
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Jamile Alves Pereira

**CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA: potencialidades
e desafios na oferta de cuidado frente à política pública de saúde
mental**

Belo Horizonte

2023

JAMILE ALVES PEREIRA

**CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA: potencialidades
e desafios na oferta de cuidado frente à política pública de saúde
mental**

Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como requisito parcial para conclusão da Pós-Graduação *lato sensu* – Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Daniela de Melo Gomes

Belo Horizonte

2023

P436c

Pereira, Jamile Alves.

Centros de convivência e cultura: potencialidades e desafios na oferta de cuidado frente à política pública de saúde mental. / Jamile Alves Pereira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

68 f.

Orientador(a): Daniela de Melo Gomes.

Monografia (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Centro de Convivência. 2. Política Pública. 3. Saúde Mental. 4 . Cidadania. I. Gomes, Daniela de Melo. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 495

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jamile Alves Pereira

CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA: potencialidades e desafios na oferta de cuidado frente à política pública de saúde mental

Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como requisito parcial para conclusão da Pós-Graduação *lato sensu* – Especialização em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Daniela de Melo Gomes

Banca Examinadora

(Ms. Daniela de Melo Gomes, PBH).

(Ms. Alessandra Rios de Faria, ESP/MG).

(Esp. Soraia Monteiro Lima, PBH).

Belo Horizonte

2023

AGRADECIMENTOS

Sou nascida pelo encontro dos meus pais com a arte e, se me vejo falando de arte, cultura e sociabilidade e de sua importância como promotoras de saúde, preciso, primeiramente, agradecer à minha família que, por estar imersa nas várias formas de produzir arte, também me fez imergir nesse universo e entender que a arte de viver depende de viver com a arte.

A arte que, diversas vezes, mudou os meus caminhos também me permite ajudar pessoas a mudarem os seus.

Agradeço àqueles que me serviram de inspiração no meu trajeto profissional: aos colegas que empreendem comigo as lutas diárias por fazer de um Centro de Convivência e Cultura uma potência de cuidado e a uma personagem histórica que semeou, no passado, alguns frutos que colhemos hoje: Dona Ivone Lara.

Dona Ivone dedicou muitos anos de sua vida à construção do cuidado humanizado em saúde mental: uma saúde mental libertária. Enfermeira, assistente social, especialista em terapia ocupacional. Trabalhava pelo resgate de vínculos e usava o samba, materialização dos seus saberes ancestrais, como forma de expressão dos sujeitos.

Seu nome, hoje, como homenagem, nomeia o Centro de Convivência e Cultura onde atuo e onde espero que, assim como nos lugares em que Dona Ivone atuou, muitas vidas possam ser transformadas pelo encontro com a comunidade, com a cultura e com a arte.

Agradeço à minha orientadora Daniela que, antes de orientadora, já foi colega de faculdade, de risos, danças e jornadas "fantásticas". Mestre, Terapeuta Ocupacional, bailarina, doula, mulher... mulher preta, artista, ativista, antimanicomial e antirracista. A este mix de muitas em uma só, agradeço pelas reflexões suscitadas, pelo encorajamento e pelos brindes que me faz com seu abraço, seu sorriso largo e com sua generosidade em compartilhar aquilo que a vida e seu rico percurso pessoal e profissional lhe ensinaram.

Enfim, agradeço à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais pelo espaço enriquecedor de trocas de experiências, de conhecimentos e de afetos e pela transformação que ajudou a construir na minha trajetória.

RESUMO

Pesquisa bibliográfica, qualitativa-quantitativa, descritiva, que objetivou compreender a importância da existência de uma política pública nacional para normatizar o funcionamento, a regulação, o financiamento e a implantação dos Centros de Convivência e Cultura (CECOs). Foram usadas as bases de dados CAPES, *Scielo* e BVS, sendo selecionados 22 artigos, publicados no período de 01 de janeiro de 2005 a 16 de novembro de 2022. O período levou em consideração publicação e/ou revogação das portarias que dispõem sobre o CECO especificamente ou sobre a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Portarias nº 396/2005; nº 3.088/2011; nº 3.588/2017 e Portaria de Consolidação nº3/2017). Concluiu-se que a produção científica sobre CECOs no Brasil é capaz de demonstrar seu potencial como ponto estratégico para inclusão social de pessoas em sofrimento mental, por meio de atividades relacionadas à arte, à cultura e à sociabilidade. O baixo número de CECOs em funcionamento no país, a dificuldade no levantamento preciso desses dados e as dificuldades apontadas por parte dos estudos analisados, associadas aos retrocessos na política pública de saúde mental, principalmente a partir de 2017, sugerem ser necessária a existência de uma política pública nacional para normatizar o funcionamento, a regulação, o financiamento e a implantação dos CECOs, para que seja possível ampliar a oferta de cuidado em saúde mental nesse tipo de dispositivo. A amostragem pequena traz limitações para essa conclusão, tornando necessários mais estudos que permitam uma visão mais abrangente acerca da produção científica sobre o tema.

Palavras-chave: Centro de Convivência. Política pública. Saúde Mental. Cidadania.

ABSTRACT

Qualitative quantitative and descriptive bibliographic research with the objective of comprehending the importance of the existence of a national public policy for standardization on the implementation, functioning, regulation and financing of Community Culture Centers. The database from CAPES, SCielo and BVS were consulted, based on 22 articles published from January 1st 2005 to November 16th 2022. This period took in consideration the publishing and/or abrogation of ordinances specific to Community Centers or Psychosocial Care Networks (Ordinances #396/2005; #3088/2011; #3588/2017 and Consolidation of Ordinances #3/2017). The conclusion backed by scientific approaches on Community Centers in Brazil was able to demonstrate its potential as a strategic zone for social inclusion of people facing mental health issues through activities related to art, culture and sociability. The low number of active Community Centers in the country, difficulties in obtaining precise data and specific difficulties mentioned in the analyzed studies, associated with the setbacks in public mental health policies, specially from 2017, suggest the dire need for the existence of a national public policy for standardization on the implementation, functioning, regulation and financing of Community Culture Centers, so it's possible to amplify the offer of care for mental health issues on this type of service. This small sampling brings limitations to this conclusion, making further studies allowing a broader view on the matter of scientific research on the theme necessary.

Keywords: Community Center. Public policy. Mental Health. Citizenship.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	O PAPEL DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA NA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO LUGAR SOCIAL PARA A LOUCURA	12
2.1	O DIREITO À CULTURA E À CIDADANIA	12
2.2	DIMENSÃO SOCIOCULTURAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	13
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	17
3.1	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
4.1	APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS E ANÁLISE	23
4.1.1	Centros de Convivência e Cultura existentes no Brasil	23
4.1.2	Centros de Convivência e Cultura existentes no Brasil: revisão bibliográfica	25
5	CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS	33
5.1	POLÍTICA DO RETROCESSO	33
5.2	A ARTE COMO POTÊNCIA	38
5.3	DEMOCRACIA COMO CAMINHO	41
5.3.1	CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA E O ACESSO AO TRABALHO	44
5.4	LIBERDADE COMO MODO DE CUIDADO: INTEGRAÇÃO SOCIAL E FRUIÇÃO DA CIDADE	49
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55

REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE	67

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema orientador a reflexão acerca da sustentação do cuidado em saúde mental a partir de estratégias de promoção da saúde, por meio de atividades relacionadas à arte, à cultura e à sociabilidade, em Centros de Convivência e Cultura (CECOs¹).

O interesse por este assunto se deu a partir da experiência da autora no enfrentamento de dificuldades cotidianas no apoio à implantação e ao fortalecimento das ações do CECO de um município de Minas Gerais com cerca de 55.836 habitantes, onde atua desde agosto de 2021. O trabalho neste ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade, apesar da potência do dispositivo, tem sido atravessado por desafios relacionados à limitada disponibilização de recursos materiais e humanos para a execução do projeto institucional. Tem relação também com a ainda reduzida demanda da população, quando comparada aos outros dispositivos da RAPS² da cidade, pelas atividades ofertadas no setor e com a dificuldade para incrementar o repertório de atividades ofertadas aos usuários, seja no próprio CECO ou em outros dispositivos e cenários do território.

A experiência relatada suscitou discussões a respeito da existência ou não de compreensão sobre a fruição e produção de arte, cultura e sociabilidade como práticas de cuidado em saúde mental, bem como a respeito da inconsistência das políticas públicas atuais relativas ao estabelecimento de diretrizes de funcionamento, implantação e financiamento desse dispositivo de cuidado em saúde mental. Essas questões levaram ao desejo de compreender melhor o tema desta pesquisa, que se refere às potencialidades e desafios encontrados na oferta de cuidado em saúde mental nos CECOs, frente à política pública de saúde mental.

Com o intuito de investigar a temática proposta neste trabalho, buscaram-se referenciais que pudessem embasar teoricamente o assunto abordado, bem como pesquisaram-se informações nas bases de dados do Ministério da Saúde a respeito dos

¹ Foram utilizados o termo “Centro de Convivência e Cultura” e a sigla “CECO” como uma escolha de pesquisa de forma a padronizar, na escrita, as diferentes nomenclaturas e siglas usadas para designar esse tipo de dispositivo substitutivo no Brasil: Centro de Convivência e Cultura, Centro de Convivência, Centro de Convivência e Cooperativa, Centro de Convivência e Arte.

² A RAPS do município em questão é composta, além do Centro de Convivência e Cultura, por mais quatro dispositivos da Unidade Regional de Saúde Mental (CAPS II, CAPS AD II, Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Referência Psicossocial da Adolescência e da Infância), uma UPA 24h, um Hospital Geral, vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS) e oito unidades de apoio das UBS na zona rural, garantindo 100% de cobertura populacional na Atenção Primária à Saúde.

CECOs existentes no Brasil. Nessa busca, percebeu-se que, apesar da já difundida percepção a respeito da importância desse dispositivo da RAPS (o que é demonstrado pelos apontamentos encontrados na literatura), ainda há um baixo número de CECOs implantados no país. Após levantamento bibliográfico e busca de dados iniciais, verifica-se que o número de CECOs é baixo quando se compara ao número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento no território nacional.

A partir do interesse e das leituras realizadas sobre o tema abordado, levantou-se como questionamento deste estudo: é possível sustentar o cuidado em saúde mental em Centros de Convivência e Cultura, ampliando o número desses dispositivos em funcionamento no país, sem que haja uma política pública em nível nacional que defina seus parâmetros de funcionamento, regulação, financiamento e implantação?

Nessa vertente, esta pesquisa levou em consideração trabalhos científicos produzidos no período de 01 de janeiro de 2005 a 16 de novembro de 2022. O período inicial da pesquisa foi definido considerando-se o ano de publicação e revogação da Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005 / SAS - Secretaria de Atenção à Saúde, que “aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS”³. O período também engloba o ano de publicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que inclui o CECO como ponto de atenção da RAPS. Abarca também o ano de publicação da Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que revoga a citada Portaria nº 3.088/2017, porém, mantém suas definições acerca do CECO. Já a definição do período final para a pesquisa considerou as possíveis influências, ainda no período atual, da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que não inclui o CECO no texto da política nacional de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005d, 2011a, 2017a, 2017b).

A hipótese levantada neste trabalho é a de que é fundamental a existência de uma política pública nacional para normatizar o funcionamento, a regulação, o financiamento e a implantação dos CECOs, para que seja possível ampliar a oferta de cuidado em saúde mental nesse tipo de dispositivo.

A partir da hipótese supracitada, o objetivo geral deste estudo é compreender a importância da existência de uma política pública nacional para normatizar o funcionamento, a regulação, o financiamento e a implantação dos CECOs. Já os

³A Portaria nº 396/2005 foi suspensa temporariamente, por 30 dias, pela Portaria nº 1.187, de 13 de julho de 2005, para análise de seus impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. A norma foi totalmente revogada pela Portaria nº 2.442, de 09 de dezembro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005b, 2005c).

objetivos específicos são: identificar a produção científica a respeito do trabalho nos CECOs no Brasil; analisar se ela demonstra a potencialidade do dispositivo como espaço de promoção de saúde, por meio da oferta de atividades relacionadas à arte, cultura e sociabilidade; investigar se há correlação entre a estruturação da política pública local de saúde mental, a implantação de CECO e a produção acadêmica referente a essa temática. Com vistas a alcançar os objetivos propostos por este projeto, responder ao questionamento levantado e verificar a hipótese da pesquisa, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, qualitativa-quantitativa, descritiva. A revisão bibliográfica pretendeu embasar a descrição das características do trabalho desenvolvido nos CECOs no Brasil, o papel desses dispositivos na Reforma Psiquiátrica Brasileira e no cuidado em saúde mental e os possíveis desafios para o cumprimento desse papel.

2 O PAPEL DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA NA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO LUGAR SOCIAL PARA A LOUCURA

Este capítulo, a partir de uma vertente teórica, objetiva discutir sobre as definições acerca da cultura e sua inter-relação com o conceito de cidadania. Para atender a esse objetivo, foram usados diferentes textos e autores, tendo sido a discussão estruturada em diferentes tópicos. O primeiro deles, intitulado “O direito à cultura e à cidadania”, discorre sobre a definição dos dois conceitos e os correlaciona com o sentimento de pertencimento e à participação social, além de defini-los como direitos fundamentais. Os apontamentos trazidos neste item abrem caminhos para as discussões trazidas pelo tópico seguinte, intitulado “Dimensão Sociocultural e a Reforma Psiquiátrica Brasileira”, em que se discorre a respeito da violação dos referidos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento mental, oriunda de sua histórica exclusão social.

A partir desse ponto, são feitas reflexões a respeito da origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da necessidade da reconstrução da assistência em saúde mental no Brasil. Aborda-se a importância de que esta seja pautada na oferta de cuidado em consonância com a produção de saúde, atrelada ao resgate da cultura e da cidadania. O tópico aborda, ainda, o papel das oficinas e do CECO, local em que as mesmas são o principal recurso de intervenção, na articulação entre arte, cultura e a saúde. Por fim, é feita problematização acerca das dificuldades que se impõem para o avanço da consolidação desse dispositivo e da dimensão sociocultural da desinstitucionalização.

2.1 O DIREITO À CULTURA E À CIDADANIA

[...] Precisa acabar com essa história de que cultura é uma coisa extraordinária. Cultura é ordinária. Cultura é igual a feijão com arroz. É necessidade básica. Tem que estar na mesa, tem que estar na cesta básica de todo mundo⁴.

(GILBERTO GIL).

Oriunda do verbo latim *colere*, a palavra cultura significa cuidado, cultivo, se correlacionando, assim, com a ação que permite a realização das potencialidades, em

⁴ Trecho de entrevista concedida pelo cantor, compositor, instrumentista e, na ocasião, Ministro da Cultura, Gilberto Gil (1942), durante participação na Festa Literária Internacional de Paraty/RJ, em 2003. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Qeb2L3oZpzc>>. Acesso em: 08 fev. 2022.

sua totalidade, de algo ou alguém (CHAUÍ, 2009). O termo, que já teve diferentes interpretações, de acordo com as correntes políticas e ideológicas ao longo dos anos, no século XX, passa a ser entendido a partir de uma abrangência mais ampla, que o considera como:

[...] produção e criação da linguagem, da religião, da sexualidade, dos instrumentos e das formas do trabalho, dos modos da habitação, do vestuário e da culinária, das expressões de lazer, da música, da dança, dos sistemas de relações sociais – particularmente os sistemas de parentesco ou a estrutura da família – das relações de poder, da guerra e da paz, da noção de vida e morte. A cultura passa a ser compreendida como o campo em que os sujeitos humanos elaboram símbolos e signos, instituem as práticas e os valores, definem para si próprios o possível e o impossível, a direção da linha do tempo (passado, presente e futuro), as diferenças no interior do espaço (a percepção do próximo e do distante, do grande e do pequeno, do visível e do invisível), os valores – o verdadeiro e o falso, o belo e o feio, o justo e o injusto – que instauram a ideia de lei e, portanto, do permitido e do proibido, determinando o sentido da vida e da morte e das relações entre o sagrado e o profano (CHAUÍ, 2009, p. 28, 30).

Em consonância com a definição anterior, Alvarez *et al.* (2022), definem a cultura como um conjunto de símbolos e signos produzidos por um coletivo, destacando seu potencial para criar e reforçar territórios de pertencimentos. Sampaio (2022), além de associar o conceito ao já mencionado sentido de pertencimento, o correlaciona também à expressão simbólica e a uma maneira de um humano se comunicar com o outro e, assim sendo, coloca que cultura pode ser entendida como uma maneira de compartilhar a experiência de mundo.

