

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**ARTE-CULTURA NA QUALIDADE DE VIDA DOS
USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO
MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA - SP**

Vera Freire Gonçalves

**São Paulo - SP
2018**

ARTE-CULTURA NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA - SP

Vera Freire Gonçalves

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**São Paulo
2018**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que a reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

ARTE-CULTURA NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA - SP

Vera Freire Gonçalves

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Gestão e Práticas em Saúde

Orientadora: prof^a. Dr^a. Amália Suzana Kalckmann

São Paulo
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves, Vera Freire

Arte-Cultura na Qualidade de Vida dos usuários dos serviços de Saúde Mental do Município de Carapicuíba - SP / Vera Freire Gonçalves. São Paulo, 2018.

128p

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof.^a dr.^a Amália Suzana Kalckmann

1. Arte-Cultura 2. Qualidade de Vida 3. Saúde Mental 4. Avaliação da Qualidade de vida 5. Reabilitação psicossocial. 6. Reforma Psiquiátrica. I Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo em todos os momentos de minha vida, permitindo e facilitando minha jornada, minhas escolhas, com sabedoria, otimismo, paciência, discernimento e Fé .

Aos meus pais, José Manuel e Justina, que com todo o amor, dedicação, carinho e muitas vezes abdição de seus próprios sonhos puderam me educar, me orientar, dando também exemplo de retidão e honestidade, me transformando em uma mulher forte para transpassar as barreiras e dificuldades para saborear as alegrias e vitórias.

À minha querida e incansável irmã Angelina, sempre ao meu lado, com palavras de otimismo e incentivo, me apoiando e fortalecendo, mesmo que algumas vezes não concordando com as minhas decisões.

Ao meu amigo e companheiro Jose Luiz, por todo apoio e incentivo, despertador das minhas potencialidades, conseguindo tirar da minha zona de conforto, me impulsionando e possibilitando meu crescimento e o meu desabrochar.

À minha amiga Ivanir, grande incentivadora, otimista por natureza, sem ela a idealização desta pesquisa seria impossível.

À minha orientadora Suzana Kalckmann, pelo compartilhamento de suas experiências, pela alegria, força e determinação e acima de tudo paciência, mostrando o caminho a ser percorrido, me impulsionando, apoiando na realização e conclusão desta dissertação.

As minhas queridas professoras Dra Ausonia Donato e Dra Lúcia Pissolatti com delicadeza, amor, experiência e competência, contribuíram para a finalização desta dissertação.

Aos professores do Instituto de Saúde, pela competência na transmissão de seus conhecimentos, não só teóricos, mas sim de vida, nos transformando em pessoas mais críticas e abertas às novas experiências.

Aos colegas e amigos do mestrado profissional do Instituto de Saúde, grupo crítico, alegre e unido, despertando as potencialidades de cada um.

Ao Claudiney, muito mais que um representante de turma, que sempre esteve à disposição para o auxílio e colaboração nas nossas dificuldades. Um amigo, que principalmente nesta reta final de conclusão, me apoiou, ajudou e tranquilizou, com carinho, educação e delicadeza.

Aos funcionários do Instituto de Saúde, em especial à Tania , pelo esclarecimento e auxílio das necessidades e dúvidas no transcorrer do curso de mestrado profissional.

À toda a equipe de saúde mental do município de Carapicuíba, por toda a colaboração, empenho e carinho , contribuindo de forma essencial para a execução desta pesquisa.

À prefeitura municipal de Carapicuíba, pela permissão no desenvolvimento deste trabalho de pesquisa.

Aos 70 entrevistados, meu carinho e respeito e um especial agradecimento, a todos que se dispuseram a expor suas vidas, suas expectativas, suas angústias, com alegria, disposição, muito obrigada!!!!

Não sei

Não sei...

*Se a vida é curta ou longa demais para nós
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela
não seja curta nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira e pura...*

enquanto durar.

(Cora Coralina)

RESUMO

GONÇALVES, VF. **Arte-Cultura na Qualidade de Vida dos usuários dos serviços de Saúde Mental do Município de Carapicuíba-SP** [dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/ SES- SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018.

Introdução: A arte e a cultura no campo da saúde mental têm sido utilizadas como instrumento terapêutico para os transtornos mentais, dando origem às expressões como arteterapia, musicoterapia e outras, sendo necessária para transformar o imaginário social, contribuindo com reflexões e pensamentos críticos essenciais para autonomia, cidadania e qualidade de vida, fundamentando a reabilitação psicossocial e efetivando a reforma psiquiátrica que não é uma reforma de serviços e sim uma reforma do modelo de assistência propondo a transformação do lugar social da loucura e considera a pessoa com sofrimento mental um cidadão. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de usuários de saúde mental que estão inseridos em atividades de arte cultura, identificando a AC no município e caracterizando os usuários de saúde mental que utilizam os elementos de AC. **Métodos:** Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo transversal avaliativo, em duas etapas: identificação dos elementos de AC, as ações, instituições e locais que utilizam tais elementos como proposta terapêutica para os indivíduos em sofrimento mental, maiores de 18 anos, do Sistema Único de Saúde oferecido pelo município ou em parceria com o setor privado e a avaliação da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental com aplicação de entrevista composta por questões sociodemográficas e pelo instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref, (escala do grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde), complementado com a relatos dos participantes, da impressão e da experiência vivenciada pela pesquisadora durante o processo de pesquisa. **Resultados:** O inquérito sociodemográfico aplicado na primeira parte da entrevista, mostra que dos 70 entrevistados na sua maioria eram mulheres, cor auto referida parda, 45 anos como média de idade, estado civil casado, ensino médio completo, depressão como doença referida e com tempo de diagnóstico e tratamento acima de 8 anos. O elemento de AC mais utilizado foi o artesanato (confecção de bolsas, panos de prato, cachecóis, macramê, crochê). Não houve diferenças estatísticas relevantes e significativas quando se analisa a QV dos entrevistados, tanto nas 2 questões gerais: percepção da qualidade de vida global e satisfação com a saúde quanto na avaliação dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). O Domínio Físico e o Domínio Relações Sociais apresentam resultado positivo e satisfatório na sua análise final e o Domínio meio ambiente apresentam resultados regulares. **Discussão:** A manutenção e a preservação da capacidade funcional em desempenhar as atividades diárias prolongam a independência dos indivíduos sendo um importante fator de impacto positivo na avaliação da qualidade de vida. Uma rede de apoio social fortalecida, composta por amigos e familiares, repercutem positivamente na percepção da qualidade de vida, e ao mesmo tempo em que déficits acentuados nas relações sociais impactam negativamente no tratamento e na percepção da qualidade de vida. A frequência reduzida de pensamentos negativos ou ruins e o nível de pensamentos positivos é um dos melhores indicadores de satisfação pessoal e percepção de boa qualidade de vida. Os elementos de Arte-Cultura utilizados como instrumento terapêutico na reabilitação psicossocial, proporcionam o bem estar, autonomia e independência, energia para realização das atividades da vida diária, satisfação pessoal, felicidade e podem indicar um efeito

positivo na avaliação da qualidade de vida. **Potencial de aplicabilidade:** considera se alto o potencial de aplicabilidade desta pesquisa pela necessidade de maiores estudos na avaliação de QV e dos processos de reabilitação psicossocial com utilização de outros elementos e instrumentos complementares ao medicamentoso, nos indivíduos em sofrimento mental. Os municípios pertencentes ou não a mesma região de saúde, com a mesma necessidade de compreensão e adequação dos processos de reabilitação psicossocial podem utilizar essa terapêutica com elementos de AC no resgate da autonomia e QV dos sujeitos em sofrimento mental.

Descritores: Arte, Integrativas, Qualidade de Vida, Saúde Mental.

ABSTRACT

GONÇALVES, VF. Art-Culture in the Quality of Life of the users of the Mental Health services of the Municipality of Carapicuíba-SP, Brazil. [Master's dissertation]. Professional Master's Program in Public Health - CRH / SES-SP. São Paulo: Health Department of São Paulo State, Brazil; 2018.

Introduction: Art and culture in the field of mental health have been used as a therapeutic instrument for mental disorders, giving rise to expressions such as art therapy, music therapy and others, being necessary to transform the social imaginary, contributing with critical thoughts and thoughts essential for autonomy, citizenship and quality of life, grounding and effecting the psychiatric reform is not a service reform, but a reform of the care model that proposes the transformation of the social place of madness and considers the person with mental suffering a citizen. **Objective:** To evaluate the quality of life of mental health users who are inserted in cultural art activities, identifying the AC in the municipality and characterizing the mental health users who use the elements of AC. **Methods:** To reach the proposed objectives, a cross-sectional evaluative study was carried out: identification of the elements of AC and actions, institutions and places that use such elements as a therapeutic proposal for individuals in mental suffering, older than 18 years, of the Unified Health System offered by the municipality or in partnership with the private sector with the description of the elements of art-culture and evaluation of the quality of life of users of mental health services. Application of a sociodemographic interview and the WHOQOL-bref quality of life assessment instrument (World Health Organization quality of life scale). Personal impression of participants on the activities carried out, with reports and impressions of the researcher on the process during the identification, mapping of sites that use art-culture elements and during the interviews. **Results:** The sociodemographic survey applied in the first part of the interview shows that of the 70 interviewees the majority were women, self-reported brown color, 45 years as mean age, married, full high school, depression as referred disease and with diagnosis time and treatment over 8 years. The most used AC element was handicraft (making bags, dish cloths, scarves, macrame, crochet). There were no significant and significant statistical differences when analyzing the mental illness of the interviewees, both in the 2 general questions: perception of overall quality of life and satisfaction with health and in the evaluation of the four domains (physical, psychological, social relations and environment). The Physical Domain and the Social Relations Domain present positive and satisfactory results in their final analysis and the Environmental Domain present regular results. **Discussion:** The maintenance and preservation of the functional capacity to perform the daily activities prolong the independence of the individuals being an important factor of positive impact in the evaluation of the quality of life. A strengthened social support network, made up of friends and family, has a positive impact on the perception of quality of life, and at the same time that marked deficits in social relations negatively impact the treatment and perception of quality of life. The reduced frequency of negative or bad thoughts and the level of positive thoughts is one of the best indicators of personal satisfaction and perception of good quality of life. The Art-Culture elements used as a therapeutic instrument in rehabilitation, provide well-being, autonomy and independence, energy to perform activities of daily living, personal satisfaction, happiness and can indicate a positive

effect in the evaluation of quality of life. **Potential applicability:** considers the applicability potential of this research to be high due to the need for further studies in the evaluation of quality of life and rehabilitation processes with the use of other elements and instruments complementary to the drug, in individuals with mental illness. Municipalities belonging to or not in the same health region, with the same need for understanding and adequacy of psychosocial rehabilitation processes, may use this therapy with AC elements in the recovery of the autonomy and QOL of the subjects in mental suffering.

Descriptors: Art, Integrative, Mental Health, Quality of Life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS	21
1.2 CONCEITO: DOENÇA MENTAL, SAÚDE MENTAL E LOUCURA	23
1.3 ARTE-CULTURA, MUDANÇA DE PARADIGMAS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	25
1.4 ARTE-CULTURA: INSTRUMENTO TERAPÊUTICO NO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA	34
1.5 QUALIDADE DE VIDA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	37
2 JUSTIFICATIVA	44
3 OBJETIVOS	46
3.1 GERAL	46
3.2 ESPECÍFICOS	46
4 MÉTODO	47
4.1 DELINEAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO	47
4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	47
4.2.1 Perfil Municipal	48
4.2.2 Vias de Acesso	49
4.2.3 Unidades e Serviços de Saúde.....	51
4.2.4 Hospital Psiquiátrico no Município de Carapicuíba: Sanatório Anhembi.....	52
4.2.5 Rede de Atenção Psicossocial	53
4.2.6 História e Considerações Gerais sobre o Município de Carapicuíba.....	54
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	58
5 RESULTADOS	59
5.1 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAR E MAPEAR AÇÕES, LOCAIS E ELEMENTOS DE ARTE-CULTURA NO MUNICÍPIO.....	59
5.2. SEGUNDA ETAPA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	63
5.2.a Avaliação da QV de Usuários dos Serviços de Saúde Mental-SUS, com Aplicação de Entrevista.....	63
5.2 b Relato Pessoal dos Participantes sobre as Atividades Realizadas	77
5.2.c Impressões e Vivências da Pesquisadora no Processo da Realização da Pesquisa	78
6 DISCUSSÃO	83
7 CONCLUSÃO.....	97
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXO 1 QUESTIONÁRIO PARA COLETAR AS INFORMAÇÕES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES.....	105
ANEXO 2: QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR COM INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO.....	106
ANEXO 3 INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA OMS “WHOQOL-BREF”, VERSÃO EM PORTUGUÊS.....	107
ANEXO 4: INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA: WHOQL-100.....	110
ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
ANEXO 6: CARTA ABERTA A SOCIEDADE: TEXTO NA OCUPAÇÃO NISE DA SILVEIRA NO ITAÚ CULTURAL EM 25 DE NOVEMBRO DE 2017*.....	122
ANEXO 7 GRUPO COORDENADOR MULTICENTRICO DO PROJETO WHOQOL-100	126
ANEXO 8: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Descrição comparativa entre o Projeto de Lei nº 3.657 de 12 de setembro de 1989 e a Lei nº10.216 de abril de 2001da regulamentação da Atenção em Saúde Mental	28
Quadro 2	Distribuição dos Domínios e facetas do instrumento WHOQOL-100 do grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde	42
Quadro 3	Distribuição dos Domínios e facetas do instrumento WHOQOL-bref do grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde	43
Quadro 4	Classificação dos resultados e as médias das questões e dos domínios (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais), das 70 entrevistas, Carapicuíba, 2018	69
Quadro 5	Distribuição dos resultados com a média das 70 entrevistas, das duas questões gerais do domínio geral, do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018	69
Quadro 6	Distribuição dos resultados com a média das 70 entrevistas, dos quatro domínios, do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018	69
Quadro 7	Distribuição dos domínios e facetas, com classificação pouco satisfatória das 70 entrevistas com utilização do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018	76
Quadro 8	Comparação entre 3 artigos que utilizam o instrumento WHOQOL-bref, com população pré-definida	88
Quadro 9	Comparação entre 2 artigos que avaliam qualidade de vida em indivíduos com sofrimento mental grave em instituição de custódia e egressos de hospitais psiquiátricos	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da duração das entrevistas com usuários de Saúde Mental e atividades de Arte Cultura, Carapicuíba, 2018	64
Tabela 2	Distribuição dos usuários de Saúde Mental e atividades de Arte Cultura segundo variáveis sócio demográficas selecionadas, Carapicuíba, 2018	65
Tabela 3	Distribuição dos usuários de Saúde Mental e atividades de Arte Cultura segundo variáveis relacionadas a vida familiar, Carapicuíba, 2018	67
Tabela 4	Distribuição das médias das facetas do domínio físico do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, Carapicuíba,2018	70
Tabela 5	Distribuição das médias das facetas do domínio relações sociais do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018	71
Tabela 6	Distribuição das médias das facetas do domínio psicológico do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018	72
Tabela 7	Distribuição das médias das facetas do domínio meio ambiente do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, Carapicuíba,2018	74
Tabela 8	Média da faceta: sentimentos negativos do domínio psicológico	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fotografia de festa religiosa na aldeia de Carapicuíba	35
Figura 2	Fotografia do projeto piloto para utilização de elementos de Arte-Cultura	36
Figura 3	Relação de qualidade de vida, estados de saúde e as influências extrínsecas e intrínsecas	39
Figura 4	Gráfico de pirâmide populacional do município de Carapicuíba, 2016	48
Figura 5	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social do Município de Carapicuíba	49
Figura 6	Mapa com vias de acesso rodoviário ao município de Carapicuíba	50
Figura 7	Mapa geográfico da Região de Saúde – Rota dos Bandeirantes	50
Figura 8	Mapa de Carapicuíba com identificação de unidades de saúde	51
Figura 9	Fotos do antigo sanatório Anhembi: atual Faculdade da aldeia de Carapicuíba	53
Figura 10	Vista aérea do centro histórico da aldeia de Carapicuíba	57
Figura 11	Fotografia do museu histórico da Aldeia de Carapicuíba	57
Figura 12	Fotografia com a utilização de tear manual	60
Figura 13	Fotografia com a equipe de saúde mental e os participantes do campeonato de futebol, 2016	62
Figura 14	Fotografia do campeonato de futebol inter-CAPS, 2016	62

SIGLAS UTILIZADAS

AB	Atenção Básica
AC	Arte-Cultura
APO	Associação Projeto Oficina
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CP	Centro Público
CEPIS	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Pronto Atendimento
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
QV	Qualidade de Vida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistic Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAC	Unidade de Avaliação e Controle
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHOQOL	Instrumento de Qualidade de Vida
WHOQOL-bref	Instrumento de Qualidade de Vida abreviado

APRESENTAÇÃO

Sou médica graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com especialização em pediatria pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Por muitos anos minhas atividades estavam voltadas aos alunos de graduação (primeiro ao quinto ano) e residentes de pediatria (primeiro e segundo anos) em diferentes disciplinas. Por cerca de 10 anos atuei na seção de assistência comunitária do Instituto da Criança - FMUSP, além das atividades com alunos de graduação, inclusive com ações de atendimento e ensino em campo (comunidade Vila Nova Alba) e na disciplina optativa – Bandeira Científica (atendimento e ensino em diferentes locais do Brasil), também atuei no Programa de Saúde da Família Indígena – Parelheiros (parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Faculdade de Medicina, tendo o Instituto da Criança como o executor das ações), onde desempenhava funções de coordenação e de atendimento a população indígena.

No município de Carapicuíba sou médica pediatra concursada desde 2010, iniciei minhas atividades como Coordenadora da saúde da criança (2007-2009), posteriormente exerci as funções de Diretora de Atenção Básica (2009-2013), Diretora de Atenção a Saúde (2014-2016) e Secretária de Saúde (28 de março a 12 de setembro de 2016).

A opção por desenvolver um trabalho de pesquisa em saúde mental deve se ao fato de ter vivenciado as dificuldades de organização de redes de atenção municipal e regional em saúde mental. Tais dificuldades expressas na elaboração e implementação de fluxos organizados, na composição de equipe multiprofissional responsável por serviços e ações que possibilitem acolhimento humanizado e a integralidade no cuidado, na elaboração de um projeto terapêutico singular que não seja baseado apenas na medicalização e sim em outras alternativas para que o usuário de saúde mental tenha qualidade de vida e esteja incluído na sociedade.

Por outro lado, observei o desenvolvimento de inúmeras e diversificadas alternativas de ONGs, em parceria com a Secretaria de Saúde, para ampliar a inclusão desses cidadãos à sociedade. Como gestora, gostaria de avaliar se tais iniciativas interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas atendidas pelos serviços de Saúde Mental do município.

Para tanto esta pesquisa objetiva mapear as atividades de arte-cultura desenvolvidas no município e avaliar se elas interferem na qualidade de vida dessas pessoas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Carapicuíba é o município com menor renda per capita da região de saúde Rota dos Bandeirantes, estando ainda em transição de cidade dormitório. Apresenta população predominantemente jovem, tendo a mulher em grande parcela de suas famílias como a responsável pelo seu sustento. O território é heterogêneo com áreas de grande vulnerabilidade social, mas apesar dessas características por muitos anos optou por desenvolver ações e implantar serviços em saúde mental, quebrando paradigmas, indo ao encontro da reforma psiquiátrica e das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), utilizando além terapêutica medicamentosa as atividades de arte e cultura para lidar com o sofrimento mental, isolamento e reclusão integrando o indivíduo a sua família e a comunidade a que está inserido repercutindo na sua qualidade de vida (QV).

Esta pesquisa para o mestrado leva em consideração todas essas questões, buscando identificar se as terapêuticas não medicamentosas e a utilização de instrumentos de Arte e Cultura podem interferir positivamente na QV desses indivíduos, sendo realmente um processo humanizado de reabilitação psicossocial.

É necessária a compreensão da organização dos sistemas de saúde desde o componente municipal até o Federal. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis orgânicas nº 8080/90 e nº 8.142/90, com princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade, participação social e princípios organizacionais de hierarquia, descentralização e regionalização (MARQUES, 2011; CARVALHO, 2010). Para seu desenvolvimento e consolidação é fundamental uma Atenção Básica fortalecida que desenvolva ações de caráter individual e coletiva abrangendo a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos com Atenção Integral a saúde, desempenhando o papel de centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde, com fluxos organizacionais definidos e eficazes, com práticas de gestão e cuidado, de maneira democrática e participativa, com trabalho

de equipe destinada a população em território definido observando critérios de risco e vulnerabilidade (COELHO, 2009; CECÍLIO, 2012).

Pela necessidade de aumentar a eficácia na produção de saúde, melhoria da eficiência na gestão do sistema de saúde no âmbito regional e avançar o processo de efetivação do SUS, em 30/12/2010, portaria nº 4.279- Ministério da Saúde (MS) estabelece as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços com diferentes densidades tecnológicas articulados em níveis de complexidade crescente, integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão garantindo a integralidade da assistência à saúde (MS, 2010)

Nesta mesma vertente o decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a lei 8080 de 19 setembro de 1990 que dispõe sobre a organização do SUS considerando a Região de Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, sendo instituídas pelo Estado e articuladas com os municípios, devendo conter no mínimo ações e serviços de: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção psicossocial, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em saúde. (MS, 2012).

