

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**IRMA MARIA DE MORAES SANTOS**

**TESE**

**PROJETOS CULTURAIS E SAÚDE MENTAL:  
PROMOÇÃO DE INCLUSÃO SOCIAL E QUALIDADE DE  
VIDA**

**São Paulo  
2014**

**IRMA MARIA DE MORAES SANTOS**

**PROJETOS CULTURAIS E SAÚDE MENTAL:  
PROMOÇÃO DE INCLUSÃO SOCIAL E QUALIDADE DE  
VIDA**

Tese apresentada à Escola de  
Enfermagem da USP para obtenção do título de  
**Doutor em Ciências**

Área de concentração: **Cuidados em Saúde**

Linha de pesquisa: **Políticas e Práticas em  
Saúde Mental e em Enfermagem**

Orientadora: **Prof.<sup>a</sup> Dra. Sônia Barros**

**São Paulo  
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

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

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Irma Maria de Moraes

Projetos culturais e saúde mental:  
promoção de inclusão social e qualidade de vida /  
Irma Maria de Moraes Santos. – São Paulo, 2014. 227  
p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Barros

1. Cultura 2. Estigma Social 3. Qualidade de  
Vida 4. Saúde Mental I. Título

Nome: Irma Maria de Moraes Santos

Título: Projetos culturais e saúde mental: promoção de inclusão social e qualidade de vida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Especialmente à Prof.<sup>a</sup> Dra. Sônia Barros, pela competência, respeito e paciência ao ensinar-me e conduzir-me nos caminhos da pesquisa, respeitando e desafiando o meu tempo de amadurecimento e produção. Com toda sensibilidade e generosidade, conduziu a caminhada desde o curso de especialização até aqui.

Aos professores Ana Luisa Aranha e Silva e Silvio Yasuí, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação da Tese.

Às professoras Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Luciana de Almeida Colvero, pelo incentivo, apoio e carinho.

Às colaboradoras Jussara Carvalho dos Santos e Anna Luiza Barros, pelo auxílio na realização do grupo focal e na aplicação do questionário de qualidade de vida.

Aos amigos do grupo de pesquisa: Jandro, Naiara, Talita, Jussara, Anna Luiza, pelo carinho e trocas realizadas no percurso.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem, pelo apoio logístico.

Ao CAPS Itaim e aos usuários do serviço, que aceitaram contribuir com a pesquisa.

À Jane Ribeiro, por ajudar a realizar muitas das tarefas do cotidiano da vida e também do trabalho da pesquisa.

Aos meus familiares, especialmente minha mãe Thereza, por existirem e possibilitarem o aconchego e carinho familiar nas horas difíceis e nas alegrias.

Aos amigos que compreenderam a minha ausência nas festas e encontros, para que esta construção pudesse se realizar.

Ao Centro Universitário Unisal Lorena, que me acolheu e apoiou para a realização do doutorado, especialmente Fábio Reis e Rosana Pena.

Aos alunos do Unisal, que também me acolheram e tornaram possível o compartilhamento dos conhecimentos.

Às amigas Leda, Luciene e Talita por me acolherem e me abrigarem nesta caminhada, em São Paulo.

Fizeram o corpo humano comer,

Fizeram-no beber, para evitar fazê-lo dançar.

(...) e não haverá revolução política ou moral possível enquanto o homem permanecer magneticamente preso nas suas mais elementares e mais simples reações nervosas e orgânicas.

(Artaud, 2004).

Santos IMM. Projetos culturais e saúde mental: promoção de inclusão social e qualidade de vida. (tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

## RESUMO

**Introdução:** As transformações ocorridas no processo da Reforma Psiquiátrica marcaram os campos do conhecimento, da assistência, da legislação e da cultura, e é nas transformações no campo cultural, que encontramos um dos recursos mais bem sucedidos para discutir com a sociedade a reconstrução da sua relação com o louco. A utilização da cultura no contexto da Reforma Psiquiátrica poderia ser compreendida como uma forma de tentar inserir os discursos produzidos pela experiência da loucura em uma tradição de conhecimento, e de novas formas de cuidado e convívio, buscando transformar o imaginário social sobre o estigma da doença mental. Considerando a Cultura e a Reabilitação Psicossocial no campo da Saúde Mental, busca-se analisar e compreender como a experiência de vida dos usuários do CAPS se transforma, tendo como norteadores a qualidade de vida e o espaço de existência e coexistência, produzidos pelo projeto com suas manifestações culturais. **Objetivo:** Indicar critérios de avaliação das ações artísticas/culturais dos serviços de saúde mental, identificando os processos de inclusão social e a qualidade de vida dos usuários do CAPS. **Método:** Delineada como estudo de caso em uma abordagem qualiquantitativa, utilizou como instrumentos de coleta de dados o grupo focal e o WHOQOL-bref. A coleta de dados foi realizada com os gerentes dos serviços para identificar o objeto de estudo, definindo como cenário um CAPS do município de São Paulo, com 10 sujeitos que aceitaram participar do grupo focal e assinaram o TCLE, sendo que do total, seis participantes aceitaram responder ao WHOQOL-Bref. Os resultados foram analisados pelo método da Análise de Discurso, para os dados qualitativos, e pela

Estatística Descritiva, para os dados quantitativos. **Resultados:** Os aspectos explorados no grupo focal foram: concepção de projeto cultural, cultura e saúde mental; ações do projeto com ocupação de territórios e espaços da cidade; mudanças nos relacionamentos com outras pessoas, com trocas afetivas e sociais; mudanças de comportamento, com superação da insegurança e aumento da confiança; ampliação da participação em outras atividades do CAPS; descoberta de novas habilidades relacionadas à arte/cultura; a concepção sobre saúde-doença, que se modifica com o projeto, e questionamento do estigma com relação à doença mental; e a possibilidade de inclusão social evidenciada com a mobilidade, trocas sociais, ampliação de suas redes sociais e trocas com projetos de geração de renda. A análise dos discursos evidencia que esses aspectos são confirmados como resultados alcançados pelos sujeitos que participam do projeto cultural. A análise do WHOQOL-bref indicou que os domínios físico, psicológico e relações sociais têm nível médio de satisfação para a qualidade de vida dos sujeitos e o domínio meio ambiente tem alto nível de satisfação. A qualidade de vida total, ou global, também tem nível médio de satisfação. Os resultados confirmam que as ações realizadas com o projeto cultural possibilitam a quebra do entretenimento, constituindo-se de ações dotadas de eficácia transformadora. A avaliação torna possível inferir que o projeto cultural reafirma o sentido da arte como um atributo humano capaz de transformar atitudes, lugares de saber, lugares de existência e, por consequência, é capaz de alterar a qualidade de vida e produzir inclusão social, embora ainda existam desafios a serem superados.

**Palavras-chave:** Cultura; Estigma; Inclusão Social; Projeto cultural; Qualidade de Vida e Saúde Mental.



Santos, IMM. Cultural projects and mental health: social inclusion and life quality (thesis). São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The changes occurring in the process of the psychiatric reform marked the fields of knowledge, assistance, legislation and culture, and we find in the changes of the culture field, one of the most successful resources to discuss with the society how to repair their relation with the mentally handicapped. The use of the culture in the context of the Psychiatric Reform could be understood as a way of trying to include the speeches produced by the serious mental illness experience in a tradition of knowledge, and new ways of care and social relations, trying to change the social imaginings on the stigma of mental illness. Considering Culture and Psychosocial Rehabilitation in the field of Mental Health, we try to analyze and understand how life experience of CAPS users changes, guided by life quality and existence and coexistence space, produced by the Project with their cultural manifestations. **Objective:** To indicate evaluation criteria of artistic and cultural actions of mental health services, identifying the processes of social inclusion and life quality of CAPS users. **Method:** Outlined as a case study in a qualitative and quantitative approach, using the focal group and the WHOQOL-bref as instruments of data collection, The data were collected from the service managers to identify the study object, defining a São Paulo municipality CAPS as a scenario, with ten people who agreed to participate in the focal group and signed the TCLE, where six participants agreed to answer the WHOQOL-bref. The results were analyzed by the Speech Analysis Method, for the qualitative data, and by the Descriptive Statistics for the quantitative data. **Results:** The aspects explored in the focal group were : conception of cultural

Project, culture and mental health, actions of the Project with occupation of territory and city spaces, changes in relationships with other people, with affective and social exchanges, behavior changes, overcoming insecurity and confidence increase, expansion of participation in other CAPS activities, discovery of new skills related to art and culture, the conception about health-disease, which changes with the Project, and questioning of the stigma regarding mental illness, and the possibility of social inclusion evidenced with mobility, social exchanges, expansion of their social networks and exchanges with projects of income raising. The analysis of the speeches shows that these aspects are confirmed as results achieved by the people who participate in the cultural Project. The WHOQOL-bref analysis indicated that the physical, psychological and the social relations domains have an average level of satisfaction for the life quality of the people and the environment domain has a high level of satisfaction. The total or global life quality also has an average level of satisfaction. The results confirm that the actions taken with the cultural Project are effective changing and they enable the entertainment break. The assessment makes it possible to infer that the cultural Project reaffirms the sense of art as a human attribute capable of changing attitudes, places of knowledge, places of existence and, therefore, able to change life quality and produce social inclusion, although there are still challenges to be overcome.

**Key words:** Culture; Stigma; Social Inclusion; Cultural Project; Life Quality and Mental Health.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	25
1.2 CULTURA.....	29
1.2.1 <i>Projetos Culturais</i> .....	33
1.3 A CULTURA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	44
1.4 CULTURA E QUALIDADE DE VIDA.....	47
1.4.1 <i>Qualidade de vida, saúde mental e cultura</i> .....	48
1.5 OBJETIVO GERAL.....	62
1.5.1 <i>Objetivos específicos</i> .....	62
<b>2. CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>63</b>
2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	65
2.1.1 <i>Cultura</i> .....	66
2.1.2 <i>Categorias analíticas: Inclusão Social e Estigma</i> .....	71
2.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	76
2.2.1 <i>Instrumentos de Coleta de Dados</i> .....	76
2.2.2 <i>Cenário de estudo</i> .....	84
2.2.3 <i>Fonte de dados empíricos</i> .....	87
2.2.4 <i>Aspectos éticos</i> .....	93
2.3 ANÁLISE DE DADOS.....	95
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>101</b>
3.1 GRUPOS.....	101
3.1.1 <i>Registro e análise dos acontecimentos no grupo</i> .....	103
3.2 O PROJETO CULTURAL COMO PROCESSO.....	109
3.2.1 <i>Concepção de Projeto Cultural</i> .....	111
3.2.2 <i>Projeto Cultural como instrumento</i> .....	114
3.3 O PROJETO CULTURAL E O TERRITÓRIO.....	120
3.3.1 <i>Projeto no território</i> .....	121
3.4 O PROJETO CULTURAL E O MODO DE ANDAR A VIDA.....	124
3.4.1 <i>Benefícios do projeto cultural</i> .....	124
3.5 QUALIDADE DE VIDA.....	131
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>143</b>
4.1 GRUPOS.....	145
4.2 O PROJETO CULTURAL COMO PROCESSO.....	149
4.3 O PROJETO CULTURAL NO TERRITÓRIO.....	157
4.4 O PROJETO CULTURAL E O MODO DE ANDAR A VIDA.....	163
4.5 O PROJETO CULTURAL E A QUALIDADE DE VIDA.....	174
<b>5. CONCLUSÕES DO CAMINHO</b> .....	<b>183</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>192</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>211</b>
APÊNDICE A.....	211
APÊNDICE B.....	212

<a href="#">APÊNDICE C</a> .....	215
<a href="#">APÊNDICE D</a> .....	216
<a href="#">APÊNDICE E</a> .....	217
<a href="#">APÊNDICE F</a> .....	218
<a href="#">APÊNDICE G</a> .....	219
<b><a href="#">ANEXOS</a></b> .....	<b>220</b>
<a href="#">ANEXO 01</a> .....	220
<a href="#">ANEXO 02</a> .....	221

## **APRESENTAÇÃO**

A implantação da Reforma Psiquiátrica, como política pública no Brasil, tem como um dos seus marcos teóricos fundamentais, o conceito de desinstitucionalização baseado na experiência italiana que busca mobilizar como atores os sujeitos envolvidos, transformando as relações de poder entre os doentes mentais e as instituições e produzindo estruturas de serviços que substituam a internação em hospitais psiquiátricos.

É um processo social complexo que concretamente vem modificando os modos nos quais as pessoas são tratadas, para transformar a existência-sofrimento do sujeito com doença mental.

Muitas ações empreendidas para as mudanças nas formas de cuidado e nas estratégias de inclusão social dos sujeitos com doença mental têm sido na direção de garantir um novo lugar na sociedade, e estão fundamentadas no modelo da Reabilitação Psicossocial.

O modelo da Reabilitação Psicossocial propõe que as ações dos serviços de saúde mental busquem a transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura e o louco. Nesse contexto de complexidades, as relações devem se conduzir no sentido de superação do estigma e da exclusão dos sujeitos, que ao viverem a experiência da doença mental sofrem grandes implicações nas formas de interação e na possibilidade de aceitação social. Designa, portanto, as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação às condições concretas da vida, reconstruindo novos saberes e práticas.

No cotidiano do trabalho que realizo, tanto no ensino universitário como nas práticas no serviço de saúde mental, ainda são explícitos uma forte resistência, o preconceito e um imaginário social permeado pela ideia moral e da periculosidade do doente mental. Mas, ao realizar um trabalho em que se utiliza a arte/cultura é possível observar que há outro olhar, outras formas de compreensão para com o sujeito que participa dessas ações.

A literatura sobre o tema também mostra a importância do campo cultural como instrumento inovador e um dos recursos mais bem sucedidos para desvincular a doença mental das condições apenas biológica e estigmatizante, que normatizam e controlam os sujeitos, para o campo político, de direitos. Esse é o desafio, avançar em ações para a inclusão social e gerar sentidos para a vida dessas pessoas, objetivo fundamental da Reabilitação Psicossocial.

O modelo institucional nessa nova configuração constitui-se de campos ou dimensões, que se referem ao conjunto de questões teórico-conceituais concernentes à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer; a dimensão técnico-assistencial, que se refere ao modelo de assistência que decorre do saber produzido; a dimensão jurídico-política, que busca consolidar a revisão da legislação e dos direitos de cidadania e a dimensão cultural, referente à transformação do lugar social da loucura, da diferença e da diversidade (Amarante, 1999).

É na dimensão denominada cultural, que localizamos as questões sobre as práticas neste processo. Esta dimensão propõe o deslocamento da loucura dos espaços médicos e psicológicos para os diversos espaços do meio social, e objetiva a transformação do imaginário social em torno da loucura/doença mental construído e sustentado pelo saber psiquiátrico ao longo dos últimos dois séculos.

O interesse em pesquisar sobre o tema está posto no sentido de que a questão da cultura está relacionada com as diversas questões do processo da Reforma Psiquiátrica e do conceito da desinstitucionalização, inclusive a questão do estigma e preconceito com relação ao doente mental.

A escolha do tema da atual pesquisa surgiu do desejo de aprofundar o conhecimento dos estudos realizados na dissertação de Mestrado “A Interface cultura e saúde – o desafio para os CAPS” (Santos, 2009)<sup>1</sup>. Os resultados de tal investigação apontaram caminhos ainda pouco explorados no sentido de produção de conhecimento deste objeto, assim como questões importantes para a especificidade da mudança do estigma e do imaginário social, como consequência desses projetos.

Embora haja uma intencionalidade de inclusão social nas ações do projeto cultural, a análise dos discursos dos atores envolvidos indicou algumas contradições com relação às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à transformação e à superação do estigma. Na época, o serviço não adotava mecanismos de avaliação dos resultados do projeto cultural, nem sobre o sujeito, tampouco sobre a comunidade em que deve estar inserido.

A base do interesse desta investigação é pesquisar para analisar, compreender e produzir conhecimento no campo da cultura e saúde mental, possibilitando sustentação para as ações dos atores sociais envolvidos. De modo mais específico, a autora pretende investigar se os usuários dos serviços de saúde mental do município de São Paulo, ao participarem de projetos culturais, realizam transformações em suas vidas, no sentido de superação do estigma e ampliação da qualidade de vida.

---

<sup>1</sup> Santos, IMM. A interface cultura e saúde – o desafio para os CAPS. Dissertação de Mestrado. São Paulo: EEUSP, 2009.

## 1. INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas no processo da Reforma Psiquiátrica marcaram os campos do conhecimento, da assistência, da legislação e da cultura. Mas é na transformação do campo cultural que encontramos um dos recursos mais bem sucedidos no sentido de desvincular o relacionamento entre a humanidade, a natureza e os sistemas sociais da dimensão biológica, possibilitando discutir com a sociedade a reconstrução de sua relação com o louco e com a loucura (Amarante, 2007).