A autora supracitada conclui que a cultura é também um direito, afirmação esta que é amparada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 27, que garante o direito à livre participação na vida cultural comunitária e à fruição das artes e, no Brasil, pela Constituição Federal, em seu artigo 205, que versa sobre o direito ao exercício da cultura, em suas múltiplas dimensões (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948; BRASIL, 1988).

2.2 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

*Vou contá uma história
De umas coisas que eu vivi
No mundo dos esquecidos
Lá pras bandas do sem-fim
No carimbo da loucura*

*Mora gente feito gado
Onde a dor marcada a ferro
Pelo poder dos tiranos
Nas terras do Juqueri [...]
[...] O seu corpo é o estigma
São marcas do Juqueri
No meio de tudo isso
A viola canta e chora
Devê tanto desatino
Tanta alma na gaiola
Mas também tem muita gente
Que com garra segue frente
Criando uma nova história.⁵
(LUIZINHO GONZAGA).*

O exercício da cultura está intimamente ligado ao da cidadania. De acordo com Marshall (1973)⁶, citado por Held, Barbosa e Silva (1999), a cidadania relaciona-se ao pertencimento a uma comunidade, à igualdade na garantia, a cada indivíduo, de direitos e deveres, liberdades e impedimentos, poderes e responsabilidades. Segundo Saraceno (2011), ela é um direito em si e condição necessária para garantir a diversidade, bem como a saúde para todos. Apesar disso, esse direito permanece sendo negado a algumas pessoas.

De acordo com Amarante e Torre (2018), historicamente, a sociedade produziu espaços de reclusão para lidar com as pessoas que geravam algum incômodo social. Entre elas, aquelas com sofrimento mental. Dessa maneira, segundo os autores, o dito “louco” foi retirado da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura e da vida social.

Por todo o exposto, fica evidente que institucionalizar e apartar da sociedade são formas de desconsiderar o status de cidadã da pessoa em sofrimento mental. Cabe ressaltar que não se institucionaliza apenas quando se interna. Conforme Saraceno (2011), atribuir às pessoas em sofrimento mental apenas o status de “louco” e de doente mental também é institucionalizar. Ignorar sua história de vida, seus laços significativos, desejos, interesses, suas vivências e particularidades é uma forma de impedir que essas pessoas ocupem outro lugar que não o lugar institucionalizado da loucura.

⁵ Trecho da música “Terras do Juqueri”, do grupo “Loucos pela Vida” (1986-1990). Este grupo foi idealizado pelo musicoterapeuta Luizinho Gonzaga e formado por internos e funcionários do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em São Paulo. Este foi um dos maiores manicômios do país. A música relata histórias verdadeiras de internos na década de 1980, quando foi composta.

⁶ MARSHALL, T. H. *Citizenship and Social Class*. In: **Class, Citizenship and Social Development**. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1973.

Romper com essa lógica implica em não somente destruir o escândalo manicomial, mas também em reconstruir o sujeito que estava dentro da instituição. É necessário construir um lugar de cidadania para a loucura, o que envolve buscar seu “cabimento” na cidade (LOBOSQUE, 2007; SARACENO, 2011).

É a partir dessas premissas que se consolidou a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este é um movimento político e social iniciado na década de 1970, aliado aos movimentos de Luta Antimanicomial. Ele coloca-se na função de reestruturar a assistência às pessoas em sofrimento mental, rompendo com a lógica excludente, através da produção de espaços de cuidado em saúde mental no território e articulados em rede.

Amarante e Torre (2018) enfatizam que as estruturas manicomiais precisam ser substituídas por espaços de produção cultural e econômica, que permitam a participação na vida da cidade. Os autores destacam a potência da arte-cultura como instrumento para repensar o lugar social da loucura e da diferença, favorecendo sua inserção na cidade e na democracia e contribuindo para a reapropriação da cidade pelas pessoas que foram excluídas por não se adequarem aos padrões de normalidade ditados pela sociedade.

Lima, E *et al.* (2021, p.422) salientam que a Luta Antimanicomial tem “como um de seus princípios a ideia de que a aproximação à experiência da loucura deveria se dar no espaço cultural”. Os autores vão além: afirmam tanto a saúde quanto a cultura como direitos e ponderam sobre o fato de que as práticas culturais podem produzir saúde, bem como dizem entender que as práticas de saúde também têm potencial para produzir arte e cultura. Para eles, na atenção psicossocial, essa relação mútua entre arte e saúde contribui para ruptura com a estigmatização, para a ampliação dos territórios e para a resignificação do sofrimento.

Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016) se manifestam em concordância com o papel da cultura na produção de cuidado no campo psicossocial, ao dizerem considerá-la como aparato que permite construir os direitos à vida e à cidadania, bem como oportuniza a criação de novos conhecimentos, valores e formas de conceber e ofertar cuidado às pessoas em sofrimento mental.

No campo da saúde mental, as oficinas materializam a articulação entre a arte, a cultura e a saúde, ao introduzirem, por meio de espaços coletivos de aprendizado, de trocas sociais, expressão, participação, convivência e uma nova forma de cuidado

(LIMA, E *et al.*, 2021, p.422). Nos CECOs, essa articulação é proeminente, já que, nesse dispositivo, elas se tornam a principal ferramenta de trabalho. Por meio das atividades grupais, esses dispositivos da RAPS oferecem espaços de socialização, produção cultural e intervenção na cidade (SCHENKEL *et al.*, 2022).

Apesar de a literatura destacar o acesso à saúde e à cultura como direitos e como formas de inclusão social da diferença; a importância da dimensão sociocultural para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a importância dos CECOs para abarcá-la, ela também aponta para o fato de que o contexto político brasileiro acarreta em um avanço limitado da dimensão sociocultural da desinstitucionalização (SCHENKEL *et al.*, 2022).

3PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo traz discussões acerca das fontes usadas para a realização desta pesquisa. Traz ainda a análise dos dados, de acordo com o referencial teórico-metodológico escolhido para nortear o trabalho.

3.1 METODOLOGIA

A coleta de dados deste trabalho se deu a partir de duas frentes. A primeira delas consistiu em um levantamento de informações, a partir de bases de dados do Ministério da Saúde, a respeito dos dispositivos desta modalidade existentes no Brasil. Isso foi feito visando-se constatar o avanço da implantação dos CECOs no país. Para isso, utilizaram-se, como campos de pesquisa, os relatórios de gestão produzidas pelo órgão, além do sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁷. Neste, usou-se como termo de busca a expressão “centro de convivência”, tendo sido selecionada a opção “Atende SUS”. De forma complementar, buscaram-se dados atualizados junto aos sítios eletrônicos das Secretarias de Estado de Saúde, usando-se os termos de busca “centro de convivência” e “RAPS”.

No CNES, houve opção da pesquisadora por fazer a consulta estado a estado e fazer a somatória manualmente. Eliminaram-se todos os setores identificados como centros de convivência que, à data da consulta (09 de outubro de 2022), estavam desativados, conforme dados da ficha do estabelecimento. Na mesma base de dados, foi feita consulta estado a estado, com a expressão “centro de atenção psicossocial”, com somatória manual, a título de comparação.

Os dados levantados foram usados para produzir a **Tabela 1** - Centro de Convivência X CAPS / Brasil (p. 65).

A segunda frente de coleta de dados deste trabalho se deu por meio da investigação de artigos científicos relacionados ao Centro de Convivência e Cultura (em suas diferentes designações), encontrados nos sítios eletrônicos do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e no portal regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram usados os seguintes descritores: “Centro de Convivência” e

⁷ Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 09 de out. de 2022.

“Saúde Mental”, publicados no período de 01 de janeiro de 2005 a 16 de novembro de 2022.

O período selecionado para a pesquisa foi definido considerando-se o ano de publicação e revogação da Portaria nº 396/2005, os anos de publicação e revogação da Portaria nº 3.088/2011 e o ano de publicação da Portaria de Consolidação nº 3/2917 e da Portaria nº 3.588/2017. Os marcos legais correlacionam-se com a assistência em saúde mental no país seja tratando especificamente ao CECO (como no caso da primeira), ou da RAPS (incluindo o dispositivo na RAPS, caso da segunda e da terceira ou deixando de citá-lo como tal, caso da última) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005d, 2011a, 2017a, 2017b).

A busca inicial retornou 167 trabalhos publicados. Foram eliminados estudos que: não se referiam a Centros de Convivência de Saúde Mental (68); que estavam publicados em duplicidade – relacionados ou não aos Centros de Convivência de Saúde Mental (74); que se referia a serviço localizado em país estrangeiro (01); cujo resumo ou texto integral não estavam disponíveis (01). Foram escolhidos 23 estudos, publicados no período selecionado para esta pesquisa e que se relacionavam com o tema de estudo.

A partir da seleção dos estudos, foi realizada leitura integral dos textos, havendo, nesta fase, a eliminação de mais 01 (um) artigo, cujo estudo não se referia a trabalho desenvolvido em Centros de Convivência de Saúde Mental, restando 22 publicações selecionadas, que foram analisadas para tratamento dos dados, conforme **Quadro 1**⁸(p. 18-20).

Com vistas a alcançar os objetivos propostos por esta pesquisa foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, qualitativa-quantitativa, descritiva. A pesquisa bibliográfica, feita a partir da produção teórica já existente, possibilita uma compreensão mais abrangente a respeito do fenômeno estudado (GIL, 2002). De acordo com Schneider, Fujii e Corazza (2017, p. 570), a pesquisa qualitativa-quantitativa possibilita “uma análise estrutural do fenômeno com métodos quantitativos e uma análise processual mediante métodos qualitativos”, o que permite uma visão mais ampla sobre o objeto de estudo.

⁸ Na apresentação e discussão dos resultados, a numeração dos artigos da amostra, conforme o Quadro 1, será usada como parâmetro para citação dos artigos. Assim sendo, no lugar do título, será adotada a nomenclatura “artigo” seguida do número correspondente no Quadro 1.

Além disso, segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva intenciona descrever características do objeto de estudo ou investigar a existência e a natureza de relações entre variáveis estudadas. Todas essas características mostram-se pertinentes para atender aos objetivos da pesquisa em questão e, portanto, justificam a escolha metodológica.

Artigo	Autores	Objetivo	Ano da publicação	Ano da experiência relatada	Local da experiência /pesquisa
1.	Oliver;Barros; Lopes (2005)	Discutir incorporação de terapeutas ocupacionais na assistência em saúde mental e saúde da pessoa com deficiência em serviços públicos municipais de saúde em SP (1989- 1993).	2005	1989 a 1993	São Paulo/SP
2.	Boarini eQuijo (2007)	Subsidiar discussões e encaminhamentos no setor de saúde em relação à Reforma Psiquiátrica.	2007	2004-2005	Maringá/PR
3.	Damasceno e Reinaldo (2009)	Relatar experiência de acadêmicos de enfermagem em atividades desenvolvidas em um CECO de Belo Horizonte/MG, vinculadas ao Projeto de Extensão “Oficinas Terapêuticas para hábitos de vida saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário”.	2009	2008	Belo Horizonte/ MG
4.	Caçapava; Colvero e Pereira (2009).	Analisar estratégias de produção de cuidado em saúde mental do CECO, na perspectiva de seu alinhamento com as políticas de saúde mental e promoção da saúde, verificando as potencialidades da interação entre elas, no cotidiano das práticas.	2009	2006	São Paulo/SP
5.	Cotta; Castro e Botti. (2010)	Descrever as tecnologias de Educação em Saúde na Saúde Mental e discutir o processo ensino/aprendizagem da atividade educativa, na Saúde Mental.	2010	2007	Betim/MG
6.	Soares e Reinaldo (2010)	Subsidiar reflexãoteórico-crítica sobre a aproximação principiológica e prática entre oficinas terapêuticas e educação em saúde, segundo as tendências contemporâneas que regem ambas.	2010	Maio de 2008 e abr./2009	Belo Horizonte/ MG

QUADRO 1 - Distribuição de estudos por ano e local da publicação/experiência (continua).
FONTE: Da autora (2023).

Artigo	Autores	Objetivo	Ano da publicação	Ano da experiência relatada	Local da experiência /pesquisa
7.	Silveira; Soares e Reinaldo (2010)	Relatar dinâmica de realização de oficinas terapêuticas por acadêmicos de Enfermagem e Nutrição e os seus principais resultados, no projeto intitulado “Oficinas Terapêuticas para Hábitos de Vida Saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário”.	2010	2008 a 2010	Belo Horizonte/ MG
8.	Soares; Silveira e Reinaldo (2010)	Descrever a experiência de discentes na discussão da temática sexualidade e ratificar a relevância de integrar esse tema na atenção a pessoas com sofrimento psíquico.	2010	Não especificado (entre 2008 e 2010)	Belo Horizonte/ MG
9.	Monnerat (2011)	Evidenciar a dimensão da sociabilidade presente no CECO; desenvolver um panorama sobre o surgimento do serviço estudado no contexto de valorização das relações sociais, da cidadania e da autonomia, em consonância com a Reforma Psiquiátrica	Abr. de 2011	2008 a 2011	Niterói/RJ
10.	Lopes e Reinaldo (2012)	Relatar a contribuição da vivência acadêmica em um CECO para a formação do enfermeiro.	2012	2010	Belo Horizonte/ MG
11.	Zago;Terzis e Padilha (2014)	Investigar a técnica grupal, Grupo de Atividades Físicas, como elemento propiciador da percepção do outro enquanto objeto relacional.	2014	Revisão bibliográfica contemplou período entre 2000 e 2013	Campinas/ SP
12.	Pacheco e Silva (2018)	Pensar a contribuição do CECO para a efetivação da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica brasileira, auxiliando na inserção social do louco, a partir do fomento de atividades laborativas e artísticas e da articulação com diversos setores da sociedade.	2018	-	Belo Horizonte/ MG
13.	Dias (2018)	Ressaltar a relevância das oficinas terapêuticas como estratégia para a reinserção psicossocial e produção de vínculo a partir da experiência vivenciada durante o Estágio Supervisionado I em Saúde Mental na Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais.	2018	19 de mar. a 07 de jul./ 2017	Belo Horizonte/ MG
14.	Regne <i>et al.</i> (2018)	Recontar, por meio da história oral, a história da criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário.	2018	1992 a 2005	Belo Horizonte/ MG

QUADRO 1 - Distribuição de estudos por ano e local da publicação/experiência (continua).

FONTE: Da autora (2023).

Artigo	Autores	Objetivo	Ano da publicação	Ano da experiência relatada	Local da experiência /pesquisa
15.	Silva; Barbosa e Bonini-Trenche (2020)	Conhecer as trajetórias e singularidades de fonoaudiólogos que trabalhavam em CECO em São Paulo e, a partir de seus relatos, tecer reflexões que possam contribuir para a formação profissional.	2020	-	São Paulo/SP
16.	Alvarez; Almeida e Figueiredo (2021)	Dar visibilidade ao processo de constituição e implantação do Fórum Permanente de CECOs no estado do Rio de Janeiro.	2021	De maio/2018 a nov./2019	Rio de Janeiro (estado)
17.	Lima, D <i>et al.</i> (2021)	Compreender como a produção de saúde, articulada à arte e ao trabalho, influencia na condição de mulher artesã e de um coletivo heterogêneo.	2021	2019	Natal/RN
18.	Pontes (2021)	Fazer reflexão sobre o papel da vivência da arte e da linguagem, através do poema “Linhas”, de Naidna de Souza (2015), conviva de um CECO de Belo Horizonte, em articulação com a literatura.	2021	Ago./2014 e set./2015	Belo Horizonte/ MG
19.	Alvarez <i>et al.</i> (2022)	Estudar as potencialidades e os desafios encontrados na convivência virtual para a continuidade do trabalho dos CECOs.	2022	2020	Rio de Janeiro (estado)
20.	Schenkel <i>et al.</i> (2022)	Relatar a experiência de uma produção estética, poética e teatral de ocupação da cidade, Natal/RN a partir de um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial do município, com vistas a oferecer espaço de sociabilidade, produção e intervenção cultural.	2022	2019	Natal/RN
21.	Lussi; Leão e Dimov (2022.)	Refletir sobre a potência de ações e serviços no campo da Saúde Mental no sistema de saúde pública brasileira, com o intuito de fomentar práticas emancipatórias, sobretudo no contexto de retrocessos vivenciados com a atual Nova Política Nacional de Saúde Mental, que se contrapõe aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.	2022	--	--
22.	Monteiro; Silva e Reinaldo (2022)	Avaliar a efetividade de oficinas educativas de nutrição realizadas em um CECO de Belo Horizonte, em projeto de extensão “Educação nutricional para pessoas em sofrimento mental em um Centro de Convivência” e divulgar seus resultados.	2022	Estudo realizado de out. a nov./2016. Prática estudada se deu de 2008 a 2016	Belo Horizonte/ MG

QUADRO 1 - Distribuição de estudos por ano e local da publicação/experiência (conclusão).

