho em casa, lavo louça, levo o lixo pra baixo. Quem cozinha é o J. e o C. Eu tenho uma vida boa. Se não fosse a doença eu teria muito mais coisa. Teria estudo né, só que se eu não tivesse perdido meu pai também. Depois perdi minha mãe também em dois mil e onze. Primeiro meu pai em oitenta e dois depois minha mãe em dois mil e onze. Hoje além do tratamento e das coisas que eu faço eu melhorei bastante. Não brigo mais com o vizinho, não bato janela, não falo sozinho. Não sou mais agitado, não bato mais porta. Eu ando por aí, vou em qualquer loja, vou em qualquer lugar. Eu saio, vou fazer as voltas. Agora na academia eu vou todo dia de segunda a sexta. Eu faço bicicleta, faço peso, exercício com a perna, tórax e braço. É pra saúde. Os médicos mandaram, que era bom fazer. Eu passei por um cardiologista. Eu comecei essa semana, eu gosto. Me ajuda a lidar com a timidez um pouco.”

14 - Existe algo que não foi perguntado que você gostaria de comentar sobre o assunto?

“Hoje em dia eu faço muita amizade, muita amizade aqui no grupo, com os outros pacientes. Os que já tiveram alta e os que tão vindo aqui ainda, né.”

C3 - Caso 3

Idade: 33 anos

Data da entrevista: 16/06/2016

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Escolaridade: Ensino médio completo

Naturalidade: Cachoeirinha - RS

Ocupação: Auxiliar de Logística (afastada), faz comida para vender (tortas, doces e salgados), escreveu um livro na sua página no Facebook

Como auxiliar de logística:

“Tu embala roupa, separa roupa, bota preço na roupa. Tu bota caixa, tira caixa. Levanta carrinho. É um trabalho bem complicado. Fiz isso por seis meses.É bem desumano esse trabalho. Me deixou bem doente. Fazia muito esforço. Tu respira aquele ar. Bem desumano o trabalho.”

Membros da Família:

“Meus pais e meus filhos. Eu vim pra cá com três anos, to trinta anos aqui, já. Eles tiveram três filhos que nasceram mortos aí eles me adotaram com um ano de vida.”

Com quem mora:

“Eu moro com o F., que agora ta comigo, que é meu namorado, com meu filhos, o meu pai e minha mãe. A gente tem duas casas no mesmo terreno. Na minha casa mesmo mora eu e o F.Só que é porta com porta e na frente mora minha mãe, meu pai e meus filhos. Eles tem 13 12, 10 e 7. Tenho quatro filhos, todos nascidos aqui.”

Diagnóstico:

“Primeiro ela disse que eu tinha depressão dupla e tinha um pouco de esquizofrenia. E aqui a W. deu que eu tinha dupla personalidade, não sei o que de personalidade, e depressão também.”

Tempo de frequência no CAPS: 3 meses

Encaminhamento para o CAPS:

“Eu fui duas vezes no IPQ, eu tive um surto. A primeira vez, já vai fazer um ano e pouco. Eu fui pra uma consulta de emergência daí eles me deram remédio, me doparam e me mandaram embora. E a outra vez eu tava no meu trabalho, porque eu tava bem, mas daí depois, teve um tempo que eu já entrava chorando. Nervosa, tremendo. Daí aconteceu que eu comecei a me descontrolar, me descontrolar, discuti com as meninas, daí me tranquei no banheiro. Eles foram lá, daí eles viram que eu queria avança em todo mundo, tinha entrado em pânico, daí chamaram o Samu e me levaram. Porque eu entrei em crise e fui parar lá no IPQ, eu esqueci o nome de lá todo.”

Pesquisadora: O Instituto de Psiquiatria?

“É. Daí eles me mandaram vim pra cá porque era mais perto de casa, daí deram o endereço daqui e o telefone pra mim começa a freqüentar.”

Pesquisadora: Tu já tinha feito algum tratamento antes?

“Não.”

1 - Quais atividades que participa/realiza no CAPS?

“As reuniões, os encontros de quinta. E consulta com a psiquiatra.”

2 - Teus familiares participam de alguma atividade no CAPS?

“Não.”

3 - Como você se sente ao participar do CAPS?

“É bom porque tu escuta a história das outras pessoas também. E queira ou não tu vê que não é só tu que passa por problema. Várias pessoas tem problemas também, assim.”

4 - O que você entende por lazer/ o que é lazer para você?