O reconhecimento da importância da dimensão cultural nos projetos de desenvolvimento humano vem crescendo, assim como a compreensão do papel estratégico das expressões culturais, que perpassa pela diversidade cultural. É nessa direção que a pesquisa encontra o seu objeto de interesse, por compreender que a intervenção cultural tem importância significativa para as ações de Reabilitação Psicossocial no lidar com a pessoa com doença mental e com a diferença entre os sujeitos.

No final do século XIX esse campo ainda estava se constituindo, havia uma preparação do terreno no qual arte, clínica e loucura iriam se atravessar. As relações entre arte, clínica e loucura não estão ainda estabelecidas, mas o campo da arte começa a emergir, buscando uma articulação com a produção de saúde e o pensamento em relação à loucura. E esta, a partir da região do silêncio ao qual fora confinada por toda a época clássica, e que se concretizou no internamento, começa a buscar espaço para o reconhecimento de sua voz (Lima, 2009).

No Brasil, a loucura é registrada desde os primeiros séculos da colonização tendo sido abordada através dos tempos, sempre como uma questão complexa. No que diz respeito à questão da



utilização da arte e da cultura, a história da loucura no Brasil está intimamente ligada à expressão artístico-literária do louco.

Com a narrativa da Literatura, encontramos na obra “O Alienista” de Machado de Assis, um retrato do Brasil no século XIX, no que concerne ao comportamento social em relação à loucura. O autor faz um retrato irônico do sistema de internação psiquiátrica da época, na obra publicada em 1882 e, a exemplo de uma fábula simboliza e critica os valores de sua época (Lima, 2011).

Em 1920, Lima Barreto escreveu “Diário do hospício”, onde registra sua internação no manicômio Pedro II, fazendo da escrita uma estratégia de sobrevivência no local que chamou de cemitério dos vivos. Nos anos de 1940, também no mesmo hospício, Nise da Silveira incentivou os pacientes a exorcizarem delírios em telas e esculturas, tecendo a razão em imagens estéticas. A paixão pela arte e o diálogo com a crítica de arte lhe deu suporte para deslocar a questão da loucura do campo da psicopatologia para o campo da cultura, produzindo transformações tanto no campo das artes, como na saúde (Revista de História, 2005; Revista Radis, 2005).

As obras produzidas em Engenho de Dentro, tinham valor para Nise da Silveira no sentido de sua significação expressiva e terapêutica, possibilitando ao paciente um instrumento de transformação das realidades interna e externa. A “arte virgem” que surgia em Engenho de Dentro aparece como “outro da cultura”, assim como a loucura produz o “outro do sujeito” (Frayze-Pereira, 2003).

O fenômeno de Engenho de Dentro, atravessado pelo Jung da Dra. Nise [...] dependeu de personalidades que atestam algo dessa ordem: Lucio, Adelina, Fernando, Isaac. Eram os artistas que, por não dialogarem com a cultura ou com a história da arte, surgiam naquele momento como um remédio contra a sensibilidade endurecida (Dionísio, 2012, p. 13).

A prática violenta e excludente nas instituições psiquiátricas foi o motor essencial para o surgimento de movimentos sociais articulados, com o objetivo de realizar a transformação do modelo vigente no lidar com a doença mental, a partir da Reforma Sanitária, do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), na década de 1980. O resultado dessas lutas dá início ao processo da Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup>, movimento forte que passou a reivindicar a transformação das relações vigentes entre cultura e loucura. No lugar das relações normatizadas, busca-se a produção de vida, cidadania e liberdade. Assim, novas configurações da produção de saberes e fazeres necessários a esta prática exigiu originalidade de ações nos espaços habituais de tratamento e construção ágil de um saber-fazer por parte dos atores sociais envolvidos. As proposições da Reforma Psiquiátrica estão direcionadas, a partir de seus objetivos, para a Reabilitação Psicossocial e a inclusão social.

Os discursos psiquiátricos emergiram como parte do processo de ordenação cultural que, a partir do século XVII, definiram as relações e lugares constituídos pela sociedade e instituições, para os sujeitos com doença mental, redundando em estigma, segregação e desqualificação desses sujeitos.

A utilização da cultura no contexto da Reforma Psiquiátrica poderia então ser compreendida como uma forma de tentar inserir os discursos produzidos pela experiência da loucura em uma tradição de conhecimento e de novas formas de cuidado, de convívio, de ação terapêutica, objetivando um efeito transformador do imaginário social e conseqüentemente, a superação do estigma.

---

<sup>2</sup> Para aprofundamento acerca da constituição inicial do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira consultar, entre outros: Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Amarante P. (org.). Loucos pela vida – Trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. p. 91-131.

Santos (2009) apontou em estudo anterior que “diversas experiências e projetos, que utilizam a arte ou intervenções culturais, acontecem no país no campo da Saúde Mental, desde o final de 1980 e, na sua maioria, têm como perspectiva a Reabilitação Psicossocial do sujeito” (p. 23).

A experiência da reforma psiquiátrica na cidade de Santos iniciou, em 1989, a construção de uma rede de serviços territoriais de Saúde Mental, sendo uma das iniciativas pioneiras no Brasil e a primeira a efetivamente substituir o tratamento em hospital psiquiátrico. Essa experiência ultrapassou o âmbito da assistência, levando a discussão para a sociedade e criando um movimento de transformação da própria cultura e, nesse sentido, várias estratégias foram colocadas em prática, como o “Projeto Tam-Tam”, que envolvia um conjunto de iniciativas culturais através de atividades tais como, programas de rádio, produção de vídeos, artes plásticas e dramáticas, etc. A proposta era dialogar com a sociedade, transformando a ideia de asilamento do doente mental (Amarante, 1997).

Outros movimentos, debates e ações foram se construindo em outros lugares. No Rio de Janeiro, em 1996, a partir de debates na ENSP/Fiocruz sobre saúde mental e a experiência das TVs comunitárias, surgiram projetos como a “TV Pinel” no Rio de Janeiro e a “Rede Parabolínica” de Belo Horizonte, cuja necessidade era dar voz aos pacientes para que falassem à sociedade. A Rede Parabolínica produziu vídeos e fanzines com portadores de transtornos mentais atendidos pela rede pública de saúde mental de Belo Horizonte. Este trabalho tinha como objetivo questionar a contradição entre o discurso da Reforma Psiquiátrica e a prática efetiva dos serviços de Saúde Mental, como também a pouca participação dos usuários. O projeto articulou uma rede de produção artística e cultural como elemento de transformação social e ética,

tendo como princípio a arte e a loucura, fortalecendo a autonomia do sujeito no processo de inserção social (Santos, 2009; Radis, 2005).

No município de São Paulo, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, a rede de assistência pautada nos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizou alterar culturalmente o papel da Unidade Básica de Saúde e do Hospital Geral, cogereciado pela população. Mas, foram as ações intersetorializadas com a educação, cultura, habitação e transporte que, na época, se apresentaram como uma abordagem inovadora para a dimensão da saúde. Desse modo, a assistência foi definida sobre bases amplas e complexas, com uma rede de serviços diversificados, que privilegiaram os espaços gerais, de saúde ou social, pela ação inclusiva e terapêutica. Foram então, implantados os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOS), que possibilitavam uma interlocução com as ações de saúde, redimensionando o conceito de saúde. Na época, provocaram uma espécie de desequilíbrio na rede de atenção à saúde, por ser um serviço com perfil cultural, que promovia a convivência e o exercício da cidadania em equipamentos sociais públicos, utilizando a arte e o trabalho cooperado (Lopes, 1999).

Têm-se, como experiências significativas dos CECCOS, o Coral Cênico de Saúde Mental, “Cidadãos Cantantes”, que nasceu em 1992, tornando-se autônomo em 1996 quando se vinculou à ONG SOS Saúde Mental. Também, o Grupo de Meninos do Parque Ibirapuera, onde meninos em situação de rua realizavam encontros, com suas explícitas diferenças e que, em aproximações sucessivas baseadas no afeto, foram substituindo, ainda que momentaneamente, a droga e furtos pela atividade de confecção de pipas, teatro e dança. A Livraria “Espaço voo Livros”, intervenção que possibilitou a inserção no mercado de trabalho, também ligada à ONG “SOS Saúde Mental”, profissionalizou usuários de saúde mental, familiares e conselheiros de saúde, administrando em

conjunto, o contato com alunos, professores, editoras, respondendo por todas as atividades, custos e divisão de lucros (Lopes, 1999).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luis da Rocha Cerqueira de São Paulo, cujo projeto iniciou no final de 1986 com a reforma administrativa da Secretaria de Saúde na efervescência da redemocratização, foi inaugurado em março de 1987. Essas mudanças políticas e administrativas impulsionaram os atores envolvidos com a saúde mental na luta pela assistência de qualidade para pessoas com grave comprometimento psíquico, aliada à produção de conhecimento para o ensino e a pesquisa em saúde mental. Como resultado do empenho de um pequeno grupo de profissionais foi possível a utilização da sede da extinta Divisão de Ambulatório para uma atividade assistencial, visando atender a uma parcela de usuários que apresentavam transtornos psíquicos graves e com dificuldades de inserção social. Nessa perspectiva, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira surgiu como uma proposta de atendimento distinta e seguiu uma trajetória que experimentou novas práticas, assimilando conhecimentos de várias experiências da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana. Na época, foi pioneiro em investir em diversos projetos que tinham como objetivo a inclusão social dos usuários do serviço e, também, a intervenção cultural no espaço da cidade (Yasuí, 1999; Tenório, 2002).

O Núcleo de Sociabilidade oferecia um amplo conjunto de atividades dirigidas a aumentar a qualidade de vida dos usuários por meio do cuidado relacionado aos direitos sociais, à moradia, ao trabalho, à convivência e ao lazer. A ampliação de autonomia para a vida e o desenvolvimento de recursos pessoais eram as metas que orientavam a concepção e o desenvolvimento de cada projeto. Destacaram-se os seguintes projetos:

- Clube do Basaglia - Projeto que tinha como proposta articular várias organizações e serviços no sentido de desenvolver atividades de lazer, cultura e sociabilidade.
- Oficinas Culturais - Fruto de um convênio entre a Associação Franco Basaglia (AFB) e a Secretaria de Cultura do Estado de São Paulo, organizaram um conjunto amplo de oficinas culturais e expressivas: artes plásticas, jornal, marcenaria, rádio, dança, vídeo, cultura & beleza e teatro.
- Artes plásticas - utilizando-se de vários tipos de materiais e técnicas, a oficina procurou oferecer um espaço criativo para os participantes. A produção individual e coletiva foi exposta em vários eventos.
- Rádio - o grupo dirigiu seus esforços para a montagem de um programa de rádio na “Rádio Comunitária Butantã”, além de apresentarem-se ao vivo na “Festa Multiplacidez”.
- Jornal - foi responsável pela produção do jornal “Novamente”, órgão de divulgação da Associação Franco Basaglia.
- Dança - oferecia espaço para experimentação corporal dos participantes, utilizando-se dos mais diferentes ritmos musicais.
- Teatro - oficina que tinha como proposta desenvolver o potencial expressivo dos participantes utilizando-se de diferentes técnicas teatrais.
- Cultura & Beleza - espaço destinado a desenvolver iniciativas e experiências ligadas ao universo da moda e da estética (Relatório PIDA, 1998).

Mais recentemente, no ano de 2005, o CAPS Itaim criou o projeto “Tardes Culturais”, onde foram organizadas atividades com vídeo, dança circular e música. A partir dessa iniciativa nasceu o

“Grupo Cultural BibiTanTtã”, que em parceria com o CAPS Butantã e duas Organizações não governamentais, tinha como proposta utilizar a cultura como elemento de inclusão social, onde a ligação entre as pessoas não se restringisse aos problemas da doença mental. Esse projeto foi o objeto de estudo da Dissertação de Mestrado da autora (Santos, 2009).

Os vários serviços e organizações não governamentais no Brasil vêm criando projetos e espaços de participação e discussão, inclusive através de projetos apresentados para concorrência em diferentes editais de fomento, tais como: Projeto Arte e Cultura – I Edição de Prêmios em Saúde Mental da Fiocruz, Ministério da Saúde e Ministério da Cultura, elaborado a partir da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e em situação de risco social em 2007; Portaria Interministerial entre Ministério da Cultura e Ministério da Saúde com o Programa mais Cultura mais Saúde em 2007; Projeto “Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental” do Ministério da Saúde, nos termos da Portaria GM 1169/2005 e ainda, o Edital do Ministério da Cultura “Prêmio Cultural Loucos pela Diversidade – Edição Austregésilo Carrano” em 2009, em parceria com o Ministério da Saúde, por intermédio do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Fiocruz) e recursos da Caixa Econômica Federal (Reinheimer, 2009; Santos, 2009).

Pensar e compartilhar ideias a respeito de cultura, saúde-doença mental e diversidade, remete a um compromisso mais profundo com o doente mental. Apesar dos esforços interinstitucional, governamental e da sociedade para produzir mudanças sociais e culturais sobre o estigma, ainda encontramos esses sujeitos marcados em seu cotidiano, pela imagem da doença, da loucura.

Essa situação parece ilustrar a estereotipização tradicional, resistente à mudança com relação à doença mental. O estigma é uma marca que produz uma imagem negativa para os sujeitos, uma reação social que isola certos atributos, classificando-os como indesejável, desvalorizando e discriminando esses sujeitos que os possuem (Miles, 1982, Goffman, 1988, Santos, 2009).

No entanto, as consequências do estigma não se limitam à discriminação pelos outros. A posse de um estigma, que é uma divergência indesejável segundo Goffman (1988), torna a pessoa diferente das demais e as expectativas sociais habituais não se aplicam a ela. Os sujeitos ficam inseguros quanto ao seu lugar, ao que esperar delas e isso perturba a interação comum na sociedade. Os sujeitos com doença mental também endossam atitudes estigmatizantes sobre a doença mental e sobre si mesmos. E as consequências sociais do estigma são graves, pois as possibilidades de vida dos doentes mentais ficam muito reduzidas (Miles, 1982; Goffman, 1988).

Mas as consequências do estigma, embora implícitas, nem sempre são exploradas nos estudos atuais, mesmo no âmbito dos serviços substitutivos, e alguns estudos que se aproximam desse interesse abordam a questão a partir dos conceitos e representações sobre a doença mental, “deixando de lado a experiência vivida pelos sujeitos que são alvo dessas formas de representação” (Nunes e Torrenté, p. 102, 2009).

Os mesmos autores afirmam que o modelo de atenção psicossocial investe em novas modalidades de tecnologia em saúde, especialmente nas chamadas tecnologias leves, que produz resultados positivos quanto aos padrões interativos, relações interpessoais mais dialógicas e sensíveis, possibilitando novos modos de aceitar e interagir com a diferença, por outros sujeitos da sociedade. Apesar do investimento da política nacional de saúde



mental, transformações culturais não acontecem na sociedade em resposta imediata às mudanças de, e os efeitos de novas práticas de saúde mental sobre a vida dos usuários, com relação ao estigma, não são suficientemente conhecidos (Nunes e Torrenté, 2009).

Há dificuldade inclusive em delimitar em quais dimensões relacionais dos usuários devem ser concentrados os maiores esforços para a superação de processos de estigmatização, conforme observado por diversas pesquisas sobre modelos educacionais, emoções expressas, dimensões transculturais e escalas de valores culturais (Nunes e Torrenté, p. 102, 2009).

Essa situação permanece como um desafio para as novas formas de intervenção que passam por um processo de desconstrução do conceito de clínica, deixando de ser isolamento ou tratamento moral e torna-se a possibilidade de produção de sociabilidades e subjetividades, uma nova contratualidade de vida. As novas intervenções não estão dissociadas das questões culturais e, por sua vez, estas questões estão intimamente articuladas às questões teórico-metodológicas e políticas.

## **1.1 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Todas essas questões estão no conjunto de intervenções que constitui a Reabilitação Psicossocial e tem como traço característico, sua absoluta indissociabilidade com a clínica, acontecendo simultaneamente com ações psicossociais e extra-clínicas. Destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência da doença mental. Propõe-se discutir técnicas, estratégias, atitudes e o contexto social para possibilitar restituir plenamente, às pessoas com transtornos mentais, direitos e vantagens que essas pessoas tinham ou viriam a ter. Desse modo, o contexto em que deve ocorrer a reabilitação psicossocial é

polissêmico, o que solicita formas de atuação que lhe sejam adequadas.

Para Saraceno (1999), a Reabilitação praticada nos modelos hegemônicos de intervenção psiquiátrica, por seus fins e seus instrumentos de ação, se constitui como evidenciador da principal característica da psiquiatria, que é de produzir o entretenimento do doente. Entreter significa “ter dentro” e também “passar prazerosamente o tempo”.