FONTE: Da autora (2023).

Os dados coletados referentes ao ano e local de publicação dos artigos ou ano/período de ocorrência da experiência relatada ou ano/período considerado para o desenvolvimento do estudo(quando foi o caso) foram analisados de forma quantitativa, aliada à análise qualitativa dos dados, obtidos por meio de revisão bibliográfica. Estes foram correlacionados entre si, com vistas a explicitar suas contribuições, pontos em comum e de divergência, relativos ao objetivo do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, objetiva-se analisar dados levantados a partir das bases de dados do Ministério da Saúde e dos artigos da amostra elencada para este estudo. Contextualizou-se o avanço da implantação dos CECOs no país. Além disso, investigou-se a possível correlação entre a produção acadêmica referente ao CECO e a estruturação da política pública local de saúde mental (em nível municipal e/ou estadual) que verse sobre a implantação desse tipo de serviço substitutivo, suas diretrizes de funcionamento e/ou formas de financiamento. Buscou-se também, a partir do estabelecimento de marcos temporais (baseados na promulgação/revogação de legislações em nível nacional a respeito de CECO, como vai ser descrito ao longo do capítulo), verificar se há alguma correlação entre esses marcos e o número dessas publicações.

4.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS E ANÁLISE

4.1.1 Centros de Convivência e Cultura existentes no Brasil

A partir da coleta de dados, junto ao Ministério da Saúde, referentes ao CECOs em funcionamento, percebeu-se que, apesar da já difundida percepção a respeito da importância dos CECOs, o que é demonstrado pelos achados na literatura, ainda há um baixo número desses dispositivos da RAPS implantados no Brasil.

Conforme dados da **Tabela 1** (p.65), é possível verificar que o número de CECOs no país é baixo quando se compara ao número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas mais diversas modalidades⁹, habilitados e em funcionamento no território nacional. Como parâmetro de comparação, destaca-se que estavam registrados no CNES, na data de 09 de outubro de 2022, dois mil setecentos e sessenta e um (2761) CAPS, em contraposição aos apenas quarenta e seis (46) dispositivos em funcionamento, registrados como “Centro de Convivência” no mesmo cadastro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Cabe ressaltar que há uma dificuldade em se fazer um levantamento mais preciso acerca dos CECOs em funcionamento no Brasil, atualmente. Isso ocorre por

⁹ CAPS I, II e III, CAPS AD II, III e IV, CAPS i II, conforme Portaria de Consolidação nº 3/2017 e 3.588/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a, 2017b).

vários fatores. Um deles é o fato de não haver uma definição, pelo Ministério da Saúde, de um tipo de estabelecimento específico para este dispositivo no CNES¹⁰, o que dificulta o rastreio desses dispositivos neste cadastro. Além disso, muitos desses serviços funcionam sem número de CNES ou sem número de CNES próprio (estando vinculados ao registro de outros dispositivos como CAPS e UBS). Ademais, quando registrados, a falta de padronização no cadastro gera dificuldade em fazer uma distinção entre dispositivos de saúde mental e os centros de convivência destinados a outros públicos e finalidades (como para idosos, adolescentes, para reabilitação física, dentre outros).

Some-se isso ao fato de o Ministério da Saúde, através da sua Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, diferente do que faz com os outros dispositivos da RAPS, não apresentar, à ocasião da pesquisa, dados atualizados sobre os CECOs em funcionamento no país. É possível verificar que dados da entidade, no relatório de gestão referente ao ano de 2007, apontavam para a existência de 51 CECOs no Brasil, 09 em construção e 20 ainda em fase de projeto, número superior àquele levantado no CNES, durante a coleta de dados deste estudo, conforme mencionado. Os relatórios de gestão mais recentes do Ministério da Saúde, de 2019 a 2021 e o Relatório “Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)” de 2022, inclusive, não trazem informação sobre dispositivos dessa modalidade implantados ou em implantação no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b, 2019a, 2020, 2021, 2022b).

Deve-se considerar também que há CECOs que não estão vinculados diretamente a serviços de saúde, mas sim a setores da cultura, da assistência social, a movimentos sociais e organizações não governamentais, dentre outros. Conforme apontamentos de Castro (2014), embasados por achados de Ferigato (2013)¹¹, isso se deve às peculiaridades de cada território (relativas aos seus aspectos políticos, culturais, econômicos e ideológicos), somadas à falta de uma regulamentação em nível nacional para delinear sua organização e funcionamento.

A falta de normatização federal para o funcionamento, financiamento ou implantação do CECO é apontada como responsável pela fragilização desse dispositivo

¹⁰Conforme listagem de tipos de estabelecimento no DATASUS. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00>. Acesso em: 09 out. de 2022.

¹¹ FERIGATO, S. H. **Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas**: produzindo redes de encontros. 2013. 214 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2013.

e como uma grave ameaça às políticas públicas que visam garantir a saúde e a cultura como direitos fundamentais (AMARANTE; TORRE, 2018; ALVAREZ *et al.*, 2021; LIMA, E *et al.*, 2021; SCHENKEL *et al.*, 2022).

O baixo número de CECOs existentes no Brasil demonstra que este tipo de dispositivo ainda é pouco difundido pelo Brasil, o que talvez indique que os municípios vêm encontrando dificuldades para a sua implantação. Já a impossibilidade de levantamento preciso de dados, junto ao Ministério da Saúde, sobre os CECOs em funcionamento no país pode figurar como um dos resultados da falta de regulamentação do dispositivo em nível federal.

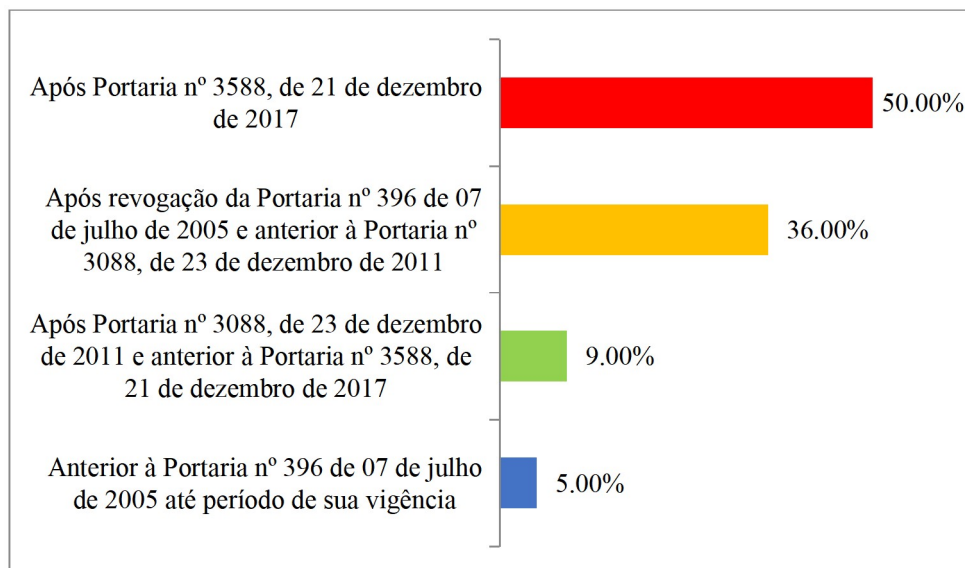
4.1.2 Centros de Convivência e Cultura: revisão bibliográfica

A amostra deste estudo foi constituída de 22 artigos encontrados nos sítios eletrônicos Periódicos CAPES, *Scielo* e BVS, localizados a partir dos descritores “Centro de Convivência” e “Saúde Mental”, publicados no período de 01 de janeiro de 2005 a 16 de novembro de 2022 e que se relacionavam com o tema estudado.

O período da pesquisa considerou o ano de publicação e revogação da Portaria nº 396/2005 (que aprova diretrizes de funcionamento do CECO). O período também engloba o ano de publicação da Portaria nº 3.088/2011 (que classifica o CECO como dispositivo da RAPS), o ano de publicação de Portaria de Consolidação nº 3/2017 (que apesar de revogar a Portaria nº 3.088/2017, mantém suas definições acerca do CECO) e o período a partir da publicação da Portaria nº 3.588/2017 (que não cita o dispositivo no texto da política nacional de saúde mental) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005d, 2011a, 2017a, 2017b). Essa escolha levou em conta as prováveis influências da última portaria citada, ainda no período de realização deste trabalho.

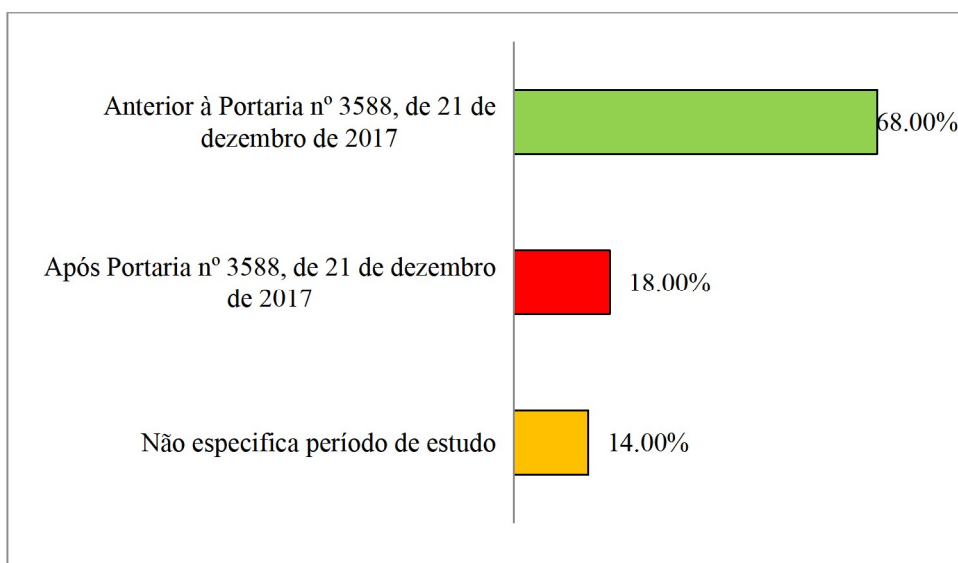
Os marcos legais que nortearam essa pesquisa (conforme esclarecido no parágrafo anterior) foram usados como parâmetro para a categorização dos artigos científicos selecionados, de acordo com o ano em que foram publicados (conforme **Gráfico A**, p. 25) e de acordo com o ano/período considerado pelo estudo, quando especificado por ele (conforme **Gráfico B**, p. 25).

Gráfico A – Ano da publicação do estudo



Fonte: Da autora (2023).

Gráfico B – Ano da experiência relatada ou período considerado para o desenvolvimento do estudo



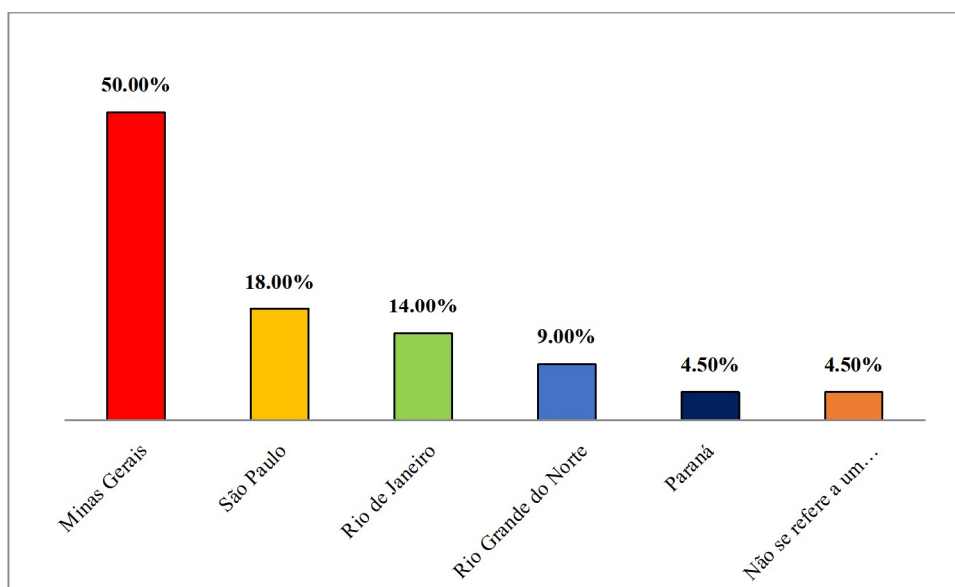
Fonte: Da autora (2023).

O **Gráfico C** (p. 26) apresenta, de forma geral, os dados referentes aos locais (estados brasileiros) nos quais se deram as experiências abordadas nos artigos selecionados. O estudo constatou que 50% (11) das experiências/estudos se deu no estado de Minas Gerais; seguidas pelos estados de São Paulo, representando 18% dos estudos (04) e Rio de Janeiro com 14% (03) trabalhos.

O **Gráfico D** (p. 27), por sua vez, também apresenta dados referentes aos locais de desenvolvimento das experiências/estudos, porém especificando a cidade. Pode-se

verificar que a maior parte das experiências, 45,5% (10), ocorreu na cidade de Belo Horizonte/MG; 14% (03) das experiências ocorreu na cidade de São Paulo/SP e 14% (03) ocorreu em cidades do estado do Rio de Janeiro, distribuídas da seguinte forma: 9% (02) citam mais de uma cidade fluminense e 4,5% (01) se refere especificamente a experiência na cidade de Niterói/RJ.

Gráfico C – Local (Estado) da experiência/estudo

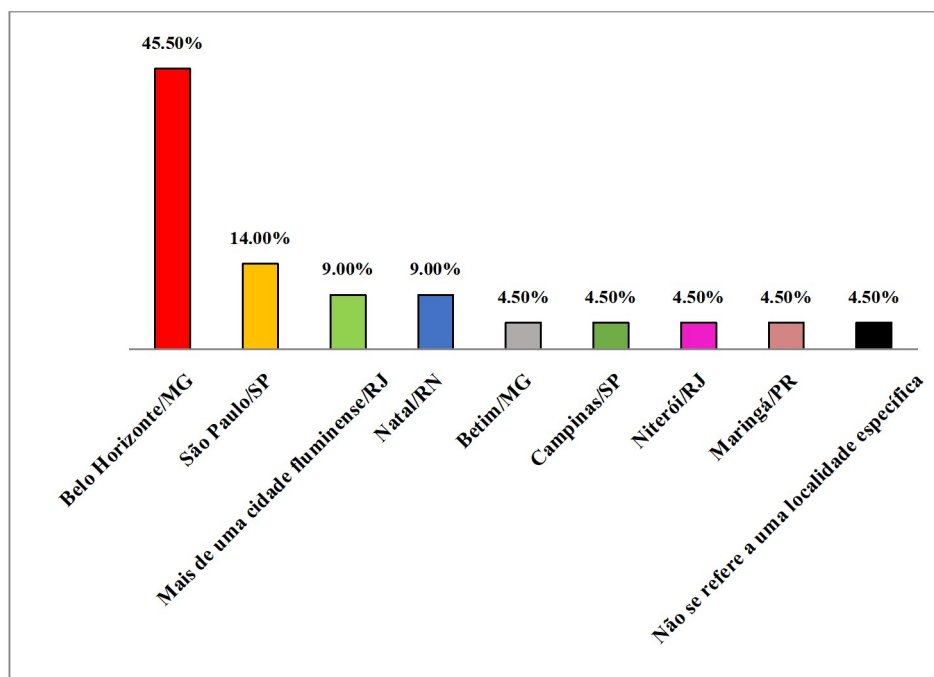


Fonte: Da autora (2023).

A partir da categorização dos dados sobre os artigos produzidos a respeito de experiências desenvolvidas em Centros de Convivência e Cultura (ou denominações correlatas), no Brasil, foi feita análise com objetivo de verificar se o número dessas publicações tem alguma variação (aumento, estagnação ou redução) a partir da publicação de Portarias nº 396/2005, nº 3.088/2011 e Portaria de Consolidação nº 3/2017, que incluem o CECO como dispositivo substitutivo, e da Portaria nº 3.588/2017, que não cita o CECO no texto descritivo da RAPS.

O estudo também buscou analisar se há correlação entre o local da produção de estudos científicos/da realização das experiências estudadas com a existência ou não de legislações (em nível municipal ou estadual) referente ao funcionamento do CECO. Pretendeu-se, com isso, verificar a relação entre a implantação desse dispositivo e a existência de política pública que defina seus parâmetros de funcionamento, regulação, financiamento e implantação.