“É o que tu faz em casa, que te dá prazer, né que tu gosta. É isso que eu penso.”

5 - Você pratica alguma atividade de lazer? Qual atividade?

“Eu faço comida porque eu gosto, faço doce, torta, tudo que eu gosto. Eu adoro cozinhar. E de noite eu gosto de ler. Eu vejo livros que eu gosto e leio.”

6 - O que você faz no seu tempo livre?

“Eu vejo filme. Quando eu to bem a gente vai na praia, que eu gosto de ir ao mar. Dá voltas, assim, eu levava as crianças na praçinha pra elas fica brincando. Daí lá em casa a gente liga o som e fica fazendo brincadeira, de dançar, cantar, assim.”

7 - Você pratica/realiza alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares? Descreva quais atividades.

“Essas, a gente brinca. Eu invento brincadeira. A gente pega músicas, escreve no papel o nome da música e faz mímica. Eu que inventei. Daí todo mundo vai uma vez, cada um na sua vez, pra vê quem ganha mais e acerta as mímicas. A família toda participa. Só meu pai e minha mãe que não, né. A gente se reúne, compra refri, costela e coração e bota no grill e daí a gente faz bagunça. A gente fica fazendo churrasco e ouvindo música.”

8- Como você se sente ao realizar as atividades de lazer?

“É bom. É legal.”

9 - E quando você realiza na companhia dos seus familiares, como você se sente?

“É bom vê a família toda feliz, junta e animada.”

10 - Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua vida e seu bem-estar?

“A união da família, a liberdade com os familiares. De pode falar o que sente, né. Não de mentir. Me aproxima dos meus familiares.”

11- Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua relação com seus familiares?

“Eles adoram se reunir pra dançar e brincar. Aproxima a gente. Ajuda a se sentir melhor. Faz a família toda fica reunida, tu tem mais amizade dos teus filhos, porque eles não te olham só como uma mãe, eles te

olham como melhor amiga. Daí a gente sempre tem conversas, a gente deixa tudo muito liberal, entendeu. Pra eles não te que esconde nada de mim. Daí isso mostra mais união da família.”

12- Qual atividade de lazer você mais gosta?

“A única que eu não paro de fazer nunca é ler. Eu leio todo dia. Me ajuda a me animar. E fazer churrasco e ouvir música com a família.”

13 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar as atividades de lazer?

“Eu comecei a ter mais animação pra fazer as coisas, fiquei mais animada.”

14 - Existe algo que não foi perguntado que você gostaria de comentar sobre o assunto?

“Quando eu não faço bagunça as crianças sentem falta. Quando eles vêm eu quieta em casa eles não se animam. Porque sempre quando eu to bem a gente aumenta o som da TV, a gente faz, a gente brinca, a gente ri, a gente faz coisa engraçada e daí quando eu não to bem fico trancada em casa vendo TV e eles ficam triste. Eles me pedem pra fazê bagunça, pedem, pedem pra ir pra pracinha com eles.”

C4 - Caso 4

Idade: 25 anos

Data da entrevista: 23/06/ 2016

Sexo: Masculino

Estado Civil: União Estável

Escolaridade: ensino médio incompleto (parou no 2º ano do ensino médio)

Naturalidade: São José - SC

Ocupação: “Já trabalhei já, mas agora eu to parado.”

Membros da Família:

“Minha mulher, minha mãe e meus irmãos.

Com quem mora:

“É só eu e minha mulher. Daí Minha mãe mora na casa da frente, dela, né. E a gente mora na casa dos fundos. Tem meus irmão que mora do lado da minha casa também. Mora tudo próximo, tudo no mesmo terreno. Mas na casa é só eu e minha esposa.”

Encaminhamento ao CAPS:

“Foi minha mãe que conseguiu, o médico lá da Colônia Santana, me mandaram ir pro CAPS, procurar o CAPS. Passei pela Colônia Santana

e depois vim pra cá. Fui lá pega a cópia da internação que eu fiquei lá, duas vezes, já.”

Diagnóstico:

“Acho que é Bipolar. A primeira vez que fiquei internado ele disse que era Esquizofrenia. Aqui no CAPS eu ainda to conversando com o Dr. Y sobre isso. Nós tamu conversando ainda.”

Tempo de frequência no CAPS: “Comecei faz pouco tempo. Já faz uns meses, já. É bem recente. Comecei no dia do grupo da Naturologia.”