Na espera que a doença passe sozinha ou que o doente morra doente ou, enfim, de que o doente piore, este vem entretido, com dureza e plenitude de significado, “dentro” do hospital psiquiátrico (e além: dentro da enfermaria fechada, dentro da cela forte, dentro das faixas de contenção, dentro da solidão, dentro da violência, dentro da miséria). Mas o doente pode também ser entretido com medicamentos, com conversas, com atividades recreativas, com atividades ergoterápicas, com atividades criativas, etc., dentro dos ambulatórios, dentro do hospital-dia, dentro de sua própria família. Entretida, no sentido de posto dentro de um sistema de tratamentos que são administrados com um grau notável de casualidade, de falta de previsões, de ausência de avaliações, “à espera de”... (Saraceno, 1999, pp. 16-17).

Também no campo cultural, o entretenimento muitas vezes está posto nas modalidades de lazer, esporte e até mesmo com a utilização de atividades com linguagens da cultura. O entretenimento como forma de “passar o tempo” ou “passatempo” tem seu valor, mas também pode ter como finalidade “matar o tempo” dentro das instituições, mantendo o paradigma de uma psiquiatria que objetiva produzir um sujeito dentro dos parâmetros da norma e do controle social, “matando”, assim, a vida de direitos dessas pessoas.

Para que ocorra uma efetiva Reabilitação é importante a reinserção da pessoa na sociedade. A quebra do entretenimento constitui uma finalidade que deve ser alcançada com ações dotadas de maior eficácia transformadora da vida do sujeito, com ampliação das suas habilidades, da autonomia e do empoderamento. A

terapêutica e a clínica por si só não geraram transformações significativas da vida destas pessoas.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, ao propor a transformação dessa lógica, deve interferir no sentido de aumentar o poder contratual dos sujeitos com sofrimento mental, principalmente no que diz respeito ao seu empoderamento, com novos espaços de sociabilidade, autonomia, cidadania e participação. A construção desse novo lugar social para a loucura não deve restringir-se aos limites da clínica, mas estar conectado à invenção de novos espaços e formas de sociabilidade e de participação, operando uma ruptura dos modos de entretenimento.

A ruptura do entretenimento não é uma renúncia passiva à prática da psiquiatria, mas uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos com o objetivo de operar micro rupturas nas formas de entretenimentos, descobrindo fontes de recursos e modos de operar que possibilitem a reconstrução da cidadania plena do sujeito denominado doente mental, e devem envolver todos os atores sociais – técnicos, usuários e a comunidade.

Os processos de trabalho nos serviços de saúde mental, que têm como referencial a atenção psicossocial de base comunitária, pressupõem a invenção de lugares onde as trocas sejam reais, bem como a integração dos sujeitos à vida social e cultural do seu território. Na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, além de permitir que os sujeitos experimentem a intermitência de seu sofrimento, é preciso criar um intercâmbio com outras pessoas, o qual que permita produzir valor social, cujo objetivo final é produzir sentido.

Atualmente, reconhecemos que no Brasil, a realidade de muitos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares é destituída de autonomia, de protagonismo, e de acesso aos direitos

de cidadania, embora tenham ocorrido avanços nos serviços de saúde mental comunitária. O contínuo empobrecimento da vida das pessoas com doença mental, que culturalmente são estigmatizadas e discriminadas, enfatiza a violação dos seus direitos humanos e a permanência numa situação de anomia social e de invisibilidade, produzidas pelas diversas formas de exclusão.

O processo de exclusão/inclusão social é compreendido como um fenômeno multidimensional e tem como determinantes fundamentais a condição material, o trabalho, a rede de suporte social, a cidadania e a possibilidade de conduzir a própria vida, sendo um elemento central para compreensão dos diferentes conceitos e modelos de saúde mental (Salles, 2011).

Sob essa ótica, podemos pensar no fenômeno da exclusão social dos sujeitos com doença mental como o eixo que norteia o não reconhecimento dos direitos humanos e da cidadania, cujo resultado é a vulnerabilidade desses sujeitos, não sendo possível explicar a exclusão social sem considerar o conflito social na perspectiva dialética.

Ao discutir o processo de exclusão na modernidade, Boaventura de Souza Santos (2011, p. 18) diz que: “se o processo de exclusão é grande dentro de uma dada cultura, como nos ensina Raymond Williams, ele é ainda maior nas relações entre culturas”, considerando que é preciso realizar escavações dos fragmentos epistemológicos, culturais, sociais e políticos que ajudem a reinventar a emancipação social. Portanto, a transformação do modelo estruturante da psiquiatria, de exclusão para a inclusão social dos sujeitos com doença mental, implica em mudanças mais profundas. É preciso realizar uma (re)construção social e cultural que possibilite a convivência com uma pessoa diferente dos padrões culturais e que, ainda assim, tenha direito à cidadania e estar incluído como sujeito de direitos na sociedade.

Desse modo, a clínica na saúde mental, sob as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, tem na cultura uma referência para a mudança sobre o estigma da loucura, bem como um instrumento para a cidadania e emancipação social.

## 1.2 CULTURA

Compreender o que é cultura é algo complexo que não se limita a uma perspectiva artística, sociológica, antropológica e econômica, mas sim a conjugação de todas essas dimensões. Constantemente ocorrem transições no sentido de sua compreensão: ora a cultura é vista em seu caráter “erudito”, como algo destinado a poucos, ora é vista como o conjunto de fatores globais determinantes dos modos de vida de um indivíduo ou sociedade.

Com relação à cultura brasileira, a proposta de compreensão que Bosi (1992) faz, tem um alcance analítico inicial e poderá ter um horizonte dialético final. Diz o autor:

Se pelo termo cultura entendemos uma herança de valores e objetos compartilhada por um grupo humano relativamente coeso, poderíamos falar em uma cultura erudita brasileira, centralizada no sistema educacional (e principalmente nas universidades), e uma cultura popular, basicamente iletrada, que corresponde aos valores materiais e simbólicos do homem rústico, sertanejo ou interiorano, e do homem pobre suburbano ainda não de todo assimilado pelas estruturas simbólicas da cidade moderna.

A essas duas faixas extremas bem marcadas (no limite: Academia e Folclore) poderíamos acrescentar outras duas que o desenvolvimento da sociedade urbano-capitalista foi alargando. A cultura criadora individualizada de escritores, compositores, artistas plásticos, dramaturgos, cineastas, enfim, intelectuais que não vivem dentro da Universidade, e que, agrupados ou não, formariam, para quem olha de fora, um sistema cultural alto, independentemente dos motivos ideológicos particulares que animam este ou aquele escritor, este ou aquele artista. Enfim, a cultura de massas, que, pela sua íntima imbricação com os sistemas

de produção e mercado de bens de consumo, acabou sendo chamada pelos intérpretes da Escola de Frankfurt, indústria cultural, cultura de consumo.

Teríamos em registro analítico: cultura universitária, cultura criadora extra-universitária, indústria cultural e cultura popular. Do ponto de vista do sistema capitalista tecnoburocrático, um arranjo possível é colocar do lado das instituições a Universidade e os meios de comunicação de massa; e situar fora das instituições a cultura criadora e a cultura popular (p. 308-309).

Podemos, assim, apontar diferentes dimensões da cultura, como a cultura erudita, que é transmitida na escola e sancionada pelas instituições; a cultura criada pelo povo (popular), que articula uma concepção do mundo em contraposição aos esquemas oficiais; a cultura de massa, que reflete um sistema industrial em desenvolvimento e que tem base no fetiche, na mercantilização das relações e no consumo.

Na esfera do registro analítico apenas diferenciam-se os tipos de cultura, mas tem somente a finalidade de análise, enquanto na esfera tecnoburocrática do modelo econômico, arranjam-se os tipos de cultura que se mantêm na esfera das instituições, excluindo-se destas a cultura criadora e a cultura popular. Essa forma de ordenamento dos tipos de cultura parece estar vinculada à tecnologia, que na modernidade está impregnada nos mais variados ambientes e objetos. Impôs-se assim a percepção da arte por meio da estética, e paradoxalmente a arte ganha um papel que, via institucionalização, separa a estética de outras esferas da vida social, ocorrendo o mesmo com a cultura que, ao aproximar-se das comunidades, torna impenetráveis as compreensões antecedentes desses conceitos e composições de práticas.

Arendt (1997) afirma que “qualquer discussão acerca de cultura deve de algum modo tomar como ponto de partida o fenômeno da arte” (p. 263). Discute que as obras de arte, são os únicos objetos que são feitos com a única finalidade de aparecimento e que o critério apropriado para julgar aparências é a

beleza. E, “para tornarmos cômicos das aparências, cumpre primeiro sermos livres para estabelecer certa distância entre nós mesmos e o objeto” (Arendt, 1997, p. 263). Mas, aponta também, que na sociedade de massas, não devido às massas, mas porque essa sociedade é essencialmente uma sociedade de consumo, condena à ruína tudo em que toca, pois sua atitude central diante de todo objeto é a atitude de consumo, uma vez que não pode, absolutamente, saber como cuidar de um mundo e das coisas que pertencem de modo exclusivo ao espaço das aparências.

Embora cultura e arte estejam inter-relacionadas de maneira bem íntima, não são de modo algum a mesma coisa. A distinção não é de grande importância para o que sobrevém à cultura sob as condições da sociedade e de sociedade de massas, mas torna-se relevante para o problema da natureza da cultura e de sua interação face ao âmbito da política (Arendt, 1997).

Outro filósofo da modernidade, Walter Benjamin (1955), em seu texto “Obra de Arte na Época de sua Reprodutibilidade Técnica”, defende uma visão materialista, segundo a qual toda produção artística é cercada por certa ‘aura’ que revela sua singularidade. No entanto, com o advento da produção cultural de massa, que implica na reprodução da arte, esta ‘aura’ se dilui nas cópias produzidas e, assim, destrói a qualidade de objeto único e individual da qual a obra artística podia se revestir. A arte deixa de ser uma criação exclusiva para um grupo restrito, perde seu caráter sagrado e conseqüentemente atinge a sociedade como um todo.

Tanto Benjamin como Arendt, compreendem a partir da arte o problema da natureza da cultura que está associado ao consumo determinado pela indústria cultural, aos contextos sociopolítico e econômico, reificando a arte e a cultura.

A relação da cultura com os contextos sociopolítico e econômico é refletida por Yúdice (2013), explicitando que o papel da cultura modificou-se de modo radical e adquiriu novas maneiras de se articular e de se definir. Compreende que a cultura não se apresenta mais como conjunto de expressões artísticas e também com vocação pedagógica e discursiva de uma única instituição como ocorria até o século XX.

No campo dos Estudos Culturais, o conceito de cultura muitas vezes é tido como insatisfatório, uma vez que não se pode defini-lo devido a sua complexidade. E de fato, para sua melhor compreensão, deve-se remeter a uma multiplicidade de conceitos. No entanto, nesse estudo compreendemos cultura como o conjunto de práticas, técnicas, dos símbolos e dos valores que se devem transmitir às novas gerações para garantir a reprodução de um estado da coexistência social, supondo uma consciência grupal operosa e operante que desentranha da vida presente os planos para o futuro (Bosi, 1992).

São sistemas de significação através dos quais o ser humano ou um grupo particular mantém a sua coesão, seus valores, sua identidade e interação com o mundo. Esses sistemas de significação, usualmente entendidos como a linguagem da cultura, englobam as artes (literatura, cinema, pintura, música, dança etc.), as várias atividades sociais e padrões de comportamento, bem como os métodos estabelecidos pelos quais a comunidade preserva sua memória e seu sentido de identidade (mitos, história, sistema de leis, crença religiosa etc.).

Neste sentido, a cultura cumpre a função de transformar realidades sociais e contribuir para o desenvolvimento humano em todos os seus aspectos, identificando o sujeito em seu espaço, lugar, época, tornando-o capaz de sociabilizar e formar espírito crítico.



Portanto, o acesso à cultura é parte indissociável para a melhoria da qualidade de vida da população e, partindo da ideia de ampliar o conceito de saúde, entendemos que esta, para além de um direito humano, é também a construção de condições para a autonomia individual. É a possibilidade de que as pessoas, independente de suas condições, possam viver da melhor maneira possível (Santos, 2009).

Como já descrito anteriormente, a dimensão sociocultural é uma estratégia reconhecida como uma das formas mais criativas do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, a produção cultural e artística de todos os atores sociais envolvidos deve possibilitar e permitir a expressão individual e coletiva, a participação em novos espaços na cidade, bem como oportunidade de valorização e apropriação de novas atribuições identitárias para os usuários da rede de saúde mental, reconstruindo-as pela expressão artística e não pela racionalidade.

### **1.2.1. Projetos Culturais**

A cultura tem sido eixo central da maioria dos projetos sociais, dada a importância intrínseca dos processos culturais e da própria cultura em si, na intencionalidade de transformação tanto cultural como da própria sociedade. Deixa de ser só o espetáculo e torna-se presente em processos mais complexos como educação, saúde, meio ambiente, trabalho e geração de renda, etc.

Um projeto social deve visar o resultado social, mas ao constituir-se em um projeto cultural, dentro do campo social, também deve respeitar a liberdade de criação artística e os processos da cultura.

Para o Ministério da Cultura, um projeto cultural deve incluir estratégias que estimulem a exploração, o uso de códigos, de

linguagens artísticas, e ainda prever espaços públicos e privados que possam ser disponibilizados para a ação cultural. Deve promover pactos com diversos atores sociais, governamentais e não governamentais, visando um desenvolvimento humano sustentável, tendo na cultura a forma como o povo se reinventa e pensa criticamente. Suas finalidades, portanto, são a promoção e a ampliação da vida dos sujeitos, política e socialmente, transformando de forma crítica suas realidades. Para tanto, cria o “Programa Cultura Viva” e institui os “Pontos de Cultura” que devem direcionar ações para a construção e reconstrução simbólica, de formação de comportamentos sociais, valores e expressões da sociedade brasileira como um todo, mas mantendo o foco nas ações dirigidas ao processo educacional e às populações mais excluídas de direitos sociais e do usufruto de bens culturais (Brasil, 2007).

Os Pontos de Cultura têm como objetivos:

- Ampliar e garantir o acesso aos meios de fruição, produção e difusão cultural;
- Promover pactos com diversos atores sociais governamentais e não governamentais, visando a um desenvolvimento humano sustentável tendo na cultura “a principal forma de construção e de expressão da identidade nacional, a forma como o povo se reinventa e pensa criticamente”;
- Incorporar referências simbólicas e linguagens artísticas no processo de construção da cidadania, ampliando a capacidade de apropriação criativa do patrimônio cultural pelas comunidades e pela sociedade brasileira como um todo;
- Potencializar energias sociais e culturais, dando vazão à dinâmica própria das comunidades e entrelaçando ações e suportes dirigidos ao desenvolvimento de uma cultura cooperativa, solidária e transformadora;

- Desenvolver a base de uma rede horizontal de “transformação, de invenção, de fazer e refazer, no sentido da geração de uma teia de significações que nos envolve a todos”;
- Identificar parceiros nos governos estaduais e municipais, nas instituições da sociedade civil e em redes locais, nacionais e internacionais com vistas à promoção de uma cultura viva e em constante mutação;
- Estimular a exploração, o uso e a apropriação dos códigos de diferentes meios e linguagens artísticas e lúdicas nos processos educacionais, bem como a utilização de museus, centros culturais e espaços públicos em diferentes situações de aprendizagem e desenvolvendo uma reflexão crítica sobre a realidade em que os cidadãos estão inseridos;
- Direcionar ações do programa ao processo de construção e recriação simbólica, de formação de comportamentos sociais, valores e expressões da sociedade brasileira como um todo, mas mantendo o foco nas ações dirigidas ao processo educacional e às populações mais excluídas de direitos sociais e do usufruto de bens culturais mais elaborados, cerzindo uma nova coesão na sociedade brasileira (Brasil, 2007).

### **Objetivos e diretrizes dos programas e ações culturais do Ministério da Saúde e Ministério da Cultura**

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, ancorada na Lei nº 10.216/2001 e nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, tem como diretrizes a reorientação do modelo de atenção à saúde mental, objetivando a desinstitucionalização das pessoas com doença mental. Desse modo, instituiu a implantação de uma rede aberta e comunitária, a formação permanente de recursos humanos e a integração com

outras políticas públicas, denominada ações de intersectorialidade, baseada na reafirmação dos princípios constitucionais de garantia do direito à vida e à saúde, tendo o reconhecimento e a afirmação desta garantia como estatuto permanente de política integrante da seguridade e proteção social.

Neste contexto, tornou-se indispensável a implementação dos projetos de desenvolvimento econômico, social e cultural. Os Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego, Cultura, Educação, Ciência e Tecnologia, Desenvolvimento Social, Esporte, entre outros, têm criado uma série de estratégias e ações com o objetivo de promover a inclusão social e a melhoria das condições de vida das populações.

Para atingir tais objetivos, as ações do Governo Federal priorizam a ampliação e a democratização do acesso à arte, à cultura e à renda, sobretudo no que se refere às populações em situação de vulnerabilidade social.