Gráfico D – Local (Cidade) da experiência/estudo



Fonte: Da autora (2023).

Os dados apresentados pelo **Gráfico A** permitem verificar que o período que se estabelece entre a revogação da Portaria nº 396/2005 e a publicação da Portaria nº 3.088/2011, somado ao período após a publicação da Portaria nº 3.588/2017 (ou seja, períodos em que o CECO não é trazido como parte da política nacional de saúde mental), concentram, juntos, o maior percentual de publicações acerca da temática estudada (86,4%).

Cabe destacar, porém, que, conforme apontado pelo **Gráfico B**, a maior parte das publicações (68%), apesar do ano de sua publicação, se referiu a experiências (no caso de relatos de experiências) ou foi desenvolvida considerando experiências ou estudos desenvolvidos antes da Portaria nº 3.588/2017, isto é, antes de o CECO deixar de ser mencionado como componente da RAPS.

Por outro lado, se for considerado o local das experiências relatadas nos estudos (quando pertinente ao tipo de estudo), pode-se perceber que a maior parte delas se deu em locais em que há consolidação de legislação que normatiza o funcionamento de CECOs em nível local. Os estados de Minas Gerais (50%), São Paulo (18%) e Rio de Janeiro (14%) foram os estados que mais concentraram experiências/estudos, dados apresentados pelo **Gráfico C**. Ao se considerarem as cidades, despontam as cidades de Belo Horizonte/MG (45,5%) e São Paulo/SP (14%), de acordo com o **Gráfico D**.

Os autores do artigo 12 afirmam que, na cidade de Belo Horizonte /MG, a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico iniciou sua constituição antes mesmo do marco legal representado pela Lei 10.216, de 06 de abril de 2001¹² (PACHECO; SILVA, 2018). De acordo com Soares (2013), a partir do ano de 1993, Belo Horizonte/MG, iniciou a implantação de uma rede de serviços abertos, dando início a mudanças na assistência em saúde mental, em conformidade com as diretrizes da Luta Antimanicomial. Ainda segundo a autora, a criação destes serviços se embasou na premissa de que a superação do manicômio depende da inclusão na cidade, da articulação de diversas práticas e do uso da arte e da cultura como formas de abordagem à loucura.

Os CECOs, cujo eixo estruturador são, conforme apontado por Soares (2013), as oficinas, são dispositivos que possibilitam a intervenção na cultura e novas formas de estar incluído na cidade. Dessa maneira, a partir das práticas por eles desenvolvidas, se configuram em espaços que convergem arte, cultura e cidadania. Assim, transformam as definições da saúde, fomentando o protagonismo das pessoas com sofrimento mental, ao contribuir para a mudança de posição das mesmas: de um lugar de assujeitamento para uma posição de um sujeito desejante.

Em Belo Horizonte/MG, que hoje conta com nove CECOs, sendo um em cada regional da cidade (BELO HORIZONTE, 2020), o primeiro deles (Centro de Convivência São Paulo) foi criado pelo Decreto nº 8.039, de 16 de setembro de 1994¹³, que entrou em vigor antes mesmo da Portaria nº 396/2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005d), que estabelecia diretrizes gerais de funcionamento dos CECOs em âmbito nacional.

Silva, Barbosa e Bonini-Trenche (2020), autoras do artigo 15, citam os municípios de Belo Horizonte/MG e Campinas/SP¹⁴ como pioneiros na implantação de CECOs e, citando Luzio e L'Abbate (2006)¹⁵, apontam que a cidade de São Paulo/SP foi a primeira no Brasil a conceber esse dispositivo como serviços substitutivo ao

¹² Lei que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

¹³ Que “altera a estrutura organizacional da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte” (BELO HORIZONTE, 1994).

¹⁴ Município que também aparece no levantamento de dados dessa pesquisa como local de 4,5% das experiências relatadas, conforme **Gráfico D**.

¹⁵ LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, p. 281-298, dez. 2006.

modelo hospitalocêntrico. Lussi, Leão e Dimov (2022), autoras do artigo 21, corroboram com a afirmação a respeito do pioneirismo dos três municípios citados.

No artigo 18, Pontes (2021) acrescenta que, na década de 1990, Belo Horizonte/MG, além de outras cidades, como Santos/SP, atuaram de forma muito propositiva no enfrentamento ao modelo manicomial. A autora destaca que, na capital mineira, a rede de saúde mental se desenvolveu ancorada na clínica ampliada, o que implica em entender o processo saúde-doença a partir de fatores biopsicossociais. Ela ressalta que a compreensão, na cidade, do papel frontal da criação artística na estruturação das políticas de saúde mental norteou a formação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Com relação ao estado de São Paulo, Boarini e Quijo (2007), no artigo 2, citam experiências exitosas na estruturação das redes substitutivas, anteriores à legislação em nível federal, destacando aquelas ocorridas nas cidades de Santos, Campinas e São Paulo. As autoras ressaltam que, no estado, no período que se estendeu do final da década de 1980 ao início da de 1990, esses avanços foram possíveis devido a fatores como o apoio da gestão e o envolvimento de profissionais e usuários dos serviços na atuação em prol da extinção dos manicômios.

Sobre o município de São Paulo/SP, no artigo 1, Oliver, Barros e Lopes (2005) citam que, no campo da saúde mental, existia uma vontade política de realizar o combate ao que chamam de cultura manicomial. Silva, Barbosa e Bonini-Trenche (2020), no artigo 15, fazem levantamento da legislação municipal, em São Paulo/SP, que normatiza o funcionamento dos CECOs. As autoras citam a Portaria da Secretaria Municipal de São Paulo (SMS) nº 964 de 27 de outubro de 2018, que “regulamenta os Centros de Convivência e Cooperativa e estabelece diretrizes para o seu funcionamento” e define as ações a serem desenvolvidas no dispositivo¹⁶(SÃO PAULO, 2018).

Com relação à legislação em nível estadual, também há que se destacar o percurso de sua construção no estado do Rio de Janeiro. No artigo 16, as autoras Alvarez, Almeida e Figueiredo (2021) relatam o processo de formação e implantação do Fórum Permanente de CECOs no referido estado. As pesquisadoras descrevem os fóruns como espaço em que se deram discussões coletivas e propositivas a respeito dos

¹⁶ “Ações de acolhimento; abordagem e acompanhamento individual e em grupo; oficinas de diferentes linguagens com alcance terapêutico: PICS; visitas domiciliares; ações no território; articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais; fomentar na perspectiva de grupos heterogêneos, ações de geração de trabalho e renda, bem como economia solidária” (SÃO PAULO, 2018).

caminhos da atenção psicossocial, considerando avanços obtidos e necessários que pudessem, alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cumprir o papel de contribuir para a inclusão social da loucura. De acordo com elas, esses fóruns permitiram a criação coletiva do Projeto de Lei nº 4.563/2018¹⁷.

O estado de Minas Gerais, que, conforme **Gráfico C**, é local de ocorrência da maior parte das experiências/estudos (relacionados aos CECOs) componentes da amostra deste trabalho, apresenta normativas relacionadas aos CECOs. Podem ser destacadas algumas delas, como:

- a Resolução SES/MG Nº 5.461, de 19 de outubro de 2016, que regulamentou a implantação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, definindo diretrizes para a organização da RAPS no estado, garantindo recursos para implantação e participação no custeio dos CECOs (MINAS GERAIS, 2016);
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767, de 22 de março de 2022, que aprova as diretrizes gerais do CECO (assim como a dos outros serviços componentes da RAPS do Estado) (MINAS GERAIS, 2022a);
- a “Política Valora Minas”, que prevê apoio financeiro a dispositivos da RAPS (MINAS GERAIS, 2021).
- a Resolução SES/MG Nº 8.160, de 18 de maio de 2022, que institui incentivo financeiro aos CECOS em funcionamento no Estado de Minas, na competência de 2022 (MINAS GERAIS, 2022b).

O fato de, nos locais de maior ocorrência de estudos/experiências sobre CECOs, estarem em vigor legislações em nível local (municipal e/ou estadual) relativas à sua criação, financiamento e diretrizes de funcionamento, pode apontar para a importância das mesmas para a consolidação do fortalecimento desse tipo de dispositivo. Porém, há que se ressaltar que não se pode concluir sobre essa importância apenas com base nessa análise quantitativa.

As limitações da pesquisa para fazer essa correlação direta apenas pelos dados quantitativos se dão pelo fato de ser reduzido o número de artigos disponíveis nas bases de dados consultadas, não possibilitando uma visão mais abrangente da produção

¹⁷ Que “cria a Política Estadual dos Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial no estado do Rio de Janeiro, apresentado pela frente parlamentar em defesa da saúde mental e luta antimanicomial na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro” (ALVAREZ; ALMEIDA; FIGUEIREDO, 2021, p. 1300).

científica sobre a temática e, por conseguinte, sobre a possível influência da legislação (ou de sua ausência) nas experiências que vêm acontecendo em outras cidades/estados.

Faz-se pertinente, também, trazer alguns apontamentos. Quando traz reflexões sobre as razões da criação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Delgado (2011, p. 4702), questiona e conclui: “uma lei fundadora? Não! Fundadora da lei é o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e seus fundamentos: humanismo, ciência, técnica, comunidade, afeto e história”.

Com isso, busca-se evidenciar que é importante levar-se em conta que as legislações são frutos de um histórico compromisso das cidades e estados levantados por este estudo com a superação do modelo manicomial, evidenciado também pelo pioneirismo na implantação dos CECOs. Dessa forma, há que se considerar o trabalho, pautado na luta antimanicomial, como impulsionador da estruturação da legislação e não apenas o caminho inverso.

5 CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

O capítulo objetiva constatar se a produção acadêmica a respeito dos CECOs brasileiros demonstra a sua potencialidade como espaço de promoção de saúde, por meio da oferta de atividades relacionadas à arte, cultura e sociabilidade. Para isso, foi realizada pesquisa bibliográfica de materiais já publicados a respeito dos dispositivos, usando como tema de busca os termos “Centro de Convivência” e “Saúde Mental”, em sítios eletrônicos de pesquisa científica como o portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e do portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). São apresentados os textos encontrados sobre a temática da pesquisa e sua relação com os objetivos deste estudo.

O capítulo foi dividido em cinco tópicos. O primeiro, nomeado “Política de retrocesso”, traz discussões, levantadas pela literatura a respeito de mudanças na legislação no campo da saúde mental brasileira, especialmente, a partir do ano 2017, e a relação desse fato com a dificuldade para a garantia de direitos e para o fortalecimento dos CECOs. No item intitulado “A arte como potência”, são trazidos achados na literatura a respeito da produção e acesso à arte como forma de favorecer a expressão das pessoas em sofrimento mental, lhes garantir possibilidades para ruptura de estigmas e mudança de papel social. No tópico “Democracia como caminho”, é discutida a democracia e sua intrínseca relação com a cidadania, sendo apontada a contribuição do CECO como prática pautada pela conquista e pelo acesso aos direitos. Este item se desdobra no item “Centro de Convivência e Cultura e o acesso ao trabalho”, que discute o trabalho como direito social, o papel do CECO na (re)inserção no mercado de trabalho, por meio das iniciativas de geração de renda e a colaboração dessas iniciativas na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por fim, o tópico “Liberdade como modo de cuidado: integração social e fruição da cidade” aborda a contribuição do CECO, em articulação com o território, no estímulo à (re)criação de vínculos sociais, à reapropriação da cidade e, por consequência, para a (re)construção do senso de pertencimento pelas pessoas em sofrimento mental.

5.1 POLÍTICA DO RETROCESSO

*É você que ama o passado e que não vê.*¹⁸
(BELCHIOR).

O sanitarista e ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão¹⁹ afirma que, durante a Reforma Sanitária Brasileira (ocorrida nos anos 1970), estavam em voga concepções diferentes a respeito da relação entre a saúde e a sociedade. Segundo ele, a partir daí, o conceito ampliado de saúde passou a ser diretamente relacionado à defesa da democracia. Nesse sentido, para ele, o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mecanismos de controle social se configuram em instrumentos de legitimação democrática (LAVOR; DOMINGUEZ, 2022).

Regne *et al.* (2018), responsáveis pelo artigo 14, esclarecem que as reflexões suscitadas pela Reforma Sanitária desencadearam, na década de 1980, novas proposições acerca da assistência em saúde mental no Brasil. De acordo com os autores, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, propuseram-se como diretrizes para a saúde mental brasileira a integralidade, a descentralização do cuidado e seu caráter multidisciplinar. Afirmam ainda que, em 1987, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental ampliaram os debates sobre a luta antimanicomial, que fortaleceram o movimento.

As Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras têm, portanto, o mesmo embrião. Ambas são frutos de reivindicações de movimentos sociais, compartilhando uma lógica democrática, coletiva e popular. Fazendo-se uma analogia, há que se ressaltar que uma reforma consiste em fazerem-se mudanças a partir de uma estrutura pré-existente. A Reforma Psiquiátrica Brasileira se constituiu acima de um “alicerce manicomial”. Alicerce este que, apesar de mascarado sob o reboco e algumas camadas grossas de concreto, sem o devido cuidado, pode voltar a aparecer. Isso implica em dizer que as conquistas da Luta Antimanicomial não estão livres de ameaças.

Regne *et al.* (2018), autoras do artigo 14, consideram que o ideal asilar e excludente, manifesto em medidas adotadas na esfera governamental, ressurgiu frequentemente, afetando a política de saúde mental brasileira. Pontes (2021) aponta em seu estudo (artigo 18) que, apesar da lei que respalda a Reforma Psiquiátrica e da

¹⁸ Trecho da música “Como Nossos Pais”, composta e gravada, em 1976, pelo cantor, compositor, músico, produtor, artista plástico e professor Belchior (1946-2017), integrando seu disco “Alucinação”.

¹⁹ Autores se referem à fala de José Gomes Temporão durante sua participação no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 2022.

consolidação dos movimentos de Luta Antimanicomial, retrocessos importantes têm afetado as garantias de direitos no campo da saúde mental brasileira.

Franco (2022) afirma que, desde o ano de 2017, o cuidado em liberdade, os mecanismos de fomento à inclusão comunitária e à participação social (como a arte, por exemplo), dentre tantos outros os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, fundamentados no respeito ao direito das pessoas com sofrimento mental, vêm sendo alvo de críticas.

As críticas ao modelo antimanicomial culminam com as recorrentes tentativas de desmonte da política pública de saúde mental no país. De acordo com Monteiro, Silva e Reinaldo (2022), autoras do artigo 22, citando Razzouk (2013)²⁰, o modelo de atenção psicossocial sofre resistência de serviços vinculados à indústria hospitalar que, segundo apontam, com frequência, tentam dificultar a atuação dos serviços de saúde mental de base territorial, além de tentarem cercear o protagonismo dos usuários e de suas famílias.

Franco (2022, p.3) afirma que, historicamente, o campo da saúde mental é usado como um mercado lucrativo da saúde para a indústria farmacêutica e para as instituições privadas. A autora faz um destaque às comunidades terapêuticas que, segundo ela, “são contempladas com crescentes investimentos, em detrimento dos serviços públicos, negligenciados pelo governo federal”.

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2018) atribui à Portaria nº 3.588/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), a responsabilidade por graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica. De acordo com a entidade, essa portaria foi elaborada sem a participação das instâncias de controle social e trouxe mudanças na RAPS que representam um enfraquecimento dos serviços de base territorial, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, fortalecendo a implantação de serviços manicomiais, que restringem a liberdade e a autonomia.

Além da publicação da portaria acima referenciada, houve a publicação da Portaria nº 2.434/2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), que reajustou os valores relativos às internações psiquiátricas, o que implica em estímulo às internações de longa duração, em detrimento às ações de reinserção sócio-familiar. No mesmo ano de 2018, o governo federal brasileiro lançou medidas como o edital interministerial para financiamento de leitos em comunidades terapêuticas, sem que tenham sido aumentados,

²⁰ RAZZOUK, Denise. Economia da Saúde aplicada à saúde mental. In: DINIS, Mateus Mário. (org.). **Políticas de Saúde Mental**: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental do CAPS. Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p.230-251.

desde 2011, os repasses financeiros aos CAPS, por exemplo (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2018).

Para Lussi, Leão e Dimov (2022), autoras do artigo 21, os retrocessos na política nacional de saúde mental são evidências de que a ideologia manicomial, amparada pelo poder biomédico, persevera no país e que ela:

[...] expressa-se no incentivo ao aumento do número de leitos nos hospitais psiquiátricos; na separação da política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde para o Ministério do Desenvolvimento Social e na expansão das Comunidades Terapêuticas, com o direcionamento moral da abstinência; na proposição de internação de crianças e adolescentes como forma de assistência para esse público; e na indicação do uso de Eletroconvulsoterapia (ECT) (LUSSI; LEÃO; DIMOV, 2022, p. 2,3).