1 - Quais atividades que participa/realiza no CAPS?

“É o grupo da amizade, com a X e o outro lá que faço com o L. todas terça. Só venho pra participa do grupo que é uma hora e depois vou pra casa. Aqui eu aprendo bastante coisa né. E eu posso ensina pra minha mulher as coisas que eu aprendo.”

2 - Teus familiares participam de alguma atividade no CAPS?

“Minha mãe às vezes vem no grupo da família.”

3 - Como você se sente ao participar do CAPS?

“No grupo da terça-feira eu não ficava tão, tão bem né, porque era meio chatinho, assim. No da X. já é mais legal, me anima mais, mas agora eu to conversando com o L. e ta sendo bem legal agora, to até gostando mais de participar. Me sinto bem aqui. Me abro mais, converso com as pessoas. Eu tinha dificuldade com isso.”

4 - O que você entende por lazer/ o que é lazer para você?

“Lazer é sentir bem né, é fazer alguma coisa que eu gosto.”

5 - Você pratica alguma atividade de lazer? Qual atividade?

“Eu gosto de jogar bola, mas só que ultimamente não to jogando. Parei de jogar, porque eu desanimei um pouco do futebol e parei de jogar, parei de jogar agora. Tem a ver com o momento que to vivendo. As vezes me faz falta, me dá vontade de jogar. Mas as vezes nem tanto assim.”

6 - O que você faz no seu tempo livre?

“Ah, eu fico em casa, fico assistindo TV. De vez em quando jogo vídeo game. Fico assim dentro de casa, assim. Fico uma parte do tempo livre jogando vídeo game, não muito, não muito. Jogo umas duas, três horas, só. Mas eu não jogo todos dias, porque as vezes minha mãe não quer que eu jogo, daí eu não jogo. Senão ela desliga toda a luz. Porque senão eu ficava jogando de madrugada, e não dormia, não ficava legal.”

7 - Você pratica/realiza alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares? Descreva quais atividades.

“Com eles, não. Nenhuma. Nem com a esposa. Às vezes eu vejo TV com ela junto.”

8- Como você se sente ao realizar as atividades de lazer?

“Eu me sinto bem, me sinto tranqüilo, à vontade fazendo uma coisa que eu gosto. É uma escolha que eu fiz do que eu queria fazer né. Isso é bom.”

9 - E quando você realiza na companhia dos seus familiares, como você se sente?

“Ajuda a me aproximar dos meus familiares. Não muito, né. Porque daí a minha mãe não tem tempo de ficar ali com nós né, assistindo TV né, ta sempre fazendo alguma coisa. Mas a minha mulher ajuda né porque nós fica junto. Ajuda a gente a conversar. Aproxima. Faz eu me aproxima da minha esposa, dos outros não. O vídeo game faz eu me aproxima do meu irmão T. a gente joga junto, faz campeonato. Gosto de jogar futebol.”

Pesquisadora: e com os outros familiares que moram próximos, teus irmãos?

“Eu jogava futebol com meu irmão, a gente tava no mesmo time. Agora que eu saí do time é só ele que ta jogando. Daí eu parei de jogar com ele.”

10 - Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua vida e seu bem-estar?

“Faz eu me sentir bem.”

11- Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua relação com seus familiares?

“É bom pra convivência.”

12- Qual atividade de lazer você mais gosta?

“Joga vídeo game. Jogo umas duas horas, três horas por dia. Joga bola, as vezes me faz falta. Me dá vontade de jogar. Jogo desde pequeno. Eu penso em volta.”

13 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar as atividades de lazer?

“Ajudou um pouco pra mim porque eu aprendo bastante coisa, né. O que eu aprendo no CAPS e com as outras pessoas me ajuda com a minha mulher. Eu ensino ela. Aprendi a me abrir mais com as pessoas.”

14 - Existe algo que não foi perguntado que você gostaria de comentar sobre o assunto?

“Não é isso.”

C5 - Caso 5

Idade: 52 anos

Data da entrevista: 27/06/2016

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Naturalidade: Tijucas - SC

Ocupação: Servente, Encaixotador, Ajudante de Marcineiro

Membros da Família/Com quem mora:

“Moro com o meu irmão, com a minha irmã, com meus dois sobrinhos e com o meu cunhado.”

Diagnóstico:

“Bipolar, Faz mais de 10 anos já que tenho.”