No campo da saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, Associações de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental e Unidades Básicas de Saúde têm realizado uma série de intervenções na cidade, ampliando a autonomia, o exercício de direitos e o acesso de usuários e familiares à saúde, moradia, cultura, arte, trabalho, renda, educação, inclusão digital, entre outros.

A Portaria GM 1169, de 07 de julho de 2005 é uma forma de incentivo a esses projetos. Instituída com o objetivo de destinar incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho, voltados às pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou que apresentam problemas decorrentes do

uso de álcool e outras drogas. O incentivo permite equipar iniciativas de geração de trabalho e renda e/ou capacitar profissionais, usuários e familiares da saúde mental.

Em 2007, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Cultura (MinC) se unem para elaborar políticas públicas para a saúde mental, por meio da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural, que tem como objetivo identificar estratégias de aproximação e promoção de expressões culturais que integram a diversidade cultural no Brasil. Na época, Sergio Mamberti à frente da Secretaria, afirmava que “a dimensão da saúde mental pode e deve ser incorporada aos objetivos do Programa Brasil Plural, bem como às demais ações do Ministério da Cultura, de maneira transversal” (Mamberti, 2008, p. 24).

Explicitou em seu discurso que a produção artística desse segmento, que a cultura e a sociedade excluíram da cidadania cultural, vem sendo considerada um instrumento de mudança, possibilitando encorajamento criativo e mudança do confinamento à emancipação, considerando também que a terapia ocupacional e a reabilitação psicossocial, por meio do fazer artístico, possibilita a criação de uma nova cultura de olhar e de cuidar da loucura (Mamberti, 2008).

A iniciativa foi o primeiro passo para a criação de uma agenda nacional de discussão do papel da cultura na humanização do tratamento psiquiátrico no Brasil.

As discussões das políticas públicas aconteceram em uma Oficina na ENSP/Fiocruz em agosto de 2007, denominada “Loucos Pela Diversidade – da diversidade da loucura à identidade da cultura”. O resultado das discussões dessa Oficina deu origem ao Relatório “Loucos Pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura” (Amarante, Lima, 2008).

A importância de conviver com o diferente e expressar o sofrimento psíquico por meio da arte e da cultura foram algumas das lições deixadas pelo encontro que contou com a participação de várias autoridades, pesquisadores, artistas, produtores, profissionais e usuários envolvidos em projetos culturais na área de saúde mental e outros segmentos da sociedade.

Os Grupos Temáticos da Oficina (Patrimônio, Difusão e Fomento), aprovaram ações e diretrizes na indicação de Políticas Públicas culturais para pessoas com sofrimento mental e em situações de risco.

Algumas diretrizes apontadas no Relatório estão indicadas no sentido de:

1. Empoderar usuários, trabalhadores e comunidades;
2. Dar visibilidade às iniciativas e projetos culturais desenvolvidos no campo da saúde mental;
3. Garantir a ocupação dos espaços públicos e culturais com projetos da saúde mental;
4. Implementar políticas públicas na interface Cultura e Saúde que promovam a participação de pessoas em sofrimento mental;
5. Incluir os vários segmentos da sociedade civil em todos os níveis de planejamento de políticas públicas na interface saúde/cultura;
6. Promover o mapeamento, a documentação e a difusão das iniciativas na interface saúde/cultura.

Como resultado da oficina, em 2009, a Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural (SID/MinC) lançou o edital do Prêmio Cultural Loucos pela Diversidade – Austregésilo Carrano (Brasil, 2010). A ação foi conjunta com a Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde (Fiocruz/MS), por meio do Laboratório de

Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS) e apoio da Caixa Econômica Federal.

O Edital teve como objetivo premiar iniciativas culturais de instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos, organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e grupos artísticos ou artistas sem vínculo institucional que atuam na interface saúde mental e cultura e pessoas em sofrimento psíquico. O concurso proposto no edital integrou ação da SID/MinC e Saúde e Diversidade Cultural, encontro realizado no Rio de Janeiro em setembro de 2010, como resultado das propostas identificadas durante a Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situação de Risco Social, cujo Relatório Final foi publicado em 2008.

A divulgação do Prêmio mobilizou as redes da luta do movimento antimanicomial e outros parceiros do segmento, e uma série de Oficinas de Capacitação para inscrição no Concurso foi realizada em diversos estados do país.

Em 2007, os dois Ministérios também celebraram um Acordo de Cooperação para o desenvolvimento de ações conjuntas com a finalidade de garantir o acesso aos bens e serviços culturais, à qualificação do ambiente hospitalar, das unidades de saúde, à promoção do diálogo entre as práticas tradicionais em saúde e as políticas públicas de saúde, considerando as mais diversas manifestações e linguagens que promovam a humanização e resignificação do cuidado em saúde (Brasil, 2011):

O Acordo de Cooperação objetiva estimular e fortalecer as ações de sinergia nos espaços de interseção das duas áreas. O intuito é o de potencializar os resultados pretendidos pela ação pública no atendimento às necessidades do cidadão brasileiro, com estratégias que favoreçam a articulação da rede pública de atendimento à saúde com a rede pública dos equipamentos culturais.

A Ação Cultura e Saúde busca ampliar e qualificar os processos de promoção reconhecendo o ser humano como ser integral, a saúde como qualidade de vida e a cultura como o espaço em que o homem se realiza em todas as suas manifestações.

O resultado destas ações de políticas públicas deu origem ao edital do “Prêmio Cultura e Saúde” em 2008 que fazia parte do Programa Nacional de Cultura, Educação e Cidadania – Cultura Viva e contava com a parceria do Ministério da Saúde. Foram premiadas iniciativas que demonstraram ao longo do processo de seleção e avaliação, serem inovadoras e bem estruturadas, contribuindo para a formação da Rede de Cultura e Saúde e com a ampliação e qualificação dos processos de promoção da saúde por meio de atividades culturais, reconhecendo o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida (Brasil, 2008). No Sudeste, 15 instituições foram habilitadas para premiação, dentre elas a “Associação Projeto Tam “ de Santos/SP e “Instituto Franco Basaglia”, do Rio de Janeiro. No entanto, os projetos não estão disponibilizados para conhecimento.

O objetivo do Prêmio era o mapeamento de ações que envolvem cultura e saúde, como também identificar aspectos inovadores da iniciativa em cultura e saúde, o impacto do desenvolvimento da iniciativa sobre a condição de saúde da comunidade envolvida, além das ações que contribuem para a sustentabilidade, autonomia e protagonismo da iniciativa.

Mais recentemente, em junho de 2011, apoiados no conceito ampliado de saúde, o Ministério da Cultura, por meio da Secretaria de Cidadania Cultural, e a Fiocruz-Brasília, promoveram um encontro em que os universos da saúde e da cultura apresentaram seus potenciais de articulação em favor da inclusão social e da qualidade de vida.



Ainda com o objetivo de fortalecer os Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental, o Ministério da Saúde publicou a abertura de inscrições para a seleção de 60 propostas de projeto, que receberam incentivo em 2009/2010 nos termos da Portaria GM 1169/2005 (Brasil, 2010).

Segundo o edital, os Projetos de Arte Cultura e Renda deveriam:

1. Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, oferecendo às pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade;

2. Promover ações que ampliem a autonomia dos usuários e o exercício de direitos dos usuários da rede de saúde mental;

3. Constituir-se como espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitando a construção de laços sociais;

4. Ter como eixos a solidariedade, a inclusão social, o respeito às diferenças e a geração de alternativas concretas de vida (Ministério da Saúde, 2009).

O campo da saúde, voltado para iniciativas comunitárias e programas de saúde, reconheceu que a melhoria nas condições de saúde e na qualidade de vida pressupõe uma visão de políticas sociais integradoras. Para tanto, é importante o diálogo interdisciplinar, as ações intersetoriais e a participação das comunidades envolvidas que adquirem centralidade para o resultado (Santos, 2009).

Pensar a dimensão sociocultural como uma dimensão estratégica, permite a construção de outras formas de lidar com a

loucura, as quais não sejam apenas técnicas de tratamento, onde a loucura não implique em impossibilidade mas, sim, em capacidades para agir de modo livre e participante, com reconhecimento de direitos e proteção em sua singularidade. Este pensamento pressupõe que a dimensão sociocultural tem como princípio fundamental o envolvimento da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica, com objetivo de refletir e transformar o imaginário social sobre a loucura e a doença mental, a partir da produção cultural e artística de todos os atores sociais envolvidos – usuários, familiares, técnicos e voluntários.

Os projetos culturais nos serviços de saúde mental apresentam-se como um desafio. Construir e realizar um projeto cultural ainda não é uma prática na maioria dos CAPS. Encontramos vários serviços que utilizam o recurso da arte em oficinas, assim como outros elementos da cultura, no entanto, as intervenções ainda se direcionam aos objetivos terapêuticos. Considerando os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos neste campo, com discussões e oficinas sobre cultura, arte, diversidade, loucura e inclusão social, é importante que os serviços se organizem para empreender ações nesse sentido (Santos, 2009).

Com relação à utilização da arte na saúde mental, Corpas (2009) discute o papel da mesma como elemento transformador, de rompimento com o instituído. A arte contemporânea cumpre com suas propostas de rompimento com os enquadramentos sociais e artísticos do modernismo, do instituído, abrindo-se às experiências culturais díspares. São tentativas de dirigir a arte às coisas do mundo, à realidade urbana, articulando diferentes linguagens: teatro, dança, música, literatura, pintura e outras linguagens, colocando em questão o caráter das representações artísticas e a própria definição de arte.

Ampliando a questão da arte para os projetos culturais, cujos objetos são as variadas manifestações artísticas e culturais, é preciso pensar em propostas que incorporem os conceitos e as discussões da arte e cultura na contemporaneidade, incorporando também as questões trazidas pela arte para romper as práticas da psiquiatria tradicional que excluem e segregam pela diferença, estigmatizando o sujeito que se torna extemporâneo. Os projetos culturais devem convidar esses sujeitos para estarem presentes ali, em suas experiências com a arte, a cultura, a criatividade, as trocas nos espaços da cidade, num exercício da cidadania, ou seja, que se tornem produtores de vida e o centro das questões postas pelos modos de vida na atualidade.

No entanto, um dos grandes desafios da gestão pública com relação à utilização da cultura quanto à avaliação das ações implementadas, tem relação com os objetivos e a multiplicidade de efeitos buscados ou por ela alcançados. Tais ações têm que demonstrar minimamente coerência entre o que busca e as ações postas em prática, mas não existe relação direta de causa e efeito no campo da ação cultural, o que torna complexa a avaliação (Santos, 2009).

Esta complexidade pode ser compreendida pela análise realizada por Calabre (2007) onde afirma que “parte das ações interagem com o campo das mentalidades, das práticas culturais enraizadas, necessitando de um tempo mais longo para gerarem resultados” (p. 100).

No estudo realizado no Mestrado, esta autora identificou que os projetos ainda são vistos como instrumentos para intervenção clínica, ainda que na perspectiva da clínica ampliada. Os atores envolvidos com projetos culturais compreendem o trabalho como dimensão de “tratamento”, o que coloca o sujeito no lugar de paciente, doente. Esse lugar, não possibilita a transformação e

mudança na condição de cidadania do sujeito, embora haja algumas mudanças na vida pessoal. Quando relatam que a vivência com o projeto possibilita experiências para além da questão das técnicas de tratamento, apontam como resultado a produção de bem-estar para os envolvidos (Santos, 2009).

Nos interstícios da prática, terapêutico e não terapêutico se confundem. O modelo psicossocial deve buscar reinserir o doente mental no espaço social, o que demanda priorizar a convivência em diferentes espaços sociais. A participação nos projetos deve possibilitar a mudança na relação dos sujeitos com a criação artística, com a fruição estética e com a aplicação da arte/cultura a outros campos e a outras práticas de sua vida.

Entendemos que a interface da Cultura com a Saúde é um campo que impõe desafios complexos, pois, possuem determinantes fundamentais para a questão da qualidade de vida, da cidadania, e o desafio de assumir com suas intervenções e ações o que determinam os direitos humanos. A interlocução dessas áreas para a construção de projetos em comum nos serviços de saúde mental amplia as possibilidades para a desinstitucionalização, mas também evidenciam questões subjacentes ao que vivemos hoje nesses dois campos, como a dificuldade de financiamento em ambas as áreas, conceitos complexos (conceito de cultura, conceito de saúde-doença), entre outras questões a serem superadas pelos atores envolvidos (Santos, 2009).

### **1.3 A CULTURA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Campos (2005), em um ensaio examina as relações entre saúde e cultura, tomando a cultura não apenas como conjunto de costumes, regras e normas que controlam as pessoas tornando a sociabilidade possível, “mas como a constituição de modos

considerados legítimos para se lidar com Interesse e Desejo” ( p. 36).

O mesmo autor considera a concepção sobre saúde e doença como um traço cultural em sua dimensão sociológica. As concepções sobre saúde-doença são uma síntese singular que resulta das influências distintas da política, das instituições e organizações, e das práticas sociais em geral.

O estilo de vida, as condições de vida e de saúde são isto, uma mescla do que cada sujeito faz com sua vida e do que as instituições e organizações fazem da vida dele. Ninguém, nenhuma instância, é totalmente inocente, há corresponsabilidade pelos contextos produzidos, ainda que a cota de responsabilidade não seja nunca equivalente, já que as cotas de poder são heterogêneas, e quanto mais poder maior o peso de cada segmento na produção dessas sínteses (Campos, 2005, p. 41).

Quando buscarmos a compreensão desse processo no intuito de criar novas estratégias de intervenção na experiência da loucura, torna-se mais complexo conceituar o que é doença e saúde mental. O que encontramos é uma utopia conceitual, onde metáforas designam-se a encobrir o estigma e o descaso com que as pessoas são tratadas.

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana.

Desse modo, o processo saúde-doença deve ser entendido como um fenômeno coletivo e fato social, determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza, em determinado momento, tanto pelo processo de trabalho como pelas formas de organização social (Vianna e Barros, 2002).

Entendemos que a concepção de saúde-doença é determinada pela cultura na qual o sujeito está inserido, inscrita no mundo social-histórico e legitimada pelo senso comum. “Nas relações que o sujeito mantém com o seu grupo e classe social é construída uma rede de significados que apontam a saúde e a doença como construções de sua cultura” (Vianna e Barros, 2002, p. 88).

Pesquisadores e trabalhadores no campo da saúde mental propõem que os projetos culturais por meio de suas ações, objetivos e resultados, devem facilitar o protagonismo dos participantes e dar visibilidade às suas obras, além de promover o acesso dos mesmos aos mecanismos e incentivos de produção e divulgação dispostos pelo setor cultural. Propõe ainda a reflexão sobre temáticas como arte, loucura, diversidade de linguagens artísticas, democratização e acesso à cultura, saúde mental, dentre outros (Amarante, 1997; Corpas, 2009; Reinheimer, 2009; Santos, 2009).

O olhar deve focar nos caminhos e instrumentos que podem viabilizar a legitimação destes sujeitos por outros campos do saber e viver, além da saúde mental. Diz Reinheimer:

A transformação das representações sobre a loucura é uma das questões em discussão nesse processo da chamada Reforma Psiquiátrica. A noção de louco e de loucura tem sido rejeitada pelas pessoas que tem transtornos psiquiátricos como abstrações estigmatizadas cujos significados, quando atribuídas aos usuários dos serviços, são sempre negativas. Nesse sentido, participar de novos espaços para além dos muros da cidadela asilar a partir de ações relacionadas à dimensão artística e cultural seria uma forma de tentar modificar as representações sobre a “doença mental”. O fato dessas manifestações oferecerem acesso aos grandes meios de comunicação de massa e permitirem a expressão individual e coletiva, tem sido visto como uma oportunidade de identificação, valorização e apropriação entre os usuários da rede de saúde mental de novas atribuições identitárias (Reinheimer, 2011).

Entre os trabalhadores que utilizam a arte e a cultura como intervenções na saúde mental, aparecem questões, tais como: a qualidade do trabalho artístico e cultural deve vir primeiro e a inclusão social depois ou junto? A inclusão social deve sobressair, ou deve-se lutar para fazer uma inclusão social com qualidade, que respeite as limitações dos atores sociais?

A partir da revisão de literatura e da experiência da pesquisadora, surge outra questão: qual é a experiência real do sujeito e o que ele percebeu como transformação concreta em sua vida desde a participação nesses projetos?

#### **1.4 CULTURA E QUALIDADE DE VIDA**

“Para o ser humano, o  
apetite da vida está  
estritamente ligado ao  
menu que lhe é oferecido”  
(Witier, 1997)

O emprego do termo qualidade de vida tem sido utilizado como interesse pela vida, algo que sempre esteve presente entre os homens. Não é algo a ser alcançado, como um “objeto de desejo da sociedade contemporânea que deve ser incorporado à vida a partir de esforço e dedicação individual” (Almeida, 2012, p. 18).