As autoras supracitadas dão destaque à publicação da Nota Técnica 11/2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b) e à chamada “Nova Política de Saúde Mental”, que se opõem aos princípios da Reforma Psiquiátrica, por proporem estratégias de cerceamento da liberdade e de expressão das potencialidades e desejos das pessoas em sofrimento mental, além de imporem riscos à sua integridade física e moral. Elas acrescentam que esses desmontes na política pública de saúde mental são culminância de um processo de severos acontecimentos no contexto político nacional, que se desenrolaram entre os anos de 2016 e 2019. Elas destacam o:

[...] desastre de caráter político e social ocorrido em 2016, momento em que o país vivenciou o golpe político, e em 2018, por meio de eleições baseadas em *fake news*, com a ascensão de um governo notadamente pautado por valores fascistas, sexistas, racistas e antidemocráticos, que resulta em medidas contrárias aos direitos de cidadania; ao meio ambiente; e ao patrimônio material e imaterial em função de lógicas conservadoras e privatistas, atuando, assim, contra a vida em suas diferentes possibilidades (LUSSI; LEÃO; DIMOV, 2022, p.11).

Alguns estudos que constituíram a amostra deste trabalho, especialmente os artigos 12, 14, 16, 18 e 21²¹, enfatizam que essas mudanças na política pública de saúde mental no Brasil impõem desafios à consolidação do CECO e à oferta de cuidado neste serviço.

Pacheco e Silva (2018) (artigo 12) classificam o CECO como dispositivo fundamental para o cuidado em saúde mental. Os autores salientam que sua manutenção

²¹ Publicados após a promulgação da Portaria nº 3.588/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), que não apresenta o CECO como dispositivo da RAPS.

e sua ampliação foram comprometidas tanto com a revogação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 396/2005²², quanto pelo fato de que, em seu lugar, não foi promulgada nova normativa em nível nacional que tratasse da sua implantação, do seu financiamento e do seu funcionamento. Em sua pesquisa, Alvarez, Almeida e Figueiredo (2021) (artigo 16) trazem concordância sobre o fato de a ausência dessa normatização fragilizar a sustentação do CECO.

Em alguns lugares, a percepção de desarticulação de políticas públicas atuando como dificultadora da oferta de cuidado no CECO ocorreu antes da publicação da legislação em nível nacional, anteriormente citada. No âmbito municipal, a dimensão política é abordada em dois dos artigos componentes da amostra deste estudo.

No artigo 15, Silva, Barbosa e Bonini-Trenche (2020) relatam ter havido um desmonte do sistema atenção à saúde da cidade de São Paulo/SP, nos anos de 1992 a 2000, durante os governos de Paulo Maluf e Celso Pitta, que também afetou a atenção em saúde mental. De acordo com as autoras, a terceirização da assistência em saúde no município, diante da implantação do Plano de Assistência à Saúde (PAS), culminou com a simplificação da atenção a consultas e exames centrados no modelo médico-curativo e com a desativação de 03 dos 18 CECOs existentes. Ainda de acordo com as autoras, apenas a partir do ano 2000, já na gestão da prefeita Marta Suplicy, é que o município voltou a estruturar a atenção à saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

No artigo 2, Boarini e Quijo (2007) relatam o percurso entre a implantação e o fechamento de CECO na cidade de Maringá/PR, de 2004 a 2005. Segundo as autoras, a inviabilidade do projeto se deu pela falta: de implicação de profissionais da UBS, da articulação da rede, de interesse da gestão e de recursos materiais e humanos. Neste caso, a inexistência da previsão de fonte de financiamento para implantação e custeio do CECO parece ter sido decisiva para a descontinuidade das ações do serviço.

A exclusão social da loucura, sob diversos pretextos e sob diversas formas, é realidade que perdura ao longo de séculos. Assim sendo, o estabelecimento de um novo olhar sobre ela e a luta por um cuidado em saúde mental pautado no direito fundamental à liberdade, à dignidade e à cidadania ainda se vê em um embate constante frente a um constructo social.

²² Que estabelecia diretrizes gerais de funcionamento dos Centros de Convivência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005d).

Considerando todo o exposto, faz-se importante destacar a fala de Regne *et al.* (2018, p.71), quando concluem que “o contraponto ao retrocesso é a memória histórica e a defesa dos princípios da reforma psiquiátrica no Brasil”. Isso implica em compreender que, muito embora os movimentos de Luta Antimanicomial tenham produzido incontestáveis avanços na mudança do paradigma de cuidado em saúde mental no país, as reinvestidas do manicômio exigem que a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental seja constante.

No ano de 2022, no estado de São Paulo, ocorreu o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, com o tema central “Democracia, antropofagias e potências da luta antimanicomial”, que contou com a participação de pessoas em sofrimento mental e profissionais de diferentes especialidades (FRANCO, 2022). Lavor e Dominguez (2022, p. 12) informam que o evento foi marcado pelas discussões sobre o impacto das pautas políticas e sociais na saúde mental e na política antimanicomial, assim como também pela afirmação do papel fundamental exercido pela arte na luta pela reconquista de espaços e contra retrocessos. Nesse sentido, segundo os autores, os debates foram permeados pelo entendimento da “arte como potência, democracia como caminho, liberdade como modo de cuidado”.

E é considerando o mesmo entendimento acima referido que se apresentam as discussões referentes às potencialidades do CECO, conforme levantado a partir dos estudos da amostra deste trabalho.

5.2 A ARTE COMO POTÊNCIA

*Permita que eu fale. Não as minhas cicatrizes.*²³
(EMICIDA).

Ferigato (2016) diz considerar que a principal produção dos CECOs é o que ela chama de produção de encontros: entre pessoas, conhecimentos, setores, com a cidade e com as atividades. A literatura traz muitas considerações relativas ao encontro com a arte, viabilizado pelos CECOs, e as transformações promovidas por ele.

²³ Trecho da música "AmarElo", lançada em 2019, no álbum de mesmo nome, pelo rapper, cantor, compositor e apresentador Emicida (1985).

Caçapava; Colvero e Pereira (2009), no artigo 4, afirmam que produção de cuidado no CECO se dá, entre outras formas, a partir das artes o que, segundo elas, redefinem possibilidades no campo da atenção psicossocial.

No campo da saúde mental, a arte é um instrumento de produção de outros significados em uma arena não governada pela racionalidade formal, previamente negociada pelo acerto social, e por isso propicia a liberdade de transformar as coisas (AMARANTE, 2022^{apud} LAVOR; DOMINGUEZ, 2022, p. 14)²⁴.

A arte pode transformar coisas, inclusive o próprio serviço. Schenkel *et al.* (2022), no artigo 20, descrevem o uso da manifestação teatral e da ocupação urbana, a partir de um CECO. Os autores concluem que, o trabalho coletivo permeado pela convivência e pela arte, em conexão com o território, permitiu desinstitucionalizar o próprio serviço.

A psicóloga, filósofa, psicanalista e escritora Viviane Mosé²⁵, disse entender o que chama de desequilíbrios como motores para a criação que, se não é possibilitada, dá lugar ao adoecimento. De acordo com ela, “a maioria das doenças que as pessoas têm são poemas presos. Abscessos, tumores, nódulos, pedras são palavras calcificadas, são poemas sem vazão”. Ainda segundo Viviane, “a negação da arte nos hospitaliza”. Dessas afirmações, pode-se apreender que a vivência da arte está intrinsecamente ligada à produção de saúde e que vivenciar a arte não é apenas consumi-la. É também, produzi-la (LAVOR; DOMINGUEZ, 2022, p. 15).

Paulo Amarante, conforme relatado por Lavor e Dominguez (2022), aponta a emancipação da pessoa em sofrimento mental, fomentada pelos serviços substitutivos e pelo contato com a arte, como possibilidade de ela ser reconhecida não pela condição de paciente, mas de artista. Enfatiza o deslocamento de identidade que se estabelece, a partir da arte que, segundo ele, é capaz de mudar a relação que o sujeito tem consigo próprio, na medida em que ela o transforma em alguém que é capaz de produzir conhecimento, arte e cultura.

Em consonância com as afirmações de Paulo Amarante, Pacheco e Silva (2018), no artigo 12, ao se referirem às novas formas de cuidado em saúde mental, ressaltam que, no CECO, a arte (assim como também outras estratégias como o desenvolvimento

²⁴ Autores se referem à fala de Paulo Amarante durante sua participação no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 2022.

²⁵ Autores aludem à fala de Viviane Mosé no evento supracitado.

de trabalho ou de habilidades, inclusive que possam gerar renda) se configura como possibilidade de produção de vida. Dessa maneira, destacam os autores, esse serviço substitutivo, que extrapola o campo da saúde e se estrutura no campo da cultura, contribui para o acolhimento das potencialidades do “louco” e para a constituição de um novo lugar social para a loucura. A referida transformação, para acontecer, precisa enfrentar o desafio da ruptura de estigmas imputados às pessoas em sofrimento mental.

No artigo 18, Pontes (2021), ao tratar da temática da poesia como forma de produção de um discurso coletivo e comunitário, interseccionada por exclusões como as de gênero, raça, classe e pela experiência de sofrimento mental, aborda o CECO como o resultado pela busca da produção de vida. A autora problematiza que, muito embora a política antimanicomial preconize um cuidado fundamentado na clínica ampliada e na compreensão, dentre outras possibilidades, da arte como forma de agenciamento e ancoragem à vida, algumas produções artísticas não são reconhecidas como tais.

A autora diz que as exclusões historicamente constituídas produzem segregação no campo da arte, destacando que aquele que é colocado em uma posição de subalternidade não tem permissão para falar e não tem sua arte reconhecida. “Se aquelas vidas não importam, por que seus discursos importariam?” (PONTES, 2021, p.440). Neste sentido, ela aponta a importância da legitimação tanto da linguagem, quanto da criação cultural das pessoas em sofrimento mental. Destaca ainda que, no campo da saúde, como ambiente de mediação cultural (nesse caso, no campo da saúde mental), a arte e a criação não são apenas ferramentas, mas produtoras de transformação, possibilidades, segundo ela, de ressignificar o sofrimento em possibilidade de vida, novas maneiras de se relacionar e estar.

Lima, D *et al.*(2021), no artigo 17, também contribuem para esse entendimento quando afirmam que a arte promove não só saúde, mas vida. Ao relatarem experiência sobre a participação de mulheres com sofrimento mental em oficinas de artesanato em um determinado CECO de Natal/RN, as autoras concluem que o trabalho artístico promoveu mudanças na forma como essas mulheres se viam. Em caminho oposto a um discurso medicalizante e machista, de acordo com as autoras, estas mulheres passaram a se conceber como criativas, capazes de criar não só produtos artesanais, mas de criarem a si mesmas.

O encontro com a arte, promovido pelos CECOs, também é trazido como forma de proporcionar encontros entre as pessoas, modificar a forma de se relacionarem, o que

corroborar com a afirmação de Ferigato (2016) de que esses dispositivos permitem a produção de redes sociais, afetivas e subjetivas, a inclusão e afirmação da diferença. Cris Lopes, de acordo com Lavor e Dominguez (2022)²⁶, definiu a arte como um instrumento que permite conviver com as diferenças, aqui incluída a loucura, e como ferramenta de luta contra as desigualdades.

Em concordância, no artigo 3, Damasceno e Reinaldo (2009) destacam como resultados da participação dos usuários em oficinas sobre vida saudável em um CECO: a melhora na qualidade de vida, a ampliação das relações sociais e dos espaços de lazer, assim como o desenvolvimento de potencialidades no campo da arte.

A literatura consultada apresenta a arte como meio de expressão e, sobretudo, como (re)conquista do direito de expressar-se. No CECO, arte como cuidado é forma possibilitar que essas transformações se operem e que a loucura seja desinstitucionalizada, não somente instituições totais, mas da instituição-doença. De forma geral, pode-se concluir que a potência da arte no campo da saúde mental está no fato de se configurar em uma ferramenta de transformação individual e coletiva e, por isso, sua pertinência como estratégia de cuidado no CECO.

5.3 DEMOCRACIA COMO CAMINHO

*Quero a utopia, quero tudo e mais
Quero a felicidade dos olhos de um pai
Quero a alegria, muita gente feliz
Quero que a justiça reine em meu país
Quero a liberdade, quero o vinho e o pão
Quero ser amizade, quero amor, prazer
Quero nossa cidade sempre ensolarada
Os meninos e o povo no poder, eu quero ver[...]*²⁷
(MILTON NASCIMENTO).

A democracia se apresenta como caminho para a afirmação da dignidade, pois ela é capaz de viabilizar as condições necessárias para o exercício da liberdade (OLIVEIRA, 2022). Além de assegurar a liberdade individual, a democracia se caracteriza, dentre outros aspectos, por afirmar a igualdade de condições, de direitos políticos e de oportunidades e pela garantia dos direitos das minorias. Assim sendo, o estado

²⁶Se referindo à participação de Cris Lopes também no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 2022.

²⁷Trecho da música “Coração Civil”, composta pelo cantor e compositor Milton Nascimento (1942) juntamente com o compositor Fernando Brant (1946-2015). Foi lançada em 1981, no álbum “Caçador de mim”, de Milton.

democrático é responsável por sustentar os direitos fundamentais da cidadania (CAVALCANTI, 2022).

Citando o sociólogo britânico Marshall (1967)²⁸, Lobo (2021) afirma que a construção da cidadania depende da conquista, inicialmente, dos direitos civis, seguida pela conquista dos direitos políticos e, finalmente, dos direitos sociais. A autora conclui, a partir dessa afirmação, que as políticas sociais são pressupostos da democracia podendo, em algumas circunstâncias, serem consideradas pré-requisitos para a estabilidade democrática.

Bodstein (2003) cita a liberdade, a igualdade e os direitos como premissas inerentes à democracia e, citando Dahrendorf (1997)²⁹, afirma que a cidadania é campo onde operam a igualdade e os direitos humanos, possibilitando que as pessoas tenham liberdade para serem diferentes.

A liberdade para ser diferente foi e é algo constantemente negado às pessoas em sofrimento mental. De acordo com Pontes (2021) (artigo 18), a necropolítica reordenada pelo capitalismo conjugado à ideologia da eugenia racial, é responsável pela invenção de manicômios e prisões e pelos biopoderes difundidos pela sociedade, que trazem estigmas para vidas e subjetividades, suprimindo suas possibilidades de existir, condenando as diferenças.

De acordo com Lussi, Leão e Dimov (2022), no artigo 21, o paradigma biomédico, por considerar a doença em detrimento da pessoa com sofrimento mental, imputa a ela as insígnias da ignorância, da inferioridade e da improdutividade, justificando, com isso, a opressão sobre a mesma e o processo de sua invisibilidade histórica. Ainda para as autoras, as desigualdades extremas existentes no Brasil afetam as relações de poder que se constituem na assistência em saúde mental no país e lhe impõem desafios.

A produção de um novo paradigma de cuidado implica em romper com a normatização das formas de existir e preconiza as garantias anteriormente citadas. É nesse sentido que se pode afirmar que as reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras se estruturam nos mesmos pilares que sustentam a democracia. De acordo com Regne *et al.* (2018), artigo 14, a Reforma Psiquiátrica Brasileira nasceu intimamente atrelada ao processo de redemocratização do país, ao Movimento de Reforma Sanitária e à implantação do SUS, na década de 1980.

²⁸MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

²⁹Dahrendorf, Ralf. **O conflito social moderno**. São Paulo: Zahar, 1992.

Para Rodrigues e Silva (2021), a partir do movimento que produziu as reformas acima referidas, o país vem almejando consolidar um paradigma civilizatório. Os autores afirmam que a democracia brasileira vem se alicerçando, desde o final do século XX, nas diretrizes do SUS, ou seja, na universalidade, na integralidade e na equidade, o que direciona o modelo sanitário de um modelo centrado nos hospitais, para aquele que preconiza a promoção de saúde nos territórios de vida da população.

Ainda de acordo com os autores, visando promover o acesso das populações mais vulneráveis,

[...] o SUS também percebe suas próprias vulnerabilidades e vai se construindo em um processo constante de criação de novos serviços com estratégias inclusivas que fortaleçam e ampliem o processo democrático e a consolidação da função social do Estado (RODRIGUES; SILVA, 2021, p. 2).