O estabelecimento das diferentes RAS é processo organizativo complexo tanto na sua implantação como no seu desenvolvimento. Abaixo estão relatadas as diferentes RAS:

- Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 - Rede Cegonha.
- Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011 - Rede de Atenção às Urgências.
- Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - Rede de Atenção Psicossocial.
- Portaria N ° 793 de 24 de abril de 2012 – Redes do cuidado da pessoa com deficiência no âmbito do SUS.
- Portaria N °483, de 1 de abril de 2014 restabelece a Rede de Atenção a saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS.

A RAPS foi instituída pela portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 e com republicação em 2 de maio de 2013. Dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Identifica e estabelece a

Unidade Básica de Saúde (UBS) como ponto de atenção da RAPS responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção à saúde mental, prevenção o cuidado nos transtornos mentais, com ações de redução de danos e com o cuidado a população com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, integrada a outros pontos da Rede. A equipe multiprofissional na UBS deve oferecer um atendimento ampliado e abrangente, conforme a necessidade e demanda de forma individual ou em grupo, com integralidade no cuidado, aproximando os usuários e a comunidade, facilitando comportamentos saudáveis, adaptativos ao estilo de vida, com aquisição de habilidades de auto cuidado e propiciando QV (MS, 2013)

Para que as ações em saúde sejam eficazes e possam contribuir na melhora da QV é fundamental uma escuta diferenciada e resolutiva com mudança do acesso e do acolhimento da população nas unidades de saúde. É necessária a construção da integralidade no cuidado que propicia um movimento no cotidiano das práticas em saúde, interferindo na micropolítica do trabalho, caracterizada por um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, com complexidade ascendente. Começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, com equipe multiprofissional, fluxos definidos de atendimento e interligação a outros níveis de complexidade. É um importante mecanismo da promoção da equidade, priorizando ações de prevenção, democratizando informações a população (CARVALHO, 2010; MERHY, 2013).

1.2 CONCEITO: DOENÇA MENTAL, SAÚDE MENTAL E LOUCURA

Há sempre um questionamento sobre o que é normalidade ou loucura, para tanto é importante entendermos os conceitos de loucura, doença mental e de saúde mental.

Podemos entender a loucura como pensamentos e comportamentos que não são considerados comuns ou normais a certa sociedade ou grupos sociais em determinada época podendo ser influenciada por crenças, religião, filosofia e cultura. Em algumas sociedades a loucura é atribuída a uma ação de forças externas, de caráter sobrenatural, maus espíritos, algo maléfico e demoníaco, muitas vezes sendo tratada com rituais de cura e em caso de insucesso, os indivíduos são abandonados à própria sorte (AMARANTE, 2011).

Muitos acreditavam que era um desígnio de Deus, e os indivíduos sofriam influência da lua, sendo chamados de lunáticos e considerados pecadores. Os casos mais leves transitavam livremente na sociedade e os mais graves eram acorrentados, espancados, privados de água e alimentos (SILVEIRA, 2009).

A doença mental pode ser considerado um estado de sofrimento mental, podendo haver perda da capacidade de comunicação e da capacidade normativa, fundamentando o sofrimento mental como distúrbios das funções intelectuais do sistema nervoso, necessitando de atuação multiprofissional e de terapêuticas múltiplas. Ao final do século XVIII, a loucura considerada uma doença mental requeria um tratamento e condutas clínicas específicas sendo criados asilos e Hospitais Gerais destinados a internação dos doentes mentais, mas ainda o tratamento era baseado na violência, isolamento, privações e em condições desumanas. (SILVEIRA, 2009).

Após discussões intensas incorporando critérios clínicos e psicossociais houve mudança na conceituação de Saúde Mental, sendo agora considerada não apenas a ausência de doenças mentais, estando relacionada com a forma como a pessoa reage às exigências da vida e com o modo como harmoniza seus desejos, ambições, ideias e emoções e a subjetividade do sujeito. É de extrema importância a socialização, laços familiares, rede de apoio pessoal fortalecido, diversidade de interesses, atividade física e mental, QV e inclusão social (SCARCELLI 2009; CERQUEIRA 2013).

Mesmo com a criação dos Hospitais psiquiátricos em substituição aos asilos e aos Hospitais Gerais, os indivíduos considerados “loucos” ou com comportamentos diferentes aos padrões da sociedade continuavam sendo discriminados, isolados, marginalizados e sofriam violência física e mental (ANDRIOLO, 2003).

No Brasil, o primeiro manicômio foi fundado por D. Pedro II, no Rio de Janeiro em 1852, onde além dos “loucos”, os mendigos e os marginalizados da sociedade que vagavam pela cidade, sem ocupação e remuneração eram confinados. Em outros grandes centros urbanos foram fundados diversos manicômios, como em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul, Ceará, Alagoas, Paraíba, Amazonas, Minas Gerais, Maranhão. Os manicômios brasileiros eram construídos em locais afastados, muitas vezes de difícil acesso e seus internos na sua maioria composta pela população pobre. A exclusão da sociedade, reclusão, isolamento e medicalização excessiva são características marcantes dessas instituições (SILVEIRA, 2009).

1.3 ARTE-CULTURA, MUDANÇA DE PARADIGMAS E A REFORMA PSQUIÁTRICA

As críticas em relação à saúde mental no Brasil, a necessidade de internações obrigatórias endossadas pela ciência positivista que legitimava e autorizava o modelo baseado no isolamento, alienismo e no enclausuramento dos indivíduos referidos como “loucos”, tornaram-se cada vez mais fortalecidas e exigiam mudanças desses paradigmas com a inclusão de novos saberes. As mudanças nas práticas em saúde mental foram amplamente incentivadas pelos questionamentos dos movimentos da luta anti manicomial e pela reforma da psiquiatria (AMARANTE, 2008).

Mesmo antes dos movimentos pela reforma psiquiátrica, alguns precursores tornaram-se expoentes da luta anti manicomial tendo como destaques Osório Thaumaturgo Cesar, que utilizava da arte como recurso terapêutico no Hospital do Juqueri e Nise da Silveira que buscava a QV no manejo terapêutico, utilizando das terapias ocupacionais e da arte como instrumento terapêutico positivo. Os recursos artísticos como forma terapêutica auxiliavam a reinserção social, reabilitação psicossocial e fomentavam discussões acerca dos maus tratos que os internos dos hospitais psiquiátricos eram submetidos (ANDRIOLO, 2003; CASTRO e LIMA 2007).

Osório Thaumaturgo César, médico anatomopatologista, psiquiatra, crítico de arte, músico e intelectual, iniciou seus estudos abordando a arte e a saúde mental na década de 1920, ao ingressar como funcionário no Hospital Juqueri, Franco da Rocha –SP, onde permaneceu por mais de quatro décadas. As atividades artísticas, como desenho e pintura eram incentivadas por Osório César. Em 1924, publica uma análise de suas observações científicas da arte produzida pelos internos, o artigo intitulado “A arte primitiva nos alienados”, estabelecendo as primeiras considerações acerca do trabalho artístico de indivíduos em sofrimento psíquico, considerado o início da “psicologia da arte” (FERRAZ, 1988; CASTRO e LIMA, 2007)

Osório César e o psiquiatra Durval Marcondes em 1927 publicam o artigo intitulado “Sobre dois casos de estereotipia gráfica com simbolismo sexual”, que analisa os trabalhos artísticos de pacientes do hospital Juqueri, com aplicação das teorias de Freud e Jung, sistematizando um método de leitura das obras de arte, de produção espontânea ocorrida nos hospitais psiquiátricos. Para Osório César as oficinas de arte oferecidas aos internos dos hospitais psiquiátricos não eram apenas para o entretenimento, mas como extensão terapêutica

possibilitando a inserção social, o despertar do sujeito do seu enclausuramento psíquico por meio da arte (FERRAZ, 1988; CASTRO e LIMA, 2007).

Inúmeros artistas frequentavam o Hospital Juqueri, as oficinas firmaram-se como espaços de encontros, onde artistas, internos ou não, trocavam suas experiências. A partir de 1948 as práticas artísticas no Hospital Juqueri se consolidam com a criação da Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri. Em 1949, Osório César foi premiado pela Academia Nacional de Medicina pelo seu livro “Misticismo e loucura” (ANDRIOLO, 2003).

O trabalho iniciado por Osório César foi amplamente desenvolvido pela psiquiatra Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, a partir de 1946, utilizando das atividades artísticas como forma terapêutica associando as teorias de Jung, no Serviço de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II do Engenho de Dentro – RJ.

Nise percebeu que as artes plásticas eram o canal de comunicação dos pacientes esquizofrênicos graves enclausurados em si mesmos, dando voz aos conflitos internos que viviam. Além da utilização da arte, Nise criou a terapia pelo afeto que encorajava os pacientes internados a conviverem com cães e gatos promovendo a expressão de sua afetividade contribuindo positivamente na terapêutica desses indivíduos (MELO, 2005).

Pela grande produção artística dos internos do Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II do Engenho de Dentro, em 1952 foi fundada por Nise da Silveira, o Museu de Imagens do Inconsciente, espaço que além de abrigar as obras, abrigava também os artistas, transformando-se em um “Museu Vivo”. O museu tornou-se um importante centro de estudos e de pesquisas conhecido mundialmente, subsidiando estudos científicos acerca das possibilidades clínicas da expressão através da arte, dando origem a documentários, exposições, simpósios, conferências, cursos, tanto no que se refere à terapia ocupacional quanto na compreensão da expressão dos indivíduos com transtornos psíquicos (MELO 2005).

Nise da Silveira juntamente com artistas e profissionais da saúde mental, inauguraram em 1956 a Casa das Palmeiras, uma clínica de tratamento aberta, sem fins lucrativos com princípio terapêutico fundamentado no afeto e na atividade artística, possibilitando a reorganização psíquica e reinserção social. Nesse serviço as atividades eram realizadas por egressos dos hospitais psiquiátricos, em regime de externato, sendo portanto, a primeira instituição que desenvolveu projeto de desinstitucionalização dos manicômios no Brasil (SILVEIRA, 1981; MELO, 2005).

Os trabalhos empreendidos por Nise da Silveira e Osório César evidenciaram a possibilidade de propiciar tratamentos verdadeiramente humanizados e com vias a reabilitação psicossocial dos indivíduos em sofrimento psíquico influenciando os movimentos pela luta anti manicomial e mudanças nas políticas públicas na saúde mental. No Brasil, este movimento se intensificou a partir da década de 1970, através do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental. As críticas estavam voltadas primordialmente pela denúncia dos maus tratos e violências praticados contra indivíduos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2008).

Um grande marco dessa mudança de paradigma nas políticas de atenção à saúde mental foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no ano de 1986 na cidade de São Paulo. Neste dispositivo, o tratamento é norteado não mais pelo conceito de cura, mas sim pelo conceito de reabilitação psicossocial na qual o indivíduo, antes excluído e alienado de suas possibilidades, pode se tornar sujeito de sua própria história a partir da reintegração nos diversos seguimentos sociais (GOLDBERG, 1996).

O CAPS está fundamentado numa lógica contrária ao modelo manicomial, onde o profissional é convidado a repensar sua prática, criando alternativas de intervenção que promovam ações terapêuticas que resgatem a cidadania e a autonomia dos sujeitos submetidos a fortes processos de cronificação dentro de instituições psiquiátricas. Configura-se como um processo permanente de construção, de reflexões e de transformações que ocorrem em diferentes campos: teórico-conceitual, técnico assistencial, político-jurídico e sociocultural. Neste contexto, demanda a participação de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e da comunidade (AMARANTE, 2004).

Pelos constantes debates e as propostas de humanizar o tratamento dos indivíduos em sofrimento mental, em 1989 o então deputado Federal Paulo Delgado propõe o Projeto de lei nº 3.657, que dispunha sobre três pontos: a) extinção progressiva dos manicômios, b) substituição por outros recursos assistenciais e c) regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. O Projeto de Lei de Paulo Delgado acabou sendo rejeitado, mas foi aprovado um substitutivo que aperfeiçoou muitos aspectos do modelo assistencial psiquiátrico. A lei 10.216 de 6 de abril de 2001 regulamenta os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico e propõe que os tratamentos no campo da saúde mental sejam os menos invasivos, com terapêutica humanizada, respeitando os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, a utilização de recursos artísticos, como forma de tratamento, ganha respaldo na lei (MS 2001; AMARANTE 2004).

Segue a descrição do Projeto de Lei nº 3657 de 12 de setembro de 1989 e a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001:

Quadro 1: Descrição comparativa entre o Projeto de Lei nº 3.657 de 12 de setembro de 1989 e a Lei nº 10.216 de abril de 2001 da regulamentação da Atenção em Saúde Mental.

	Projeto de Lei nº 3.657/89 de 1989	Lei 10.216 de 2001
Ementa	Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental
Artigos	Art. 1º Fica proibido em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico. §1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento. §2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto da Lei estadual.	Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
	Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.	Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
	§1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, um planejamento e programa de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento. §2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de	Parágrafo único: São direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na

“continua”

	<p>substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação e do Ministério da Saúde ao nível federal.</p> <p>§3º As secretarias estaduais constituirão em seu âmbito, um conselho estadual de reforma psiquiátrica no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os familiares de usuários, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais da desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.</p> <p>Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, e à autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.</p> <p>§1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.</p> <p>§2º Compete ao defensor público (outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica de serviços, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.</p> <p>§3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos de cidadão internado.</p>	<p>comunidade;</p> <p>III ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;</p> <p>IV ter garantia de sigilo nas informações prestadas;</p> <p>V ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;</p> <p>VI ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;</p> <p>VII receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;</p> <p>VIII ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;</p> <p>X ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.</p> <p>Art. 3 - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.</p>
		<p>Art. 4º- A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.</p> <p>§1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.</p>

“continua”

	<p>Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente, aquelas constantes do decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934.”</p>	<p>§2º- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.</p> <p>§3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.</p> <p>Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.</p>
		<p>Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.</p> <p>Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:</p> <p>I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;</p> <p>II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;</p> <p>III internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.</p>
		<p>Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.</p> <p>Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.</p>

“continua”

		<p>Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.</p> <p>§ 1º- A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.</p> <p>§ 2º- O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.</p>
		<p>Art. 9 A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.</p>
		<p>Art.10 Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.</p>
		<p>Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.</p>
		<p>Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.</p>
		<p>Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.”</p>

A Reforma Psiquiátrica brasileira, implementada como política pública a partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, possibilitou a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e criou novos dispositivos de atenção à saúde mental, os chamados serviços substitutivos, atuando na perspectiva integralizadora que envolve o exercício da cidadania e a integração do usuário na comunidade. A rede territorial de serviços proposta na Reforma Psiquiátrica inclui os CAPS, centros de convivência e cultura assistida, cooperativa de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal que institui o SUS no Brasil. Também faz parte o “Programa de volta para Casa”, criado pelo MS em 2003 com o objetivo de reintegrar socialmente pessoas com transtornos mentais que passaram por longas internações, dispondo de um auxílio financeiro para o beneficiário ou seu representante legal (BERLINCK 2008; YASUI 2010; PITTA 2011).

Segundo dados do MS, cerca de 12% da população apresentam transtorno mental leve, necessitando de atendimento em saúde mental de forma contínua ou eventual, cerca de 6% da população necessitam acompanhamento por transtornos graves decorrentes do uso de álcool e drogas e 3% da população necessitam de acompanhamento por transtornos mentais severos e persistentes. O orçamento destinado a saúde mental é de 2,3% do orçamento do SUS (MS, 2013).

A reabilitação psicossocial, prática dentro da reforma psiquiátrica, aumenta as possibilidades de recuperação dos doentes mentais com ações envolvendo os indivíduos, os familiares e a comunidade a qual está inserido. Neste contexto a Arte e Cultura no campo da saúde mental têm sido utilizadas como instrumento terapêutico para os transtornos mentais, ampliando as habilidades, aumentando a autonomia, despertando a singularidade do poder criativo do doente mental, sem repressão, mas estimulando a ruptura do isolamento e a inserção social, reinventando seu cotidiano e a própria vida, valorizando o potencial de cada ser humano. Várias são as linguagens utilizadas com potencial terapêutico: a linguagem plástica, a linguagem sonora, a linguagem dramática e corporal e a linguagem literária, envolvendo as técnicas de desenho, pintura, modelagem, construções, sonorização, música, expressão corporal, poesia, entre outros. Sempre respeitando os diversos aspectos dos doentes mentais, como afetivo, cognitivo, motor, cultural, social (AMARANTE, 2008; GALVANESE, 2016).

A utilização da arte com proposta terapêutica pode dar origem a diversas expressões como arteterapia, musicoterapia, arte e cultura e outros termos. As obras produzidas pelos indivíduos em sofrimento mental podem ter muitos significados e denominações como a arte dos alienados, a arte naif, arte degenerada, arte primitiva, arte bruta, imagens do inconsciente, arte insensata e outras denominações. É uma expressão do inconsciente do indivíduo, não havendo limites para a arte, presente na arte das galerias, da arte popular, da arte das comunidades, da arte dos segmentos sociais e da arte produzida por indivíduos em sofrimento mental. Utiliza-se agora o termo **Arte-Cultura** (AC), por não saber onde se situa tal separação. (AMARANTE 2008; GALVANESE 2016).

Ao abordarmos a arte como influenciadora na QV dos indivíduos em sofrimento mental, consideramos seu papel e poder libertário, na construção do sujeito e de seu imaginário propiciando autonomia, reconstruindo a cidadania, de seus direitos sociais e culturais, desencadeando uma reforma do modelo assistencial transformando o lugar social da loucura, da pessoa com sofrimento mental (AMARANTE, 2008).

O psiquiatra Ernesto Venturini, referência mundial da área de saúde mental, durante o Seminário Internacional Cartografia Cultural: as dobras da loucura, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) 2010, afirmou:

“A arte é contrária ao poder e inimiga da autoridade. Sua função é alimentar, ampliar a empatia do homem com o diferente. Portanto, é possível afirmar que a arte cura a loucura. Ela é cultura e cultura fomenta reflexão, desenvolve pensamento crítico”

“O louco sempre foi visto como indivíduo que perturba o senso comum da sociedade uniforme. Mas para enfrentar esse assunto, temos que introduzir outros conceitos, como desigualdade, que é um processo social no qual alguns indivíduos têm menos chance, acesso e recompensas sociais do que o outro. O sofrimento dos usuários dos serviços de saúde e de seus familiares não deriva os efeitos da diversidade, mas sim dos efeitos das desigualdades. Quando permitimos que os usuários tomem consciência de seus direitos e exerçam o poder nas práticas da cidadania, também damos poder a ele.”

Vários são os estudiosos da “Psicologia da Arte”, podemos destacar Vigotski (1999), que concebe a arte como uma intervenção humana recriando a realidade, transformando o próprio sujeito. Conforme Vigotski:

“A arte é o social em nós, e o seu efeito se processa em um indivíduo isolado, isto não significa, de maneira nenhuma, que suas raízes e essências sejam individuais.”

“O social existe até onde está apenas um homem e as suas emoções.”

“A refundição das emoções fora de nós realiza-se por força de um sentimento social que foi objetivado, levado para fora de nós, materializado e fixado nos objetos externos da arte, que se tornaram instrumentos da sociedade.”

A AC humaniza os homens, estimulando o desenvolvimento de novos sentidos e saberes, refinando os sentidos biológicos básicos libertando dos instintos primitivos e das necessidades imediatas, permitindo a vivência indireta de emoções, sentimentos e relações sociais propiciam ferramentas para recompor os universos existenciais (VIGOTSKI, 1999).

O lúdico e a criatividade da AC permitem que os indivíduos possam se expressar, conectando seus valores internos e redimensionando suas atividades cotidianas e a sua realidade, podendo ser um instrumento para prevenção das doenças mentais (VALLADARES,2003).

1.4 ARTE-CULTURA: INSTRUMENTO TERAPÊUTICO NO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA

A saúde mental do município de Carapicuíba utiliza elementos de AC como instrumento terapêutico associado à clínica tradicional, nos vários pontos da Rede de Atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada, em parceria com setores privados e públicos.

Na atenção básica são realizadas oficinas de Tai Chi Chuan (UBS Cohab 5 e UBS Cohab 2), e sarau musical (UBS Vila Dirce, UBS Cohab 5 e UBS Cohab 2), além de outras atividades em parceria com a Secretaria de Cultura.

Os CAPS (infantil, adultos e álcool e drogas), além das atividades em parceria com a Secretaria de Cultura, realizam oficinas de música, de artesanato, de pintura, de cuidados

peçoais (oficina de tranças), participação de jogos de futebol intermunicipal (CAPS adulto e álcool de drogas), muitas das atividades são disponibilizadas aos familiares.

As Secretarias de Saúde e Cultura do município, em parceria, realizam atividades culturais e lúdicas que são oferecidas aos usuários de saúde mental de qualquer ponto da rede, realizadas em espaços externos e em locais de atendimento clínico. Podemos destacar a oficina de teatro (realizada na aldeia de Carapicuíba e no teatro municipal Jorge Amado), sarau musical (realizado no “calçadão” de Carapicuíba, na aldeia de Carapicuíba, parques municipais e unidades de saúde), oficinas de pipas para crianças e adultos (realizadas na aldeia de Carapicuíba, parques municipais e unidades de saúde), leitura de livros- “Conta um Conto” (realizada na aldeia de Carapicuíba, parques municipais, unidades de saúde), oficina de dança (realizada na aldeia de Carapicuíba e Teatro municipal Jorge Amado), oficina de grafite – “grafitagem coletiva” (realizada na aldeia de Carapicuíba), participação de festas tradicionais e oficiais da cidade (Festa de Santa Cruz, Festa de Santa Cruzinha, Festa de Santa Catarina, Festa de São Benedito, Festa de São Pedro, Festa de Nossa Sra. de Aparecida, Festa de dia das crianças, Arraial na aldeia, Cantata de Natal).