Nessa perspectiva de análise, não é um elemento a ser alcançado a partir dos padrões de boa vida da sociedade contemporânea. Almeida (2012) explicita que para a vida de cada um, o interesse está em buscar uma boa qualidade de vida diante de suas próprias possibilidades singulares de ação, frente à própria vida, como formas de percepção, ação e expectativas individuais com relação a esses elementos.

O estudo em qualidade de vida engloba diversas concepções, assim como inúmeras linhas de abordagem, num campo de conhecimento multidisciplinar, com análises que são voltadas para o subjetivo e outras voltadas à análise objetiva. Mas o campo atual do conhecimento em qualidade de vida apresenta uma tendência a realizar análises que se complementam e estão associadas no que se refere à análise subjetiva e objetiva (Almeida, 2012).

A qualidade de vida apresenta intersecções com os conceitos ou constructos desenvolvidos pela visão biológica e funcional, psicológica e social e de origem econômica. No entanto, o seu aspecto mais genérico tem sido o grande diferencial e de maior importância para a compreensão do conceito. Nesse sentido, a saúde é apenas um dos domínios que compõem a qualidade de vida (Almeida, 2012).

#### **1.4.1 Qualidade de vida, saúde mental e cultura**

O crescimento da preocupação com as questões relacionadas à qualidade de vida se deu a partir do movimento das ciências humanas e biológicas, que buscava valorizar parâmetros ou modelos mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida. E nas políticas públicas vem se concentrando o debate sobre definição e medidas de utilização da qualidade de vida (Almeida, 2012; Kluthcovsky, Kluthcovsky, 2009).

No campo da saúde, o conceito de qualidade de vida foi introduzido a partir da década de 70 como consequência dos avanços da medicina, que possibilitou o prolongamento da expectativa de vida no século passado. Era preciso então, mensurar a forma como essas pessoas vivem esses anos a mais (Fleck et al., 2008).



Para além dos conceitos de felicidade, bem-estar e capacidade para desempenhar seus papéis sociais, a avaliação da qualidade de vida deve estar inserida no contexto social e cultural tanto do sujeito, como do avaliador (Fleck et al., 2008).

A relação entre saúde e qualidade de vida depende da cultura da sociedade em que está inserido o sujeito, além de ações pessoais (esfera subjetiva) e programas públicos ligados à melhoria da condição de vida da população (esfera objetiva). O estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo [...] é influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido (Almeida, 2012, p 40).

Minayo, Hartz e Buss (2000) apontam que a noção de saúde se apresenta como uma resultante social construída pelo coletivo que estabelece padrões de conforto e tolerância e é determinada pela sociedade.

Essas condições são determinadas pelas possibilidades de acesso aos cuidados de saúde e estão vinculadas às políticas de organização desses serviços, que podem ocorrer via prevenção em saúde e promoção de saúde. A prevenção está vinculada ao modelo médico hegemônico, que é determinado pelo atendimento dos doentes e pela crença na divulgação de hábitos saudáveis ou positivos para a manutenção da saúde. Essa concepção apresenta limitação para uma atenção comprometida com a efetividade, a equidade e as necessidades da coletividade. A promoção de saúde surge a partir da 1ª Conferência de Ottawa<sup>3</sup>, que determina a responsabilização múltipla, com políticas públicas que envolvam a comunidade, os sujeitos, o sistema de saúde e parcerias intersetoriais, cujo modelo lida com a totalidade e concebe a saúde como uma questão social ampliada, incorporando as ações individuais dos sujeitos envolvidos (Almeida, 2012; Buss, 2000).

---

<sup>3</sup> 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, 1986, Ottawa, Canadá.

Redimensionada pelo relatório Lalonde (1974), o conceito de promoção social tem como base a concepção dos determinantes da saúde como o estilo de vida, os avanços da biologia, o ambiente físico e social e os serviços de saúde, que constituem a estratégia fundamental para a discussão de qualidade de vida. A promoção de saúde parte do conceito ampliado e positivo de saúde, elegendo como objetivo e finalidade do trabalho, a defesa da vida e o desenvolvimento humano, superando o modelo biomédico de intervenção, atuando com o direcionamento para práticas intersetoriais e utilizando conhecimentos interdisciplinares (Minayo, Hartz, Buss, 2000; Campos, Neto, 2008).

No trabalho de revisão realizado por Minayo, Hartz e Buss (2000) sobre o termo e conceito de qualidade de vida, os autores observaram que em todas as sondagens, foram encontrados valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inclusão social, realização pessoal e felicidade, que compunham as concepções de qualidade de vida. Questionam se essa concepção é apenas uma representação social e refletem que em parte sim, pelos elementos de subjetividade e de incorporação cultural que contém e, em parte não, pois existem parâmetros materiais na construção dessa concepção, que a tornam possível de referência universal.

O índice que se desvela nesse contexto material diz respeito à satisfação das necessidades mais básicas e elementares da vida humana, como a alimentação, habitação, água potável, educação, saúde e lazer e trabalho. Esses elementos materiais têm como referência as noções de bem-estar, conforto e realização individual e coletiva. Portanto, o desemprego, a exclusão social e a violência são objetivamente reconhecidos como a negação da qualidade de vida. São componentes que podem ser mensurados e comparados, ainda que se considere a necessidade de se relativizar esses elementos, culturalmente no tempo e no espaço (Minayo, Hartz, Buss, 2000).

Apesar dos avanços que as políticas de atenção em saúde mental vêm conquistando, sabemos que as condições de vida de grande maioria das pessoas com doença mental grave ainda é marcada pela violência praticada tanto no âmbito intrafamiliar, como na comunidade e nas instituições. A vulnerabilidade a que essas pessoas estão sujeitas, no entanto, se estende também para condições materiais de sua existência, de lugares que os incluam em participação real da vida como a moradia, o lazer, o trabalho, enfim, nos espaços de circulação, produção material, imaterial e sociabilidade. Esse conjunto de violações de direitos, que produz a exclusão social, transborda na negação da vida e da qualidade de vida das pessoas com doença mental grave.

Essa concepção nos mostra que a noção de qualidade de vida atravessa diversos campos e está relacionada às condições e aos estilos de vida, incluindo o desenvolvimento sustentável, os direitos humanos e sociais, que estão inseridos no campo da democracia. E no campo da saúde, são resultantes também do campo social, da construção coletiva, dos padrões de conforto e tolerância, parâmetros esses estabelecidos por determinadas sociedades (Minayo, Hartz, Buss, 2000, Almeida, 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (The WHOQOL Group, 1997) a qualidade de vida é definida 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". Essa definição incorpora a ideia do conceito subjetivo, multidimensional, incluindo elementos de avaliação tanto positivos como negativos, refletindo também a subjetividade do conceito/constructo inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente (WHOQOL, 1997; Fleck et al., 1999; Fleck, 2000).

É nessa concepção de saúde que a atenção e modos de produção de cuidado devem considerar a importância e organização de atividades de outros setores sociais, como a prática de atividade física, esportiva, atividades culturais, etc., compondo parcerias intersetoriais.

A cultura é um dos determinantes identificados pela OMS na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais na Saúde, realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011, onde se escreveu um importante capítulo para a promoção da saúde pública e redução das injustiças sociais. Os representantes dos países que participaram da Conferência expressaram a determinação em atingir a igualdade social e a equidade na saúde. Para tanto, definiu-se trabalhar por meio de ações nas áreas de determinantes sociais, adotando a abordagem intersetorial para se conseguir o bem-estar da sociedade. O referendo internacional fortaleceu as bases de cooperação entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde do Brasil, que celebraram um Acordo de Cooperação Técnica para uma rede colaborativa que tem como finalidade a associação das práticas de cultura ao campo da saúde (Köptcke, 2012; Brasil, 2011).

Para fortalecer as práticas que integram saúde e cultura, uma parceria entre a Secretaria da Cidadania e da Diversidade Cultural do MinC (Ministério da Cultura), e a Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde, iniciou a estruturação de um Plano de Trabalho cujo objeto foi a implantação do projeto “Rede Saúde e Cultura: Programa Cultura Viva” que visa fortalecer tal integração de práticas para a promoção da saúde, cidadania plena e a transformação **da qualidade de vida** da sociedade brasileira em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, com a Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural e com a Constituição Brasileira (Köptcke, 2012, Amarante et al., 2012).

É possível definir a Rede Saúde e Cultura como uma tecnologia para apoiar a gestão intersetorial, colaborativa e participativa das políticas de cultura e saúde. Neste sentido, trata de uma proposta em construção permanente, onde se busca o diálogo e a participação dos diferentes atores – indivíduos e coletivos do Estado, da iniciativa privada e da sociedade civil organizada- que a compõem. A Rede Saúde e Cultura pretende mobilizar a parceria entre as redes já instituídas de promoção e atenção à saúde e aquelas de produção, criação, fruição e difusão cultural, com o propósito de promover relações mais horizontais, dinâmicas e cooperativas entre os diferentes campos da gestão, do conhecimento e das práticas. Desta forma, a partir da identificação de objetivos compartilhados e da pactuação de finalidades, o fluxo das ações na rede busca direcionalidade. A Rede pode estabelecer relações variadas entre seus membros e múltiplas formas de participação (Köptcke, 2012 p. 13).

A Reforma Psiquiátrica vem utilizando a cultura como um recurso de intervenção sociocultural, com manifestações artísticas dos usuários, cuja finalidade é transformar a concepção e a representação social que a sociedade criou sobre a loucura (Amarante et al., 2012), pois a cultura unifica-se em diferentes mecanismos de ação que perpassam o universo simbólico no qual o sujeito vive, e se projeta pela busca individual de elementos cotidianos para a formação do homem como agente histórico (Almeida, 2012).

A cultura aliada à saúde deve proporcionar a construção de experiências que contribuam para a superação de desigualdades, para o reconhecimento das diferenças reais existentes entre os sujeitos, nas dimensões existenciais dos mesmos - social, de trabalho e cultural. Deve produzir saúde com uma concepção para além da questão da doença, e o projeto cultural tem sido apontado como um instrumento importante de trabalho para essa finalidade.

A adoção de um conceito ampliado de cultura que abarca os fazeres e saberes populares e não apenas se restringindo ao universo das belas artes como sendo cultura, deve incorporar a

dimensão antropológica, que tem como escopo a formação global do sujeito, a valorização de seus modos de viver, pensar e fruir, de suas manifestações simbólicas e materiais. Uma concepção que busca ampliar o repertório de informação cultural dos sujeitos, possibilitando o enriquecimento e a ampliação da capacidade de agir sobre o mundo. O foco essencial é a qualidade de vida e a cidadania (Santos, 2009; Botelho, 2007).

Portanto, na interface de ações no campo da saúde e da cultura, observamos uma determinação quanto a um objetivo fundamental para os dois campos: **a conquista da cidadania e qualidade de vida.**

Com foco na qualidade de vida, diversos autores discutem que a avaliação da qualidade de vida é um tema complexo, e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicometricamente válidos, é um grande desafio. Ainda que essas dificuldades se apresentem, as avaliações podem proporcionar melhor compreensão e abrangência sobre as reais necessidades dos sujeitos avaliados, tanto na coletividade em geral, como no campo da saúde (Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2009).

Para a avaliação de qualidade de vida é primordial determinar o que é importante para o sujeito, fundamentalmente quando o instrumento é para uso em diferentes culturas. O objetivo da avaliação deve referir-se à experiência de vida e não somente às condições de vida desse sujeito, sendo este o centro dessa avaliação.

Nesse sentido, muitos questionários ou instrumentos vêm sendo desenvolvidos, adaptados e usados em uma variedade de circunstâncias (Fayers, Machin, 2000; Fleck, 2008; Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2009).

Em revisão sobre instrumentos de avaliação de qualidade de vida utilizados em pesquisa, desde o início de sua utilização em 1998 até 2006, os resultados apontam uma grande proporção de estudos que utilizaram o WHOQOL- bref com 62,1% de toda produção, indicando o crescimento e ampliação do instrumento. Os doentes psiquiátricos e a população geral foram os sujeitos mais frequentemente pesquisados, seguidos dos cuidadores, doentes cardiovasculares, neurológicos, nefropatas crônicos e idosos. Do total de estudos realizados com doentes psiquiátricos, pouco mais de um terço foram especificamente com sujeitos que tinham como diagnóstico, a esquizofrenia. Os objetivos encontrados nos estudos realizados no Brasil procuravam comparar qualidade de vida entre grupos ou subgrupos de doentes e/ou controles de acordo com a presença ou não de comorbidades, severidade da doença, complicações e diferentes tipos de tratamento (Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2009).

Nesse estudo não nos interessa o diagnóstico dos participantes, pois compreendemos que o importante para a avaliação do objeto de trabalho, é a experiência do sujeito que tem existência, não apenas com as suas mazelas e dificuldades, mas também com as conquistas, as participações em atividades e trocas coletivas ou individuais, relativas ao serviço de saúde mental ou não, enfim, a qualidade de vida das pessoas que estão sendo cuidadas nos serviços de saúde mental no município de São Paulo e que participam das atividades de um projeto cultural.

Os projetos existem e suscitam muitos questionamentos. Discorrem sobre a importância de superação de estigma, inclusão social, geração de renda, transformação do imaginário, mudanças identitárias, etc., mas não encontramos na literatura nacional informação ou análise de como estes projetos são avaliados em relação aos efeitos nos sujeitos e na comunidade, compreendendo-

os a partir das relações e do modo como esse sujeito se significa no e com o mundo.

Na revisão integrativa realizada nos idiomas espanhol, inglês e português para esta pesquisa, nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo, Minerva, Coleciona SUS, HISA, sites que disponibilizam resultados de pesquisa como Research Gate e Revistas da área da cultura, história e saúde (RADIS, CCS – história da loucura, Revista Cultura e Pensamento, Revista Discurso – FFCLUSP, Revista de História da Biblioteca Nacional e The Magazine of FEANTSA), com relação a projetos culturais e saúde mental, encontramos trabalhos que se aproximam do objeto de pesquisa com a temática da arte e cultura nos serviços de saúde mental, tendo como referência os seguintes descritores: arte e saúde mental; cultura, arte e saúde mental; indicadores de qualidade em assistência e saúde mental; desinstitucionalização e saúde mental; estigma e saúde mental; oficinas terapêuticas, arte e saúde mental; arte saúde e comunidade. O recorte temporal foi de 2001 a 2013 e no total foi encontrado o seguinte material: 136 artigos; 01 tese; 03 dissertações; 01 relatório; 01 documento de projeto; 06 artigos de revistas, 04 capítulos de livros. Desse total, 40 trabalhos foram selecionados para proceder à reflexão e discussão desta pesquisa, por apresentarem objetivos e temáticas pertinentes ao objeto de estudo.

Na literatura nacional encontramos trabalhos que em sua maioria tem como objetivo avaliar a arte no campo da saúde mental, como instrumento terapêutico e clínico. Outros, já apresentam uma reflexão sobre a interface cultura/arte e saúde, em variadas dimensões. Avaliam os trabalhos que são realizados na articulação da cultura e saúde, sejam projetos culturais ou manifestações culturais, a partir dos objetivos descritos pelos técnicos sobre o trabalho. Há questionamento sobre os critérios de avaliação, se é cultura na saúde ou saúde com cultura; se produzem de fato



inclusão social e como avaliar isto, quais os instrumentos adequados?

Estudo recente analisa as tendências de cuidado no trabalho nesse campo articulado da saúde e cultura, identificando a partir de relatos de observação etnográfica:

(1) cuidados estritamente clínico, predominante e marcada por atividades realizadas dentro dos centros com foco em competências pessoais e interações grupais; (2) psicossocial, que incluiu atividades no território, ampliação dos repertórios culturais e da circulação social; e (3) residual, minoritária e sem ganhos psicossociais (Galvanese; Nascimento e D'Oliveira, 2013, p. 360).

E propõem que para produzir cuidado na perspectiva da reabilitação psicossocial que utiliza atividades de arte e cultura é necessário o acesso dos profissionais a bens culturais e a processos criativos, dependendo também de que haja reconhecimento dessas atividades como trabalho integrado à toda a equipe (Galvanese, Nascimento, D'Oliveira, 2013).

Esta autora discorda de que apenas profissionais tenham acesso a bens culturais e a processos criativos, afirmando a necessidade de que todos os atores envolvidos tenham esse acesso. Mas concorda com a afirmação dos autores citados, de que todos os atores envolvidos sejam considerados como produtores de fatos de cultura.