Sobre a internação:

“Fiquei oito meses internado no IPQ por causa do Álcool, ai eu parei né. Parei de beber faz seis anos. Nunca mais bebi, só fumo.”

Tempo de frequência no CAPS: “Faz quase um ano já.”

1 - Quais atividades que participa/realiza no CAPS?

“Antes tinha teatro, né. Agora mudou tudo. Tinha uma que dava aula de dança, ela se mudou. Eu gostava de fazer a dança. Venho no grupo da segunda, só segunda. Venho de manhã e fico até as três. Eu até vo pedi pra vim mais um dia porque eu venho só um dia né.”

2 - Teus familiares participam de alguma atividade no CAPS?

“Tem a minha irmã, mas ela não vem né no grupo familiar. A minha irmã não se interessa, diz que é muito chato, mas eu digo pra ela que é preciso vim.”

3 - Como você se sente ao participar do CAPS?

“Me sinto bem. Gosto, gosto. Sempre gostei. É uma coisa que distrai a cabeça. O cara fica em casa fica só pensando. Tem que saí de casa e distrai.”

4 - O que você entende por lazer/ o que é lazer para você?

“Lazer é diversão né.”

5 - Você pratica alguma atividade de lazer? Qual atividade?

“De vez em quando vô na praça, caminho e do uma relaxada na musculação. Nos aparelho que tem. Eu faço aquele negócio pra diminuir a barriga. Abdominal, de vez em quando eu faço.”

6 - O que você faz no seu tempo livre?

“Eu fico bastante tempo em casa, mas de vez em quando eu vo nos barzinho, escuto uma musiquinha, jogo uma sinuca. É perto de casa né. Eu vo nos barzinho e não bebo. Eu não quero mais, enjoiei, bebi demais. Em casa eu vejo televisão e escuto música.”

7 - Você pratica/realiza alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares? Descreva quais atividades.

“No momento to meio desanimado né. Depois que perdi a minha mãe eu desanimei um pouco da vida. Além de ser minha mãe, era minha amiga. A gente sentava, conversava e ria e brincava. Tinha 92 anos. Faz seis sete meses que ela morreu. Noventa e dois anos, né. Era velhinha mais era minha companhia, eu sinto muita falta dela, muita mesmo.”

8- Como você se sente ao realizar as atividades de lazer?

“Eu me sinto bem, me sinto alegre. Pelo menos a cabeça fica prestando atenção naquilo, ocupa a cabeça. Me sinto bem quando to ocupado, porque quando to desocupado a cabeça não gira legal. Não não. Daí não pensa legal não. Ocupa a cabeça traz coisas boas.”

9 - E quando você realiza na companhia dos seus familiares, como você se sente?

Não foi realizada esta pergunta.

10 - Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua vida e seu bem-estar?

“Lazer é importante. Ajuda a gente a se senti bem.”

11- Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua relação com seus familiares?

Não foi realizada esta pergunta.

12- Qual atividade de lazer você mais gosta?

“Gosto de ir na praça e nos barzinhos.”

13 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar as atividades de lazer?

“Me ajuda a me distrair a cabeça. Pra pensar outras coisas, e não ficar sozinho. Porque quando eu vô no barzinho eu jogo sinuca e converso com outras pessoas, sobre outras coisas.”

14 - Existe algo que não foi perguntado que você gostaria de comentar sobre o assunto?

“Não, só isso.”

C6 - Caso 6

Idade: 28 anos

Data da entrevista: 27/06/2016

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Naturalidade: Tubarão - SC

Ocupação:

“Trabalhei no Angeloni como menor aprendiz. Trabalhei no Imperatriz. Como auxiliar. Depois só uns biquinhos.”

Membros da Família:

“Minha mãe, meu padrasto e só.”

Com quem mora:

“Tem os filhos dele, mas eu não falo muito com eles. Da minha mãe é só eu de filho.”

Diagnóstico:

“Não sei.”

Sobre a internação:

“Passei pela Colônia Santana e pelo Rio Maina, lá em Criciúma. Três vezes, mas já faz tempo isso.”

Encaminhamento ao CAPS:

“Foi de uma clínica que eu era atendido que eu vim pra cá. O médico me receita pra cá.”

Tempo de frequência no CAPS: “Quase dois anos.”

1 - Quais atividades que participa/realiza no CAPS?

“O que eu tento participa é joga bola, joga vôlei. Eu participo das atividades. Antes eu tava vindo a semana toda, agora me disseram que iam me dá alta então eu to só na segunda só.”