Figura 1. Fotografia de festa religiosa na Aldeia de Carapicuíba.



Fonte: Secretaria de Cultura e Turismo de Carapicuíba, 2016

A Prefeitura municipal de Carapicuíba firmou convênio com o Núcleo de Aprendizagem “Léa Rosenberg,” instituição privada criada em 1987, com atendimento direcionado aos deficientes intelectuais leves e moderados a partir dos 5 anos de idade e sem idade superior limite, provenientes de famílias vulneráveis do município, disponibiliza 140 vagas. As atividades

visam o desenvolvimento máximo de suas potencialidades quanto à escolarização, integração e socialização. O projeto terapêutico singular desenvolve ações tradicionais e associadas a oficinas de dança, artesanato, culinária, atividades de vida diária, música e instrumentos musicais, capoeira, expressão corporal. O núcleo também participa de ações e eventos com a Secretaria de Cultura, Educação e Assistência Social e com vários pontos da RAPS, além de dialogar com outras entidades conveniadas.

Saúde Mental, Beleza & Coisa e Tal é um projeto piloto de gestão para a rede dos equipamentos de Atenção psicossocial existente (CAPS, UBS e Residência Terapêutica) em parceria com a sociedade civil organizada, que visa pesquisar e analisar as atividades de reabilitação psicossocial, favorecendo a intersetorialidade, ajustando as interfaces presentes na literatura de saúde mental, inspirada nas proposições de Hélio Oiticica: “Experimentar o Experimental”.

Figura 2. Fotografia do projeto piloto para utilização de elementos de Arte-Cultura.



Fonte: Secretaria de Saúde do município de Carapicuíba, 2016

O convênio entre a prefeitura de Carapicuíba e a Associação Projeto Oficina (APO), associação não governamental, se inicia com os perfumes “PIRAÍ”, com tear manual Tranças & Abayomi (bonecas feitas à mão com restos de tecidos, com incorporação da vivência pessoal

realizadas em grupos), artesanato, bolsa de garrafas pet, dança e teatro. As oficinas de produção são vespertinas, seguindo as orientações de Nise da Silveira, que identificou que este é o melhor horário para trabalhar com psicóticos. As atividades de reabilitação psicossocial são realizadas por profissionais da saúde mental da secretaria de saúde, arte-terapeutas e munícipes. Esse compartilhamento de saberes favorece as conexões entre os equipamentos da RAPS.

O projeto das DASDOIDA realiza estratégias de reabilitação psicossocial, com foco na geração de renda, por meio de economia criativa, desde elaboração de vestimentas, acessórios, desfiles de moda, entre outras ações. Realiza suas atividades na APO e assessora o Grupo condutor da RAPS municipal.

1.5 QUALIDADE DE VIDA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

O Brasil apresenta rápida transição demográfica com progressivo envelhecimento, tendo como consequência um aumento das doenças crônicas e degenerativas. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO, 2007) .

Houve mudança da situação epidemiológica brasileira que podemos definir como tripla carga de doenças diferindo do encontrado em países desenvolvidos, por apresentar ainda as doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, acrescida das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (tabagismo, estresse, alimentação inadequada, inatividade física, sobrepeso, obesidade), e o crescimento das causas externas (MENDES, 2009).

Muitas doenças passaram a não ter cura, mas tratamento, com o controle dos sintomas e retardando seu curso natural. Nesse contexto surgiram os conceitos e as discussões de QV, principalmente a partir de 1970 (FLECK, 2000).

Não há consenso a respeito de um conceito único sobre QV, alguns teóricos utilizam a visão predominantemente biológica e funcional (“estado de saúde”, “estado funcional” e incapacidade/deficiência), outros eminentemente da visão social e psicológica (bem-estar, satisfação e felicidade) e por fim um terceiro grupo baseia seu conceito na origem econômica (FLECK, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Saúde como “um estado completo bem estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, tendo como principais determinantes o ambiente social, econômico, físico, biológicos e características comportamentais individuais. SEGRE (1997) e FLECK (2000) consideram este conceito de saúde pela OMS como a melhor definição e tradução do conceito de QV na sua complexidade e abrangência, levando em consideração a subjetividade do indivíduo com relação a percepção de seu estado de saúde, da satisfação pessoal, das suas expectativas e anseios, incorporando aspectos psicológicos, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o meio ambiente.

É essencialmente humano a busca pelo bem estar pleno relacionado com o estilo, modo e condições de vida, da sustentabilidade, da democracia, dos direitos humanos, do conforto individual e coletivo, refletindo na QV (CASTELLANOS 1997; MINAYO 2000). Para CALMAN (1984) a QV está relacionada com a satisfação das esperanças e das expectativas do indivíduo, podendo ser modificada pela idade e pela experiência, descrita apenas pelo próprio indivíduo, considerando os aspectos de sua vida, seus objetivos (não necessariamente realistas) e as metas a serem alcançadas. As doenças e o tratamento podem modificar os objetivos e interferir na QV. Considera também que a lacuna entre as expectativas e a realidade pode ser a força propulsora de alguns indivíduos.

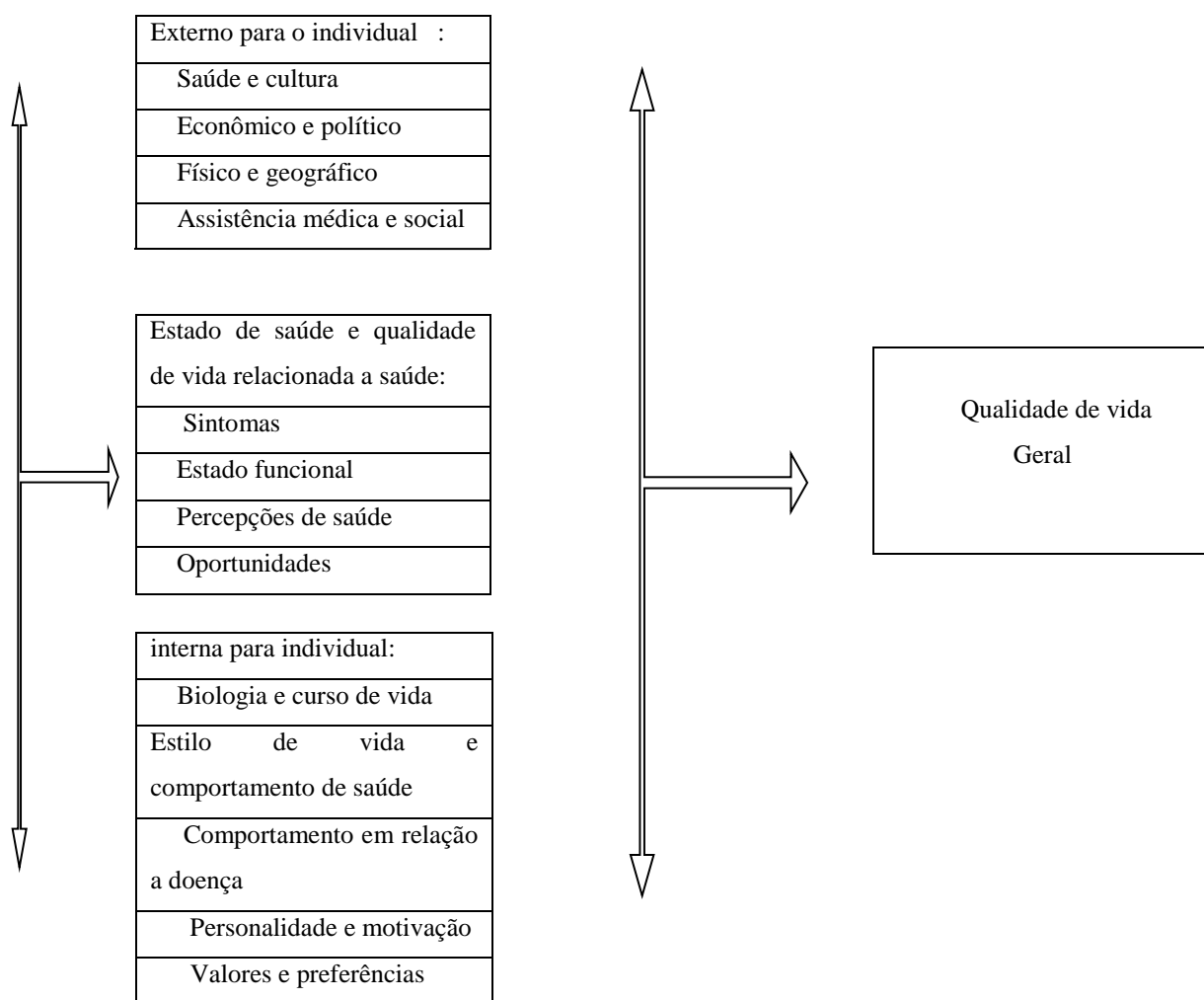
Os conceitos de QV foram de essencial importância no campo da saúde, principalmente na saúde mental por estar relacionado ao que o indivíduo sente, percebe e refere sobre sua vida ajudando na compreensão do impacto da doença e do tratamento sobre seu bem estar geral, estando relacionado aos sentimentos básicos do ser humano, que é viver bem, se sentir bem e ser “feliz”, conforme sua concepção (FLECK, 2000; MINAYO, 2000).

Há inter-relação entre estado de saúde e QV no que diz respeito aos sintomas, estado funcional, percepções e oportunidade. Podemos considerar que os sintomas são sensações físicas e psicológicas referidas e não necessariamente observadas, como irritabilidade, fadiga, energia, cansaço. Na função física incluímos a mobilidade, as limitações e restrições de atividade, os cuidados pessoais, sono, função sexual. Na função psicológica incluímos o afeto positivo ou negativo, além do bem estar cognitivo, como a autoestima, raiva, sensação de aflição e desamparo, sensação de plenitude e bem-estar. A função social enfoca o comprometimento, as condições e limitações na escola, no trabalho, nas atividades de lazer, nas condições de realizar

as atividades domésticas a inserção e a participação na comunidade e suas relações pessoais (FLECK, 2000).

A figura 3, abaixo estabelece a relação dos conceitos e estados de saúde com suas interferências extrínsecas e intrínsecas na QV (FLECK, 2000).

Figura 3. Relação de qualidade de vida, estados de saúde e as influências extrínsecas e intrínsecas



Fonte: Avaliação de Qualidade de Vida, Fleck, 2008

Como exposto na Figura 3, os sintomas são traduzidos diretamente das percepções ou da oportunidade sem alterar o funcionamento, indicando que o relatado pelas pessoas não pode ser separado do seu contexto pessoal, social e cultural.

Existem controvérsias sobre qual o modelo, instrumento ou escala que podem ser utilizados para avaliar a QV em pacientes com doença mental. A seguir podemos analisar as propostas existentes e estabelecer um padrão coerente para melhor avaliar a QV em pacientes com doença mental (FLECK, 2003):

- Escalas subjetivas e auto aplicáveis e as escalas objetivas, aplicadas pelo clínico. Quando utilizadas escalas objetivas o que se espera é a melhora da gravidade dos sintomas e o sucesso da terapêutica medicamentosa em contraponto ao se utilizar os instrumentos subjetivos e auto aplicáveis os pacientes acabam avaliando o tratamento pela realização das atividades diárias de forma satisfatória e por se sentirem melhor. O que deve ser sempre considerado é o bem estar do paciente. As características individuais de cada paciente podem interferir na avaliação da QV em relação aos sintomas e aos efeitos medicamentosos da terapêutica.
- Escala genéricas desenvolvidas para comparar diferentes doenças e aplicáveis em praticamente a todas as pessoas e as escalas doença-específicas desenvolvidas para pessoas com determinadas doenças, que muitos autores argumentam para sua utilização pela existência de certas particularidades de cada doença facilitando a percepção da QV. Como o objetivo é avaliar a influência de uma doença ou seus sintomas na QV de forma global ou ampla recomenda-se a utilização das escalas genéricas que também possibilitarão a comparação de QV em diferentes condições clínicas.
- Modelo médico estabelece que a QV é um produto dos sintomas das doenças e dos efeitos secundários das medicações. No modelo mediacional, as características individuais interferem na QV, demonstrado por pacientes com mesma gravidade de sintomas e ou com os mesmo efeitos da terapêutica medicamentosa, apresentarem diferentes níveis na QV.
- O modelo funcionalista avalia se o indivíduo consegue realizar as funções ditas como normais, comuns para a maioria das pessoas da sociedade e qualquer discordância ou divergência resultaria em QV ruim. Já o modelo baseado nas necessidades básicas

avalia se o indivíduo consegue satisfazer as suas necessidades básicas (abrigo, nutrição, prazer, autonomia, satisfação, dentre outras), ganhando QV com as habilidades e a capacidade para satisfazer suas próprias necessidades.

No sentido de melhor compreender e poder identificar fatores que interferem na QV das pessoas, um grupo de especialistas sobre QV da OMS (WHOQOL), na década de 1990, construiu um instrumento para avaliar e medir a QV e defini-la como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000).

Para a construção do novo instrumento - WHOQOL, alguns passos importantes foram desenvolvidos, relatados de forma resumida a seguir:

1º passo: revisão colaborativa internacional, em diferentes culturas e ambientes pelo mundo, fornecendo uma base transcultural para estabelecer uma definição de QV:

“A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. É um conceito bem abrangente., afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas do ambiente.” (FLECK, 2000)

2º passo: distribuição da definição de QV entre os aspectos da vida, sendo nominadas como facetas, as que forem consideradas necessárias para uma abrangência completa.

3º passo: definir as facetas.

4º passo: gerar questões globais a partir das perguntas do WHOQOL. Sendo realizado um estudo qualitativo e outro estudo quantitativo, com teste em campo da versão dos 100 itens ou perguntas.

O primeiro instrumento produzido foi o WHOQOL-100 composto de 100 perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais. Os domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por 4 perguntas. Além das 24 facetas específicas existe uma

outra faceta composta por perguntas gerais sobre QV. O projeto WHOQOL-100 envolveu um coordenador, investigadores colaboradores inicialmente em 15 centros e um painel de consultores.

A necessidade de um instrumento mais curto com melhor aplicabilidade, mantendo as qualidades técnicas, fez com que o grupo de QV da OMS desenvolvesse uma versão abreviada, a WHOQOL-bref. O instrumento consta de 26 questões ou facetas, sendo duas gerais de QV e as demais 24 estão agrupadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000).

Quadro 2. Distribuição dos Domínios e Facetas do instrumento WHOQOL-100 do grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.

Domínios	Facetas
Domínio I: Físico	Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso;
Domínio II: Psicológico	Sentimentos positivos, pensar ,aprender, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência , sentimentos negativos.
Domínio III: nível de independência	Mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento, capacidade de trabalho.
Domínio IV: Relações sociais	Relações pessoais, Suporte (apoio) social, atividade sexual.
Domínio V: Meio- ambiente	Segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, Oportunidade de adquirir informações, participação e oportunidade de lazer e recreação, ambiente físico: poluição, ruídos, clima; transporte.
Domínio VI: aspectos espirituais/religião/crenças pessoais	Espirituais/religião/crenças pessoais

Quadro 3. Distribuição dos Domínios e Facetas do instrumento WHOQOL-bref do grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.

Domínios	Facetas
Domínio I: físico	Dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependências de medicações ou de tratamentos e capacidade de trabalho.
Domínio psicológico	II: Sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.
Domínio III: relações sociais	Relações pessoais, suporte social e atividade sexual.
Domínio IV: meio ambiente	Segurança física e segurança, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e social, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruídos, trânsito, clima) e transporte

O instrumento WHOQOL-bref utiliza o modelo genérico para avaliação da QV, sendo validado no Brasil, podendo ser utilizado em pacientes com depressão. No caso de pacientes com esquizofrenia o instrumento pode ser utilizado, desde que não sejam indivíduos institucionalizados e ou com grande rebaixamento cognitivo (FLECK, 2000; BERLIM, 2005).

2 JUSTIFICATIVA

A reforma psiquiátrica não é uma reforma de serviços, e sim reforma do modelo assistencial, sendo fundamental a transformação do lugar social da loucura, da pessoa com sofrimento mental.

A reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução, um exercício de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: trabalho agregado a um valor social, ambiente físico, rede social e familiar, tendo a necessidade de mudanças dos modelos terapêuticos e assistenciais, incorporando novas estratégias para a compreensão da loucura, da autonomia e da independência do indivíduo.

As intervenções de AC direcionadas aos usuários de Saúde Mental propiciam a eles reflexões e pensamentos críticos essenciais para autonomia, cidadania, inclusão social e QV.

Carapicuíba por mais de uma década foi sede do sanatório Anhembi, instituição particular, que utilizava a terapêutica tradicional dos manicômios como a reclusão, o isolamento, a violência e a privação de direitos dos indivíduos ali enclausurados. Com o encerramento de suas atividades os pacientes que ali residiam voltaram para o núcleo familiar sem preparação alguma ou foram deixados à própria sorte.

Por cerca de 10 anos atuei na gestão pela Secretaria de Saúde Municipal, inicialmente como Coordenadora da Saúde da Criança, posteriormente como Diretora de Atenção Básica, em seguida Diretora de Atenção à Saúde (gestão que engloba a Atenção Básica e Atenção da Média e Alta Complexidade) e, por fim, por um período de 6 meses atuei como Secretária Municipal de Saúde. Por todos esses anos, muitos foram os questionamentos e as dificuldades referentes a saúde mental. Como as ações e serviços poderiam propiciar uma verdadeira reabilitação? Quais recursos terapêuticos poderiam ser utilizados além do medicamentoso? Como o indivíduo em sofrimento mental poderia estar em convívio familiar e social, com autonomia (plena ou parcial) e com QV?

Apesar das dificuldades e desafios de um município com a menor renda per capita da Região de Saúde - Rota dos Bandeirantes, com grande densidade demográfica, com áreas de grande vulnerabilidade social, ainda em transição de cidade dormitório, utiliza há muitos anos os elementos de AC como instrumento terapêutico associado à clínica tradicional, nos vários pontos da RAS, desde a Atenção Básica até a atenção especializada, em parceria também com setores

privados, indo ao encontro do que é preconizado pela RAPS (SEADE, 2018).

Não há avaliações amplas da efetividade da utilização de tais ações. Neste sentido este trabalho de pesquisa propõe realizar essa avaliação da utilização de elementos de AC influenciando ou contribuindo na QV dos usuários dos serviços de saúde mental no município de Carapicuíba.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a qualidade de vida de usuários de saúde mental maiores de 18 anos que estão inseridos em atividades de arte cultura, no município de Carapicuíba.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os elementos de arte-cultura no município de Carapicuíba.
- Caracterizar os usuários de saúde mental que utilizam elementos de arte-cultura como terapêutica.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo transversal avaliativo, em duas etapas:

1ª. Etapa: Identificação da AC no Município

a. Identificação, mapeamento e descrição das ações, instituições e locais que utilizam elementos de AC como proposta terapêutica para os indivíduos em sofrimento mental, maiores de 18 anos, do SUS oferecido pelo município ou em parceria com o setor privado. A escolha dos locais estará relacionada e dependente a regularidade da oferta de elementos de AC e ao maior número de participantes maiores de 18 anos que utilizam essa terapêutica em período maior ou igual a 6 meses.

b. Identificação dos elementos de AC.

2ª. Etapa: Avaliação da Qualidade

a. Avaliação da QV dos usuários dos serviços de saúde mental, com entrevista composta em duas partes:

1ª parte: Questões sociodemográficas que possibilitam caracterizar a amostra pela: idade, sexo, cor auto referida, religião que frequentam, estado civil, escolaridade, tipo de atividade de AC, início aproximado das atividades de AC, doença mental em acompanhamento, tempo de diagnóstico, se reside com a família e quais seus componentes.

2ª parte: Aplicação do instrumento de avaliação da QV WHOQOL-bref, (escala do grupo de QV da OMS), para maiores de 18 anos e que utilizam os elementos de AC há mais de 6 meses.

b. Relato pessoal dos participantes sobre as atividades realizadas.