Na literatura estrangeira, principalmente no Reino Unido, Austrália e Canadá encontramos pesquisas com a utilização da arte com pessoas que haviam sido diagnosticados com transtorno mental, tendo como resultado a autonomia, motivação, mudanças cognitivas, mudanças na criatividade e oportunidades de expressão de si mesmo. Portanto, os trabalhos pesquisados têm como finalidade a busca do bem-estar psíquico, que convergem com os

resultados dos trabalhos pesquisados na literatura brasileira. Nas publicações mais recentes, há estudos que têm como foco a avaliação das intervenções que utilizam a arte e cultura para a inclusão social, especificamente no Reino Unido, a partir de um mapeamento realizado (London, 2004) com uma pesquisa sobre a arte e os projetos de saúde mental na Inglaterra. Splander e colaboradores (2006) apresentaram relatório avaliando seus benefícios em termos da saúde mental dos participantes e quão bem eles promovem a inclusão social, tanto na promoção de sociabilidade de seus pares, como nas redes e no apoio ao desenvolvimento de ligações mais ampliadas com a comunidade. A pesquisa foi realizada baseada no relatório que identificou que as causas da exclusão estavam ligadas, em grande parte, à estigmatização da doença mental e no foco do trabalho sobre os sintomas médicos em detrimento da habilitação das pessoas para participar nas suas comunidades locais. O resultado aponta que o engajamento com a comunidade, com base em atividades artísticas, podem proporcionar oportunidades para que os sujeitos possam ampliar sociabilidades, se tornar mais socialmente engajados e ter um maior sentido de pertença.

Encontramos também, estudos realizados que objetivavam explorar a experiência das pessoas que participam de projetos com intervenção da arte (Stickley, 2010), avaliando o impacto de variadas formas de intervenção artística na saúde mental sobre estigma e *recovery* (Quinn et al., 2010), desenvolvimento de instrumento para medida de inclusão social pela intervenção da arte e avaliação do impacto do uso da arte no empoderamento dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde mental (Secker; et al., 2009).

Em estudo realizado na Austrália Lith, Schofield e Fenner (2013), demonstram o uso da arte como uma intervenção benéfica para os serviços de saúde mental. A evidência sugere que a recuperação psicológica foi a dimensão mais fortemente apontada

em termos de construções, tais como autodescoberta seguido por autoexpressão. A reinserção social foi mais identificada pelas construções de relações em desenvolvimento e identidade social. O estudo também evidencia que as práticas de arte são mais utilizadas como instrumento clínico e terapêutico, do que para inclusão social.

Ao proceder a leitura dos artigos nacionais e internacionais relativos à temática, surgiram algumas questões que justificam o desenvolvimento desta pesquisa e outras que também emergiram da investigação realizada na dissertação de Mestrado, tais como: qual é o impacto de tais iniciativas sobre a condição de saúde da dos participantes envolvidos; quais as ações que contribuem para a sustentabilidade, autonomia e protagonismo que, de fato, modifiquem a vida real dos sujeitos e que contribua para a transformação do imaginário sobre a loucura.

São questões que se apresentam na configuração da aproximação arte/cultura e saúde mental e que problematizam o objeto de estudo desta pesquisa: de que forma a participação nos projetos modificou a relação dos sujeitos com a criação artística, com a fruição estética e com a aplicação da arte/cultura a outros campos e a outras práticas?

Reinheimer (2001) problematiza a avaliação dos projetos em face aos critérios a serem utilizados, questionando se o trabalho desses atores deve ser avaliado por critérios específicos ou pelos mesmos critérios a partir dos quais se avaliam quaisquer outros trabalhos.

Com o entendimento de que objeto de estudo desta pesquisa, projetos culturais que apresentam práticas inovadoras e que desenvolvam ações de cultura com foco na saúde mental, se constituem, também, em instrumento para a inclusão social, orientamos o trabalho para um critério de avaliação que está referido

nas diretrizes do programa “Mais Cultura, Mais Saúde”, a qualidade de vida. Compreendendo os modos de trabalhos na saúde, articulado às questões epistemológicas da cultura, buscamos responder se a utilização dos projetos culturais nos serviços de saúde mental do município de São Paulo, produz inclusão social e amplia a contratualidade, aumentando os valores sociais e afetivos, melhorando a qualidade de vida dos sujeitos que participam dos projetos.

O escopo desta pesquisa contempla a necessidade de refletir sobre indicadores para a avaliação de projetos no campo da arte/cultura e saúde mental, analisando os resultados e apontar contribuições para a caracterização de indicadores de avaliação do campo.

A questão está posta no sentido de que não foram encontrados estudos avaliando o impacto da participação da arte/cultura na qualidade de vida e inclusão social das pessoas com transtorno mental, dos serviços de saúde mental no Brasil. Não existe nenhuma medida publicada e disponível na literatura nacional e é fundamental que se construa avaliação e conhecimento do objeto em questão, pois no Relatório Loucos pela Diversidade (2008) e no Relatório da VI Conferência de Saúde Mental (2010), a Cultura e a Diversidade Cultural estão entre as principais indicações das diretrizes para as políticas públicas na saúde mental, e em seus princípios têm a orientação para a inclusão social:

Faz-se necessária a implantação de políticas específicas e permanentes de apoio às iniciativas artísticas e culturais destas pessoas, com dispositivos intersetoriais em âmbito federal, estadual, interestadual, municipal e local, visando a sua inserção social, a produção cultural e a geração de trabalho e renda, incluindo mecanismos e estratégias de divulgação, circulação e escoamento de suas obras e produtos. Da mesma forma, é necessário garantir, nas três esferas de governo, que as instâncias públicas de produção, divulgação e distribuição de

produtos culturais realizem eventos e ações que possibilitem a efetiva concretização das ações culturais praticadas nos serviços substitutivos (Sistema Único de Saúde, 2010, p. 116).

É nessa perspectiva, na articulação do campo da cultura com a saúde mental, que a problematização do objeto emerge a partir da vivência da autora, nas indagações sobre os saberes e práticas na Reabilitação Psicossocial, e de como a cultura aliada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, pode se constituir em instrumento de cidadania e qualidade de vida do sujeito com doença mental.

Neste estudo, questionamos se as intervenções socioculturais realizadas pelos serviços de saúde mental são instrumentos de intervenção para a inserção e transformação social dos usuários destes serviços, na perspectiva da cultura e das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, interessa-nos investigar os aspectos inovadores das iniciativas em cultura e saúde e se elas produzem impacto na vida dos usuários dos serviços de saúde mental. A pesquisa quer compreender como a experiência de vida do usuário do serviço de saúde mental se transforma, tendo como norteador a qualidade de vida e o espaço de existência e coexistência produzido pelo projeto com suas manifestações culturais. Tem como pressuposto que as ações realizadas com os projetos culturais possibilitam a quebra do entretenimento, constituindo-se de ações dotadas de eficácia - o impacto das ações sobre o meio no qual o projeto pretendia intervir - transformadora da qualidade de vida do sujeito.

A justificativa dessa pesquisa está na possibilidade de aprofundar a reflexão sobre a questão da interface saúde e cultura, possibilitando a transformação das relações do processo de trabalho dos atores sociais, balizadas nos resultados alcançados pelos projetos culturais na vida concreta dos sujeitos. Pois, como diz Ana Pitta:

A união dos fracos talvez seja a melhor estratégia para enfrentar, de um lado, o medo e a desesperança dos doentes que cotidianamente buscam o cuidado que precisam; do outro lado, o espanto e vergonha com que muitos dos seus cuidadores percebem suas debilidades para fazer prevalecer, nas organizações de saúde onde atuam, um mínimo de solidariedade social que aproxime as necessidades de uns e de outros. À barbárie e desestruturação alcançada pelo nosso Sistema de Saúde impõem-se um desafio onde audácia e sabedoria serão os requisitos para nos aproximarmos, no conhecimento e nas medidas reparadoras, dos elementos de uma equação onde doentes e seus cuidadores possam introduzir um equilíbrio onde qualificação e responsabilidade pelo cuidado, sejam elementos predominantes nas organizações de saúde. Esta é uma discussão aberta, trazendo a contribuição de diferentes disciplinas e, longe de ser propositiva, pretende estabelecer uma profunda reflexão entre os diretamente interessados em preencher vazios teóricos e práticos que possam ampliar uma economia favorável à "boa prática", entre o uso dos recursos e as necessidades das pessoas, no que se refere às demandas de saúde/doença (Pitta, 1996, p. 35).

## **1.5 OBJETIVO GERAL**

A finalidade deste estudo foi construir e sugerir critérios para a avaliação das ações artísticas/culturais dos serviços de saúde mental, como instrumento para inclusão social, subsidiando propostas para avançar as políticas culturais na saúde mental.

### **1.5.1 Objetivos específicos**

1. Identificar projetos culturais nos serviços territoriais;
2. Compreender a concepção sobre saúde e cultura dos usuários dos serviços de saúde mental que participam dos projetos culturais;
3. Identificar processos de inclusão social gerados pelo projeto cultural.

4. Caracterizar a qualidade de vida dos usuários de serviços de saúde mental que participam de projeto cultural.

## **2. CAMINHO METODÓLOGICO**

A abordagem utilizada nesta pesquisa é do tipo exploratória, e tem como objetivo estimular o próprio pensamento científico, por meio de concepções mais aprofundadas de um problema e da geração de novas ideias ou pressupostos a serem discutidos em pesquisas futuras. Gil (2004), afirma que o planejamento destas pesquisas é bastante flexível, possibilitando a consideração dos mais variados aspectos do fato estudado.

O conhecimento humano constrói-se fundamentalmente de duas maneiras que coabitam a existência humana: o conhecimento espontâneo ou senso comum e o conhecimento científico. O conhecimento espontâneo surge da necessidade e tentativas de se buscar resolver os problemas da vida. É empírico porque se baseia na experiência vivida no cotidiano, é sem planejamento e não metódico. Baseia-se no saber herdado da família, do ambiente e da história de vida. No conhecimento científico, o ser humano começa a proceder metodicamente, sendo um processo progressivo onde há uma reflexão radical e rigorosa sobre os problemas que lhe são postos (Brêtas, 2000).

Desse modo, pode-se dizer que não existe uma explicação única da realidade. Existem formas diferentes do ser humano compreender os problemas que toma para estudo, não sendo em si um problema filosófico, científico, artístico ou religioso. A atitude que tomamos é que é filosófica, científica, artística, religiosa ou de senso comum (Brêtas, 2000).

À luz desse diálogo encontra-se a pesquisa qualitativa que busca compreender questões da realidade, respondendo a questões

muito particulares e nas ciências sociais se preocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, cujos fenômenos não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2004). Essa compreensão é reiterada por Turato (2003) ao afirmar que, a pesquisa qualitativa não objetiva generalizar resultados, mas sim focar sua atenção no específico, no peculiar, no singular, buscando a compreensão e não a explicação do fenômeno estudado.

O fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos, trabalhando com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os “objetos sociais” apresentam.

Os projetos culturais nos serviços de saúde mental, objeto de estudo desta pesquisa, caracterizam-se como um fenômeno ou processo social. Tal caracterização justifica a escolha da pesquisa qualitativa, porém, sua medição deve ser apoiada em indicadores do nível de satisfação da qualidade de vida, a saber: medidas objetivas do nível das condições ambientais e de vida, de relações interpessoais e da relação das pessoas com a sociedade e com a natureza. Diante disso, faz-se necessária a utilização de medidas quantitativas. Portanto, o estudo definiu-se como uma pesquisa qualiquantitativa, fundamentada na compreensão de que a construção metodológica adequada é aquela que consiga agrupar aspectos das duas perspectivas.

Apesar da oposição existente entre as duas abordagens, Demo (1995, p. 231) afirma que:

Embora metodologias alternativas facilmente se unilateralizem na qualidade política, destruindo-a em consequência, é importante lembrar que uma não é maior,



nem melhor que a outra. Ambas são da mesma importância metodológica.

Essas abordagens não são paradoxais - elas são complementares, preenchendo as lacunas que a outra não consegue prover.

## **2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

Ao proceder à discussão teórica do objeto desse estudo, utilizaremos na perspectiva do materialismo dialético as concepções de cultura, tendo como categoria analítica a inclusão social e o estigma.

Para o materialismo histórico e dialético a estrutura econômica condiciona, ainda que não determine a dimensão cultural. A cultura não é uma esfera separada do resto dos aspectos sociais, senão que está em relação direta com a estrutura econômica (Sastre e Navarro, 2003).

Marx descreveu a sociedade como um imenso edifício integrado, primeiramente pelo nível da infraestrutura, base material da sociedade onde se dá a produção de bens materiais e constituído pelas forças produtivas e as relações de produção. Sobre esta se ergue a superestrutura, na qual se define a vida social – a organização política, jurídica e social, os instrumentos de trabalho, a cultura, a ideologia, a arte, entre outras dimensões da vida social (Sastre e Navarro, 2003).

Conhecer uma determinada realidade cultural e descobrir sentidos em suas práticas, nos leva a compreender as transformações ocorridas. Portanto, é importante compreender as relações entre os procedimentos culturais e os contextos em que são produzidos.

O que sempre caracterizou a cultura é a sua capacidade de circulação. Vivemos em uma sociedade atravessada por inúmeros conflitos e contradições que se expressam em termos culturais. Não concebemos a cultura como uma superestrutura, ou uma camada decorativa do bolo social, mas acreditamos que todas as atividades humanas se expressam culturalmente, sejam as atividades econômicas, as atividades políticas, as atitudes cotidianas, todas se materializam em códigos culturais (Santos, 2009).

Nessa perspectiva, autores marxistas conceituam a cultura como veremos a seguir.

### **2.1.1 Cultura**

As diversas concepções e definições de cultura resultam em várias maneiras de pensar os fenômenos culturais, e todas representam a cultura como uma inclusão de dois ou três níveis em interação. Seguindo reflexões desenvolvidas pelos estudos culturais, situamos um campo em que se confrontam as concepções antropológicas e humanistas da cultura. Na tensão que enlaça essas tendências, rejeitam o exclusivismo de cultura como alta cultura, afirmando que todas as formas de produção cultural precisam ser estudadas em relação às práticas culturais e às estruturas sociais e históricas. Estudos culturais são comprometidos com os estudos de todas as modalidades de arte, crenças, instituições e práticas comunicacionais da sociedade (Darras, 2009).

Os vários e diferentes conceitos de cultura coexistem e recortam o mundo cultural em diversas práticas. É preciso esclarecer o uso conceitual, mas o relevante é que o conjunto de significados aponta para uma argumentação complexa sobre as relações entre desenvolvimento humano geral e um modo específico de vida, bem como entre ambos e as práticas da arte e da inteligência. Interessante observar, que na arqueologia e antropologia cultural, o

conceito de cultura aponta primordialmente para a produção material, enquanto na história e nos estudos culturais, indica fundamentalmente os sistemas de significação ou simbólicos (Williams, 2007).

O mesmo autor reconhece três categorias amplas e ativas de uso do termo cultura: 1. Processo de desenvolvimento intelectual, espiritual e estético; 2. Um modo de vida como referência a um povo, um período, um grupo ou da humanidade em geral; 3. Obras e práticas da atividade intelectual e, particularmente, artística. Com frequência esse parece ser o sentido mais difundido na atualidade.

Para Morin (2009) há três dimensões interdependentes à palavra cultura: a antropológica, ou “tudo aquilo que é construído socialmente e que os indivíduos aprendem”; a social e histórica, entendida como o “conjunto de hábitos, costumes, crenças, ideias, valores, mitos que se perpetuam de geração em geração”, e a relacionada às humanidades, que “abrange as artes, as letras e a filosofia”.

Teixeira Coelho (2004) agrega uma série de definições sobre os mais diversos aspectos do campo cultural, apontando que a cultura pode ser vista sob três perspectivas diferentes. A primeira seria a de “um estado mental ou espiritual desenvolvido, como na expressão ‘a pessoa de cultura’” – noção criticada devido ao seu caráter elitista, que marginaliza grande parte da população e seus saberes. A segunda remeteria ao “processo que conduz a esse estado [mental desenvolvido]” – trata-se das chamadas práticas culturais propriamente ditas. E, por último, a cultura como “os instrumentos [...] desse processo, como cada uma das artes e veículos que expressam ou conformam um estado de espírito ou comportamento coletivo”. Estes dois últimos aspectos, os mais aceitos pela sociedade, levam Coelho ao que seria uma definição de cultura como:

[...] o índice de um espírito formador global da vida individual e coletiva a manifestar-se numa variedade de comportamentos e atos sociais [...] é o reflexo de um universo social mais amplo e determinante [...], que não se caracteriza apenas pela gama de atividades ou objetos tradicionalmente chamados culturais, de natureza espiritual ou abstrata, mas apresenta-se sob a forma de diversas manifestações que integram um vasto e intrincado sistema de significações. Assim, o termo cultura continua apontando para atividades determinadas do ser humano que, no entanto, não se restringem às tradicionais (literatura, pintura, cinema – em suma, as que se apresentam sob uma forma estética), mas se abrem para uma rede de significações ou linguagens incluindo [...], o comportamento (ou atitude), a festa, [...] o estar junto (Coelho, 2004, pp. 103-104).