Para Lussi, Leão e Dimov (2022), artigo 21, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda que com avanços, a exclusão da pessoa com sofrimento mental perdura, já que a orientação da intervenção muda e as políticas são redefinidas, mas o acesso aos direitos continua intransponível, na prática. Portanto, dizem considerar-se imprescindível promover práticas que se pautem pela conquista e pelo acesso aos direitos.

As autoras apontam ainda que os marcos legais desse movimento de transformação da assistência em saúde mental no país (Lei nº 10.216/2001 e Portaria nº 3.088/2011) concretizaram essas estratégias que se apresentam contra a hegemonia do saber biomédico. Elas destacam o CECO como uma das práticas emancipatórias. Isso porque o serviço valida o saber das pessoas e suas vivências; permite a produção cultural e de autonomia; contribui para a ruptura de estigmas; para a promoção de saúde, de convivência e de participação social (LUSSI; LEÃO; DIMOV, 2022).

Silva, Barbosa e Bonini-Trenche (2020, p. 37), artigo 15, apontam que os profissionais abordados em sua pesquisa dizem entender que é a convivência que une os usuários do CECO e que, nesses dispositivos, não deve existir quaisquer formas de compromisso com a cura ou com a normatização de padrões e comportamentos. Enfatizam ainda que o compromisso dos CECOs é o de colocar em evidência a convivência na pluralidade, valorizar as subjetividades de cada usuário. Para tanto, é necessário lançar mão daquilo que chamam de ‘tecnologia da escuta’. As autoras

atrelam a esta escuta a possibilidade de um cuidado fundamentado na integralidade que, segundo elas, dará condições para o protagonismo dos usuários e para que seja superada a propensão aos “especialismos” no campo da saúde mental.

Considerando a democracia como afirmação da dignidade humana, da liberdade e da igualdade de acessos de direitos e de oportunidades, e considerando os achados na literatura sobre o papel do CECO como política de acessos das pessoas em sofrimento mental à cidade, à cultura e à participação social, pode-se compreender o dispositivo como um dos instrumentos necessários à consolidação democrática e à luta antimanicomial.

5.3.1 Centro de Convivência e Cultura e o acesso ao trabalho

*Não digam que fui rebotalho,
que vivi à margem da vida.
Digam que eu procurava trabalho,
mas fui sempre preterida.*³⁰
(CAROLINA MARIA DE JESUS).

A Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 6º, classifica o direito ao trabalho como um dos direitos sociais (BRASIL, 1988). Esse direito também é garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos que, em seu artigo 23º, define que “toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Apesar das garantias legais, as pessoas em sofrimento mental têm experimentado dificuldades em acessar seu direito ao trabalho. Em estudo nacional, desenvolvido em 2006, focado em adultos usuários de serviços de saúde mental no Brasil, Assunção, Lima e Guimarães (2017) concluíram que o afastamento do trabalho (temporário ou definitivo) estava diretamente ligado ao diagnóstico de transtorno mental grave associado à baixa escolaridade e ao número de internações psiquiátricas ao longo da vida.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, Almeida *et al.* (2021, p. 5,6) constatarem uma prevalência de 37% de desempregados entre os pacientes atendidos

³⁰ Trecho do livro autobiográfico “Quarto de Despejo: o diário de uma favelada”, da escritora Carolina Maria de Jesus (194-1977), uma das primeiras escritoras pretas do Brasil. Publicado pela primeira vez em 1960 e traduzido em mais de treze idiomas desde o seu lançamento, o livro retrata o cotidiano da autora na periferia de São Paulo/SP.

em um ambulatório de saúde mental o que, de acordo com os pesquisadores, excede em mais de duas vezes os valores encontrados no Brasil e em estudos internacionais. A referida pesquisa encontrou dados de que, na população estudada, tanto o sexofeminino, quanto o fato de apresentar quadros de esquizofrenia, retardo mental e transtornos de personalidade se apresentaram como fatores de risco para o desemprego. A partir dos dados coletados no estudo, os autores concluíram que a maioria das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes está sujeita a uma vulnerabilidade social e ocupacional.

Há que se considerar que, além de dificuldades relativas ao engajamento ocupacional, comuns em momentos de agudização do quadro psíquico, há aquelas que são oriundas dos estigmas que marcam a loucura. Eles a acompanham ao longo dos séculos e interferem na relação entre a sociedade e as pessoas em sofrimento mental. Lima, D *et al.* (2021), autores do artigo 17, apontam os estigmas sociais como dificultadores da inserção dessas pessoas no mercado de trabalho. Um desses estigmas é o da improdutividade,

Soares e Reinaldo (2010), autoras do artigo 6, apontam que, na Época Clássica, o ócio era condenado pela classe burguesa e, assim sendo, os “loucos”, concebidos como pessoas improdutivas, eram condenados ao trabalho. Este era entendido como uma maneira de corrigir os desvios sociais. O trabalho forçado seria, então, forma de romper com a ociosidade, com a mendicância e a desordem, possibilitando o controle social e econômico.

Lussi, Leão e Dimov (2020), no artigo 21, chamam atenção para o paradoxo que é o fato de os loucos serem taxados como improdutivos, por não se enquadrarem nas normas capitalistas e industriais da sociedade, mas, ainda assim, terem sua mão-de-obra explorada dentro das instituições psiquiátricas, sob a alegação de o trabalho possuir um caráter terapêutico.

Se o desemprego e subemprego estão entre os determinantes sociais da saúde (BENACH *et al.*, 2014³¹*apud* ASSUNÇÃO; LIMA; GUIMARÃES, 2017) e se há evidências que associam o sofrimento mental ao afastamento do trabalho, é importante entender que o trabalho encarcerado em uma instituição não é instrumento potencializador da (re)inserção social.

³¹BENACH, Joan *et al.* Precarious employment: understanding na emerging social determinant of health. **Annual review of public health**, San Mateo, v. 35, p. 229-253, mar. 2014.

Citando Andrade e Costa-Rosa (2021)³² e Soeker *et al.* (2020)³³, Almeida *et al.* (2021) afirmam que, para que as ações de reabilitação psicossocial sejam efetivas, a reinserção de pessoas em sofrimento mental no trabalho deve ser considerada eixo central, uma vez que o trabalho é revestido de valor social, além de ser uma fonte de renda. Nesse sentido, é importante o fato de a remodelação da assistência em saúde mental no Brasil considerar esse aspecto. Caçapava, Colvero e Pereira (2009), autoras do artigo 4, destacam o fato de a Reforma Psiquiátrica ter como uma de suas demandas a implementação de políticas públicas que possam garantir e efetivar a criação de Cooperativas, Associações de Usuários e Programas de Geração de Trabalho e Renda.

Lussi, Leão e Dimov (2020), autoras do artigo 21, ressaltam o papel da Economia Solidária como um dos movimentos contra-hegemônicos no campo da Saúde Mental, que permite a inclusão social das pessoas apartadas do mercado de trabalho. As autoras esclarecem que as cooperativas sociais não se concretizaram no cenário nacional no período inicial da Reforma Psiquiátrica, mas enfatizam que, em 2004, houve a aproximação desse movimento com o da Economia Solidária, com o intuito de fomentar as iniciativas de inclusão social por meio do trabalho.

Essa aproximação se faz presente, inclusive, nos marcos legais que norteiam a política pública de saúde mental brasileira. A Portaria de Consolidação nº 3/2017, por exemplo, em seu Anexo V (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS), nos artigos 4º e 12, estabelece projetos de inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho como estratégias de reabilitação psicossocial da RAPS, definindo a inclusão social por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária como objetivos específicos da RAPS. Além disso, preconiza que deve haver articulação entre as redes de saúde e de Economia Solidária com os recursos disponíveis no território, para garantir a melhoria concreta das condições de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da RAPS e de seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Alguns CECOs atuam como importantes incubadoras no fomento de experiências de geração de renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). Relatos

³²ANDRADE, Márcia Campos; COSTA-ROSA, Abílio da. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 27-41, jun. 2014.

³³SOEKER, Mogammad Shaheed *et al.* The experiences and perceptions of individuals diagnosed with schizophrenia regarding the challenges they experience to employment and coping strategies used in the open labor market in Cape Town, South Africa. **Work**, Cape Town, v. 62, n. 2, p. 221-231, fev. 2019.

presentes em estudos analisados apontam as potencialidades do CECO como dispositivo viabilizador da (re)inserção no mercado de trabalho.

Monnerat (2011), no artigo 9, ao analisar as práticas cotidianas observadas em um CECO de Niterói/RJ, relata a percepção de que o CECO é um dispositivo que favorece o desenvolvimento de laços sociais. Além disso, ao constatar a oferta de bolsas de trabalho aos usuários³⁴, conclui que o dispositivo possibilita às pessoas com sofrimento mental melhorarsuascondições materiais de vida, aumentar sua cidadania e autonomia por meio de trabalho, voltado para a geração de renda.

Dias (2018), autora do artigo 13, cita que as oficinas terapêuticas operam não só no estímulo à produção psíquica de seus participantes, como também favorecendo o trânsito social deles no contexto sócio familiar e na cultura, assim como sua (re)inserção no trabalho produtivo.

Almeida *et al.* (2021) destacam a problemática da relação da mulher com o trabalho, no Brasil. De acordo com os autores, embasados em dados trazidos pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (2012)³⁵; por Santos, Diogo e Shucman (2014)³⁶ e por Vechi, Chirosi e Prado (2017)³⁷, a maior parte das pessoas desempregadas no país é composta por mulheres e a sua inserção no mercado de trabalho se dá de forma precária e informal. Dessa maneira, os autores concluem sobre a necessidade de os serviços de saúde mental considerarem as desigualdades de gênero no planejamento da assistência.

Os dados acima demonstram a relevância da experiência relatada pelo artigo 17, de Lima, D *et al.* (2021). Nele, as autoras abordam a arte no CECO, em articulação com o território, como produtora de vínculo, de autonomia e subjetividade. Para as autoras, a participação de mulheres em sofrimento mental em atividades grupais relacionadas à arte no CECO, em articulação com a comunidade, favoreceu a inclusão social das usuárias e a construção de novos territórios existenciais, uma vez que permitiu que o

³⁴ Bolsas fornecidas por meio de um programa de trabalho assistido, financiado pela rede de saúde mental e vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Niterói/RJ (MONNERAT, 2011).

³⁵ Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. 2012. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>.

³⁶ SANTOS, Elisabete Figueroa dos; DIOGO, Maria Fernanda; SHUCMAN, Lia Vainer. Entre o não lugar e o protagonismo: articulações teóricas entre trabalho, gênero e raça. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 17-32, jun. 2014.

³⁷ VECCHI, Luís Gustavo; CHIROSI, Patrícia Sayuri; PRADO, Juliana Novaes Cordeiro. A Inserção Social pelo Trabalho para Pessoas com Transtorno Mental: Uma Análise de Produção Científica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 1, p. 111-123, jan./abr. 2017.

cuidado em saúde se estabelecesse intrinsecamente ligado à promoção, às participantes, do acesso ao direito fundamental ao trabalho.

A partir dos achados na literatura, verifica-se a importância das ações de (re)inserção social da pessoa em sofrimento mental por meio do trabalho. De acordo com o Ministério da Saúde (2005a)³⁸, o fortalecimento do trabalho como forma de inclusão social das pessoas em sofrimento mental é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica. Essa afirmação foi fundamentada no fato de que, apesar dos serviços substitutivos estimularem o cooperativismo e a criação de associações e oficinas de geração de renda, estas iniciativas ainda carecem de apoio institucional e financeiro.

Apesar do lapso temporal que separa a afirmação acima e este trabalho, ela se mantém atual, como permitem constatar alguns estudos posteriores. Martins (2017) aponta que, a partir de 2010, uma parceria entre o campo da saúde mental e economia solidária, no âmbito do governo federal trouxe destaque ao cooperativismo social como meio para inserção das pessoas em sofrimento mental no trabalho. Ao fim de 2013, segundo ela, foi criado o Programa Nacional de Apoio às Cooperativas Sociais e Associações (Pronacoop Social), que previa apoio às iniciativas de geração de renda em saúde mental. A autora relata que, apesar de o cenário de sua criação ser de valorização das diferenças, o programa passou a não ter prioridade ainda no governo da presidente Dilma Rousseff. Em 2019, o Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013), que o instituía, foi revogado³⁹.

Mazaro, Matsukura e Lussi (2020) ao realizar estudos sobre empreendimentos econômicos solidários cadastrados no Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária, constataram que, apesar dos avanços desses empreendimentos no campo da saúde mental, eles enfrentam alguns desafios. Os dois mais recorrentes, de acordo com a pesquisa, são relativos à viabilização econômica do empreendimento e na geração de renda adequada às necessidades dos participantes. Dentre outras questões, as autoras problematizam o fato de que Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999⁴⁰ (BRASIL, 1999) ainda não dispõe de regulamentação jurídica que a firme como marco regulatório de fato.

³⁸ No Relatório “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

³⁹ Pelo Decreto nº 10.087, de 05 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019).

⁴⁰ Lei do Cooperativismo Social.

Colaborando com essa discussão, Franzoloso e Ferro (2021) pormenorizam a afirmação anterior ao dizerem que a referida lei, apesar de dispor sobre as Cooperativas Sociais, apenas classifica os dispositivos sem, contudo: definir apoio público; sistematizar ou desburocratizar seus procedimentos de abertura e manutenção; normatizar o recebimento de benefícios por seus participantes; descrever seu funcionamento de forma a respaldar os empreendimentos solidários. Os autores concluem com seu estudo que essa fragilidade legal não se adequa às demandas desses empreendimentos, sobretudo aqueles que incluem as pessoas em sofrimento mental.

Dentre os estudos componentes da amostra desta pesquisa, havia um número reduzido de experiências relativas à geração de renda desenvolvidas nos CECOs. A amostragem limitada não permite concluir sobre a dimensão que esse tipo de iniciativa tem no campo da saúde mental brasileira, em especial nos CECOs. Ainda assim, faz-se pertinente resgatar a ainda atual afirmação do Ministério da Saúde (2005a), quando pondera que o mercado capitalista e a sociedade excludente tornam fundamentais os debates teóricos e práticos no dia-a-dia dos serviços para sustentação dessas experiências e quando salientam que essas discussões e o financiamento destas iniciativas são necessários para que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se consolide.

5.4 LIBERDADE COMO MODO DE CUIDADO: INTEGRAÇÃO SOCIAL E FRUIÇÃO DA CIDADE

*Sou feita de retalhos.
Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou
costurando na alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem
ser quem eu sou.
Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa [...] ⁴¹
(CRIS PIZZIMENTI).*

Um serviço de saúde mental não deve ser comunitário apenas pelo fato de estar inserido em uma comunidade específica. A definição vai além disso. Ele deve desenvolver ações e estratégias que se deem em constante integração com a comunidade circundante, com os recursos que ela oferece, com os dispositivos nela presentes. Há que se construir, portanto, ações que possibilitem a socialização do conhecimento, o

⁴¹ Trecho do Poema “Sou Feita de Retalhos”, da escritora e educadora Cris Pizzimenti, publicado por ela em uma de suas redes sociais, em 2013.

estabelecimento de uma relação contínua de cuidado que construa uma perspectiva entre o território geográfico e o território existencial (LANCETTI, 2006; SARACENO, 2011).

Em consonância com essas afirmações, Lima, D *et al.* (2021), responsáveis pelo artigo 17, chamam atenção para a necessidade de que o território ao qual pertence o CECO seja explorado, favorecendo o estreitamento do vínculo com a cidade e a descoberta de suas possibilidades e potencialidades de agenciar encontros e singularidades.

A necessidade de exploração e estreitamento de vínculos com o território implica também na necessidade da articulação em rede. Para Regne *et al.* (2018, p. 69), autores do artigo 14, os CECOs operam no cuidado em rede, sendo “estruturados para a produção cultural e artística e objetivam promover a reinserção social, ou seja, são serviços relacionados à liberdade, vínculo, participação, invenção e comunidade”.

Neste sentido, as atividades ofertadas nos CECOs não devem, como objetivo, se encerrar em si mesmas. De acordo com Soares e Reinaldo (2010), autoras do artigo 6, a proposta antimanicomial reveste a clínica de um caráter político-social e as oficinas deixam de ser vistas como recurso para ocupação do tempo ocioso e passam a ser reconhecidas pelas suas potencialidades de contribuir para uma:

[...] produção subjetiva capaz de transformar a relação, historicamente construída e propalada, entre a loucura e a sociedade, favorecendo a convivência e a comunicação com o outro, em um processo contínuo de exercício da cidadania e de (re)inserção social (SOARES; REINALDO, 2010, p. 392).