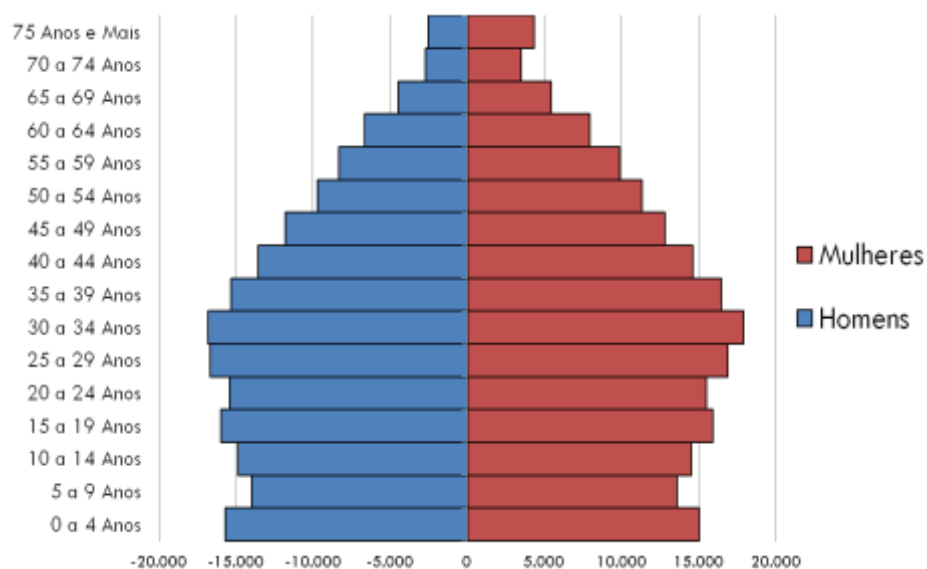
c. Impressões e vivências da pesquisadora no processo da realização da pesquisa

4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

4.2.1 Perfil Municipal

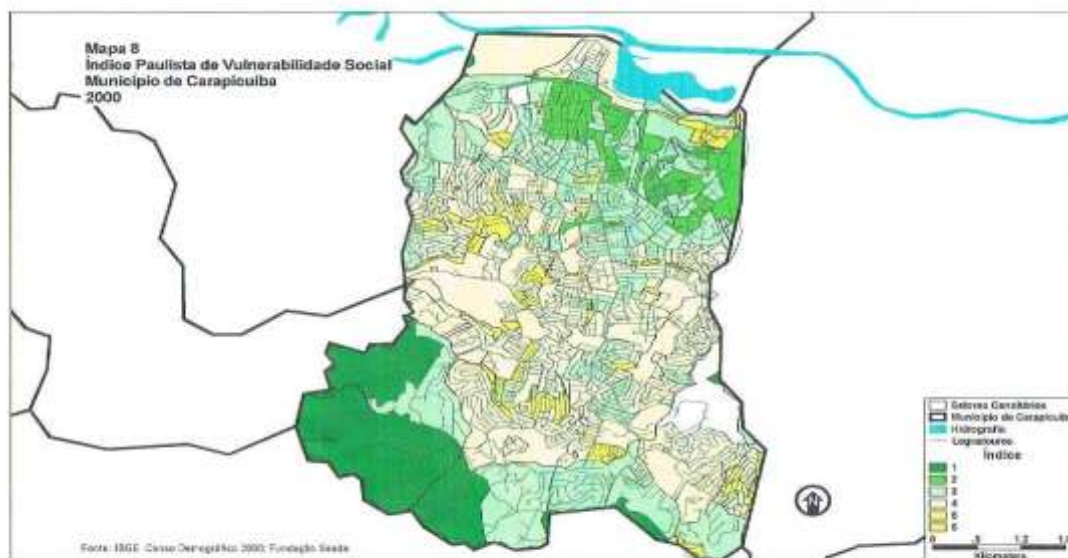
O município de Carapicuíba é uma cidade localizada na região metropolitana da grande São Paulo, a 23 km da Praça da Sé - marco zero da capital do estado (São Paulo); possui uma extensão territorial de 34,55 Km², população estimada em 385.474 habitantes, 100% urbanizada, 98% do território com abastecimento de água potável e 81% do território com cobertura da rede de esgoto; índice de desenvolvimento humano 0,749 e 4,36% de taxa de analfabetismo de 15 anos e mais; densidade demográfica de 11.156,99 habitantes/Km², taxa geométrica de crescimento anual de 2010-2016 de 0,71 % ao ano, 48,10% de índice de envelhecimento, 10,88% de população maior de 60 anos; taxa de natalidade de 18,56 por mil habitantes, taxa de fecundidade (mulheres de 15-49 anos) de 64,59 por mil mulheres, taxa de mortalidade infantil de 13,08 (por mil nascidos vivos); taxa de mortalidade de maiores de 60 anos: 2.727,71 por cada 100 mil habitantes nessa faixa etária), 6,5% de mães adolescentes (menores de 18 anos); 51,01% de parto cesáreo, 10,25% parto prematuro, 9,27 % de nascidos de baixo peso (menor de 2500gramas) (SEADE 2017).

Figura 4. Gráfico de pirâmide populacional do município de Carapicuíba, 2016.



Fonte: Seade, 2017

Figura 5. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social do Município de Carapicuíba.



Fonte: Seade, 2016

4.2.2 Vias de Acesso

As principais vias de acesso rodoviário ao município são as seguintes: Rodovia Presidente Castelo Branco, Rodovia Raposo Tavares, Rodoanel Governador Mário Covas, Avenida dos Autonomistas, Avenida Deputado Emílio Carlos e Marginal do Ribeirão Carapicuíba; possui ainda como forma de acesso coletivo, o sistema Ferroviário CPTM (Companhia Paulista de Trens Metropolitanos), bem como as linhas urbanas e intermunicipais de ônibus. Faz divisa com os municípios: Barueri ao Norte, Cotia ao Sul, Osasco a Leste e Barueri e Jandira a Oeste.

Figura 6. Mapa com vias de acesso rodoviário ao município de Carapicuíba.



Fonte: Seade, 2016

Figura 7. Mapa geográfico da Região de Saúde – Rota dos Bandeirantes.



Fonte: Seade, 2015

Figura 8. Mapa de Carapicuíba com identificação das Unidades de Saúde.



Fonte: Secretaria Municipal Saúde, Carapicuíba, 2016

4.2.3 Unidades e Serviços de Saúde

O município possui 15 Unidades Básicas de Saúde, no momento da coleta das informações, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) havia sido descontinuada, não havendo mais a composição de equipe multiprofissional. Os 37 médicos do Programa mais Médicos do MS atuam desde o encerramento da ESF como generalistas, nas UBS. O município possui 2 pronto atendimentos de adultos, 1 pronto atendimento infantil, 1 pronto atendimento de psiquiatria, SAMU e SEMAS, Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), 1 CAPS Álcool e Drogas, 1 CAPS 2, 1 CAPS infantil, 1 atendimento infanto-juvenil álcool e drogas, núcleo de atendimento de infectologia, centro médico de especialidades, 1 núcleo de violência, central de regulação, núcleo de educação permanente, unidade de avaliação e controle (UAC), núcleo de

projetos, vigilância em saúde, setor de assistência social em saúde, setor de fisioterapia, setor de fonoaudiologia, 2 centros de atendimentos odontológicos, 1 casa do adolescente, 1 núcleo de terapias integrativas.

O Hospital Geral de Carapicuíba e o Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo - AME Carapicuíba - são referências em especialidades, maternidade e hospitalar de média complexidade. As duas instituições estão gerenciadas pela Organização Social de Saúde Cruzada Bandeirantes São Camilo.

4.2.4 Hospital Psiquiátrico no Município de Carapicuíba: Sanatório Anhembí

Os Hospitais psiquiátricos no Brasil seguiam padrões de isolamento, marginalização e exclusão. Eram construídos em locais afastados, longe dos grandes centros urbanos.

Em Carapicuíba, o Sanatório Anhembí, instituição particular, ocupou o espaço da antiga escola mista rural (1930). A readequação do espaço foi iniciada por volta de 1938, sendo finalizada e inaugurada em 1952. Não existem muitas informações sobre o sanatório Anhembí. Sabe-se que as pessoas eram internadas por motivos diversos e recebiam terapêutica agressiva, como eletro choque. Não existia projeto terapêutico singular tampouco terapias de reabilitação para reintegração à comunidade; as pessoas eram privadas de direitos básicos, e na maioria dos casos nunca recebiam alta. Em 1994, o Sanatório Anhembí foi fechado de forma rápida, seus moradores foram direcionados aos familiares e a outras instituições (Prefeitura Municipal Carapicuíba 2017; Curadoria da Faculdade da Aldeia de Carapicuíba, 2017).

Atualmente o espaço é ocupado pela Faculdade da Aldeia de Carapicuíba - FALC, que oferece diversos cursos, inclusive na área da saúde. Os atuais curadores estão resgatando a história do Sanatório Anhembí e de seus moradores.

Figura 9. Fotos do antigo sanatório Anhembi: atual Faculdade da Aldeia de Carapicuíba.



Fonte: Faculdade da aldeia de Carapicuíba, 2017

4.2.5 Rede de Atenção Psicossocial

A RAPS no município de Carapicuíba é formada pela Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Vigilância em Saúde com fluxos organizacionais e técnicos definidos.

Na Atenção Básica, 13 unidades disponibilizam o profissional de psicologia que se integra as equipes multiprofissionais e em 5 das Unidades de Saúde possuem o psiquiatra compondo as equipes, e estas se tornam a referência de psiquiatria do município. A UBS desenvolve ações de promoção a saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, na ação de redução de danos e cuidados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A escolha do tipo de atendimento varia conforme a necessidade e demanda, dependendo do problema e de uma avaliação individual prévia. O atendimento individual é focado no problema e os grupos são realizados com as queixas mais frequentes. São atendidos crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, com depressão leve, distúrbios de

comportamento, dificuldade de aprendizado, síndrome do pânico, ansiedade , dentre outras psicopatologias.

Na Atenção especializada o município possui 1 CAPS AD, 1 CAPS adulto e 1 CAPS infantil .

I - CAPS AD- “Projeto Trilhar” tem como objetivo desenvolver ações de prevenção e tratamento para adultos que estejam em situação de sofrimento, pelo uso, abuso e dependência do crack, álcool e outras drogas ou de substancia psicoativas. As famílias são acompanhadas e participantes do processo terapêutico.

II - CAPS Infantil- CRIAC atende crianças e adolescentes com diagnóstico: autismo, psicose infantil, neuroses graves, transtornos mentais graves, transtorno de conduta, situação de ruptura social, violência sexual e doméstica. Os familiares são acompanhados, representando elo importante de toda a terapêutica.

III - CAPS adulto atende transtornos psicóticos, esquizofrenia, transtornos neuróticos, síndrome de pânico e outros, com projeto terapêutico singular individual e coletivo, com envolvimento familiar, por equipe interdisciplinar e apoio matricial quando necessário. Os elementos de AC são instrumentos de importância na terapêutica e na inclusão social.

IV - Urgência e Emergência: atende casos de urgência e emergência, com internação por no máximo 48 horas, com protocolos preestabelecidos. A referência de psiquiatria em hospital geral na região é o Hospital Geral de Carapicuíba.

V - Serviço de Residência Terapêutica: vinculado ao CAPS adulto, consiste em moradia mista e visa a progressiva autonomia dos pacientes nas atividades do cotidiano, sua reinserção na vida comunitária. No ano de 2017 conta com 8 residentes provenientes de hospitais psiquiátricos (RAPS 2017, SMS de Carapicuíba, 2017).

4.2.6 História e Considerações Gerais sobre o Município de Carapicuíba

A formação do município está ligada aos índios Tupi-Guarani e a história da Aldeia de Carapicuíba, fundada em 12 de outubro de 1580 pelo padre José de Anchieta, sendo uma das 12

aldeias fundadas para preservar a educação e a cultura dos indígenas. Passagem e parada obrigatória dos bandeirantes que rumavam ao interior de São Paulo (SEADE, 2018).

Afonso Sardinha dono das terras doadas pelo rei de Portugal, aproveitou da mão de obra escrava indígena para o cultivo de suas terras e construiu a capela em 1590. Muitos foram os conflitos entre índios e “brancos” gerando grande tensão na região.

Ao final do século XVII, alguns jesuítas tentaram romper essa prática ou evitar um confronto mais violento e removeram os índios para Itapeccerica da Serra, sendo que essa empreitada não obteve sucesso. Ao contrário, os índios retornaram às suas palhoças, refizeram suas lavouras e mantiveram seus traços originais na reconstrução da aldeia.

Por volta de 1770, a região começou a progredir e ao redor da capela foram construídas pequenas casas para as famílias e para o comércio. Ao mesmo tempo espetáculos de folclore e danças eram exibidos fazendo da aldeia de Carapicuíba o maior centro de folclore de São Paulo, da época.

O povoado que deu origem ao município surgiu, a alguns quilômetros da Aldeia, próximo ao Rio Tietê. Em 1º de agosto de 1854, Antônio da Silva Prado, o Barão de Iguape, registrou, na paróquia de Cotia, uma fazenda que abrangia grande parte da atual Carapicuíba, a fazenda Carapicuíba. Após a morte do Barão, a fazenda passou por várias transações, sendo vendida, em 1923, a Delfino Cerqueira que, anos depois, loteou parte da gleba, que se desenvolvia lentamente e foi impulsionado pela construção da estação da Estrada de Ferro Sorocabana, em 1875, ligando a capital paulista a Itu. A primeira estação (embarcadouro) foi construída em 1921, distante 22 km da estação Júlio Prestes e foi chamada de Sylvania. Foi construído um abatedouro no quilometro 21 da via férrea, e muitos funcionários da ferrovia e do abatedouro fixaram residência no vilarejo, que passava a ter características de cidade (História oficial de Carapicuíba, 2017).

Em 1928, já era distrito policial. Na década de 1930, 60 famílias japonesas migraram para a região, para o cultivo das terras (com o título de arrendamento), acreditavam que o clima era excelente e as terras apropriadas para o cultivo de batatas, cereais, hortaliças, castanheiro-europeu e amoras. Fundaram a extinta cooperativa agrícola de Cotia. Podem-se destacar o pioneirismo de algumas das famílias japonesas: Wada, Ishimaru, Morioka, Iwakura, Tamai, Hanassumi, Massazumi, Okada, Kakizaki, Ueta, Sakamoto, Magarifuchi, Arakawa, Tani, Kawazaki, Satomi, Myama, Akyosi, Yano, Moriama, Nishizaki, Morizawa, Yamamoto e outras famílias (IBGE, 2010; Prefeitura Municipal de Carapicuíba, 2016).

Em 1948, foi elevada à categoria de Distrito de Paz, sendo desanexada do Município de Cotia, a qual pertencia desde 1946, quando deixou de pertencer ao município de São Paulo. Em 1949 integrou-se ao município de Barueri, como um de seus distritos, sendo emancipada em 26 de março de 1965, tornando-se município de Carapicuíba.

Existem várias versões sobre o significado da palavra Carapicuíba: “Pau podre”, “aquele que se reúne em poços”, “cascudo”, “escamoso”, entre outros. Mas a definição mais aceita vem de: “cara” + “iba” ou seja: cará ou acará = peixe, picú ou pucú= comprido; iba= ruim, que não serve para ser comida, segundo o professor de lingüísticas e línguas orientais, Carlos Drumond. Assim, Carapicuíba pode ser considerada seu nome originário do peixe: Cará comprido, que não pode ser comida por ser venenoso como o baiacu (portal oficial da Prefeitura Municipal de Carapicuíba, 2017).

Carapicuíba - como já citado - é um município pequeno em território, mas com grande densidade demográfica, predominantemente jovem, renda per capita baixa, condições sociais e econômicas desfavoráveis com situações de risco, ascendente crescimento populacional e de envelhecimento, com taxas altas de gestação na adolescência, partos cesáreos e prematuros. Apresenta como principais causas de óbitos em adultos as complicações cardiovasculares, causas externas (violência e acidentes) e neoplasias (de acordo com faixas etárias). Para a OMS a taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores das ações em saúde pública e as condições de vida da população. No município de Carapicuíba, as causas mais prevalentes dos óbitos em menores de 1 ano estão relacionadas ao período neonatal precoce (até 7 dias de vida), sugerindo inadequações no acompanhamento do pré-natal e parto. A falta de locais para lazer, de centros comunitários, topografia irregular, moradias e alimentação inadequadas, colaboram para piora da QV, associada a renda familiar baixa e muitas vezes informal, com crescente utilização de álcool e outras drogas em faixas etárias cada vez mais precoces (Secretaria de Saúde do Município de Carapicuíba, 2016; Seade, 2017)

Figura 10. Vista aérea do centro histórico da Aldeia de Carapicuíba.



Fonte: Secretaria de Cultura e Turismo do município de Carapicuíba, 2017

Figura 11. Fotografia do museu histórico da Aldeia de Carapicuíba.



Fonte: Secretaria de Cultura e Turismo do município de Carapicuíba, 2016

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Elaborado de banco de dados a partir das informações digitadas em “Excel” e analisados em SPSS.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos utilizados em seres humanos, segundo a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (MS, 2012) e considerando o disposto na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do MS.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e aprovado segundo o parecer consubstanciado número: 1.917.493 e CAAE número 64152517.5.0000.5469. Somente após aprovação do CEPIS, a pesquisa teve início.

No momento da entrevista foram realizados todos os esclarecimentos, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4).

5 RESULTADOS

5.1 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAR E MAPEAR AÇÕES, LOCAIS E ELEMENTOS DE ARTE-CULTURA NO MUNICÍPIO

A identificação e o mapeamento das ações, instituições e locais que utilizam arte-cultura como proposta terapêutica aos usuários de saúde mental, maiores de 18 anos, do SUS oferecido pelo município ou em parceria com o setor privado foi obtida na Prefeitura Municipal de Carapicuíba junto as Secretarias de Saúde, Secretaria de Cultura, Secretaria de Desenvolvimento Econômico Social e Trabalho.

A pesquisa e o mapeamento evidenciaram mudanças nas ações e dos locais que utilizam a Arte-Cultura como elemento terapêutico, conforme descrição inicial no tópico 1.4 da introdução: Arte-Cultura: Instrumento terapêutico no Município de Carapicuíba.

A Organização Não Governamental, Associação Projeto Oficina (A.P.O.), Centro de Inclusão da Pessoa com deficiência Intelectual, Múltipla e Transtorno Mental encerrou suas atividades em parceria com o Município em 2017. Todas as pessoas que a utilizavam e estavam vinculadas aos serviços de saúde mental municipal foram deslocadas para outros locais e serviços.

Com o término das atividades da A.P.O, a Prefeitura disponibilizou aos usuários dos serviços de saúde mental, o Centro Público (CP) de Economia Solidária – Secretaria do Desenvolvimento Econômico, Social e Trabalho, como local para a realização das atividades terapêuticas de Arte- Cultura e também como geração de renda. É um espaço público multifuncional que articula as iniciativas governamentais e não governamentais, utilizando de diversos instrumentos inclusive de AC tanto na terapêutica como o estímulo a economia solidária. Os grupos são formados por 10 a 15 pessoas por livre demanda, na sua maioria provenientes do CAPS adulto, em dois dias da semana pelo período da tarde (segundas e quartas feiras), sendo monitorados por profissionais dos serviços de saúde mental da Secretaria de Saúde Municipal e por professores contratados pelo CP da Secretaria do Desenvolvimento Econômico, Social e Trabalho. Os familiares estão autorizados a participar de todas as atividades.

Os elementos de AC disponibilizados pelo CP:

- Tecelagem com tear manual: confecções de cintos, cachecóis, tapetes, roupas, bolsas e alguns acessórios;
- Pintura em tecido e em telas;
- Crochê e macramê para confecções de cachecol, roupas, tapetes e acessórios;
- Confecção de cachepôs.

Figura 12. Fotografia com a utilização de tear manual.



Fonte: Secretaria de Saúde de Carapicuíba, 2016

Todos os produtos confeccionados podem ser vendidos e a renda revertida para os próprios usuários que realizam as atividades de AC nos serviços de saúde mental.

O CAPS álcool e outras drogas também utiliza elementos de AC como terapêutica estimulando a independência, QV e autonomia de seus usuários.

Em 2017, ocorreu redução na composição da equipe multiprofissional (psicólogos, terapeuta ocupacional, médicos e oficinairos) em todos os serviços de saúde mental do município.

O Projeto piloto de gestão para a rede dos equipamentos de atenção psicossocial “Saúde Mental, Beleza & Coisa e Tal” mantém a parceria com o setor público e com a sociedade civil organizada, visando pesquisar e analisar as atividades de reabilitação psicossocial, favorecendo a intersetorialidade, ajustando as interfaces presentes na literatura de saúde mental, inspirada nas

proposições de Hélio Oiticica: “Experimentar o Experimental (SMS CARAPICUIBA, 2017).

Na AB também ocorreu redução das ações que utilizavam a AC como forma terapêutica, mantendo-se alguns encontros para atividades lúdicas e sessões de Tai Chi Chuan. Os elementos de AC como forma terapêutica são mais utilizados nos CAPS.

As equipes que compõem os serviços de saúde mental realizam atividades de:

- Teatro: no CAPS Adulto e nos espaços públicos do município, em parceria com a Secretaria de Cultura e instituições não governamentais;
- Grupos de dança;
- Expressão corporal;
- Artesanato;
- Pintura em tela e em tecido;
- Confecção de bolsas, cintos e cachecóis;
- Sarau musical: Aldeia de Carapicuíba (centro histórico de origem Jesuíta com fundação oficial em 12 de outubro de 1580), Teatro Municipal Jorge Amado e outros espaços públicos municipais.
- Caminhada: realizada pelo CAPS adulto, nas proximidades do serviço, e ao final é realizado um grupo de conversa e atividade lúdica com expressão corporal,
- Campeonato de futebol: considerado elemento cultural, pelas ações de socialização, de organização de pensamentos, possibilidade de expressar desejos e sentimentos.

Figura 13. Fotografia com a equipe de saúde mental e os participantes do campeonato de futebol, 2016.



Fonte: Secretaria de Saúde de Carapicuíba, 2016

Figura 14. Fotografia do campeonato de futebol inter-CAPS, 2016.



Fonte: Secretaria de Saúde de Carapicuíba, 2016

Os usuários do CAPS também frequentam o CP, complementando as atividades terapêuticas. Algumas parcerias e ações junto a Secretaria de Cultura foram mantidas de forma pontual:

- Teatro: na Aldeia de Carapicuíba, e no teatro Jorge Amado.

- Participação das festas culturais e de tradição: Festa de Santa Cruz, Festa de Santa Cruzinha, Festa de Santa Catarina, Festa de São Benedito, Festa de São Pedro, Festa de Nossa Sra. de Aparecida entre outras.
- Sarau musical entre outros.