Nessa complexidade de conceituações, há posições superpostas e opostas, mas que não se podem resolver reduzindo-se a complexidade do uso real do conceito. As variações envolvem visões alternativas das atividades, relações e processos que a palavra cultura indica. A complexidade não está na palavra, mas nos problemas que as variações de uso indicam de maneira significativa.

Até o início do século XX a cultura era considerada apenas como patrimônio simbólico. Na antropologia e na sociologia, em seus estudos sobre cultura, aprendemos a enxergá-la como coisa dada, que está impressa em nossos códigos de convivência e consolidamos como civilização, o que determinou formas fixas de sociabilidade. No entanto, amplia-se com uma visão mais contemporânea de pensar a cultura como instrumento para novas formas de expressão e convivência, que podemos construir a partir do conhecimento que está disponível, criando sistemas de intercâmbios e inter-relação com as ricas manifestações culturais, tendo a ética como princípio norteador. Os estudos culturais operam entre as tendências que entrelaçam a antropologia e a concepção humanística de cultura, mas rejeitando a equação exclusivista de cultura como alta cultura, argumentando que todas as formas de produção cultural precisam ser estudadas em relação às práticas culturais e às estruturas sociais e históricas. Comprometem-se com os estudos de todas as modalidades de arte, crenças, instituições e

práticas comunicacionais da sociedade (Nelson; Treichler; Grossberg, 1992 *in* Mae e Coutinho, 2009).

Para a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), o consenso traduzido pelos especialistas e analistas para a definição de cultura, por representação dos países congregados à ONU (Organização das Nações Unidas), refere que:

A cultura, para a Unesco, é o conjunto de traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou grupo social. Inclui, além das artes e da literatura, as formas de vida, as maneiras de viver em sociedade, os sistemas de valores, as tradições e as crenças (Ségovia, 2005, p. 84).

De qualquer modo, tanto para definir algo de domínio próprio de um indivíduo quanto para o exercício de poder em relação aos grupos sociais distintos, o termo é utilizado como definidor de um campo simbólico determinado. E ações e políticas culturais sejam no campo público ou privado, exercem esse domínio (Brant, 2009).

Nas áreas da cultura e das políticas sociais, o conceito de diversidade cultural também é de fundamental importância. O reconhecimento e a valorização das diferenças culturais possibilitam o respeito às diferenças entre os indivíduos e grupos humanos, uma condição de cidadania (Santos, 2009).

Com a compreensão de que, para alguns autores marxistas, a ideia fundamental

[...] é de que nada existe eterno, fixo e absoluto [...] toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica [...] a lógica dialética introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação (Minayo, 2006, p. 67-68).

Entendemos que a complexidade das ações para a construção do lugar na sociedade para o sujeito com doença mental,

está na concepção e práticas que podem reiterar a condição hegemônica ou se contrapor a essa condição.

Na utilização da cultura no campo da saúde mental, o conceito de cultura deve implicar na compreensão de sua evolução histórica, diretamente ligada à gênese social da ideia moderna de cultura.

Portanto, como referido anteriormente, o conceito que será utilizado para esse estudo, na perspectiva do materialismo dialético, considera que a cultura é uma construção histórica, tanto na concepção como na dimensão do processo social, e é um produto coletivo da vida humana. É um conjunto de práticas, técnicas, dos símbolos e dos valores que se devem transmitir às novas gerações para garantir a reprodução de um estado da coexistência social, supondo uma consciência grupal operosa e operante que desentranha da vida presente os planos para o futuro (Bosi, 1992). Sua aplicação deve estar referida tanto à percepção cultural, como também à sua relevância na aplicação do conteúdo de cada cultura particular, produto da história de cada sociedade. Fundamenta-se em princípios que norteiam o objeto de estudo e os objetivos a serem alcançados, quando delimita que

“cultura é um território bem atual das lutas sociais por um destino melhor. É uma realidade e uma concepção que precisam ser apropriadas em favor da luta contra a exploração de uma parte da sociedade por outra, em favor da superação da opressão e da desigualdade” (Santos, 1987, p. 45).

Conhecer uma determinada realidade cultural e descobrir sentidos em suas práticas, nos leva a compreender as transformações ocorridas. Portanto, é importante compreender as relações entre procedimentos culturais e os contextos em que são produzidos.

Analisar o contexto em que ocorrem os projetos culturais, possibilita compreender também os espaços de circulação em que os serviços estão agenciados, pois, projetos culturais são instrumentos que, articulando a dimensão sociológica e antropológica da cultura, devem consolidar de modo integral as instâncias políticas, econômicas e sociais, para que a cidade configure-se como espaço de participação, e os eventos culturais e artísticos cumpram a missão de formação de público, com acesso e geração de relações de pertencimento e sociabilidade (Barros, Fonseca, 2013).

### **2.1.2 Categorias analíticas: Inclusão Social e Estigma**

Onde há poder, ele se exerce. Ninguém é, propriamente falando, seu titular; e, no entanto, ele sempre se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros do outro; não se sabe ao certo quem o detém; mas sabe-se quem o não possui.

(Michel Foucault)

A inclusão do sujeito doente mental na sociedade é um desafio no contexto atual da globalização, onde a organização política, econômica e ideológica, a partir dos anos 90 determinou uma reorganização social que culminou no aumento das desigualdades sociais.

A exclusão se expande através de metástases de estigma, apartação e discriminação, reforçada pelo esmagamento de pessoas que já sofrem o duplo estigma e discriminação na condição da doença mental (Sposati, 1999).

A relação entre exclusão/inclusão dos sujeitos com doença mental identifica a iniquidade da desigualdade. Confrontar a

exclusão na sua relação com a inclusão é colocar a análise no patamar ético-político, como questão de justiça social, possibilitando a descoberta de novas identidades e dinâmicas sociais (Sposati, 1999).

Em recente trabalho, Salles (2011) realizou uma categorização das dimensões e indicadores para a inclusão social dos doentes mentais, delimitando concretamente quais situações estão presentes na vida desses sujeitos, tanto no nível singular como coletivo. Destaca os fenômenos do processo, definindo-os como multidimensional, mas remetido aos seguintes eixos principais: possibilidades materiais (residência, renda, etc.), o trabalho e/ou participação em outras atividades significativas, a rede de suporte social, a cidadania e a autonomia em relação à sua própria vida.

Essa concepção reitera a compreensão sobre o processo de exclusão social discutida por outras autoras (Vianna, Barros, 2002; Leão, Barros, 2011), assinalando a situação de todos aqueles que se encontram fora das possibilidades reais das trocas sociais. Desse modo, a exclusão social não se restringe apenas em estar fora do mercado de trabalho, mas também da cultura, da política e da família. Além de limitar o exercício do papel social, o que acaba por anular o indivíduo em sua singularidade, a exclusão produz fragilidade e ruptura nos laços sociais e familiares.

Salles (2011) citando Perkins e Repper, afirma que

Em todas as áreas da vida a pessoa com transtorno mental precisa enfrentar os problemas que se apresentam mantendo controle sobre sua vida, sendo capaz de tomar decisões e perseguir seus interesses. É preciso lidar com as múltiplas perdas que a doença mental acarreta, e enfrentar o processo de tristeza e o desafio da desesperança. Todas as pessoas precisam de um propósito na vida, precisam se sentir valorizadas e ter uma percepção positiva delas mesmas (p. 56).

A doença mental produz para o sujeito uma ruptura em sua vida cotidiana, muitas vezes mudando as relações familiares, as



relações sociais, as atividades do cotidiano, com perdas importantes tanto materiais como imateriais. Deixam de existir como cidadãos, restando para o sujeito, a impossibilidade e o vazio existencial. Por conseguinte, entendemos que o processo de exclusão social se desenvolve a partir do modo como se estabelecem as relações entre as pessoas, das atividades realizadas (ou não) pelo indivíduo e da relação entre o singular e a coletividade.

Mas, a inclusão social não implica apenas em habilitar os sujeitos para realizarem o que querem e sim, também, manter ou reconstruir uma vida satisfatória e com qualidade. O processo da inclusão social implica em restituir a contratualidade de vida dessas pessoas, promovendo, além de cidadania, as possibilidades para participação em atividades importantes, considerando a singularidade dos sujeitos, mantendo os relacionamentos com familiares, amigos e demais relações que tenham valor e relevância em sua vida.

Considerando a questão dos Direitos Humanos, temos na situação atual a violação sistemática desses direitos, que torna incompatível o exercício da cidadania plena, conduzindo a uma cidadania passiva, tutelada pelo Estado. E mais ainda, há uma contradição entre as noções de cidadania em seus significados de igualdade, liberdade, autonomia e racionalidade, e de loucura, que representa constrangimento, diferença, irracionalidade e dependência. Então, qualquer projeto que vise à cidadania e qualidade de vida dos sujeitos com doença mental, deve pensar e reconhecer esse paradoxo que caracteriza a relação da loucura com os princípios éticos da cultura vigente no nosso país (Fernandes, Oliveira, Fernandes, 2003).

Também entendemos que a história e a vida não são movimentos marcados pelo conformismo.

Com o entendimento de que a exclusão social é o distanciamento ou apartamento da inclusão pela discriminação e pelo estigma, consideramos que para o enfrentamento da questão é preciso pensar e agir no sentido do significado que isso tem para os sujeitos que a vivenciam.

Goffman (1988) define o estigma a partir do conceito de identidade social em que o sujeito

[...] tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (Goffman, p. 12, 1988).

O atributo em si não conduz ao estigma, mas o atributo posto em uma linguagem de relações. O processo de estigmatização demandaria então, um contexto e uma situação relacional de interpretação dos atributos e conduziria sempre a um processo de exclusão ou marginalidade da pessoa portadora (Goffman, 1988).

A concepção gerada pelo estigma da doença mental, a partir do seu diagnóstico, submete as pessoas a ações autoritárias que desautorizam o convívio social e coletivo, legitimando a ênfase em referências que contribuem para a exclusão.

O estigma e as atitudes negativas de outras pessoas produzem efeitos emocionais desagradáveis, danos reais na autoestima, na autoconfiança e na busca de ajuda/tratamento, além de afetar negativamente as relações com familiares, vizinhos, amigos e as possibilidades de trabalho, endossando a exclusão social e o isolamento das pessoas com doença mental. Mas esse impacto negativo de atitudes e do estigma não se limita às outras

peças, pois parte também do próprio indivíduo que sofre com a doença mental. Muitas vezes, esse indivíduo absorve as concepções discriminatórias sobre a doença mental, assumindo um comportamento autoestigmatizante que amplia os danos e afeta a sua qualidade de vida.

A imagem que gera atitudes negativas e estigma – uma marca de desgraça, de discriminação - sobre as pessoas com doença mental, foi construída historicamente por uma concepção disseminada pela cultura institucionalizante da psiquiatria, pautada na noção de periculosidade e incapacidade moral desses sujeitos, atributos esses que geram medo e aversão em parte da sociedade atual. Assim é que a loucura foi transformada em doença mental e a psiquiatria em ciência.

Esta situação faz frente à necessidade de se compreender os quadros de referência no que diz respeito aos grupos sociais e às normas em que a pessoa está inserida em sua rotina diária, das formas que a vincula às diversas situações sociais de que ela participa.

Para outros autores é importante identificar os processos sociais e culturais que ligam categorias de pessoas às condições de desvalorização moral e investigar como essas condições estão presentes na vida cotidiana dos sujeitos e em suas relações, tanto familiares como sociais. É preciso compreender como são tratados os dilemas morais, as relações sociais rompidas e as possibilidades de vida para os sujeitos afetados pelo estigma (Twardzicki, 2008; Klin e Lemisch, 2008; Corrigan, Larson e Rüşh, 2009).

Esta mudança de perspectiva nos faz refletir que, para além dos sujeitos ou para além das pessoas, é preciso considerar o modo como as respostas às doenças específicas são construídas e inseparáveis da estrutura normativa da sociedade e de ambientes

socioculturais específicos (Feldman e Crandall, 2007; Thornicroft et al., 2007; Ahmedani, 2011).

No Brasil, como já apresentado anteriormente, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) também tem a Cultura e a Diversidade em seus princípios e diretrizes, como orientação para a inclusão social.

Além disso, também foram aprovadas propostas para a efetivação dessas diretrizes através de financiamentos, editais, políticas de pesquisa, extensão e profissionalização para a cultura, inclusão da Diversidade Cultural em Saúde Mental no calendário nacional, entre outras iniciativas. Todas essas propostas convergem para ações que consolidam o enfrentamento da questão do estigma, do preconceito e da exclusão social das pessoas com doença mental.

Nessa perspectiva, com a compreensão da cultura como fundamentação teórica do objeto de estudo e utilizando os conceitos de inclusão social e estigma para analisa-lo, é que procederemos ao campo propriamente dito da pesquisa.

## **2.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

### **2.2.1 Instrumentos de Coleta de Dados**

#### **2.2.1.1 Grupo focal**

Na pesquisa qualitativa há diferentes possibilidades metodológicas de trabalho e o método deve ser definido a partir da construção do objeto. Sendo assim, neste estudo optamos por adotar o grupo focal que pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto

ou serviço. Pode ser considerado como uma entrevista de grupo, embora não ocorra um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes (Lervolino, Pelicioni, 2001).

Há várias referências bibliográficas que apontam o grupo focal como uma técnica para obtenção de dados qualitativos, utilizada para mobilizar discussão sobre um tema particular, aflorando não apenas as percepções individuais, mas também aquelas oriundas das interpretações do coletivo, expressas nas estruturas discursivas e na defesa ou críticas de temas e aspectos relevantes na pesquisa. Envolve sentimentos, emoções, opiniões e as relações dos atores envolvidos no processo, pela discussão mobilizada em que há uma troca de ponto de vista, ideias e experiências. E, embora sejam expressas emocionalmente e sem lógica, não privilegiam indivíduos particulares ou posições (Lucchese, 2005; Gurgel et al., 2011).

O grupo focal tem como vantagem apresentar baixo custo, ter resultados rápidos e formato flexível, o que permite ao moderador explorar perguntas não previstas. Também favorece ao grupo um ambiente que proporciona o equilíbrio e a fidedignidade dos dados (Gurgel et al., 2011).

A essência do grupo focal consiste na interação dos participantes com o pesquisador na coleta de dados, com base em reflexões focadas em tópicos específicos diretivos. Não busca consenso na discussão e possibilita que as divergências de perspectivas e experiências sejam bem-vindas (Lervolino e Pelicione, 2001).

Grupos focais, como uma técnica de coleta dados de pesquisa, realizam-se por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as

entrevistas em profundidade. Tem como base de seu processo levar os indivíduos a emitir opiniões e atitudes sobre assuntos que talvez não tenham pensado anteriormente. Também pode ser caracterizada como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (Gondim, 2003).

Os grupos focais podem atender a interesses práticos ou teóricos, em que concorrem três tipos de tarefas: os processos do próprio grupo, os conteúdos emergentes e os latentes. A primeira tarefa se insere no domínio da psicologia social, a segunda no da cognitiva e da análise de conteúdo e, a terceira, no da psicologia clínica e análise de discurso (Gondim, 2003).

Kind (2004) realizou estudo para sistematização do trabalho com grupos focais em técnicas investigativas. Descreve que a técnica de grupos focais encontra-se fundamentada na tradição do trabalho com grupos, na sociologia e na psicologia social crítica. Assim, encontramos a utilização da técnica pautada em fundamentações teóricas distintas, trazendo implicações principalmente para a análise do processo de investigação. Para delimitar como os grupos focais são construídos e conduzidos, a autora convida a uma apropriação crítica para aqueles que queiram utilizar esse recurso metodológico no processo de construção do conhecimento.

Encontramos autores (Chiesa; Ciampone, 1999; Pereira et al., 1999) que sustentam o grupo focal com a fundamentação teórica dos grupos operativos como desenvolvidos por Pichón-Rivière (2000). O grupo focal é tomado como um grupo que se organiza em torno de uma tarefa específica: fornecer informações acerca de um tema anteriormente determinado. Os grupos focais, contudo, devem ser muito mais diretivos do que os grupos operativos, cabendo ao mediador intervir na dinâmica grupal sempre que o tema for extrapolado. Já no grupo operativo, cabe ao moderador acompanhar o movimento do grupo, confiando em sua potencialidade para realizar a tarefa (Pereira et al., 1999).

Outros autores (Nery, 1997; Canales; Peinado, 1995) adotam princípios teóricos das contribuições de Bion para a construção e análise dos grupos focais. Nessa perspectiva, considera-se o grupo como um grupo de trabalho, mantendo-se, contudo, a postura investigativa mais do que estritamente clínica na condução da discussão. Há também incorporação da noção de suposições básicas (dependência, acasalamento, fuga-luta) na interpretação das discussões empreendidas pelo grupo (Bion, 1975).