Em concordância, Dias (2018), responsável pelo artigo 13, demonstra seu entendimento das oficinas em saúde mental como ferramentas tanto clínicas, quanto políticas, para o processo de desinstitucionalização da loucura e de fomento à construção de vínculos sociais das pessoas em sofrimento mental, o que possibilita a sua reinserção psicossocial. A pesquisadora enfatiza que as atividades desenvolvidas pelo CECO não se restringem ao seu espaço físico, exatamente pelo fato de que, segundo ela, seu objetivo final é esta reinserção somada à reapropriação do meio social por seus usuários, de forma a reforçar seu senso de pertencimento à comunidade.

Outros estudos ressaltam o fato de as atividades do dispositivo extrapolarem seus muros. No artigo 1, pesquisa documental no município de São Paulo/SP, as autoras Oliver, Barros e Lopes (2005) apontam que o trabalho nos CECOs da cidade, no período de 1989 a 1993, já se pautava pela necessidade de criação de oportunidades de

convívio social, por meio da oferta de atividades realizadas em espaços públicos, parques e centros culturais e esportivos, como maneira de favorecer a integração social.

A reinserção comunitária oportuniza a convivência, por meio da qual, de acordo com Alvarez *et al.* (2022 p. 522) autores do artigo 19, “são construídas novas formas de subjetividade e existência, ocorrendo a produção de saúde”.

Com relação ao papel do CECO na promoção da integração social, há assentimento de outros teóricos. Caçapava, Colvero e Pereira (2009), no artigo 4, enfatizam que os princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação da comunidade) reconhecem direitos cidadãos e o fato de que não há como produzir saúde mental sem se considerarem os determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso leva à necessidade de se reconhecer a saúde do coletivo e a inclusão em grupos sociais no território. As autoras concordam que a articulação intersetorial dos serviços em rede, no território, é fundamental para se atenderem as diversas demandas da pessoa em sofrimento mental.

Neste sentido, as pesquisadoras acima referenciadas ponderam que as políticas de saúde mental e de promoção da saúde, articuladas, potencializam a atenção integral ao usuário. Para elas, isso faz do CECO um lugar de produção de sentido para a vida das pessoas com sofrimento mental, uma vez que as ações intersetoriais por ele promovidas (nos campos trabalho, da cultura, do lazer, da convivência) são capazes de fortalecer laços e inclusão social.

Nos artigos 3, 5, 7, 8, 10, 11 e 22, são relatadas experiências sobre a oferta, em CECO, de oficinas para estímulo ao cuidado em saúde (como grupos de atividade física e educação para saúde). Há constatações de que a participação dos usuários contribui para o desenvolvimento de habilidades artísticas, para o aumento dos espaços de lazer, da autoestima, da qualidade de vida, do autocuidado e do aprendizado. Além disso, é feito destaque à contribuição para o resgate da convivência e da cidadania. É pontuado que todo grupo social advém de uma organização relacional e de uma cultura e que a ação prioritária do CECO no campo da cultura (e não no da saúde) lhe reveste de valor estratégico para viabilizar a inclusão social. As práticas comunitárias, amparadas no campo psicossocial são apontadas como afirmação dos direitos à cidadania e à autonomia dos sujeitos (DAMASCENO; REINALDO, 2009; COTTA; CASTRO; BOTTI, 2010; SILVEIRA; SOARES; REINALDO, 2010; SOARES; SILVEIRA;

REINALDO, 2010; LOPES; REINALDO, 2012; ZAGO; TERZIS; PADILHA, 2014; MONTEIRO; SILVA; REINALDO, 2022).

Para Damasceno e Reinaldo (2009), que elaboraram o artigo 3, no dispositivo, a função terapêutica das oficinas se estabelece pela convivência que ela instaura, o que consideram ser pertinente, uma vez que acreditam haver uma grande tendência das pessoas em sofrimento mental ao isolamento e a apresentarem dificuldade de estabelecerem vínculos afetivos e sociais.

Cabe fazer uma ponderação a respeito da referida tendência ao isolamento social. A afirmação parece centrar a problemática apenas na pessoa com sofrimento mental, mas é importante destacá-la como resultado da ação excludente da sociedade, que vem imputando, ao longo dos séculos, o isolamento a essas pessoas. Conforme Saraceno (2011, p. 97, 98), “não é o déficit resultante das condições de enfermidade ou de sofrimento psicossocial que retira o sentido dos seres humanos, mas sim uma decisão discriminatória tomada por outro”.

Assim sendo, é necessário pensar na importância do trabalho contínuo na desconstrução do estigma contra o “louco”, inclusive naquele que ainda permeia, mesmo que discretamente, o discurso e as condutas de quem trabalha na luta contra ele. Sem isso, os serviços substitutivos podem, inclusive, reproduzir algumas formas de tutela que levam ao risco da contradição entre prática de cuidado e o que se objetiva com a sua oferta.

Em CECO na cidade de Niterói/RJ, objeto de estudo do artigo 9, Monnerat (2011) constatou que, apesar do constante estímulo à circulação por outras redes sociais, os usuários do dispositivo mantinham tendência a se engajarem apenas nas redes vinculadas ao seu tratamento, à sua esfera familiar e religiosa. A autora sugere que esse cenário pode ser imputado a vários fatores. Dentre eles, o estigma à doença mental (que limita a liberdade dos usuários), a baixa renda dos mesmos e o vínculo que apresentavam com os profissionais do CECO. Ela também responsabiliza o fato de, nele, serem atendidas o que chama de necessidades básicas dos usuários, exemplificando com refeições, oferta de lugar para banho e para a guarda de pertences.

É importante se pesar, tomando como ponto de partida a realidade acima descrita, se há articulação desse dispositivo com outros pontos da RAPS, rede ampliada e recursos da própria comunidade, para que a vinculação ao CECO não se ponha como barreira à fruição da cidade, à autonomia, à ampliação de acessos e à construção de um

novo papel social para a pessoa em sofrimento mental, indo na contramão de sua função na RAPS.

Boarini e Quijo (2007), autoras do artigo 2, trazem considerações importantes sobre a necessidade da articulação de ações e o envolvimento de diversos dispositivos como fundamentais para se atenderem as demandas dos indivíduos, com objetivo de melhorar sua qualidade de vida e contribuir para a manutenção de seus vínculos sócio-familiares. Destacam que, sem essa atuação conjunta, a criação de novos dispositivos com desenvolvimento de ações isoladas não é suficiente para substituir equipamentos hierarquizados.

Ainda no artigo 9, Monnerat (2011) também descreve a relação entre profissionais e usuários de CECO em Niterói/RJ como hierarquizada e marcada por excessiva dependência dos usuários com relação aos profissionais do setor. Segundo ela, o fato acarretava em redução da autonomia dos assistidos. Ademais, a autora aborda o fato de que, para a participação no CECO era exigido tratamento médico psiquiátrico em algum dos ambulatórios da rede de saúde mental do município.

Para problematizar a realidade apresentada pelo artigo 9, são trazidas reflexões levantadas pelos artigos 5 e 12. Neles, é citado o caráter estratégico do CECO na desconstrução da intolerância contra o louco. Além disso, afirma-se que a ruptura dos modelos asilar e biomédico e os aspectos sociais e históricos que permeiam a política de saúde mental convocam os trabalhadores do campo a realizar práticas que superem a relação de tutela entre profissionais e usuários. Para isso, precisam se fundamentar em relações horizontalizadas, que potencializem a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania dos usuários (COTTA; CASTRO; BOTTI, 2010; PACHECO; SILVA, 2018).

A exigência de acompanhamento psiquiátrico para participar de atividades no CECO, ponto que chama atenção no estudo de Monnerat (2011) (artigo 9) parece marcar uma ruptura com o que norteia esse tipo de serviço. Segundo Silva, Barbosa e Bonini-Trenche (2020), responsáveis pelo artigo 15, nesse dispositivo da RAPS, o cuidado não é centrado no diagnóstico, mas sim nas dimensões subjetiva e sociocultural do processo saúde-doença. As autoras enfatizam que a escolha do sujeito pelas atividades se dá pelo desejo de participação, para potencializar sua contratualidade e, assim, ampliar sociabilidade, autonomia e a (re)constituição de sentidos de vida.

Como é possível constatar, o estímulo à sociabilidade e à intervenção na cidade como marca da atuação dos CECOs foram aspectos muito enfatizados nos artigos que compuseram a amostra deste estudo. O potencial dessas ações no estímulo à (re)inserção social, no campo da cultura, à fruição da cidade é apresentado como forma de resgate de direitos à cidadania e à autonomia. Ressalva-se que:

Não se pode confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TYKANORI, 1996, p. 57).

Considerando os dizeres acima, pode-se reafirmar a importância da articulação intersetorial do CECO com outros serviços e espaços comunitários, o que foi amplamente abordado pelos estudos aqui citados. Outrossim, evidencia-se a necessidade de buscarem-se novas possibilidades de intervenção, de criá-las em conjunto com os usuários do serviço, de estar, de fato, na comunidade, ativando seus recursos, valorizando os aspectos peculiares da vida cotidiana dos indivíduos, permitindo novas formas de eles se relacionarem. É desta maneira que o CECO pode colaborar para a reapropriação do meio social pelas pessoas com sofrimento mental e contribuir para seu senso de pertencimento à comunidade, para o aumento de sua cidadania e autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*[...] Restam outros sistemas fora
Do solar a col-
Onizar.
Ao acabarem todos
Só resta ao homem
(estará equipado?)
A difícilima dangerousíssima viagem
De si a si mesmo:
Pôr o pé no chão
Do seu coração
Experimentar
Colonizar
Civilizar
Humanizar
O homem
Descobrimo em suas próprias inexploradas entranhas
A perene, insuspeitada alegria
De con-viver.⁴²*
(CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE).

Os Centros de Convivência e Cultura foram criados no âmbito da política brasileira de saúde mental com vistas a promover a saúde por meio do fomento a espaços de sociabilidade, intervenção na cultura e na cidade. Muito embora sejam dispositivos que existem no país mesmo antes do marco legal que instituiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira⁴³, os CECOs vêm figurar como parte da política pública de saúde mental, em nível nacional, pela primeira vez, apenas no ano de 2005.

Apesar disso, a portaria que instituiu suas diretrizes de funcionamento⁴⁴ (sem, porém, definir quaisquer fontes de financiamento) foi revogada no mesmo ano. Houve um intervalo de seis anos até a publicação da Portaria MS/GM nº 3.088/2011, que inclui o CECO como serviço da RAPS (no âmbito da Atenção Primária em Saúde), e definiu as ações do serviço sem, contudo, trazer quaisquer normatizações sobre seus critérios de implantação e financiamento. A Portaria de Consolidação nº 3/2017 revoga a Portaria 3.088/2011, mas mantém suas definições acerca do dispositivo em questão. A Portaria nº 3.588/2017, por sua vez, traz novas disposições a respeito da RAPS. Entretanto, a normativa não traz o CECO no seu texto.

⁴² Trecho do poema “O Homem; As Viagens”, Do poeta, contista e cronista Carlos Drummond de Andrade (1902-1987), publicado em 1973, no seu livro “As Impurezas do Branco”.

⁴³ Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

⁴⁴ Portaria SAS nº 396 de 07, de julho de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005d).

Esse contexto somado às dificuldades enfrentadas cotidianamente pela autora no apoio à implantação e ao fortalecimento das ações do CECO em que atua, em cidade do interior de Minas Gerais, levaram ao desejo de compreender melhor as potencialidades e desafios encontrados na oferta de cuidado em saúde mental nos CECOs, frente à política pública de saúde mental no Brasil.

Foi desenvolvida pesquisa bibliográfica, qualitativa-quantitativa, descritiva com o objetivo de compreender a importância da existência de uma política pública nacional para normatizar o funcionamento, a regulação, o financiamento e a implantação dos CECOs. Paralelamente a isso, buscou-se verificar se a produção científica a respeito do trabalho nos CECOs no Brasil demonstra a potencialidade do dispositivo como espaço de promoção de saúde, por meio da oferta de atividades relacionadas à arte, cultura e sociabilidade; e se há correlação entre a estruturação da política pública local de saúde mental, a implantação de CECO e a produção acadêmica referente a essa temática.

A revisão literária realizada por este estudo permitiu constatar que o CECO tem diversas potencialidades que o tornam dispositivo estratégico para inclusão social de pessoas em sofrimento mental. Dentre elas, as possibilidades de: estímulo à (re)construção de laços sociais; criação e fortalecimento dos territórios de vida e de pertencimento; (re)inserção na cidade, na democracia; aumento do controle social na política pública; ruptura de estigmas; acesso a direitos; expressão; desenvolvimento de habilidades; produção de vida. Enfim, a construção de um novo lugar social para a loucura.

De acordo com os trabalhos consultados, o potencial do CECO se efetiva a partir de estratégias das mais diversas. Eles discorreram, principalmente sobre atividades/práticas coletivas de cunho político, artístico, cultural, esportivo, recreativo, de cuidados com a saúde física, de geração de trabalho e renda. Ressaltaram também o fato de ser fundamental que essas práticas se dêem em articulação intersetorial, em constante trânsito com a comunidade.

Um dos objetivos da pesquisa era saber se a produção científica sobre os CECOs no Brasil é capaz de demonstrar seu potencial como espaço de promoção de saúde, por meio da oferta de atividades relacionadas à arte, cultura e sociabilidade. Constatou-se que a literatura consultada foi capaz de comprovar este potencial. Vale ressaltar que, apesar disso, se fazem necessários mais estudos relacionados a este dispositivo.

As inúmeras potencialidades desse dispositivo, porém, contrastam com a efetivação de sua implementação pelo território nacional. Dados demonstram que ainda há um número reduzido de CECOs em funcionamento no país (número cerca de 60 vezes menor que o número de CAPS implantados, por exemplo⁴⁵). Ainda assim, há que se ressaltar a inconsistência nesses valores, encontrados nas bases de dados do Ministério da Saúde.

A dificuldade para a realização de um levantamento mais preciso acerca dos CECOs implantados no país tem como algumas razões a falta de definição, pelo Ministério da Saúde de um tipo de estabelecimento específico para categorizar este dispositivo no CNES e a falta de parâmetros e padronização para esse registro. Ademais, a entidade, por meio da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, não mantém dados atualizados sobre os CECOs em funcionamento no país.

Os retrocessos na política pública de saúde mental brasileira são apontados pela literatura analisada como questão importante quando se discute sobre as dificuldades no avanço sociocultural da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É enfatizado o respaldo governamental (por meio de normativas e financiamento) a medidas que desrespeitam a liberdade das pessoas em sofrimento mental e violam sua integridade moral e física, em detrimento da regulamentação e financiamento do CECO. Essas mudanças são apontadas como contrárias aos direitos de cidadania e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Além dos achados anteriormente citados, este estudo verificou que a maior parte da produção acadêmica sobre CECOs na amostra selecionada ocorreu em locais em que há consolidação de legislação que normatiza o funcionamento do dispositivo em nível local (em municípios e/ou estados brasileiros). Quando se consideram os estados, despontam Minas Gerais, seguido por São Paulo e Rio de Janeiro. Ao se considerarem as cidades, os destaques são Belo Horizonte/MG e São Paulo/SP.

Assim como a produção acadêmica sobre os CECOS, o número destes dispositivos implantados é maior em locais em que está vigente legislação (em nível municipal e/ou estadual) relativa à criação, ao financiamento e às diretrizes de funcionamento dos mesmos. Os dados parecem apontar para a existência de correlação entre a estruturação da política pública local de saúde mental, a implantação de CECO e

⁴⁵ Considerando dados de outubro de 2022, ocasião em que foram coletados por esta pesquisa.

a produção acadêmica referente a essa temática. Além disso, indicam que a existência de política pública é necessária à consolidação do dispositivo no país.

O baixo número de CECOs em funcionamento no país somado às dificuldades apontadas por parte dos estudos analisados, relativas aos retrocessos na política pública de saúde mental (principalmente a partir de 2017), bem como a dificuldade no levantamento de dados junto ao Ministério da Saúde sugerem possibilidade de ser verdadeira a hipótese aventada por este trabalho. A de que é necessária a existência de uma política pública nacional para normatizar o funcionamento, a regulação, o financiamento e a implantação dos CECOs, para que seja possível ampliar a oferta de cuidado em saúde mental nesse tipo de dispositivo.

Há que se salientar, entretanto, que a amostragem restrita traz limitações para essa conclusão, o que torna necessária a realização de mais estudos que permitam uma visão mais abrangente acerca da produção científica sobre o tema.