Como o critério para a seleção dos locais, instituições e serviços, estaria relacionado a regularidade da oferta de elementos de AC e com maior número de usuário maiores de 18 anos. Ao final da pesquisa, mapeamento e análise, o CP de Economia Solidária e o CAPS Adulto foram selecionados para avaliar se adesão a terapêutica com utilização de elementos de AC influencia na QV dos usuários dos serviços de saúde mental no município de Carapicuíba.

5.2. SEGUNDA ETAPA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

5.2.a Avaliação da QV de Usuários dos Serviços de Saúde Mental-SUS, com Aplicação de Entrevista

A avaliação foi realizada com usuários dos serviços de saúde mental que participam das atividades com elementos de AC no CP de Economia Solidária e no CAPS Adulto, conforme os critérios estabelecidos para a seleção dos locais e serviços.

Foram realizadas 70 entrevistas com usuários maiores de 18 anos e que utilizam há pelo menos 6 meses os elementos de AC como forma terapêutica.

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora previamente orientada não interferir nas respostas.

Houve esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos da pesquisa e dos instrumentos a serem utilizados e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi realizada para grupos de 5 a 6 de entrevistados, com leitura em voz alta e esclarecimentos necessários. Posteriormente assinaram TCLE e responderam a entrevista de forma individual e sigilosa. .

As entrevistas foram realizadas no período de 22/05/2017 a 30/08/2017, com duração média de 13 minutos.

Tabela 1. Distribuição da duração das entrevistas com usuários de Saúde Mental e atividades de Arte Cultura, Carapicuíba, 2018.

Duração (em minutos)	N	%
8-13	36	51,5
14-19	26	37,2
19-25	08	11,4
Total	70	100,0

Os entrevistados comparecem ao CP e ao CAPS adulto de forma espontânea e na maioria das vezes sem a necessidade de acompanhantes, utilizando o transporte público como meio de deslocamento e/ou caminhando. Reagiram de forma positiva à proposta de serem entrevistados e não demonstraram dificuldade de compreensão das questões e as respostas foram espontâneas.

Dos 70 entrevistados, 21% referem realizar as atividades de AC no CP e 79% no CAPS adulto. Vale informar que, 52,8% do total realizam atividades tanto no CAPS quanto no CP. O menor número de entrevistas realizadas no CP provavelmente está relacionado à baixa frequência de disponibilização de elementos de AC, que só ocorrem as segundas e quartas a tarde, com grupos de 10 a 15 pessoas, por livre demanda

Dos entrevistados 92% referem que estão em acompanhamento clínico no CAPS Adulto.

As entrevistas foram compostas por duas partes:

1ª Parte: Questões sociodemográficas que possibilitam caracterizar a amostra por: idade, sexo, cor auto referida, religião que frequenta, estado civil, escolaridade, tipo de atividade de AC que desenvolve, data de início das atividades de AC, doença mental em acompanhamento, tempo de diagnóstico, se reside com a família e quais seus componentes (Anexo 2).

Dos 70 entrevistados verificou se o predomínio do sexo feminino (65,7%). A idade dos participantes variou de 18 a 64 anos, com média de 45 anos, a maior proporção de pessoas está na faixa etária de 30 a 49 anos (54,3%) seguidos pela de 50 a 64 anos (40,0%).

Quanto a cor, 45,7% se auto declararam de cor parda, 37,1% de cor branca e 17,1% de cor preta .

A maioria deles (98,6%) disse ser alfabetizados (sabem ler). A escolaridade é bastante diversificada, com a maioria tendo completado o ensino médio (47,1%), 25,7% não completaram o ensino fundamental e 11,4% completaram o ensino superior.

Na abordagem da religião atual, nenhuma pessoa referiu ser de umbanda ou candomblé, 44,9% referiram frequentar a religião evangélica, 26,1% a religião católica, 5,8% a religião espírita e 7,3% frequentam tanto a religião evangélica quanto a católica e 15,9% não frequentam nenhuma religião (Tabela 2).

Com relação ao estado civil, os entrevistados referem em 40,6 % ser casados, 29% referem ser solteiros, 11,6 % referem morar com companheiro (“amigado”), 11,6 % referem ser viúvos, 7,2 % referem ser separados e 1,4% não responderam.

No total, 89,8% dos entrevistados referem viver ou morar com a família e 10,2% referem não viver com a família.

No que se refere ao arranjo familiar e situação de moradia, 46,4% referem morar com o parceiro, filhos e ou netos, 26,1% morar com mãe e irmão, 5,8% moram com mãe e filho, 4,3% referem morar com pais, filhos e netos, 5,8% referem morar com irmã e sobrinhos, 8,7 % com amigos e 2,9 % referem morar sozinhos.

Com relação ao número de filhos, 26,1% referem não ter filhos, 21,7% ter 1 filho, 15,9% ter 2 filhos; 23,2% ter 3 filhos; 5,8% ter 4 filhos e 7,2% ter 5 filhos (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos usuários de Saúde Mental e atividades de Arte Cultura segundo variáveis sócio demográficas selecionadas, Carapicuíba, 2018.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	46	65,7
Masculino	24	34,3
Idade (anos)		
18-29	04	05,7
30-49	38	54,3
50-64	28	40

“continua”

Cor auto referida		
	-	
Branca	26	37,1
Preta	12	17,1
Parda	32	45,7
Sabe ler		
Sim	68	98,6
Não	01	01,4
Escolaridade		
Fundamental incompleto	18	25,7
Fundamental completo	04	05,7
Médio incompleto	07	10
Médio completo	33	47,1
Superior	08	11,4
Religião que frequenta		
Sem religião	11	15,9
Católica	18	26,1
Evangélica	31	44,9
Espírita	04	05,8
Mais de uma religião	05	07,3

Tabela 3. Distribuição dos usuários de Saúde Mental e atividades de Arte Cultura segundo variáveis relacionadas a vida familiar, Carapicuíba, 2018.

Variável	N	%
Estado civil		
Solteiro	20	29,0
Casado	28	40,6
Amigado	08	11,6
Viúvo	08	11,6
Separado	05	07,2
Vive com família		
Sim	62	89,8
Não	07	10,2
Número de filhos		
Não tem filhos	18	26,1
01	15	21,7
02	11	15,9
03	16	23,2
04	04	05,8
05	05	07,2
Arranjo familiar - moradia		
Parceiro, filhos e/ou netos	32	46,4
Mãe e irmão	18	26,1
Mãe e filho	04	05,8
Pais, filhos e netos	03	04,3
Irmãs e sobrinhos	04	05,8
Amigos	06	08,7
Sozinho	02	02,9

Em relação ao diagnóstico e tratamento, 47,1% referem diagnóstico e tratamento para depressão, 34,4% para esquizofrenia, 22,1% para depressão e esquizofrenia e 2,8% rebaixamento cognitivo. A maioria (55,9%) recebeu o diagnóstico há 8 anos ou mais.

Todos referem usar medicamentos, contudo a maioria não sabe explicitar exatamente o que tomam.

Com relação aos elementos de AC utilizados no CAPS e CP, as questões complementares

da entrevista mostram que os entrevistados referem utilizar mais de um elemento de AC como terapia e até em geração de renda, em 75,7% referem utilizar 4 ou mais elementos e 24,3 % referem utilizar de 1 a 3 elementos. O artesanato (confeção de bolsas de forma manual, Confeção de cachecóis, crochê, macramê, panos de prato) é o elemento referido mais utilizado (39%), a pintura em tecido e tela (21,3%), dança e expressão corporal (14,1%), teatro (11,5%), tear manual (6,1%) , música (5,4%) e 2,6% futebol (considerado elemento de arte-cultura por propiciar interação entre os participantes, sendo uma atividade lúdica , melhorando a auto estima e a expressão corporal).

2ª parte: Instrumento de avaliação de QV

A segunda parte da entrevista é formada por questões do instrumento de avaliação de QV - WHOQOL-bref. Para análise do instrumento abreviado de avaliação da QV WHOQOL-bref: escala da OMS, adaptada por FLECK et al para o Brasil (2000). Os resultados foram obtidos pela média das 2 questões gerais de QV e das médias das 24 facetas dos 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5), quanto maior a pontuação melhor a QV. Há necessidade de recodificar o valor das questões: *Em que medida Você acha que sua dor (física) impede de você fazer o que precisa? O quanto você precisa de tratamento para sua vida diária? Com que frequência você tem sentimentos negativos?* (anexo 3): (1=5)(2=4)(3=3)(4=2)(5=1).

As perguntas 1 e 2 foram analisadas da seguinte forma:

1-Percepção da QV (resultado em média 1 a 5, pela escala de Likert)

2-Satisfação com a saúde (resultado em média 1 a 5, pela escala de Likert)

Quadro 4. Classificação dos resultados e das médias para as questões gerais e para os domínios (físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais) das 70 entrevistas Carapicuíba, 2018.

Classificação dos resultados	Média
Necessita melhorar	1,0 até 2,9
Regular	3,0 até 3,9
Boa	4,0 até 4,9
Muito boa	5,0

Quadro 5. Distribuição dos resultados com a média das 70 entrevistas das 2 questões gerais do domínio geral do instrumento WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018.

Domínio geral	Resultado
Qualidade de vida global	4,0
Percepção geral da saúde	3,0

Quadro 6. Distribuição dos resultados com média das 70 entrevistas nos 4 domínios do instrumento WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018.

Domínio	Resultado
Físico	4,0
Psicológico	3,6
Relações sociais	4,0
Meio ambiente	3,6

Tabela 4. Distribuição das médias das facetas do Domínio Físico.

Em que medida você acha que sua dor (física) impede de você fazer o que precisa ?

	N	%
Nada	30	42,9
Muito pouco	14	20
Mais ou menos	16	22,9
Bastante	09	12,9
Extremamente	01	1,4
Total	70	100,0

O quanto você precisa de tratamento para sua vida diária?

	N	%
Nada	00	00
Muito pouco	04	05,7
Mais ou menos	24	34,3
Bastante	40	57,1
Extremamente	02	02,9
Total	70	100,0

Você tem energia suficiente para seu dia a dia ?

	N	%
Nada	0	0
Muito pouco	03	04,3
Mais ou menos	25	35,7
Bastante	38	54,3
Completamente	04	05,7
Total	70	100,0

Quão bem você é capaz de se locomover?

	N	%
Muito ruim	00	00
Ruim	00	00
Nem ruim / Nem bom	06	08,6
Bom	18	25,7
Muito bom	46	65,7
Total	70	100,0

“continua”

Quão satisfeito você está com seu sono?

	N	%
Muito insatisfeito	01	01,4
Insatisfeito	01	01,4
Nem satisfeito / Nem nsatisfeito	12	17,1
Satisfeito	52	74,3
Muito satisfeito	04	05,7
Total	70	100,0

Quão satisfeito você está com sua capacidade em desempenhar suas atividades do seu dia a dia?

	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	01	01,4
Nem satisfeito / Nem insatisfeito	13	18,6
Satisfeito	51	72,9
Muito satisfeito	05	07,1
Total	70	100,0

Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?

	N	%
Muito insatisfeito	06	08,6
Insatisfeito	14	20
Nem satisfeito / Nem insatisfeito	47	67,1
Satisfeito	02	02,9
Muito satisfeito	01	01,4
Total	70	100,0

Tabela 5. Distribuição das médias das facetas do Domínio Relações Sociais.**Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?**

	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	0	0
Nem satisfeito / Nem nsatisfeito	9	12,9
Satisfeito	34	48,6
Muito satisfeito	27	38,6
Total	70	100,0

“continua”

Quão satisfeito você está com sua vida sexual?

	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	13	18,6
Nem satisfeito / Nem insatisfeito	21	30
Satisfeito	35	50
Muito satisfeito	01	01,4
Total	70	100,0

Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?

	N	%
Muito insatisfeito	00	0
Insatisfeito	02	02,9
Nem satisfeito / Nem nsatisfeito	02	02,9
Satisfeito	38	54,3
Muito satisfeito	28	40
Total	70	100,0

Tabela 6. Distribuição das médias das facetas do Domínio Psicológico.**O quanto você aproveita a vida?**

	N	%
Nada	00	0
Muito pouco	01	01,4
Mais ou menos	17	24,3
Bastante	48	68,6
Extremamente	04	05,7
Total	70	100,0

Em medida você acha que sua vida tem sentido?

	N	%
Nada	01	01,4
Muito pouco	01	01,4
Mais ou menos	09	12,9
Bastante	54	77,1
Extremamente	05	07,1
Total	70	100,0

“continua”

O quanto você consegue se concentrar?

	N	%
Nada	00	0
Muito pouco	05	07,1
Mais ou menos	47	67,1
Bastante	17	24,3
Extremamente	01	01,4
Total	70	100,0

Você é capaz de aceitar sua aparência física ?

	N	%
Nada	00	0
Muito pouco	18	25,7
Mais ou menos	25	35,7
Bastante	22	31,4
Completamente	05	07,1
Total	70	100,0

Quão satisfeito você está consigo mesmo?

	N	%
Muito insatisfeito	00	00
Insatisfeito	02	02,9
Nem satisfeito / Nem insatisfeito	09	12,9
Satisfeito	55	78,6
Muito satisfeito	04	05,7
Total	70	100,0

Com que frequência você tem sentimentos negativos?

	N	%
Nunca	09	12,9
Algumas vezes	36	51,4
Frequentemente	21	30
Muito frequentemente	03	04,3
Sempre	01	01,4
Total	70	100,0

Tabela 7. Distribuição das médias das facetas do Domínio Meio Ambiente.

O quanto você se sente em segurança na sua vida diária?		
	N	%
Nada	0	0
Muito pouco	12	17,1
Mais ou menos	44	62,9
Bastante	13	18,6
Extremamente	00	01,4
Total	70	100,0
Quão saudável é seu ambiente físico?		
	N	%
Nada	01	01,4
Muito pouco	04	05,7
Mais ou menos	15	21,4
Bastante	44	62,9
Extremamente	06	08,6
Total	70	100,0
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?		
	N	%
Nada	00	0
Muito pouco	11	15,7
Mais ou menos	47	67,1
Bastante	11	15,7
Completamente	01	01,4
Total	70	100,0
Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?		
	N	%
Nada	00	0
Muito pouco	03	04,3
Mais ou menos	23	32,9
Bastante	42	60
Completamente	02	02,9
Total	70	100,0

“continua”

Em que medida você tem oportunidade de lazer?

	N	%
Nada	02	02,9
Muito pouco	08	11,4
Mais ou menos	37	52,9
Bastante	22	31,4
Completamente	01	01,4
Total	70	100,0

Quão satisfeito você está com o local em que você mora?

	N	%
Muito insatisfeito	01	01,4
Insatisfeito	05	07,1
Nem satisfeito / Nem insatisfeito	11	15,7
Satisfeito	49	70
Muito satisfeito	04	05,7
Total	70	100,0

Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?

	N	%
Muito insatisfeito	01	01,4
Insatisfeito	09	12,9
Nem satisfeito / Nem insatisfeito	26	37,1
Satisfeito	29	41,4
Muito satisfeito	05	07,1
Total	70	100,0

Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?

	N	%
Muito insatisfeito	00	0
Insatisfeito	05	07,1
Nem satisfeito / Nem insatisfeito	17	24,3
Satisfeito	41	58,6
Muito satisfeito	07	10
Total	70	100,0

Quadro 7. Distribuição dos Domínios e facetas com classificação pouco satisfatória, das 70 entrevistas utilizando instrumento WHOQOL-bref, Carapicuíba, 2018.

Domínio	Facetas
Domínio I: Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência de medicações ou tratamento
Domínio II: Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Pensar, aprender, memória e concentração • Imagem corporal / aparência
Domínio IV: meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança física e proteção • Recursos financeiros • Participação e oportunidade de recreação / lazer

Tabela 8. Média da faceta: sentimentos negativos do Domínio Psicológico.

Com que frequência você tem pensamentos negativos?	N	%
Nunca	09	12,9
Algumas vezes	36	51,4
Frequentemente	21	30
Muito frequentemente	03	04,3
Sempre	01	01,4
Total	70	100,0

Os resultados obtidos com a análise das respostas estão apresentados no quadro 5 (avaliação global) e no quadro 6 (domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais). Observa-se que não houve diferença significativa das médias obtidas da avaliação global de QV e das médias dos quatro domínios. Os domínios físico e relações sociais mostraram médias um pouco maiores em relação aos domínios psicológico e meio ambiente. O quadro 7 mostra as 6 facetas com piores avaliações por cada domínio. Observa-se que não há facetas com avaliações ruins no domínio relações sociais e as três facetas pior avaliadas compõem o domínio meio ambiente. Uma faceta considerada importante na percepção positiva da QV está apresentada no Tabela 8 e se observa que dos 45 dos entrevistados (64,3%) nunca ou algumas vezes tiveram sentimentos negativos.

5.2 b Relato Pessoal dos Participantes sobre as Atividades Realizadas

Transcrevem-se abaixo alguns relatos anotados durante as entrevistas:

“Estou muito feliz em vir aqui, estou usando menos medicação, consigo fazer minhas coisa mais sozinha,. vou embora pra casa sozinha. Consigo ficar feliz pelo nascimento de minha neta.” (RMPC)

“O Centro Público me deixa feliz, com liberdade, realizada, sei que posso fazer!” (MAFD)

“Gostaria de falar que tô alegre, e me sinto feliz de participar dessas obras e dar entrevista.” (PBR)

“Este lugar é o ponto de apoio para conversar, me sentir bem, ajudar outras pessoas, trabalhar e me sentir útil.” (RFL)

“Gostaria de ter mais atenção da minha família, da minha mãe, ela é tão bonita! Aqui posso fazer as pinturas e dar pra ela. Gosto de vir aqui, fico esperando o dia de vir...” (RRS)

“Gosto muito de vir para a terapia, para o artesanato, fico feliz, alegre, motivação pra viver.” (MJRC)

“Gosto de vir aqui para distrair e conversar, depois que comecei a vir aqui tô melhor, converso com as meninas e vejo meu grande anjo Ricardo, ele é maravilhoso.” (BCC)

“Aqui é bom, a gente conversa, faz arte (risos), fica feliz e volta pra casa leve.” (JLRS)

“Depois que meu esposo faleceu, o CAPS me faz bem, gosto do artesanato, das coisinhas que a gente faz aqui. Gosto de conversar com as professoras e os outros pacientes. Até tô falando no teatro (risos).” (DJS)

“Eu sei que a gente se acostuma mas não devia” “Se eu morresse amanhã ao menos ia me fechar os olhos minha triste irmã, minha mãe de saudades morreria” “Quanta glória presente

em meu afan”. “A ginástica que faço aqui me deixa forte, sei que posso fazer outras coisa em casa.” (ARI)

“O CAPS é maravilhoso e as atividades que fazemos aqui me fez socializar mais, falar mais e estou muito feliz, com isso até arrumei um marido (risos).” (NAR)

“As atividades que não usam remédios, no CAPS foram fundamentais para resgatarem a minha vida.” (PRA)

“As atividades são divertidas e são muito melhores que sem elas.” (MAM)

“Queria mais atividades até fora do CAPS, tinha um lugar ótimo, não sei o que aconteceu, me sinto muito bem em fazer as bolsas, pintar, me distrair, fico feliz. Assim sei que posso.” (MRA)

“Falta funcionários no CAPS, é lugar excelente, como conseguem fazer tanta coisa.” (AOA)

“Gosto muito de fazer atividades de artesanato.” (LNS)

“Amo este lugar, quando chega a hora de ir embora fico triste. Aqui tenho amigos, faço as coisas sozinha e levo pra casa. Gosto dos amigos. Meu filho é bom comigo.” (RMPC)

“Sinto falta quando não venho.” (FAP)

Todos os relatos transcorreram de forma voluntária, em muitos momentos houve a solicitação do registro das impressões pessoais. Foram constantes as referências da autonomia, da independente, da mudança da vida e de suas perspectivas ,do bem estar, da alegria, de uma QV boa adquirida após utilização dos elementos de AC com forma terapêutica no processo de reabilitação psicossocial.

5.2.c Impressões e Vivências da Pesquisadora no Processo da Realização da Pesquisa

A idealização da pesquisa veio ao encontro das dificuldades já mencionadas no período em que estava na gestão municipal, de como modificar os processos de reabilitação psicossocial. Alguns estudos já mostravam a importância da Arte, da Cultura, no resgate do sujeito, na

exteriorização de seus sentimentos mais profundos. A arte para mim não esta representada apenas pelas obras dos grandes pintores, dos renomados escultores, dos famosos bailarinos , cantores, estilistas , mas esta nas ruas , expressa nas paredes, muros e viadutos das grandes cidades por artistas , muitas vezes anônimos, que com seus tração , cores fortes e marcantes, me faz pensar no significado de tudo aquilo, ao mesmo tempo desperta alegria, curiosidade e satisfação apenas no olhar. Mas a realização da pesquisa será em um outro momento, bem diferente. Já não exerço mais nenhum cargo de gestão, agora o governo é outro, outras pessoas, tudo diferente. A ansiedade só aumenta. Tive que começar tudo de novo, a apresentação do projeto, solicitar autorização para iniciar a coleta de dados. Houve uma certa tensão inicial, mas resolvida rapidamente, agora já poderia iniciar o mapeamento dos locais, das ações e iniciar as entrevistas.

Quando comecei a pesquisar e mapear as ações, serviços e locais que utilizam os elementos da AC como terapêutica, identifiquei muitas mudanças. Foi um grande impacto e ao mesmo tempo tristeza perceber que foram grandes as mudanças. Alguns locais que realizavam os trabalhos com AC já não mais estabeleciam a parceria com o município e as atividades, talvez não pudessem ser retomados com a mesma amplitude como era feito, e até podendo haver um retrocesso, com grande prejuízo na reabilitação, distanciando ainda mais do que na teoria a RAPS preconiza. Sabia que as relações contratuais entre os setores público e privado são frágeis sofrendo influência de inúmeros fatores, inclusive as questões orçamentárias e políticas, mas não queria acreditar nessa possibilidade.