2 - Teus familiares participam de alguma atividade no CAPS?

“Só a mãe participa da reunião dos familiares.”

3 - Como você se sente ao participar do CAPS?

“Eu gosto, mas tem coisa que me incomoda. Mas o que a gente conversa é bom, a gente ouve música e canta. E eu gosto de música.”

4 - O que você entende por lazer/ o que é lazer para você?

“É uma coisa que a gente sempre deve te pra não fica pensando bobagem.”

5 - Você pratica alguma atividade de lazer? Qual atividade?

“Joga video game. As vezes eu vo no meu vizinho. Que na minha primeira internação minha mãe pediu pra eles ajuda e eles ajudaram e eu fiquei bem e nós ficamos amigos. Eu conheço todo mundo na casa, até os cachorros.”

6 - O que você faz no seu tempo livre?

“Eu escuto música”

7 - Você pratica/realiza alguma atividade de lazer na companhia de seus familiares? Descreva quais atividades.

“Eu ultimamente parei de joga bola em casa porque não tem ninguém pra joga comigo. Eles só pensam em trabalhar, não pensam em lazer, só pensam em trabalhar.”

8- Como você se sente ao realizar as atividades de lazer?

“Me sinto bem legal. Eu consigo me sentir bem com as coisas que eu faço.”

9 - E quando você realiza na companhia dos seus familiares, como você se sente?

“Não lembro de nenhuma atividade que tenha feito com a minha família”.

10 - Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua vida e seu bem-estar?

“É importante porque a mente fica ocupada com coisas que tu te sente bem. Me ajuda a não fica só pensando nas coisas ruins, né. Quando to fazendo algum lazer eu consigo isso, não pensa nas coisas ruins.”

11- Quais contribuições as atividades de lazer desenvolvidas trouxeram para a sua relação com seus familiares?

Não foi realizada a pergunta.

12- Qual atividade de lazer você mais gosta?

“Escuta música. Eu se puder escuto o dia todo.”

13 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida ao realizar as atividades de lazer?

“Sim, eu me sinto melhor. Meus pensamentos ficam melhores.”

14 - Existe algo que não foi perguntado que você gostaria de comentar sobre o assunto?

“Nada.”

APÊNDICE 3

DIÁRIO DE CAMPO

Registro da participação em atividades - CAPS II São José/SC.

Data: 05/05/16

14:00 hs - Grupo de Terapia Ocupacional

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 1 usuária, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Pesquisadora.

Atividade Realizada: Foi realizada uma atividade de desenho de uma árvore com cinco galhos, representando os dias úteis da semana. A usuária coloriu cada galho de uma cor diferente e descreveu quais atividades da sua vida diária desempenhava em cada um dos diferentes dias da semana.

Objetivo da atividade: trabalhar a organização da rotina diária.

15:00 hs - Grupo “Encontro de Família”

Duração: 1h30min

Frequência: mensal

Participantes: Familiares de usuários do CAPS II, (total: 10 familiares), 1 Psicóloga coordenadora, 1 Pesquisadora.

Assuntos abordados: estratégias de convivência com características e peculiaridades de comportamento relacionadas ao transtorno mental. Familiares compartilharam experiências sobre formas de lidar com os comportamentos que interferem no cotidiano da família e das relações familiares. Alguns familiares relataram atitudes que consideram “disfuncionais” de seu familiar usuário do CAPS. Falaram das dificuldades, do que aprenderam ao longo dos anos de convivência e abordaram a importância do tratamento no CAPS na melhora dos sintomas de seus familiares. No relato de todos os familiares presentes são relatadas as atividades que seu familiar participa no CAPS e de que forma esta participação contribui para a melhora em diferentes aspectos das suas vidas individuais e em comum. Alguns familiares apontam que percebem que após o início do tratamento no CAPS seu familiar passou a se sentir mais seguro, confiante e autônomo para desempenhar tarefas da vida diária. Alguns verbalizam as resistências dos usuários de estarem participando das atividades oferecidas no CAPS.

Data: 23/05/16

13:30 hs - Atividade física orientada por usuário. Atividade de caminhada e alongamento. O grupo se deslocou até uma área desocupada, que fica no entorno do CAPS II. Neste espaço foi realizada uma atividade de alongamento orientada por um dos usuários. Após o grupo deslocou-se em caminhada até uma área externa, que pertence ao CAPS. Neste espaço foi solicitada a adequação do ambiente para uma quadra de futebol. Atualmente é uma área desativada.