Outro destaque se faz ao fato de que, muito embora se aponte para a importância da legislação para a consolidação do CECO, é no compromisso cotidiano com a Luta Antimanicomial que este serviço se estrutura. A política se faz no dia-a-dia a cada pequena ação, pautada no acolhimento, na escuta, no respeito à singularidade, no compromisso com a ética do cuidado, com a ruptura das agressões e cisões que a desigualdade cria, com o resgate de dívidas históricas, com o fortalecimento à participação social e ao protagonismo da pessoa em sofrimento mental. Os movimentos de luta são capazes de gerar mudanças na legislação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lilian Carla De; STROBBE, Stephen; OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de; ALMEIDA, Letícia Yamawaka de; SOUZA, Jacqueline de. Trabalho e desemprego entre pacientes com transtornos mentais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 1-7, jul. 2021.

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; ALMEIDA, Neli Maria de Castro; SILVA, Claudia Osório da; RAMÔA, Marise de Leão; FILIPPO, Rita de Cassia Vieira; SILVA, Isabella Cunha Alves da; VIEIRA, Cláudia da Rocha; FERREIRA, Isabela Lopes. Centro de Convivência Virtual: potencialidades e desafios para a promoção da saúde e redes de afeto em tempos de pandemia. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 517-529, jul./set. 2022.

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; ALMEIDA, Neli Maria de Castro; FIGUEIREDO, Angela Pereira. Por uma política da convivência: movimentos instituintes na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 1300-1311, ou./dez. 2021.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 1090-1107, Nov./dez. 2018.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; LIMA, Eduardo de Paula; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-14, abr. 2017.

BELO HORIZONTE. **Centro de Convivência**. 2020. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria/centro-de-convivencia>>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BELO HORIZONTE. **Decreto nº 8039 de 16 de Setembro de 1994**. Altera a estrutura organizacional da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Diário Oficial do Município. Belo Horizonte, MG, 17 set. 1994. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/decreto/1994/804/8039/decreto-n-8039-1994-altera-a-estrutura-organizacional-da-administracao-direta-da-prefeitura-municipal-de-belo-horizonte-1994-09-16-versao-original>>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BOARINI, Maria Lucia; QUIJO, Izildinha. A reforma psiquiátrica e as andorinhas. **Revista do Departamento de Psicologia**. UFF, Rio de Janeiro, v. 19, p. 369-379, jul./dez. 2007.

BODSTEIN, Regina. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 19-32, jan. 2003.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2020]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 29 dez. 2022.

BRASIL. Decreto nº 10.087, de 05 de novembro de 2019. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 6 nov. 2019. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10087.htm>. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 dez 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8163.htm>. Acesso em 28 mar. 2023.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 04 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 nov. 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19867.htm>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CAÇAPAVA, Juliana Reale; COLVERO, Luciana de Almeida; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 446-455, jul./set. 2009.

CASTRO, Marla Borges de. **Implantação do Centro de Convivência e Cultura da Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia**: Olhares dos usuários, trabalhadores e gestor. 2014. 188 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2014.

CAVALCANTI, Maria Clara. Democracia. **Quero Bolsa**, 2022. Disponível em: <<https://querobolsa.com.br/enem/geografia/democracia>> Acesso em: 04 mar. de 2022.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**. 2 ed. Salvador: Secretaria de Cultura, Fundação Pedro Calmon, 2009. 68p.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde**: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. 2018, 22 p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Centros de convivência e cooperativa**. São Paulo: Cadernos Temáticos CRP-SP, 2015, 96 p.

COTTA, Edson Mascarenhas; CASTRO, Ana Carolina Henriques Oliveira Amaral de; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Oficina Bem Viver: Construção de tecnologias e significados de educação em saúde na área da saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, São Paulo, v. 6, p. 471-492, nov. 2010.

DAMASCENO, Eduardo Caires; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 178-182, jan./mar. 2009.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4701-4706, 2011.

DIAS, Janiele Daniane da Silva. Oficinas terapêuticas como estratégia para reinserção psicossocial e produção de vínculo. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 129-145, jan./jun. 2018.

FERIGATO, Sabrina Helena. Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo redes de encontros. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27 n. 1, p. 12-20, jan./abr. 2016.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Os Centros de Convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 20, p. 79-100, dez. 2016.

FRANCO, Justa Helena. Saúde mental no Brasil e o lucrativo mercado. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 240, p. 3, set., 2022.

FRANZOLOSO, Caique Lima Sette; FERRO, Luís Felipe. Economia Solidária e Saúde Mental: Problemáticas e estratégias para a inclusão social de pessoas em sofrimento mental. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 7, p. 1-17, jun. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. - São Paulo:Atlas, 2002 .

HELD, David; BARBOSA, Agnaldo de Souza; SILVA, Barbosa Ana Maria de Oliveira Rosa e Silva. Cidadania e autonomia. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, p. 201-231, nov. 1999.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAVOR, Adriano de; DOMINGUEZ, Bruno. A arte que transforma: Congresso Brasileiro de Saúde Mental resgata Semana de 22 e (re) atualiza potências da democracia e da Luta Antimanicomial. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 240, p. 11-21, set., 2022.

LIMA, Daniele Vitória; CAMPELO, Camila Barbosa; SIMONI, Ana Carolina Rios; AMORIM, Ana Karenina Arraes. Cartografias e Percursos de Mulheres Artesãs que Aprendem, Ensinam e Trabalham. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 21, n. 1, p. 1-12, mar.2021.

LIMA, Elizabeth Araújo; PROVIDELLO, Guilherme; SILVA, Juliana Araújo; ALEIXO, Juliana Maria Padovan; PELLEGRINI, Livia; AVERSA, Paula Carpinetti; BARRENHA, Tais; CARDOSO, Tânia Marques. Práticas estéticas e corporais: criação e produção de subjetividade na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 420-434, abr./jun. 2021.

LOBO, Valéria Marques. Direito do trabalho, cidadania e democracia. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Brasília, v.87, n.1, p. 25-40, jan./mar. 2021.

LOBOSQUE, Ana Marta. Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2006, Belo Horizonte. **Caderno Saúde Mental [...]** Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, p. 35-44.

LOPES, Cínthia Verdolin; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Contribuição da vivência acadêmica em um centro de convivência de saúde mental na formação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 775-778, ou./dez. 2012.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; LEÃO, Adriana; DIMOV, Tatiana. Práticas emancipatórias em Saúde Mental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. 1-15, out. 2022.

MARTINS, Rita de Cássia Andrade. Ressignificação do trabalho na Saúde Mental: Interações e diálogos com a Economia Solidária. **Mundo do trabalho contemporâneo**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 76-95, out. 2017.

MAZARO, Lisabelle Manente; MATSUKURA, Thelma Simões; LUSI, Isabela Aparecida de Oliveira. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, p. 127-146, abr. 2020.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3767, de 22 de março de 2022**. Aprova as diretrizes gerais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Estado de Minas Gerais, que são cofinanciados pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e pela Política de Atenção Hospitalar - Valora Minas, no âmbito do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, 2022a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203767%20-%20SUBPAS_SRAS_DSM%20-%20Diretrizes%20da%20RAPS%20-%20alterada%20e%20comentada.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2023.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG Nº 5.461, de 19 de outubro de 2016**. Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016. Disponível

em:<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_5461.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2022.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG N° 8.160, de 18 de maio de 2022**. Institui incentivo financeiro, referente à competência de 2022, para custeio destinado às Unidades de Acolhimento Adulto e infantojuvenil, Equipes de Consultório de Rua habilitadas e os Centros de Convivência e Cultura, em funcionamento, visando o cofinanciamento pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, 2022b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203821%20-%20SUBPAS_SAPS_DSM%20-%20Custeio%20da%20RAPS%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20-%20alterada%20%20-%20Resol%20-%20DO.pdf>. Acesso em: 09 out. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Valora Minas**. 2021. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1833-valora-minas>>. Acesso em 03 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 out. 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html> Acesso em: 25 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005a). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde**. 2022a. Disponível em: <<http://CNES.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 09 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.187, de 13 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 87, 2005b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 ago. 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html>. Acesso em: 22 jan. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.442, de 09 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 36, 2005c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 dez. 2011a.

Disponível

em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm
l>. Acesso em: 08 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 dez. 2017b. Disponível

em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em 08 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 jul. 2005d. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1169_07_07_2005.html>. Acesso em: 08 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf> Acesso em: 04 fev. 23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_MS_2020.pdf> Acesso em: 04 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2021.pdf> Acesso em: 04 fev. 23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2011b. 106 p. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatria.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, DF, 04 fev. 2019b. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2023.

MONNERAT, Sílvia. Sociabilidade como tratamento: estudo etnográfico de um centro de convivência para pacientes psiquiátricos. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 143-159, jun. 2011.

MONTEIRO, Marlene Azevedo Magalhães; SILVA, Liliane Nunes da; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas educativas de nutrição como estratégia para a promoção de modos de vida saudável. **Caminho Aberto: revista de extensão do IFSC**, Florianópolis, v. 16, p. 1-21, fev. 2022.

OLIVEIRA, Cláudia Maria Rocha de. Democracia. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v. 13, n. 26, p. 439-450, dez. 2022.

OLIVER, Fátima Corrêa; BARROS, Denise Dias; LOPES, Roseli Esquerdo. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 31-39, jan./abr., 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>>. Acesso em 29 dez. 2022.

PACHECO, Raquel Ferreira; SILVA, Celso Renato. (Con) viver com a loucura: por um cuidado extramuros. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 140-161, maio/ago. 2018.

PONTES, Ana Carolina Pedrosa. Naidna de Souza: a palavra des-a-linha, atravessa a margem e brinca sobre a encruzilhada. **Opiniões**, São Paulo, n. 18, p. 430-447, jul. 2021.

REGNE, Giulia Ribeiro Schettino, REINALDO, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo; TAVARES, Marcus Luciano de Oliveira; PEREIRA, Maria Odete. História e memória da criação de um centro de convivência. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 63-73, abr. 2018.

RODRIGUES, Rafael Coelho; SILVA, Cristiane Moreira da. Atenção à saúde no território como prática democrática: ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. 1-16, maio 2021.

SAMPAIO, Luize. Cultura como exercício de cidadania. **Casa Fluminense**, 2022. Disponível em: <<https://casafluminense.org.br/cultura-como-exercicio-de-cidadania/>>. Acesso em 29 dez. 2022.

SÃO PAULO (Cidade). **Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOS)**. São Paulo, 14 out. de 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303568>. Acesso em: 09 de mar. 2023.

SÃO PAULO (Cidade). Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS nº 964 de 27 de outubro de 2018. Regulamenta os Centros de Convivência e Cooperativa e estabelece

diretrizes para o seu funcionamento. São Paulo, SP: **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**. São Paulo, SP, 27 out. 2018. Disponível em: <<http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-964-de-27-de-outubro-de-2018>>. Acesso em: 09 mar. 2023.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SCHENKEL, Júlia Monteiro; SILVA, Glauber Weder dos Santos; AMORIN, Ana Karenina de Melo Arraes; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; CARVALHO, Jovanka Bittencourt Leite de; Sara RIBEIRO, Eloise Argimiro; ALMEIDA, Ana Clara Paiva de; SILVA, Maxwell Menezes. Saúde mental, arte e desinstitucionalização: um relato estético-poético-teatral de uma ocupação da cidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 39-48, jan. 2022.

SCHNEIDER, Eduarda Maria; FUJII, Rosangela Araujo Xavier; CORAZZA, Maria Júlia. Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 569-584, dez. 2017.

SILVA, Ana Paula Gomes da; BARBOSA, Caroline Lopes; BONINI-TRENCH, Maria Cecília. Atuação de fonoaudiólogos em Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO): trajetórias e desafios da formação profissional. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 26-40, abr. 2020.

SILVEIRA, Belisa Vieira da; SOARES, Amanda Nathale; REINALDO, Márcia dos Santos. Oficinas em Saúde Mental: Vertentes de uma proposta de educação em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, p. 1808-1814, ou./dez. 2010.

SOARES, Amanda Nathale; SILVEIRA, Belisa Vieira da; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, abr./jun. 2010.

SOARES, Amanda Nathale; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável: um relato de experiência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 391-398, abr./jun. 2010.

SOARES, Marta. A Reforma Psiquiátrica e o Centro de Convivência: invenções e outras práticas. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (org). **Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia, 2013. p. 192-196.

TYKANORI, Roberto. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

ZAGO, Maria Cristina; TERZIS, Antonios; PADILHA, Bruneide Menegazzo. Comunicação inconsciente entre singular e plural: grupo de pacientes psiquiátricos. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 4-16, 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Tabela 1 (Centro de Convivência X CAPS / Brasil)⁴⁶ (continua)

Estado	Total de CAPS registrado no CNES	Total Bruto de Centros de Convivência registrados no CNES	Nº de Centros de Convivência de Saúde Mental no CNES	Nº de Centros de Convivência inespecíficos⁴⁷ no CNES	Nº de Centros de Convivência p/ outra clientela registrados no CNES	Nº de Centros de Convivência informado pela Secretaria de Estado de Saúde
Acre	6	1	1	0	0	1 ⁴⁸
Alagoas	58	0	0	0	0	DNL ^{49*}
Amapá	6	0	0	0	0	DNL*
Amazonas	24	0	0	0	0	DNL*
Bahia	255	1	0	0	1	DNL*
Ceará	156	4	0	3	1	DNL*
Distrito Federal	18	0	0	0	0	DNL*
Espírito Santo	39	0	0	0	0	DNL*
Goiás	78	0	0	0	0	DNL*
Maranhão	79	0	0	0	0	DNL*
Mato Grosso	37	1	0	0	1	DNL*
Mato Grosso do Sul	17	0	0	0	0	DNL*
Minas Gerais	301	22	5	16	1	47 ⁵⁰
Pará	75	0	0	0	0	DNL*
Paraíba	104	0	0	0	0	DNL*
Paraná	145	2	0	0	2	0 ⁵¹
Pernambuco	152	0	0	0	0	DNL*
Piauí	62	0	0	0	0	DNL*
Rio de Janeiro	161	3	1	0	2	DNL*
Rio Grande do Norte	48	1	0	0	1	DNL*
Rio Grande do Sul	192	1	0	1	0	DNL*

⁴⁶Tabela produzida a partir de dados disponíveis em 08/10/2022, quando foram coletados pela pesquisadora, sendo suscetíveis a mudanças que possam ter ocorrido durante o tempo de elaboração do estudo.

⁴⁷Considerados “não específicos” aqueles dispositivos cujos dados no CNES não permitem verificar se é serviço de Saúde Mental.

⁴⁸Dado obtido no site da Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Disponível em: < <http://saude.acre.gov.br/2020/01/29/centro-de-convivencia-arte-de-ser-atua-no-acre-com-livre-expressao-artistica/>>. Acesso em: 08 out. 2022.

⁴⁹DNL: sigla para “Dado Não Levantado” (não obtenção de dados atualizados pela autora).

⁵⁰Número levantado a partir da Resolução SES/MG Nº 8.160, de 18 de maio de 2022 (vigente à ocasião da coleta de dados desta pesquisa) que, dentre outras providências, institui repasse de incentivo financeiro, referente à competência de 2022, para custeio dos CECOs em funcionamento no Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2022b).

⁵¹Informação prestada pela Divisão de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Fonte: Da autora (2023).

APÊNDICE A - Tabela 1 (Centro de Convivência X CAPS / Brasil) (conclusão)

Estado	Total de CAPS registrado no CNES	Total Bruto de Centros de Convivência - cia registrados no CNES	Nº de Centros de Convivência de Saúde Mental no CNES	Nº de Centros de Convivência inespécíficos no CNES	Nº de Centros de Convivência p/ outra Clientela Registrados no CNES	Nº de Centros de Convivência informado pela Secretaria de Estado de Saúde
Rondônia	16	0	0	0	0	DNL*
Roraima	11	0	0	0	0	DNL*
Santa Catarina	106	0	0	0	0	DNL*
São Paulo	553	9 ⁵²	2	4	3	DNL*
Sergipe	43	0	0	0	0	DNL*
Tocantins	19	0	0	0	0	DNL*
TOTAL	2761	45	9	24	12	DNL*

Fonte: Da autora (2023).

⁵²O número de CECOs no estado de São Paulo registrado no CNES em 08/10/2022 diverge de dados encontrados em outros registros. Apesar de não terem sido encontrados dados atuais na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, há relatos de que, no ano de 2015, no estado, já havia 34 CECOs, que se distribuíam da seguinte forma: 21 na Capital, 11 em Campinas, 1 em Embu das Artes e 1 em Mogi das Cruzes (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2015). Ressalva-se que esse número, à ocasião da pesquisa, já pode ter sofrido alterações, considerando-se que, só na cidade de São Paulo, segundo informações da prefeitura, em 2020 já existiam 24 dispositivos desse tipo (SÃO PAULO, 2020).