Um dos locais de grande importância, a APO, que utilizava a AC como terapêutica, havia encerrado sua parceria com o município. Todas as atividades que eram realizadas com os usuários de saúde mental foram interrompidas e transferidas para outros locais, como o CP e os CAPS (adultos e álcool e drogas).

O Centro Público é um local novo no município, vinculado ao Ministério do Trabalho e sobre a gestão municipal da Secretaria do Desenvolvimento Econômico, Social e Trabalho. Fiquei temerosa e um pouco apreensiva porque saía da minha zona de conforto que é a Secretaria de Saúde e teria que realizar parte da pesquisa em outra Secretaria.

A Secretaria de Cultura manteve a parceria com a Secretaria da Saúde, realizando as atividades de teatro, festas populares, festas religiosas, mas com um menor número de atividades com os usuários de saúde mental. Além das mudanças dos locais que utilizam os elementos de

AC, houve a redução do número de profissionais nas equipes de saúde mental e de forma importante, alguns profissionais solicitaram seu desligamento e para outros não houve renovação dos contratos, como dos oficinairos, que realizavam muitas atividades utilizando elementos de AC, como o tear manual, as atividades de Tranças & Abayomi (bonecas feitas à mão com restos de tecidos, com incorporação da vivência pessoal realizadas em grupos), atividades de expressão corporal, dança e música.

O CAPS adulto manteve a terapêutica com elementos de AC onde pude realizar as entrevistas e participar de algumas ações, mesmo com a redução da equipe multiprofissional. No CAPS álcool e drogas não consegui muito êxito e todas as tentativas não foram bem sucedidas para captar entrevistados.

O CP apesar de ser gerenciado por outra Secretaria acolhe muito bem os usuários e funcionários da saúde mental mantendo uma parceria sedimentada. Todas as visitas para realização das entrevistas foram agendadas previamente. Minha grande dificuldade era conciliar a pesquisa com o meu trabalho. Por muitas vezes precisei trocar o dia de atendimento no ambulatório de pediatria, o que gerava algumas situações inconvenientes, mas resolvidas.

Meu primeiro dia de entrevista foi no CP, confesso que cheguei bem apreensiva, não sabia o que iria encontrar, mas para a minha surpresa fui muito bem acolhida e recebida pelos profissionais que prontamente explicaram aos usuários o motivo da minha presença. Todos foram convidados a participar, desde que fossem maiores de 18 anos e estivessem participando de atividades de AC há mais de 6 meses, não houve em momento algum imposição na participação. Naquele dia consegui fazer 3 entrevistas, demorei muito para explicar individualmente o TCLE. As 3 usuárias aceitaram e até agradeceram a participação na pesquisa e a todo momento reafirmavam a importância das atividades realizadas para sua autonomia, independência, reorganização dos pensamentos e da vida. Saí muito animada com a possibilidade da coleta dos dados e da importância da arte na vida dessas pessoas em acompanhamento nos serviços de saúde mental.

Nas outras vezes em que fui ao CP optei por ler para um grupo a ser entrevistado o TCLE, com a presença dos profissionais da saúde, professores e alguns familiares. A assinatura do TCLE e a entrevista foram realizadas em local mais privativo e individual, sempre ao iniciar a pesquisa perguntava se havia alguma dúvida e se realmente gostariam de responder as perguntas da entrevista. Todas aceitaram de forma tranquila. Os relatos de satisfação e percepção de

melhora na vida, melhora na QV eram frequentes e constantes, muitos solicitavam que eu registrasse na própria entrevista esses relatos. Ao término de cada dia de entrevistas percebia a importância da utilização de terapêuticas não medicamentosas, que propiciam maior autonomia dos usuários de saúde mental.

O mesmo ocorreu no CAPS adulto, fui muito bem recebida pelos profissionais, sempre com muita atenção, colaboração, valorizando a minha presença e o valor da pesquisa a ser realizada. Explicavam aos usuários o motivo da minha presença e nós os convidávamos para a realização da entrevista. Realizei todas as entrevistas em sala anexa a recepção de forma privativa, sempre fazendo a leitura coletiva do TCLE e confirmando inicialmente do desejo voluntário em participação na entrevista. A assinatura do TCLE e a aplicação do questionário eram realizadas de forma individual e sigilosa. Em alguns momentos pude participar de algumas atividades que utilizavam elementos de AC. Como aconteceu no CP, de forma frequente os entrevistados referiam a alegria, a satisfação de poder estar no CAPS, com equipe tão bem qualificada e que as atividades ali realizadas com AC eram essenciais para a vida, os transformavam em pessoas mais seguras, independentes, alegres e em alguns relatos a autonomia só era possível com a arte.

Com a utilização de elementos de AC, constatei que os usuários se aproximam entre si e aumentam o vínculo com os profissionais da saúde, o que ampliava o sucesso da reabilitação. A aproximação e a liberdade nos momentos da terapêutica não medicamentosa fez que ocorresse um casamento, “Clara” e “João” se conheceram no CAPS, namoraram e agora estão casados em torno de 2 anos.

Um fato curioso em algumas entrevistas era a cor referida por alguns entrevistados, alguns se declaravam brancos, mas eram pretos ou pardos; outro se declarou colorido, sendo branco com sardas. Evidenciei o desconforto e incomodo causado pela aparência física em muitas das entrevistadas. Algumas relataram um grande aumento de peso com uso das medicações e envelhecimento importante, dificultando, muitas vezes, o convívio social e até amoroso. Já os homens não se incomodam com a aparência física e relatavam, em sua maioria, estarem ótimos, bonitos.

O relato verbal dos entrevistados de satisfação ,da autonomia adquirida, da melhora da auto-estima , da felicidade, da independência, o fortalecimento dos vínculos pessoais e sociais, de uma QV de vida mais satisfatória mesmo com tantas limitações, foram para mim muito

maiores do que o próprio instrumento de QV pôde qualificar e quantificar. Pude perceber quão grande são os efeitos positivos da arte nas pessoas, principalmente nas que vivenciam ou vivenciaram momentos difíceis, muitas vezes com períodos de reclusão e isolamento.

Em momento algum houve a minha interferência nas respostas do questionário do instrumento de QV WHOQOL-bref, os relatos, em anexo, forma espontâneos.

6 DISCUSSÃO

É de relevância retomar os questionamentos iniciais que impulsionaram a realização desta pesquisa. Como as ações e serviços poderiam propiciar uma verdadeira reabilitação? .Quais recursos terapêuticos poderiam ser utilizados além do medicamentoso? Como o indivíduo em sofrimento mental poderia estar em convívio familiar e social, com autonomia (plena ou parcial) e com QV? Será que a utilização de elementos de AC podem responder esses questionamentos?

Este trabalho de pesquisa teve por intenção avaliar a contribuição da AC como terapêutica, mesmo que integrativa ao tratamento tradicional, contribuindo, quem sabe, positivamente na percepção da QV desses indivíduos, em sofrimento psíquico, que utilizam os serviços de saúde mental do município de Carapicuíba, no SUS.

O delineamento metodológico intencionou compreender quem é esse indivíduo que está em reabilitação psicossocial, conhecer suas percepções subjetivas e tentar minimamente objetivá-las. Compreender qual a percepção de sua QV, aplicando instrumento de avaliação de QV que se propõe a traduzir essa subjetividade, complementada com questões sociodemográficas.

O município de Carapicuíba em alguns aspectos sociodemográficos reflete o que é de ocorrência no Brasil. As mulheres são maioria da população brasileira, 51,4% e passaram a ter maior expectativa de vida e cada vez mais ocupam espaço no mercado de trabalho sendo responsáveis pelo sustento de 37,3% das famílias (IBGE, 2013). Em Carapicuíba essas características não são diferentes, as mulheres são a maioria da população, 51,2%, e em 22,1% dos domicílios são as responsáveis pelo sustento de suas famílias (SEADE, 2017).

O inquérito sociodemográfico aplicado na primeira parte da entrevista, mostra que dos 70 entrevistados na sua maioria eram mulheres, cor auto referida parda, 45 anos como média de idade, estado civil casado, moram com a família, ensino médio completo, depressão como doença referida e com tempo de diagnóstico e tratamento acima de 8 anos.

A OMS publicou no Relatório sobre a Saúde Mental em 2005 que as mulheres tendem a ter uma propensão maior aos riscos de desenvolver transtornos mentais, e certa incapacidade de lidar com a doença, principalmente quando há a inversão dos papéis, ser antes a cuidadora e

agora ser cuidada. Elas continuam com as responsabilidades simultaneamente de esposas, companheiras, mães, educadoras e cuidadoras, e ainda com participação essencial no trabalho, e muitas vezes ser a principal fonte de rendimento e sustento das famílias (OMS, 2005). Vários aspectos podem interferir na saúde mental da mulher, desde os de ordem biológica (fatores genéticos, hormonais), aos de ordem psicológicos (capacidade do enfrentamento das situações vividas, decepções e frustrações), distúrbios alimentares (deficiência de ferro e zinco) alterações de sono, falta de atividade física, condições sociais (jornada dupla de trabalho, relações familiares e conjugais, situação socioeconômica), além de alguns fatores relacionados a idade, raça, etnia, predispondo a mulher a depressão, a ansiedade, alterações de humor (PEREIRA, 2012; MS, 2013). Alguns estudos realizados em comunidades mostram que as mulheres apresentam mais sintomas de angústia e depressão se comparadas aos homens da mesma comunidade (ARAUJO, 2005). Existem poucos estudos sobre a saúde mental masculina; alguns mostram que os homens apresentam mais transtornos psicológicos relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas e a esquizofrenia tendo alta relação com a violência, esta não necessariamente de cunho biológico mas sim relacionado ao modelo sociocultural masculino, interferindo em sua saúde mental. Há grande correlação entre violências sofridas durante a infância e adolescência mostrando que metade dos homens em sofrimento mental sofreram algum tipo de violência: física, psicológica ou sexual antes dos 18 anos (ALBUQUERQUE, 2007).

No que se refere à cor de pele auto referida o município mostra na sua composição 54 % cor branca auto referida, 37,1% cor parda auto referida, 7,7% cor preta auto referida . (SEADE,2018). O IBGE pesquisou as cores mais declaradas pela população e definiu um sistema de classificação com cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. O MS, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 adota o critério da auto declaração. A auto declaração direciona à percepção de cada um em relação à sua cor, sem considerar apenas traços físicos, mas a origem étnico e racial, os aspectos socioculturais e a construção subjetiva do sujeito. A raça/cor da pele pode interferir nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais, que uma pessoa recebe durante sua vida, influenciando na sua posição socioeconômica. A correlação de cor de pele/raça e transtornos mentais pode estar relacionado a exposição ao estresse: 1) estresse ligado à estrutura , status e papel social, determinante de uma posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo. Nos últimos anos, no Brasil houve o crescimento de pessoas que se declararam pretas ou pardas. De acordo

com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pretos constituem mais da metade da população brasileira (50,7%). Dados mais recentes apontam que, em 2015, 53,9% das pessoas se declararam de cor ou raça preta ou parda. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2008, a população preta representava 67% do público total atendido pelo SUS, e a branca 47,2%. A população de mais baixa renda e a população preta são, de fato, SUS - dependentes. Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, mostram uma importante relação entre saúde e seus determinantes sociais, indicando maiores exposições a todas as carências estudadas pela população de raça/cor preta ou parda e pelas pessoas com baixa renda (PNSIPN, 2017 MS, 2017). Alguns estudos sobre depressão e Transtornos Mentais Comuns (TMC) mostraram prevalência maior entre as pessoas de cor preta (51,6%) do que entre as pessoas de cor branca (37,0%), (ARAÚJO, 2005).

Com relação ao perfil dos usuários dos CAPS a renda salarial média é cerca de um salário mínimo e meio, as mulheres apresentaram idade média de 47 anos variando em uma faixa etária de 10 a 98 anos, prevalecendo a de 40 a 49 anos. Os homens apresentaram idade média de 47,8 anos, variando em uma faixa etária de 11 a 90 anos, com maior concentração na de 50 a 59 anos, (ARAÚJO, 2005; PEREIRA, 2012, PNSM, 2016).

Portanto, o inquérito inicial desta pesquisa está em consonância aos estudos que mostram que a mulher, a cor auto referida dos usuários é parda/preta, é mais suscetível a transtornos mentais, principalmente a depressão e distúrbio de humor, e são as usuárias que mais frequentam os serviços públicos de saúde, devidos a condição socioeconômica ainda desfavorável em comparação a população geral e as características da população masculina que procuram os serviços de saúde em momentos específicos (ARAÚJO, 2005).

A AC pode ser considerada uma prática de reabilitação psicossocial usada como coadjuvante no tratamento tradicional, mas com papel essencial, servindo como instrumento de intervenção voltada ao enfrentamento e à diminuição do sofrimento mental, impulsionando o sujeito perceber as possibilidades de expressão, construção e principalmente a da reconstrução das suas dificuldades no que tange ao seu relacionamento com o mundo e consigo mesmo. No transcorrer da pesquisa, em muitos momentos, há verbalização da satisfação dos indivíduos em poder participar e realizar atividades com elementos de AC, do pertencimento a um grupo que se diferencia dos demais, com vínculos interpessoais fortalecidos, com maior autonomia, alegria,

satisfação e independência. Como a QV é a percepção subjetiva do indivíduo, relacionada as suas esperanças, desejos e expectativas, podemos pressupor que a Arte- Cultura tem efeito positivo na avaliação da QV.

A avaliação da QV, com utilização de instrumentos que traduzem a percepção e a subjetividade dos indivíduos levando em consideração os aspectos psicológicos e físicos com suas interrelações sociais, a influência do meio ambiente, torna se um eficaz instrumento para o conhecimento da realidade dos integrantes de um grupo, ou comunidade. O instrumento de avaliação de QV, WHOQOL-bref, traduziu as percepções dos indivíduos em sofrimento mental e que utilizam elementos de AC nos serviços de Saúde Mental ,no município de Carapicuíba, sugerindo que a percepção da QV global é considerada boa ou satisfatória para os entrevistados. O prejuízo na avaliação da satisfação da saúde e no domínio psicológico pode ser decorrente da necessidade de utilização continua de psicotrpicos e seus efeitos colaterais indesejáveis especificamente, na área cognitiva e principalmente na sua capacidade de concentração, não havendo diferenças significativas com relação ao gênero, idade e cor auto referida. A pouca satisfação em aceitar a aparência física e a imagem corporal, está bem evidente em muitas das mulheres, além da resposta negativa a questão especifica, verbalizaram tal insatisfação, relatando aumento de peso, envelhecimento importante. O que reafirma que a subjetividade da QV extrapola os critérios clínicos, baseando sim na sensação individual de bem estar. O fato dos indivíduos viverem em condições semelhantes e estarem sujeitos as mesmas limitações decorrentes da doença mental, podem justificar a falta de variação em relação ao gênero (FLECK e GAZALLE, 2003, MARTINS, 2007).

O Domínio Físico e o Domínio Relações Sociais apresentam resultado positivo e satisfatório na sua análise final e o Domínio meio ambiente apresentam resultados regulares. Alguns estudos mostram que a manutenção e a preservação da capacidade funcional em desempenhar as atividades diárias prolongam a independência dos indivíduos sendo um importante fator de impacto positivo na avaliação da QV (BRAGA, 2011).

Uma rede de apoio social fortalecida, composta por amigos e familiares, repercutem positivamente na percepção da QV, e ao mesmo tempo em que déficits acentuados nas relações sociais impactam negativamente no tratamento e na percepção da QV (FLECK, 2003).

Neste estudo não houve diferenças estatísticas relevantes e significativas quando se analisa a doença mental dos entrevistados, tanto nas 2 questões gerais: percepção da QV global e

satisfação com a saúde quanto na avaliação dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Instrumentos para avaliação da QV são sensíveis as mudanças de saúde durante o tratamento nos indivíduos com doenças mentais, principalmente nos pacientes deprimidos ou com transtornos de humor, fornecendo informações sobre a melhora ou piora do funcionamento psicossocial na medida da oscilação da percepção da QV (FLECK, 2003). Nos indivíduos com esquizofrenia, a percepção da QV é menos satisfatória do que a população em geral, mais pronunciadas nos domínios psicológico, meio ambiente e físico relacionadas as questões ocupacionais, perdas funcionais, perdas das habilidade laborais e afetivas . Os instrumentos para avaliação da QV, como WHOQOL pode ser aplicados nesses indivíduos desde que não estejam institucionalizados ou com rebaixamento cognitivo importante (FLECK, 2003).

A frequência reduzida de pensamentos negativos ou ruins e o nível de pensamentos positivos é um dos melhores indicadores de satisfação pessoal e percepção de boa QV (FLECK, 2003). Neste estudo em 1,4% dos entrevistados referem sempre terem pensamentos negativos, em contraponto em 64,3 % dos entrevistados referem nunca ou algumas vezes apresentarem pensamentos negativos ou ruins. O que pode indicar a boa classificação na QV global nos indivíduos que utilizam elementos de AC como processo de reabilitação psicossocial.

O resultado regular obtido no domínio meio ambiente com prejuízo na participação e oportunidades de realização de lazer, na segurança na vida diária , recursos financeiros insuficientes para a satisfação das necessidades pode estar relacionado as características de um município com baixa renda per capita, com áreas de vulnerabilidade, muitas vezes com trabalho informal, com recursos financeiros restritos, falta de emprego e da sensação prejudicada da segurança, tendo com as causas externas a 4ª causa de óbitos em adultos, com sensação diminuída na proteção nas atividades diárias e com áreas de lazer reduzidas (SEADE, 2018, SMS, 2017). Não foi utilizado nenhum outro instrumento que pudesse detalhar fonte de renda aprofundando essa análise econômica. O fato de não haver diferença significativa das respostas em relação ao gênero, cor auto referida, idade, tempo de estudo ou doença mental em tratamento, pode estar relacionado aos indivíduos viverem em condições semelhantes (MARTINS, 2007).

Além das informações fornecidas pelo instrumento de QV, o relato verbal de satisfação em realizar as atividades de AC, com estabelecimento de vínculos e uma rede de apoio mais fortalecidos, com aquisição e manutenção de independência e autonomia nas atividades de vida diária, acrescidas as impressões vivencias da pesquisadora faz acreditar no efeito positivo na

percepção de QV dos participantes que utilizam elementos de AC como forma terapêutica e também na obtenção de renda.

Quadro 8. Comparação entre 3 artigos que utilizam o instrumento WHOQOL-bref, com população pré-definida.

Título: 1- Qualidade de vida pelo WHOQOL-bref: com idosos residentes em Juiz de Fora /MG
Autor: Maria Cecília Portugal Braga , Milla Apolinário Casella , Maria Laura Nogueira Campos , Sabrina Pereira Paiva
Revista: Revista APS; 2011; jan/mar; 14(1); 93-100
<p>Método:</p> <p>Estudo transversal, descritivo e analítico. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora e pela Secretaria Municipal de Saúde do referido município.</p> <p>População residente na área sanitária 36, da UBS de Santa Efigênia, com idade igual ou superior a 60 anos.: 172 e 133 idosos entrevistados.</p> <p>A coleta de dados foi dezembro e janeiro de 2008/2009.</p> <p>O instrumento WHOQOL-bref realizada pelos pesquisadores.</p> <p>Para caracterização dos aspectos sociodemográficos : elaborado um questionário</p> <p>Para análise dos resultados, foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (média e desvio padrão). As respostas a cada item do questionário variavam de 1 a 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida. A soma dos escores finais médios de cada domínio dependente, podia variar entre 4 e 20. Foi realizada uma correspondência entre a escala de 4 a 20 e a escala de 0 a 100, utilizada no instrumento de avaliação não abreviado para o cálculo da média. Cada domínio foi categorizado em três níveis de satisfação (baixo, médio e alto) para fins de análise.</p> <p>O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado entre os domínios (físico, ambiental, social e psicológico) e a qualidade de vida global. Foi construído um modelo de análise de regressão linear múltipla em uma escala de 0 a 20 para verificar a influência das variáveis no domínio global de QV. Utilizou-se o procedimento stepwise, no qual se empregaram critérios de inclusão estatísticos. O nível de significância utilizado foi de 0,05.</p> <p>Os dados foram analisados quantitativamente com o software SPSS for Windows, versão 10.0.</p>
Resultados:

“continua”

Dos 172 idosos cadastrados, 133 foram entrevistados, representando 77,3% da amostra. Três idosos foram excluídos por déficit cognitivo, 14 se recusaram a participar do estudo e 22 estavam ausentes em três visitas.

Verificou-se o predomínio de indivíduos do sexo feminino (72%), 106 participantes (80%) possuíam menos que 75 anos, 65 (49%) eram viúvos, 106 (80%) tinham primário incompleto ou eram analfabetos, 118 (89%) não estavam inseridos no mercado de trabalho, 112 (84%) tinham a aposentadoria como fonte de renda, 124 (93,2%) indivíduos possuíam renda mensal de até 3 salários mínimos.

Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos domínios físico e psicológico. O domínio social mostrou média maior em relação às demais, com significância estatística.

Verificou-se a correlação de Pearson entre os domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e o domínio global da qualidade de vida.

Todos os domínios se correlacionaram positivamente, porém não atingiram significância estatística quando comparados com o domínio global, já que as correlações foram de baixa magnitude .