14:00 hs - Grupo de Usuários – “Psicoarte”

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 8 usuários, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

Temáticas abordadas no encontro: No grupo foram abordados assuntos referentes ao cotidiano dos usuários, havendo uma interação entre os diferentes temas debatidos. Cada usuário relatou uma situação da sua vida que estava com alguma dificuldade para lidar e os demais usuários contribuíram, refletindo sobre o que eles fariam se estivessem vivenciando a situação descrita. A discussão grupal foi mediada pela psicóloga. Foram descritos pelos usuários sentimentos de inadequação em algumas situações de convivência familiar. Em um segundo momento foi realizado o ensaio de uma música que está sendo composta pelo grupo. A letra da música é de composição dos usuários e trata de sentimentos e outras questões cotidianas relacionadas à convivência com o transtorno mental.

Data: 02/06/16

14:00 hs - Grupo de Usuários

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 8 usuários, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

Temáticas abordadas no encontro: No encontro foram discutidas as normas de participação no grupo, que haviam sido construídas coletivamente no encontro anterior. Entre estas normas estão questões de convivência grupal que variam de contratos de convivência a valores do grupo. Entre as normas de convivência estão avisar se for faltar, manter sigilo sobre os assuntos discutidos nos encontros, não se atrasar, caso precisar sair mais cedo avisar o motivo, desligar o celular durante o encontro. Em relação aos valores construídos pelo grupo estão amizade,

respeito sigilo, confiança. Foram sugeridos alguns nomes para o grupo, que será decidido no próximo encontro. Alguns usuários relataram situações individuais que estão vivenciando e foram realizadas discussões sobre as estratégias de enfrentamento e aspectos relacionados ao tratamento no CAPS. Alguns usuários compartilharam situações que enfrentaram antes de iniciarem o tratamento e outras relacionadas aos sintomas dos transtornos mentais.

15:00 hs - Grupo “Encontro de Família”

Duração: 1h30min

Frequência: mensal

Participantes: Familiares de usuários do CAPS II, total: 10 participantes, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

Assuntos abordados no encontro: estratégias de convivência com características e situações de comportamentos relacionados ao transtorno mental. O grupo contou com a participação de um novo membro que se apresentou e apresentou a situação do seu familiar usuário do CAPS II. Familiares compartilharam experiências sobre formas de lidar com algumas situações e comportamentos em relação ao seu familiar com transtorno mental. Falam das dificuldades, do que aprenderam ao longo dos anos de convivência e abordam a importância do CAPS II na melhora dos sintomas de seus familiares. Foi enfatizado por um familiar a importância do grupo para o fortalecimento das relações e as dificuldades enfrentadas na convivência com o seu familiar usuário do CAPS II. Alguns familiares relataram as implicações e mudanças na dinâmica da família após o aparecimento dos sintomas de alteração de comportamento de seu familiar. Um sentimento em comum compartilhado no encontro foi o fato de apenas alguns familiares se envolverem com o familiar com transtorno mental. No relato um tema em comum foi o distanciamento de outros membros da família, restando a responsabilidade e convivência a alguns membros da família. Foram relatadas resistências de alguns usuários quanto à convivência familiar e tratamento oferecido no CAPS.

Data: 06/06/16

14:00 hs - Grupo de Usuários- “Psicoarte, Direito e Cidadania”

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 6 usuários, 1 Psicóloga, 1 Assistente Social, 1 Pesquisadora.

No encontro foi decidido entre os participantes a dinâmica de frequência dos encontros, pois o grupo havia solicitado permanecer juntos. As profissionais apresentaram a proposta de alternar os assuntos abordados no grupo, ficando um encontro coordenado pela Psicóloga, quando os assuntos discutidos são relacionados a questões psicológicas e estratégias de tratamento e outro encontro coordenado pela Assistente Social, quando serão discutidos assuntos de cidadania. O grupo concordou em funcionar com esta dinâmica.

Após foi realizada uma atividade para tratar do tema de cidadania. Foi apresentado um clipe da música “Cidadão”, de Zé Ramalho. Foi realizada uma atividade de reflexão sobre a letra da música, após cada participante escreveu a sua percepção sobre a música. As frases foram compartilhadas no grupo.