Apenas os domínios psicológico e ambiental atingiram significância estatística, apresentando valores de $p < 0,05$ (Psicológico 0,05 e Ambiental 0,026).

Discussão:

Idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade estão relacionados a níveis inferiores de qualidade de vida .

Os idosos estudados são, na maioria, do sexo feminino, de baixa renda e escolaridade, com predominância das faixas etárias entre 60 e 79 anos.

Recebe até 3 salários mínimos (93,2%): não foi encontrada associação significativa entre renda e qualidade de vida .

Nesse estudo, a maioria dos sujeitos entrevistados (80%) se autodesignaram analfabetos ou com Ensino Fundamental incompleto: não observar, em sua grande maioria, limitações em sua QV referentes à escolaridade .

Domínio global da qualidade de vida foram utilizadas as seguintes perguntas: “como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “quão satisfeito você está com a sua saúde?”. As respostas demonstraram um grau de satisfação de 59% .

Domínio físico não contribuiu de forma estatisticamente significativa e apresentou boa média e nível de satisfação .

O domínio psicológico apresentou relevância estatística e nível de satisfação de 51,3%.

Domínio ambiental, os resultados encontrados apontaram para relevância estatística significativa $p < 0,05$ e média 55,5 a média mais baixa dos quatro domínios “em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?”, 98 idosos responderam “nada” ou “muito pouco” e apenas 13 idosos “muito” e “completamente”.

Domínio social apresentou maior relevância positiva. A média encontrada foi de 74,1% e o grau de satisfação se concentrou no nível alto (76,2%), indicando que os idosos

“continua”

estudados estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com suas relações pessoais, com a vida sexual e com o apoio recebido dos amigos.

Conclusão:

Predominância de indivíduos do sexo feminino, com idades variando principalmente entre 60-79 anos, com baixa escolaridade e níveis de renda.

Em relação à qualidade de vida, o instrumento WHOQOL-Bref evidenciou uma avaliação positiva da mesma, principalmente em relação ao domínio social e físico, evidenciando a grande importância das redes sociais na vida dos idosos.

Apesar da baixa validade externa por não conter uma amostra aleatória da população estudada e por se tratar de uma comunidade com características peculiares, encontraram-se resultados semelhantes a outros estudos realizados com a população idosa brasileira. Observa-se a importância da realização de estudos longitudinais para verificar a influência dos domínios na QV ao longo do processo de envelhecimento.

Título: 2 Avaliação da qualidade de vida subjetiva de idosos: comparação entre residentes em cidade rurais e urbanas.

Autor: Cintia ribeiro Martins, Francisco Jose batista Albuquerque.

Revista: Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto alegre, v11 p. 135-154, 2007.

Método:

Estudo com abordagem qualitativo de idosos no meio rural e urbano.

Participantes: 284 idosos: 159 na cidade de João Pessoa e 125 municípios rurais

Instrumento: WHOQOL-bref.

Questionário biodemográfico.

Coleta dos dados na residência dos participantes.

Período: Maio a junho de 2006

Para a Análise fatorial: medidas Kaiser Meyer Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett' s .

Discussão:

Os idosos apresentaram índices satisfatórios, tanto no meio urbano como rural, não há diferença estatísticas significantes em função ao meio ambiente e que moram .

Bons resultado na QV pode ser pelo fato da alta adaptação dos idosos.

Não houve diferença estatística significativa em relação ao gênero nos meios rural e urbano.

As diferenças encontradas com QV mais elevada esta relacionada com a renda mais alta, quanto melhor a renda melhor a qualidade de vida, mas independe do meio rural ou urbano, pois possibilitam maior acesso a saúde e ao lazer, alimentação adequada e propiciam sensação de auto satisfação, gerando menor preocupação ao idoso, dando assim uma QV positiva.

“continua”

Não há diferenças entre os idosos com renda mais baixo tanto no meio rural e no meio urbano.

Conclusão:

Apenas a renda apresenta níveis distintos de comparativos entre os idosos, os mais favorecidos apresentam QV melhor do que os menos favorecidos.

Não há diferenciação da QV no que diz respeito ao meio ambiente em que vivem (rural e urbano).

Não diferença em relação ao gênero.

As pessoas podem referir QV boa ou satisfatória independente se residem na cidade ou na zona rural e independe do gênero.

Título: 3- Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência

Autor: Andreivna Kharenine Serbin, Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo.

Revista : Scientia Medica (Porto Alegre) 2011; volume 21, número 4, p. 166-172

Método:

Um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, no transcorrer do ano de 2009 , no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O estudo contou com a participação de 15 idosos de um grupo de convivência. Foram consideradas validas a participação de 3 dos 4 encontros mensais.

Para a coleta dos dados, foram utilizados os instrumentos WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF. Também foi aplicado um questionário estruturado sobre características sociodemográficas .

Os dados foram analisados com a utilização do software Epi Info versão 3.2.2. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média±desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais e frequência.

Resultados:

Ao se analisar a contribuição dos diferentes domínios do questionário WHOQOL-BREF, o domínio que mais contribuiu foi o social, seguido do ambiental, psicológico e físico. Situação diferente da encontrada em estudo de Pereira (2006), no qual o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida dos idosos foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico.

Conclusão:

Analisando a contribuição das diferentes facetas na qualidade de vida dos idosos, observou-se que as seis facetas juntas atingiram a pontuação de 83,6 e que diferiram a respeito da contribuição individual. A faceta que mais contribuiu foi a do funcionamento do sensório, seguida das facetas de morte e morrer e participação social. Seguiram-se após a autonomia e a intimidade e, com menor pontuação, a faceta atividades passadas, presentes e futuras.

Quando comparamos com outros artigos que avaliam a QV em grupos definidos, utilizando o instrumento WHOQOL-bref, as informações são bem similares, evidenciando uma QV positiva, com predomínio dos domínios relações sociais e físico, demonstrando a grande importância das redes sociais de apoio e a grande capacidade de adaptação e aceitação de suas condições de vida . Por não conter uma amostra aleatória da população a ser estudada há uma baixa validade externa, por se tratar de uma população com características similares (ALBUQUERQUE, 2007, BRAGA, 2011, FIGUEIREDO, 2011).

Quadro 9: Comparação entre 2 artigos que avaliam qualidade de vida em indivíduos com sofrimento mental grave em instituição de custódia e egressos de hospitais psiquiátricos.

Título: 1- Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento
Autor: Ana Flavia Ferreira de Almeida Santana; Tânia Couto Maçado Clarice da Silva Cardoso
Revista: Dissertação de mestrado UFMG. http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/gcpa-7dyn7j . 2008
Método: Estudo transversal, com 54 pacientes de um Hospital de Custódia e Tratamento em Barbacena, Minas Gerais. As entrevistas com questionário sócio-demográfico : diagnóstico, história clínica, história do delito, características pessoais e demográficas e a Escala Q.L.S.-BR (Quality of Life Scale), específica para a avaliação da QV de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Os dados foram analisados estatisticamente SPSS. Análise descritiva dos dados, usando medidas de tendência central e de dispersão. A associação entre os escores de QV foi realizada através de análise multivariada, utilizando como recurso a árvore de decisão, por meio do algoritmo CHAID.
Resultados: Entrevistados do sexo masculino: 90,7%, não concluiu o primeiro grau (69,2%), não possui parceiro (83,3%), exercia atividades profissionais sem qualificação, são portadores do diagnóstico de esquizofrenia paranoide, com o desenvolvimento da doença há mais de 10 anos. A maioria deles cumpre medida de segurança por homicídio. O estudo evidencia a baixa QV dos pacientes que cumprem medida de segurança em regime fechado. Todos os domínios da escala, inclusive o global, apresentaram escores compatíveis com uma QV muito comprometida. O domínio ocupacional apresentou-se como o mais comprometido.

“continua”

Ter apresentado uma maior duração da doença, ter cometido homicídio e estar com idade superior a 40 anos foram as variáveis associadas a uma baixa QV na análise multivariada.

Discussão:

O estudo evidencia uma baixa QV dos pacientes que cumprem medida de segurança em regime fechado no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz. Todos os domínios, inclusive o global, apresentaram escores compatíveis com uma QV muito comprometida. O domínio ocupacional apresentou-se como o mais comprometido. A duração da doença, tipo de delito cometido pelo paciente e a idade estiveram associados com a QV na análise multivariada. Os resultados deste estudo mostram que existe associação entre o cumprimento da medida de segurança em regime fechado e a QV dos pacientes.

A esquizofrenia afeta desfavoravelmente a QV dos pacientes e de suas famílias. Estudos comparativos têm demonstrado que a QV de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia é, persistentemente, mais baixa se comparada com a QV da população em geral e em diversas áreas como, por exemplo, no trabalho, suporte financeiro, relacionamentos afetivos, relações familiares e inserção social. A vulnerabilidade às situações estressantes e a ausência de comportamento assertivo para o enfrentamento de situações problemáticas no dia-a-dia, também contribuem para uma baixa QV .

O atendimento realizado por instituições que ainda mantêm características segregadoras, custodiais e iatrogênicas, como é o caso dos manicômios judiciais, também interferem diretamente na baixa QV dos pacientes.

O resultado de estudos sobre QV de pacientes portadores de sofrimento mental, incluindo pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, aponta para uma melhor QV, na maior parte dos domínios, daqueles pacientes que residem em pensões protegidas, se comparados com pacientes hospitalizados.

A possibilidade de expressividade emocional, definido na literatura como a extensão com que os sentimentos são expressos na convivência com familiares, também aparece como fator de interferência positiva para a QV. Esses estudos revelam que pacientes submetidos a programas de reabilitação hospitalar relatam significativas melhoras na QV após a saída do hospital.

A associação entre o estado civil e a qualidade de vida dos pacientes, com presença do parceiro e de constituição de uma família é apresentada como fator primordial para uma melhor QV sob a ótica dos próprios pacientes. O fato de o paciente ser solteiro esteve sempre associado à baixa qualidade de vida.

A atividade ocupacional é apontada como fator de forte interferência na QV dos pacientes, assim como a renda aparece como fator associado positivamente à qualidade de vida.

A realização de atividades ocupacionais, tais como trabalhos domésticos, trabalhos manuais, trabalhos temporários remunerados, é considerada pela literatura como importante preditor para o desenvolvimento de habilidades físicas, da independência e da autonomia, do convívio social e de atividades de lazer, com importante repercussão na QV e bem estar.

Conclusão:

Os pacientes que cumprem de medida de segurança em regime fechado no Hospital de

“continua”

Custódia e Tratamento Jorge Vaz apresentam QV muito comprometida. A duração da doença, bem como o impacto causado por ela e pelo cumprimento da medida de segurança em regime fechado, está associada à baixa QV dos pacientes. O comprometimento da QV, em todas as áreas da vida dos pacientes, associa-se também ao delito cometido e à idade. A QV no domínio ocupacional é a mais comprometida, o ócio forçado interfere significativamente na baixa QV dos pacientes. A baixa QV no domínio social associa-se, principalmente, à escassez das atividades sociais e à precariedade das relações familiares e relações íntimas. O prejuízo na QV relacionado às funções intrapsíquicas e relações interpessoais destaca-se pela falta de possibilidade generalizada de interação com o mundo.

Título: 2 Modos de Vida de pessoas com Transtornos Mentais: Avanços e Desafios da Desinstitucionalização Psiquiátrica na Contemporaneidade

Autor: Anna Carolina Rozante Rodrigues Salles, Lilian Miranda

Revista: Dissertação de mestrado, Instituto de Educação do Curso de Pós graduação em Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2014

Método:

Estudo qualitativo com entrevistas de 15 pessoas acompanhadas pelo CAPS com diagnóstico de transtorno mental grave e persistente, e passaram por longo processo de institucionalização psiquiátrica, estando morando atualmente no município do Carmo-RJ.

As entrevistas com caracterização sócio demográfica: estruturação das suas vidas na cidade, percepção da forma de viver, do tratamento, se possuem algum trabalho e se estão satisfeitos com este trabalho, renda/salário; atividades de recreação e lazer; religião e como vivenciam a sua religião; se possuem algum benefício e se este os satisfazem; como se sentem em relação ao lugar e as pessoas com quem moram; relações sociais/familiares; fazem projetos para o futuro, o que consideram importante em suas vidas e o que consideram uma vida de qualidade.

Campo de pesquisa: cidade Carmo, município de 17.434 habitantes situado na região serrana do Estado do Rio de Janeiro que esta Carmo está inserido em um contexto peculiar à atenção em saúde mental, por se tratar de um município de pequeno porte localizado no interior do Estado, possuindo 20 residências terapêuticas situadas na zona urbana, que abrigam o total de 115 moradores, sendo 112 ex-internos de instituições psiquiátricas e três pessoas que não possuem histórico de longa institucionalização, mas foram morar nas residências devido ordem judicial.

Foram incluídos no estudo pessoas com transtorno mental grave, com idade entre 18 e 82 anos, tempo de internação superior a dois anos e alta psiquiátrica superior a um ano.

Os participantes estão em tratamento no CAPS e apresentaram quadro clínico e psiquiátrico estável no momento da entrevista.

As pessoas com dependência química, diagnóstico de doença neurológica ou deficiências físicas graves não foram incluídas.

“continua”

Resultados:

As entrevistas ocorreram entre os meses de junho e outubro.

O tempo médio das entrevistas foi de 33 minutos, sendo que três delas durou em torno de 15 minutos e outras três em torno de 48 minutos.

Discussão:

A interpretação do material empírico foi feita através da análise temática, permitindo a identificação dos vários recursos materiais disponibilizados para o processo de reabilitação psicossocial, como moradia, auxílios financeiros e serviços de tratamento não hospitalar. Entretanto, foram identificadas algumas limitações neste processo, como a falta de oportunidade de elaboração da desvinculação do hospital psiquiátrico por parte dos ex-internos, pouca apropriação dos espaços da casa em que moram e dos recursos financeiros de que dispõem, restrição da rede social, passividade em relação ao tratamento e pouco reconhecimento dos dispositivos de cuidado oferecidos.

Conclusão:

São muitos os recursos oferecidos, como moradia, finanças, tratamento diário, serviço para convivência e lazer, que vêm contribuindo para o processo de reabilitação psicossocial destas pessoas que por anos foram afastadas da comunidade, tendo várias esferas de suas vidas subtraídas pela institucionalização.

A reforma psiquiátrica se trata de um processo social complexo, muito ainda tem que ser feito.

São inegáveis os benefícios alcançados com a saída do hospital, no entanto, a crítica é fator indispensável para uma constante reflexão sobre as práticas desenvolvidas. Limitações no percurso de desinstitucionalização vivido pelos sujeitos da pesquisa, como a falta de oportunidade para elaboração da desvinculação da colônia.

Em relação às moradias, nos casos de moradores de residência terapêutica, foi percebida pouca apropriação dos espaços da casa, mesmo vivendo na comunidade, estas pessoas muitas vezes parecem estar excluídas de um convívio social mais amplo, ficando limitadas às relações estabelecidas nos serviços de saúde mental.

Embora possuam um tratamento diário, demonstram pouco reconhecimento dos dispositivos oferecidos, bem como uma passividade ou até alheamento perante o tratamento. É importante a criação de espaços de elaboração da saída do manicômio, de modo que haja oportunidades para que conversem sobre a vida que lá tiveram, podendo (re) significá-la principalmente, podendo construir pontes com a vida atual. Neste sentido, o manicômio deve ser destruído, mas nunca esquecido. É preciso lembrar dele para não refazê-lo. Lidar com pessoas com transtornos mentais, estigmatizadas e impedidas de experimentar o fluir da vida nas cidades por muitos anos (com tudo o que ela tem de bom e de difícil), muitas vezes produz posicionamentos extremamente controladores e, em certa dimensão, excludentes. É preciso muito apoio clínico-institucional para que o cuidado esteja voltado para a possibilidade de que cada ex-interno construa sua forma de apropriação da casa e da cidade, podendo fazer trocas que viabilizem a expressão de seus próprios valores..

Os 2 textos mostrados no Quadro 9, analisa a QV de 2 populações distintas , mas com indivíduos em sofrimento mental, com diagnóstico de doenças graves e limitantes. No primeiro texto a população estudada esta em regime prisional de custódia, o instrumento utilizado para a avaliação da QV é a escala QLS-BR, que pode ser usado em pacientes com esquizofrenia, composta de 21 itens , distribuídos em 3 fatores que englobam informações sobre sintomas e a capacidade funcional dos indivíduos nas ultimas 3 semanas. Fator 1: Rede social, Fator 2: nível ocupacional, Fator 3: função intra psíquica e relações interpessoais. No segundo texto os indivíduos são egressos de Hospitais psiquiátricos com longa internação, não foi utilizado nenhum instrumento ou escala para avaliar a QV, mas foi aplicado questionário para caracterizar a população estudada e avaliar a subjetividade da QV. Ambas as pesquisas indicam baixa QV, relações interpessoais e sociais frágeis, A associação entre o estado civil e a qualidade de vida dos pacientes, com presença do parceiro e de constituição de uma família é apresentada como fator primordial para uma melhor QV sob a ótica dos próprios pacientes . O fato de o paciente ser solteiro esteve sempre associado à baixa qualidade de vida. A atividade ocupacional é apontada como fator de forte interferência na QV dos pacientes, assim como a renda aparece como fator associado positivamente à qualidade de vida. A realização de atividades ocupacionais, tais como trabalhos domésticos, trabalhos manuais, trabalhos temporários remunerados, é importante preditor para o desenvolvimento de habilidades físicas, da independência e da autonomia, do convívio social e de atividades de lazer, com importante repercussão na QV e bem estar.

Os cinco estudos mostram que independente do instrumento utilizado para avaliação da QV, ha correlação forte entre boa QV e fortalecimento das relações pessoais, e da utilização de ferramentas ocupacionais, para a autonomia, independência, melhora da auto- estima e consequentemente a sua QV.

7 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu a compreensão sobre alguns aspectos sociodemográficos das pessoas que utilizam AC como forma terapêutica e de reabilitação psicossocial nos serviços de saúde mental do município de Carapicuíba verificando a sua influência na percepção da QV .

A aplicação do instrumento de avaliação de qualidade de vida, WHOQOL-bref mostrou que os elementos de AC utilizados no processo de reabilitação psicossocial, proporcionam o bem estar, autonomia, independência, energia, com boa mobilidade, com pouco desconforto, dor ou fadiga e com oportunidades em adquirir informações e habilidades suficientes para as atividades diárias, cuidados com a saúde e de trabalho. Há uma rede de apoio com relações sociais e pessoais fortalecidas, proporcionando satisfação pessoal, desencadeando pensamentos positivos em detrimento a sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade) indicando um efeito satisfatório e positivo na avaliação da QV.independente da faixa etária, sexo e cor ou doença mental em tratamento.

Apesar da dependência de uso de medicação de forma contínuo e de seus efeitos adversos principalmente na concentração e da insatisfação de muitas mulheres em aceitar sua aparência física e sua imagem corporal, a avaliação da QV ainda é positiva.

Podemos supor que a falta de diferenciação nos índices de QV pode estar relacionado as características peculiares da população estudada.

Não existem muitos estudos com a utilização do instrumento de avaliação de QV WHOQOL-bref aplicados a uma comunidade aleatória com doenças mentais. Grande parte das pesquisas ou estudos estão relacionados a grupos específicos com a mesma doença mental ou sofrimento psíquico.

As informações do instrumento de avaliação da QV agregadas as demonstrações verbalizadas, dê forma espontânea, no momento da entrevista, podem indicar que existe uma relação positiva na utilização da AC na avaliação da QV dos usuários dos serviços de saúde mental no Município de Carapicuíba.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seria importante a realização de estudos longitudinais para verificar a influência dos domínios na QV ao longo do processo da utilização de elementos de AC, como terapêutica na reabilitação psicossocial.

Talvez um estudo comparativo entre dois grupos, um que não faça uso dos elementos de AC como terapêutica e outro que os utilize há mais de 6 meses, venha contribuir na verificação da influência da AC na avaliação da qualidade de vida das pessoas que utilizam os serviços de saúde mental no município.

Apesar deste estudo sugerir a influência positiva da AC na avaliação da QV, já se torna um dispositivo importante para suscitar e ampliar as discussões das possibilidades de reabilitação psicossocial. Mostrando a necessidade de incorporação de outros elementos terapêuticos e não apenas o medicamentoso, contribuindo para a autonomia, independência e qualidade de vida, das pessoas em sofrimento mental em toda a RAS, desde a AB até a Atenção especializada, não só no município de Carapicuíba, mas a outros municípios com características semelhantes.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque FJB, Martins CR, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida dos idosos: uma comparação entre residentes entre cidades rurais e urbanas. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* 2007;(11):135-54..

Amarante P, Oliveira WF. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento da reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Técnico-científica.* 2004;12(47):6-21.

Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública.* 2008 abr;24(4):941-3.

Amarante P, Pande M. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artísticos culturais da saúde mental no território. In: Amarante P, Nocam F. organizadores. *Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates.* São Paulo: Zagodoni; 2011. p. 23-38.

Andriolo A. A Psicologia da arte no olhar de Osório Cesar. *Psicologia ciência e profissão.* 2003;23(4):74-81.

Araujo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalence of pshychological disorders among womeng according to socio demographic and housework characteristics. *Rev. Bras. Saude Mater Infan.* 2005;5(3):337-48.

Berlim M, Pavanello DP, Caldieraro MAK, Fleck MPA. Reliability and validity of the WHOQOL-BREF in a sample of brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res.* 2005;14(2):561-4.

Berlinck MT. A reforma psiquiátrica brasileira. Revista latino americana de psicopatologia fundamental. 2008;11(1):21-7.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS; v. 1)

Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1)

Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG; 2007.

Calman KC. Quality of life in cancer patients. J Med Ethics. 1984;10(3):124-7.

Carvalho AI, Barbosa PR. Políticas de saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração-UFSC; Brasília: CAPES-UAB; 2010.

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. Condições de Vida e Situação de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. (Saúde Movimento; 4)

Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G. Atenção Básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: Qual pode ser o seu papel? *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2893-902.

Cerqueira LR. Políticas de Saúde Mental. São Paulo: Instituto de Saúde; 2013

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica a saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc. Saúde coletiva*. 2009;14(Supl 1):S1523-31.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). *Rev brasil de psiquiatria*. 1999;21(1):19-28.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). *Rev de Saúde pública*. 1999;33(2):198-205.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-bref). *Rev de Saúde pública*. 2000;34(2):178-83.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):793-9.

Fleck MPA, organizador. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Perfil dos municípios paulistas [internet]. [S.l.]; [s.d.]. Disponível em: www.perfil.seade.gov.br/

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo, perfil municipal [internet]. [S.l.]; 2015. Disponível em: www.seade.gov.br/perfilmunicipal

Galvanese ATC, D'Oliveira AFPL, Lima EMFA, Pereira LMF, Nascimento AP, Nascimento AF. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *História, ciências e saúde*. 2016;23(2):431-52.

Goldberg JI. Reabilitação como processo - O Centro de Atenção Psicossocial. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados São Paulo – Carapicuíba. [S.l.]; [s.d.] [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352250&search=sao-paulo%257Citapevi%257Cinfograficos:-informacoes-completas>.

Melo W. *Ninguém vai sozinho ao paraíso: o percurso de Nise da Silveira na psiquiatria do Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2005.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

Merhy EE, Franco TB, Magalhães JHM. *Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado-movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2013.

Minayo MCS, Hart ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva*. 2000;5(1):7-18.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. 20 fev 2002;Seção 1:22.

Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagem, conceitos e avaliação. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte*. 2012;26(2):241-50.

Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários dos serviços de saúde mental do município de Lorena, SP. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):48-54.

Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 19-30.

Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, Atores e política. *Ciências e saúde coletiva*. 2011;16(12):4579-89.

Ramos RA. Histórias da História da loucura. *Revista de saúde coletiva*. 2003;13(1):215-31.

Scarcelli IR, Alencar SLS. Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate. *Cad. Bras. Saúde mental*. 2009;1(1):9.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de Saúde. Revista Saúde pública. 1997;31(5):538-42.

Silveira FA, Simanke RT. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. Fractal, Rev. de Psicologia. 2009;21(1):23-42.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceitos. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2002;9(1):25-59.

Valladares AC. A arteterapia e a reforma psiquiátrica no Brasil. Revista arteterapia: Imagens da Transformação. 2003;10(10):5-13.

Venturini E. A cidade dos outros. Revista de Psicologia. 2009;21(2):203-22.

Vigotski LS. Psicologia da Arte. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

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

**ANEXO 1 QUESTIONÁRIO PARA COLETAR AS INFORMAÇÕES
SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES**

1- Nome

2- Data de início das atividades:

3- Vínculo com o setor público () sim () não

4- Tipo de vínculo com o município:

5- Número de população atendida:

6- Quais elementos de Arte-Cultura :

7- Sustentabilidade: () sim () não

ANEXO 3 INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA OMS “WHOQOL-BREF”, VERSÃO EM PORTUGUÊS

	nada	muito pouco	Médio		Muito	Completa mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3		4	5
		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua	1	2	3	4	5

“continua”

12	aparência física? Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	4
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde	1	2	3	4	5

“continua”

24	mora? Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA: WHOQL-100

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades completamente, coloque um círculo no número abaixo de "completamente". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "nada". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "nada" e "completamente", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem às duas últimas semanas.

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão facilmente você fica cansado (a)?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Você tem alguma dificuldade para dormir ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto algum problema com o sono lhe preocupa ?				

“continua”

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você aproveita a sua vida ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão otimista você se sente em relação ao futuro ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você consegue se concentrar?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você se valoriza?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quanta confiança você tem em si mesmo?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Você se sente inibido(a) por sua aparência ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão preocupado você se sente ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?				

“continua”

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão sozinho você se sente em sua vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?				

“continua”

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Você acha que vive em um ambiente seguro ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você se preocupa com sua segurança ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão confortável é o lugar onde você mora?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você gosta de onde você mora?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Você tem dificuldades financeiras?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você se preocupa com dinheiro?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto você aproveita o seu tempo livre ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?				

“continua”

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida você tem problemas com transporte ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida ?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Você é capaz de aceitar a sua aparência física?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Quão dependente você é de medicação?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Você consegue dos outros o apoio que necessita?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida ?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades ?				

“continua”

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessária?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Em que medida você tem meios de transporte adequados?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com a qualidade de sua vida?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito

“continua”

1	2	Nem insatisfeito 3	4	satisfeito 5
Quão satisfeito (a) você está com a energia (disposição) que você tem?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com seu sono ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de aprender novas informações?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de tomar decisões?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com suas capacidades?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com a aparência de seu corpo?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

“continua”

Quão satisfeito (a) você está com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de sua família ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe dos amigos ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outro ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc)?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito

“continua”

1	2	Nem insatisfeito 3	4	satisfeito 5
Quão satisfeito (a) você está com sua situação financeira?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com os serviços de assistência social?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

“continua”

Quão satisfeito (a) você está com o clima do lugar em que vive?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?				
Muito infeliz	infeliz	Nem feliz Nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5
Como você avaliaria sua qualidade de vida?				
Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5
Como você avaliaria sua vida sexual?				
Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5
Como você avaliaria o seu sono?				
Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem bom	bom	Muito bom
1	2	3	4	5
Como você avaliaria sua memória?				
Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5
Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?				
Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa

“continua”

1	2	Nem boa 3	4	5
Com que frequência você sente dor (física)?				
Nunca	raramente	As vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5
Em geral, você se sente contente?				
Nunca	raramente	As vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5
Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?				
Nunca	raramente	As vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5
Você é capaz de trabalhar?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Como você avaliaria sua capacidade para o trabalho ?				
Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5
Quão bem você é capaz de se locomover?				
Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem bom	bom	Muito bom
1	2	3	4	5

“continua”

O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover ?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Instituto de Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr. ou Sra. _____

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa: *Arte-Cultura na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental do município de Carapicuíba*. O objetivo desse estudo é avaliar se a arte-cultura contribui para a qualidade de vida das pessoas em tratamento no município de Carapicuíba. No total serão entrevistadas cerca de 120 pessoas com 18 anos ou mais de idade que utilizam os serviços de saúde. A sua participação é muito importante, pois os resultados desse estudo serão úteis para melhorar as atividades de atendimento à saúde mental no município.

O sr.(a) está sendo convidado(a) a responder algumas perguntas (entrevista) sobre como vem se sentindo em relação a sua vida, nas últimas duas semanas. A entrevista terá duração de cerca de 30 minutos e o sr.(a) pode interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sua participação ou não no estudo não irá interferir no seu atendimento futuro.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, o sr.(a) poderá não se sentir confortável ao responder a alguma das perguntas, *mas tem total liberdade para não responde-la ou interromper a entrevista*.

A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo será mantido em sigilo. As entrevistas serão realizadas pela **Dra. Vera Freire Gonçalves - médica da Secretaria Municipal de Saúde de Carapicuíba**- que é a pesquisadora responsável pelo estudo, por outro profissional qualificado para tal ou pela Dra. Suzana Kalckmann, pesquisadora do Instituto de Saúde e orientadora da Dra Vera Freire Gonçalves.

O sr. ou a sra. não terá nenhuma despesa com a pesquisa e também não terá compensação financeira relacionada a sua participação. Caso deseje maiores informações poderá entrar em contato com a Dra. **Vera Freire Gonçalves- tel: 41645555 ou email: freireverah@ig.com.br**

Qualquer esclarecimento ou dúvida sobre as questões éticas do estudo o sr. ou sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Saúde, CEPIS, pelos telefones: 11-3116858606

Esse termo será assinado em duas vias, pelo sr. (a) e pela Dra. Vera Freire Gonçalves, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: "Arte-Cultura na qualidade de vida dos usuários de serviços de atenção a saúde mental do município de Carapicuíba ". Discuti com a pesquisadora Dra. Vera Freire Gonçalves, ou com seu substituto, responsável pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome do entrevistado: _____ (Assinatura)

Data: _____

Responsável pela pesquisa: _____ (Assinatura)

ANEXO 6: CARTA ABERTA A SOCIEDADE: TEXTO NA OCUPAÇÃO NISE DA SILVEIRA NO ITAÚ CULTURAL EM 25 DE NOVEMBRO DE 2017*

Dra Julia Catunda Garcia de Abreu (médica psiquiatra, psicoterapeuta e vídeo artista, criadora do projeto DAISDOIDA: tecnologia de reabilitação psicossocial)

La psychiatrie...

Neste lugar em que nos encontramos Av Paulista, estamos na margem do capitalismo, lá em Carapicuíba, onde atualmente desenvolvo meu trabalho, é onde esse rio faz a curva: a periferia da periferia. E este é o habitat natural da condição psicótica, o deslugar, a deriva, o morar dentro/fora de uma economia. A loucura bagunça o jogo da política dos afetos questionando as gramáticas estabelecidas em todos os níveis, do intra-psíquico aos laços com a sociedade. Vemos que ao procurar dar conta desta bagunça o Estado moderno cunhou discursos e práticas institucionais de domesticação social: educar, vigiar e punir. Paradoxalmente, é a partir de uma instituição fechada e repressiva que vemos surgir o trabalho pioneiro de Nise da Silveira, no qual se permite a criação artística, a experimentação sensorial de si e do outro, a reconfiguração do self na expressão das pulsões e delírios. A experiência antimanicomial, da qual descendem meus projetos como a Caixa de Diálogos, a Caixa Preta do Villém, e a Dasdoida (moda para qualquer corpo, loucura para qualquer mente), Saúde Mental, Beleza, Coisa & Tal (SMB_CT) depende da geração deste tipo de plataformas, de incubadoras de iniciativas, espaços terapêuticos nos quais se (re)constituem subjetividades e se liberam formas reprimidas do imaginário social.

A descoberta para sistemática de enfrentamento do drama humano só foi possível depois do desenvolvimento da mente com self autobiográfico, momento em que a mente é capaz de guiar a deliberação reflexiva e reunir conhecimento. É bem possível que desde sempre tenhamos especulado sobre a posição que ocupamos no universo – de onde?, para onde? – como uma obsessão. No momento que o self rebelde chega à maturidade, surgem os mitos para explicar a condição humana e suas ações, elaborar convenções sociais e regras da moralidade. Quando então são criadas narrativas religiosas destinadas a explicar as razões do drama e impor novas leis para tentar mitigá-lo. A consciência reflexiva não só melhorou a

revelação da existência, mas também permitiu a indivíduos conscientes começar a interpretar sua condição e a agir em função dela.

O motor desses avanços culturais é, desde Freud, a necessidade. Impulso homeostático. Sempre que um desequilíbrio é detectado, procuram corrigi-lo nos limites da biologia e do ambiente físico. Leis e regras sociais e o desenvolvimento do sistema de justiça constituem uma resposta à detecção de desequilíbrios causados por comportamentos sociais que põem os indivíduos e os grupos em risco. A contribuição dos sistemas econômicos e políticos, o desenvolvimento da medicina, são respostas encontradas no espaço social que demandam correção nos limites desse espaço para que não venham a comprometer a regulação da vida dos indivíduos pertencentes ao grupo. Os desequilíbrios definidos por parâmetros sociais e culturais, são detectados no nível elevado da mente consciente, ocorrem na estratosfera do cérebro, a homeostase sociocultural. No nível neural, começa no nível cortical, embora as reações emocionais ao desequilíbrio também acionem a homeostase básica, indicando que a regulação da vida no cérebro é híbrida: acima, abaixo, de novo acima, em curso oscilatório que flerta frequentemente com o caos, mas o evita por um triz. Contar histórias implicitamente criou nosso self, e não é surpreendente que essa prática seja encontrada em todas as sociedades e culturas humanas. Também não deve surpreender que as narrativas socioculturais tenham tomado sua autoridade de empréstimo a seres místicos supostamente dotados de mais poder e mais conhecimento que os humanos, seres cuja existência explicava todos os tipos de sofrimento e cuja atividade tinha a capacidade de oferecer socorro e modificar o futuro e exercem fascínio sobre a mente humana. Na estrutura delirante, a demanda homeostática não consciente está no comando e só pode ser combatida por uma força oposta bem treinada, apoiada por neurolépticos disputando os receptores de dopamina. Spinoza parece ter tido a ideia certa quando disse que uma emoção com consequências negativas só pode ser contrabalançada por outra emoção mais poderosa. O mecanismo não consciente tem de ser treinado pela mente consciente para disferir um bom contra-golpe emocional, nos ensina a neurociência. Quer dizer que o momento de apresentar todo seu poder pessoal inclui cumprir a tarefa impossível de ser você mesmo sem ser você. Por um lado, é preciso sua atenção total, e por outro, você deve ficar à vontade e confiante! Quando você está partido no meio, ou realiza a tarefa impossível, ou tem sorte para encontrar alguém que te costure.

Tudo junto e misturado numa geleia geral já éramos, antes da pós-modernidade vir explicar a nossa consistência líquida. A humanização da saúde mental, a desospitalização da loucura, pedem uma dupla articulação da psiquiatria: introduzir a produção no desejo, e o desejo na produção – na elegante fórmula de Deleuze & Guattari. Imersos em mass media telemáticos e redes virtuais, fruímos identidades por via das narrativas que publicizam o espaço privado. Assim como na vivência psicótica, o modo globalizado de viver na contemporaneidade se configura enquanto produção/transformação de si. Loucos e artistas se apercebem antes das alterações que a comunicação introduz no convívio humano, sabem que o futuro é agora, e o que nos ensina Piera Aulagnier, é necessário atentar para o “não-evidente do evidente”. Nesta altura do desenvolvimento da interconexão generalizada, a arte, como já disse Mac Luhan, deixou de ser um luxo para tornar-se uma necessidade. A função terapêutica que me esforço por divulgar e atualizar na minha prática híbrida de medicina e arte, aproxima-se do gesto cotidiano de atualizar o perfil nas redes sociais: trata-se de uma curadoria do vir-a-ser sujeito, da apropriação de uma timeline singular e muito própria

- 37^a edição do programa Ocupação homenageia a trajetória de Nise da Silveira, apresentando os métodos, as referências e os principais conceitos mobilizados por Nise da Silveira: o afeto como disparador da cura, os animais como terapeutas, o contato com os materiais como aprendizado. A mostra conta com obras do Museu de Imagens do Inconsciente, criado por Nise, além de documentos e entrevistas com pessoas próximas a sua obra.

ANEXO 7 GRUPO COORDENADOR MULTICENTRICO DO PROJETO WHOQOL-100

O Dr. John Orley dirigiu o projeto. Colaboraram Professor H. Herrman, Dr. H. Schofield e Ms. B. Murphy, University of Melbourne, Australia; Professor Z. Metelko, Professor S. Szabo e Mrs. M. Pibernik-Okanovic, Institute of Diabetes, Endocrinology and Metabolic Diseases and Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croatia; Dr. N. Quemada e Dr. A. Caria, INSERM, Paris, France; Dr. S. Rajkumar e Mrs. Shuba Kumar, Madras Medical College, India; Dr. S. Saxena e Dr. K. Chandiramani, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Dr. M. Amir e Dr. D. Bar-On, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheeva, Israel; Dr. Miyako Tazaki, Department of Science, Science University of Tokyo, Japan and Dr. Aiko Noji, Department of Community Health Nursing, St. Luke's College of Nursing, Japan; Professor G. vanHeck e Dr. J. De Vries, Tilburg University, The Netherlands; Professor J. Arroyo Sucre e Professor L. Picard-Ami, University of Panama, Panama; Professor M. Kabanov, Dr. A. Lomachenkov e Dr. G. Burkovsky, Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia; Dr. R. Lucas Carrasco, University of Barcelona, Spain; Dr. Yooth Bodharamik e Mr. Kitikorn Meesapya, Institute of Mental Health, Bangkok, Thailand; Dr. S. Skevington, University of Bath, U.K.; Professor D. Patrick, Ms.

Martin e Ms. D. Wild, University of Washington, Seattle, U.S.A. and Professor W. Acuda e Dr. J. Mutambirwa, University of Zimbabwe, Harare, Zimbabwe.

Novos centros incorporados o projeto WHOQOL-100 incluíram os seguintes investigadores: Dr S. Bonicato, FUNDONAR, Fundacion Oncologica Argentina, Argentina; Dr G. Yongping, St Vincent's Hospital, Victoria, Australia ; Dr M. Fleck, University of the State of Rio Grande do Sul, Brazil; Professor M. C. Angermeyer and Dr R. Kilian, Universitätsklinikum Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Leipzig, Germany; and MrKwok-fai, Queen Elizabeth Hospital, Kowloon, Hong Kong.

Os seguintes profissionais atuaram como consultores: Dr. M. Bullinger, Dr. A. Harper, Dr. W. Kuyken, Professor M. Power e Professor N. Sartorius. (Qualidep 2018, Projeto WHOQOL-100)

ANEXO 8: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ARTE-CULTURA NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA

Pesquisador: VERA FREIRE GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64152517.5.0000.5489

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER


Número do Parecer: 1.917.493

Apresentação do Projeto:

Trata-se do desenvolvimento de um projeto do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde na área de Saúde Mental. Projeto de pesquisa relativamente bem desenvolvido, apresentando o problema teórico, referências bibliográficas relacionadas com o tema. Trata-se de avaliar a contribuição da arte-cultura na qualidade de vida dos usuários de saúde mental no município de Carapicuíba. A qualidade de vida será avaliada por meio de um instrumento de avaliação de qualidade de vida, o World Health Organization of Life (WHOQOL) na forma breve. Os participantes da pesquisa serão divididos em dois grupos de usuários dos serviços de saúde mental, um dos quais composto por aqueles que participam das atividades de arte-cultura há mais de 6 meses e outro grupo, dos que participam há menos de 6 meses ou não participam de nenhuma atividade de arte cultura. O projeto se propõe, inicialmente, a identificar, mapear e selecionar as ações/locais/instituições que desenvolvem atividades de arte-cultura e que atuam em parceria com a secretaria municipal de saúde do município mencionado, disponibilizando as atividades para os usuários dos serviços de saúde.

O cronograma parece adequado para o cumprimento de todas as partes do projeto e apresenta orçamento, provenientes de recursos próprios, com gastos de custeio.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8597 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  SP

Continuação do Parecer: 1.917.493

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a contribuição da arte-cultura na qualidade de vida dos usuários de saúde mental no município de Carapicuíba.

Objetivos específicos

Mapear e descrever os elementos de arte-cultura no município;

Avaliar se a adesão à arte-cultura interfere na qualidade de vida de usuários dos serviços de saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação dos sujeitos consistirá em responder às questões do instrumento de avaliação de qualidade de vida e nesse sentido, os riscos são mínimos, exceto no que diz respeito ao desconforto em responder à alguma questão em especial. Os benefícios para os sujeitos não são diretos e estão relacionados com os conhecimentos gerados em relação aos benefícios da arte cultura na qualidade de vida de pessoas em sofrimento psíquico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda uma questão interessante e relevante, considerando a necessidade de avaliar práticas sociais inclusivas, tendo como alvo pacientes da Saúde Mental. Na introdução do projeto o tema escolhido foi razoavelmente bem situado, permitindo um bom conhecimento sobre o que a pesquisa tratará. O objetivo geral e os específicos não estão claros, embora o propósito do estudo tenha sido bem definido na metodologia. Não se verificaram problemas éticos envolvidos na coleta de dados e está claro que os resultados serão úteis para melhorar os conhecimentos sobre atividades de atenção a pacientes em saúde mental no município.

A pesquisadora apresentou a devida autorização da instituição onde se realizará o estudo. Apresenta um orçamento para custeio que será proveniente de recursos próprios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as declarações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa foram adequadamente apresentadas.

O TCLE apresentado está adequado em todos os aspectos, em consonância com a Resolução 466/12.

Endereço:	Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar	CEP:	01.314-000
Bairro:	Bela Vista		
UF:	SP	Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)3116-8597	Fax:	(11)3116-8523
		E-mail:	cepis@isaude.sp.gov.br

**INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP**



Continuação do Parecer: 1.917.493

Recomendações:

Recomenda-se que o TCLE seja reformatado no sentido de reduzi-lo a apenas uma página. Sugere-se reduzir o tamanho da fonte empregada no documento (inclusive do cabeçalho), o espaçamento entre as linhas e o tamanho das margens. Se o texto, ainda, não couber em uma única página, reservar um pequeno espaço da primeira folha para a rubrica do participante e do pesquisador.

Substituir o número do telefone do CEPIS por (11) 3116 8597 e acrescentar o endereço eletrônico: cepis@isaude.sp.gov.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_858572.pdf	27/01/2017 12:32:29		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo.pdf	27/01/2017 12:31:33	VERA FREIRE GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaVera.pdf	27/01/2017 12:30:43	VERA FREIRE GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodemestradojan2017finalizado.pdf	27/01/2017 11:33:17	VERA FREIRE GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvera2017.pdf	27/01/2017 11:31:12	VERA FREIRE GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br