Data: 09/06/16

14:00 hs - Grupo de Usuários

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 8 usuários, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

No encontro foi escolhido o nome do grupo, eleito pela maioria como Grupo da Amizade.

Temáticas abordadas no encontro: O grupo abordou assuntos relacionados com comportamento alimentar, crenças religiosas alguns sintomas relacionados com o transtorno mental. Alguns usuários relataram seus sonhos.

Foram compartilhadas situações individuais e os outros usuários trocaram experiências sobre vivências de situações similares e como lidaram com as mesmas.

Data: 13/06/16

14:00 hs - Grupo de Usuários – “Psicoarte”

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 7 usuários, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

Temáticas abordadas no encontro: No encontro foi proposta uma atividade com frases de letras de músicas. As letras foram deixadas dispostas e foi solicitado que cada participante escolhesse uma ou mais

frases que significassem algo, que lhe chamasse atenção. Cada participante compartilhou a sua frase e o motivo da escolha. Após foi construído um cartaz com as frases, juntamente com desenhos. Antes de finalizar o encontro os participantes cantaram algumas músicas das frases escolhidas.

Data: 16/06/16

10:15 hs - Grupo “Sustentabilidade Social”

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 8 usuários, 1 Assistente Social, 1 Pesquisadora.

Temáticas abordadas no encontro: No encontro foram discutidos temas sobre acúmulo de lixo nas margens do Rio Tietê. O grupo assistiu a um vídeo sobre o assunto a após foi uma aberta uma discussão sobre reciclagem de lixo, sustentabilidade e processo de decantação para despoluir rios.

14:00 hs – Grupo – “Grupo da Amizade”

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 7 usuários, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

Temáticas abordadas no encontro: No encontro foram abordadas questões de convivência familiar, os usuários compartilharam situações que vivenciam em relação aos familiares com quem moram e convivem. Foram divididas experiências e estratégias para lidar com as mesmas. Dando continuidade ao assunto discutido no encontro anterior foram trazidas novamente questões relacionadas ao comportamento alimentar.

Data: 23/06/16

14:00 hs – Grupo – “Grupo da Amizade”

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 5 usuários, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

Foi realizada uma dinâmica abordando a rede de relações.

Material utilizado: novelo de lã

Temáticas abordadas no encontro: A dinâmica iniciou com um participante que lançou o novelo de lã para outro, a proposta era fazer uma pergunta para a pessoa ou dizer para ela algo que gostaria. Os

participantes optaram por fazer perguntas uns aos outros. Os temas abordados foram sobre convivência familiar, atividades desenvolvidas com a família, de lazer e utilização do tempo livre. Foi trazido o tema sobre como se sentem freqüentando o CAPS II. Os usuários descreveram os benefícios que sentem ao freqüentarem as atividades desenvolvidas no CAPS II. No relato de todos estavam presentes assuntos como sentimento de acolhimento, bem-estar, melhora dos seus sintomas, sentimento de amizade e pertencimento em relação ao grupo. No encontro foram abordadas questões de convivência familiar, os usuários compartilharam situações que vivenciam em relação aos familiares com quem moram e convivem. Foram abordadas também questões relacionadas às atividades de trabalho que os usuários realizavam e como se sentiam e a relação entre o trabalho e o desenvolvimento dos sintomas do transtorno mental. A perícia médica do INSS também foi um tema trabalhado no grupo, foram compartilhadas experiências e informações de interesse em comum a maioria dos usuários.

No final do encontro a pesquisadora se despediu do grupo.

Data: 27/06/16

13:30hs – Atividade de caminhada e alongamento orientada por um usuário.

14:00 hs Grupo de Usuários- “Psicoarte”

Duração: 1 hora

Frequência: Semanal

Participantes: 8 usuários, 1 Psicóloga, 1 Pesquisadora.

Temáticas abordadas no encontro: No encontro cada participante relatou uma situação recente que vivenciou, os assuntos trazidos foram sobre atividades de lazer que realizaram como assistir jogo de futebol e encontro/almoço de família no final de semana.

Dando continuidade a atividade realizada no encontro anterior, na qual os participantes escolheram frases que fazem partes de letras de músicas, no encontro atual foram trazidas as letras das músicas e cantadas coletivamente com acompanhamento de violão. O violão foi tocado por um usuário. Todos cantaram e após cada música a pessoa que havia escolhido a frase fez um comentário sobre a letra da música relacionando com o motivo da escolha e os sentimentos despertados.