A sociologia e a psicologia social crítica, com suas contribuições sobre representações sociais, análise do discurso e produção de sentido, aparecem também como referenciais que freqüentemente sustentam o trabalho com grupos focais (Minayo, 1999; Aalzaga, 1998; Oliveira; Werba, 1996; Canales; Peinado, 1995). A análise que se faz nesses casos é quase sempre psicossocial, respeitando-se referenciais teóricos específicos desses campos de saber (sociologia e psicologia social) (Kind, 2004, p. 126).

Para a pesquisa, destacamos o grupo focal norteado pela técnica de grupo operativo (GO), cujos conceitos e aplicação se devem a Pichon-Rivière. A aplicação deste instrumento segundo Lucchese e Barros (2007),

[...] vem se desvelando, em nossas pesquisas, como uma técnica que vai além da coleta de dados, vista que, proporciona trocas vivenciais entre os sujeitos pesquisados, possibilitando a revisitação e reflexão do cotidiano, exteriorização de sentimentos latentes, apropriação e reconstrução da realidade, em fim, um caminho para constituição do saber/fazer na área da saúde e também em pesquisa (p. 797).

As autoras afirmam ainda que trabalhar com grupos (seja na assistência, ensino ou pesquisa) requer fundamentação técnico-teórica. É esta base que indicará o caminho para o coordenador de grupos constituir o próprio grupo, os meios para sua leitura e, sobretudo, auxiliará no enfrentamento do contexto e âmbito da dinâmica grupal (Lucchese e Barros, 2007).

A opção pela técnica de grupo, para obtenção de dados empíricos, implica para o pesquisador além de exercer a função de estudioso do fenômeno em questão, o fazer de coordenador do grupo, ampliando sua responsabilidade no que tange à escolha de

referenciais teórico-metodológicos, respeito ético-científico, elaboração do projeto/planejamento, operacionalização e divulgação do estudo, assim como compartilhar recursos inerentes à condição de coordenar grupos como em qualquer outra circunstância, como na capacitação de pessoal, na assistência ou no ensino (Lucchese e Barros, 2007).

Dentre as várias indicações de utilização do grupo focal, destacamos para essa pesquisa a obtenção de informações sobre um contexto específico. As razões que justificam a escolha dessa técnica estão na interação que pode fomentar respostas mais interessantes ou novas e ideias originais, além do tema ter a possibilidade de ser discutido por todos os participantes. Os demais critérios de constituição do grupo devem ser coerentes com os objetivos da pesquisa (Kind, 2004).

Portanto, justificamos a utilização dos grupos focais nesta pesquisa, considerando a importância da reflexão crítica sobre o desenvolvimento de práticas no território. Os grupos focais tiveram como tema central os projetos culturais nos serviços de saúde mental.

Para a condução do grupo é necessário um coordenador, que tem como atribuições otimizar o ambiente para as expressões de todas as opiniões dos participantes, facilitar a interação entre os mesmos, assim como explorar a subjetividade dos atores envolvidos. O observador é necessário e indicado ao grupo, junto ao coordenador, para assegurar as informações não verbais (Lucchese, 2005).

O coordenador desse grupo foi a pesquisadora que, com a contribuição de uma observadora, apurou a operacionalização dos dados do grupo. A observadora é também pesquisadora no grupo de



pesquisas “Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental”<sup>4</sup>. Pode-se usar recursos didáticos para incentivar a discussão temática que deve ser estabelecida por um guia ou temário. O temário é uma orientação para a memorização de questões importantes a ser tratadas, devendo ser flexível o suficiente para que a discussão transcorra de forma espontânea (Lucchese, 2005; Kind, 2004).

Na fase exploratória da pesquisa qualitativa, os instrumentos de trabalho foram o roteiro de entrevista, os critérios para observação participante, os itens para discussão dos grupos focais (Apêndice B), visando apreender o ponto de vista dos atores sociais. O roteiro continha algumas questões, e este instrumento foi o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

#### **2.2.1.2 WHOQOL-bref**

Para a fase quantitativa, foi utilizado o questionário de qualidade de vida, WHOQOL-Abreviado (Anexo 02), versão em português do instrumento WHOQOL-bref, com a finalidade de compreender e analisar a correlação na participação em projetos culturais e qualidade de vida.

Na validação do instrumento WHOQOL-bref para a versão em português, as características psicométricas preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste, os quais são básicos em uma avaliação preliminar, apresentando boa consistência interna, medidos pelo coeficiente alfa de Cronbach que é a estatística mais usada para medir a confiabilidade de um questionário, quer se tomem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios (Fleck, 1998).

---

<sup>4</sup> Grupo de Pesquisa “Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental”, Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde Mental e em Enfermagem. Cadastrado no CNPq. Pesquisador: Sônia Barros

Trata-se de um instrumento curto, de rápida aplicação, que pode ser utilizado tanto em populações com algum tipo de doença como em populações saudáveis. Isso sinaliza para a possibilidade de realização de várias outras pesquisas futuras em diversas populações que já foram objeto de estudos ou não, principalmente no Brasil, que se destacou entre outros países quanto à utilização do WHOQOL-bref. Essas pesquisas podem gerar novos conhecimentos, levantar questionamentos e contribuir para a tomada de decisões que melhorem de fato a qualidade de vida das pessoas (Kluthcovsky, Kluthcovsky, 2009, p. 12).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS organizou e desenvolveu em um projeto colaborativo, em 15 centros ao redor do mundo, que inicialmente realizou uma revisão internacional para a elaboração da definição do conceito de qualidade de vida como:

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 (The WHOQOL Group, 1995, p. 1404).

Também teve como resultado a elaboração do World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100) que permite uma avaliação detalhada de cada faceta individual relacionada à qualidade de vida. Em certas circunstâncias, devido à necessidade de instrumentos mais curtos e de rápida aplicação, foi então desenvolvida a versão reduzida de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-bref, que fornece escores resumidos para quatro domínios em 26 questões, sendo que a primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral, a segunda à satisfação com a própria saúde e as outras 24 questões estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente (The WHOQOL Group, 1998; Fleck et al., 2008; Kluthcovsky; Kluthcovsky, 2009).

Trata-se de um instrumento curto, de rápida aplicação, que pode ser utilizado tanto em populações com algum tipo de doença como em populações saudáveis. Isso sinaliza para a possibilidade de realização de várias outras pesquisas futuras em diversas populações que já foram objeto de estudos ou não, principalmente no Brasil, que se destacou entre outros países quanto à utilização do WHOQOL-bref. Essas pesquisas podem gerar novos conhecimentos, levantar questionamentos e contribuir para a tomada de decisões que melhorem de fato a qualidade de vida das pessoas (Kluthcovsky, Kluthcovsky, 2009, p. 12).

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida desenvolvidos pelo WHOQOL podem ser utilizados tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas e, além do caráter transcultural, valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações.

A versão em português do instrumento WHOQOL-bref (Anexo 02) foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias. Pode ser utilizado na prática clínica como forma de aprimorar a relação médico-paciente, como instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos, em avaliações de serviços de saúde, em pesquisas e em avaliação de políticas públicas de saúde (Fleck, 2000; Fleck et al., 2008; Kluthcovsky, Kluthcovsky, 2009).

### **Desenvolvimento dos encontros com o grupo focal**

Para a discussão da temática do estudo, foram necessários dois encontros de aproximadamente uma hora e vinte minutos com o grupo, para o aprofundamento das questões que geraram as considerações específicas para a pesquisa.

Os grupos foram realizados semanalmente, utilizando-se a técnica do grupo focal, com temas definidos sobre concepção de

cultura e saúde mental, transformações sobre o estigma e inclusão social e qualidade de vida (Apêndice B). A introdução do grupo se deu com o ensaio da bateria do “Cordão BibiTanTã”, ao qual a coordenadora também participou, seguindo-se para a discussão dos temas em questão. Ao término do primeiro encontro, a coordenadora e a observadora discutiram os resultados apresentados pelo grupo, definindo as questões para o segundo encontro, que também foi finalizado com a discussão dos resultados. As observações foram anotadas pela observadora e serviram de referência para a discussão ao final dos encontros, assim como para posterior análise e discussão dos resultados.

A partir da terceira semana, foi aplicado o questionário WHOQOL-bref em pequenos grupos e de modo individual, sendo realizado em quatro semanas, de acordo com a disponibilidade dos participantes. À época, foi oferecido pelo serviço, oficina artesanal comemorativa no horário da reunião e ensaio do “Grupo Cultural BibiTanTã”. A mudança do modo na coleta de dados se deu, portanto, pela necessidade colocada pelos participantes, visto que estavam também comprometidos com outras atividades que aconteciam, pontualmente, naquele período.

### **2.2.2 Cenário de estudo**

Integraram o cenário dessa pesquisa, os Centros de Atenção Psicossocial destinados ao atendimento de adultos do município de São Paulo cuja população, em estimativa atual do SEADE<sup>5</sup>, é de 10.744.060 habitantes.

O município de São Paulo possui nas cinco regiões de saúde (Centro-Oeste, Sudeste, Norte, Leste e Sul) 77 CAPS (adultos, infantil e álcool e drogas)<sup>6</sup>, mas para a pesquisa o critério de

---

<sup>5</sup> Boletim Eletrônico Ceinfo - Secretaria de Saúde - Prefeitura Municipal de São Paulo – Coordenação de Epidemiologia e Informação

<sup>6</sup> Endereço CAPS SMS 2012 – Prefeitura de São Paulo

inclusão foram os CAPS adultos (29 equipamentos) que realizam projetos culturais, os quais estejam escritos e inscritos no projeto institucional.

Segundo o Manual elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p.13-18), os Centros de Atenção Psicossocial, são definidos como:

[...] um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. [...] O CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Como vimos, muitas coisas podem ser feitas num CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana.

Para eleger o serviço onde os dados foram coletados, foi realizado um levantamento nos equipamentos de saúde mental do município, utilizando-se de entrevista semiestruturada (Apêndice A), com os gerentes dos CAPS. Ao ser identificado o serviço cujas ações e manifestações artísticas se constituem em um projeto cultural, foi então definido como lócus da pesquisa. A entrevista também foi utilizada para a caracterização do serviço, assim como do projeto cultural.

Para a identificação dos serviços que realizam projetos culturais, o ponto de partida para o procedimento de coleta de dados foi o contato com os 29 Gerentes dos CAPS. Do total dos serviços CAPS adultos listados pela Secretaria Municipal de Saúde de São

Paulo, no site da Prefeitura de São Paulo (Prefeitura de São Paulo, 2012), apenas quatro serviços não aceitaram participar da pesquisa, pois não responderam ao contato telefônico, tampouco ao contato por email, pelo qual foi enviado documento de Pedido de Autorização Institucional (Apêndice E) para realização da pesquisa. Dos 25 serviços restantes, 24 referem não existir projetos culturais no serviço e apenas um CAPS possui projeto cultural escrito e inscrito no projeto institucional, denominado “Grupo Cultural BibiTanTã” (2009). Foi então realizada entrevista semiestruturada (Apêndice A), com o gerente do serviço que também autorizou a pesquisa e assinou TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido – Apêndice D), com o objetivo de realizar a caracterização dos serviços e do projeto cultural.

Ao identificarmos, dentre os CAPS contatados, apenas um projeto cultural escrito e inscrito como tal, a pesquisa configurou-se como um Estudo de Caso, delineamento mais adequado para a investigação do fenômeno dentro do seu contexto, com propósito de preservar o caráter unitário do objeto estudado.

A despeito do contexto real, tem-se a dificuldade de generalização dos resultados encontrados, pois a análise de um único caso fornece uma base muito frágil para a generalização.

No entanto, os propósitos do estudo de caso, não são o de proporcionar conhecimento preciso das características de uma população, mas sim o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que o influenciam ou são por eles influenciados (Gil, 2004, p.55).

Os resultados são apresentados em aberto, na condição de possibilidades e não de conclusões. O delineamento mais adequado é o de natureza exploratória, pois o fenômeno e seu contexto representaram uma dificuldade para a pesquisadora desenvolver estudo mais amplo, para explicar as relações causais do problema investigado.

### 2.2.3 Fonte de dados empíricos

#### Caracterização do serviço de Saúde Mental

O Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi (CAPSIII Itaim Bibi) que foi definido como lócus da pesquisa, é um serviço de saúde mental da rede de atenção à saúde da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros, da Coordenaria Regional de Saúde Centro Oeste, da Prefeitura do Município de São Paulo. Tem como responsabilidade a cobertura da área de abrangência da Subprefeitura de Pinheiros, com aproximadamente 292.000 habitantes.

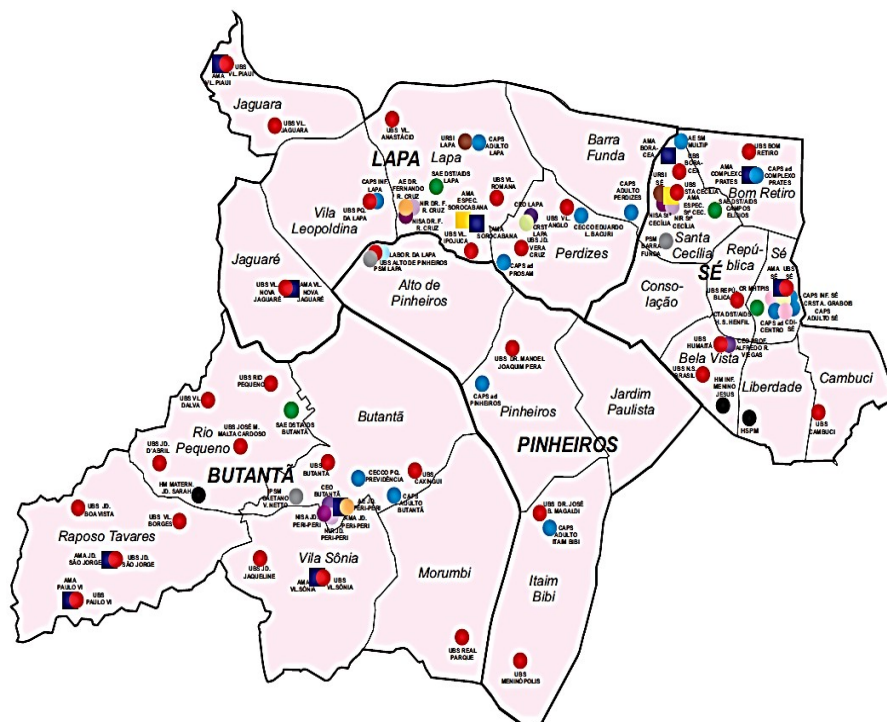
População segundo Coord Reg/Subpref Coord Reg de Saúde: Centro-Oeste Período: 2013	
Coord Reg/Subpref	Populacao
<b>TOTAL</b>	1.483.322
<b>CRS CENTRO-OESTE</b>	1.483.322
<b>Butantã</b>	438.554
<b>Lapa</b>	311.469
<b>Pinheiros</b>	291.978
<b>Sé</b>	441.321

Fonte: Estimativa preliminar da Fundação SEADE<sup>7</sup>

A rede de serviços e estabelecimentos da saúde da região é composta por vários equipamentos distribuídos como mostra a figura<sup>8</sup>abaixo.

<sup>7</sup> Fundação SEADE. Disponível em:  
SEADE.<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>

ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE,  
SUBPREFEITURA E DISTRITO ADMINISTRATIVO - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
CENTRO-OESTE



●	3 Hospitais
●	3 Prontos Socorros
●	2 Ambulatórios de Especialidades - AE
●	34 Unidades Básicas de Saúde - UBS
●	04 Unidades de DST/AIDS
	- Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
	- Serviço de Assistência Especializada - SAE
●	20 Unidades de Saúde Mental*
	- Ambulatório de Especialidades em Saúde Mental - AE SM
	- Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Adulto
	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad
	- Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS Infantil
	- Centro de Convivência e Cooperativa - GECCO
	- * Instituto de Residência Terapêutica e 01 Unidade de Acolhimento Adulto
●	2 Centros de Referência Saúde do Trabalhador - CRST
●	3 Unidades de Saúde Bucal
●	1 Laboratório
●	3 Núcleos Integrados de Reabilitação - NIR
●	3 Núcleos Integrados de Saúde Auditiva - NISA
●	2 Unidades de Referência à Saúde do Idoso - URSI
●	2 Unidades Especializadas
	- Centro de Diagnóstico por Imagem - CDI
	- Centro de Ref. Medic. Tradic. Homeop. e Práticas Integrativas de Saúde - CR MTHPIS
■	10 Assistências Médicas Ambulatoriais - AMA
■	2 Assistências Médicas Amb. de Especialidades - AMA E

Setembro/2013

O cenário desta pesquisa tem como base operacional o “Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica, entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através do seu Conselho de

<sup>8</sup> Fonte: Website da SMS. Disponível em:  
[http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/crs\\_centroeste\\_sub.pdf](http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/crs_centroeste_sub.pdf)



Ensino, e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, CNPJ 63.025.530/0023-10, para a formação de Programa de Integração Ensino/Serviço” efetivado em contiguidade às Unidades de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Centro-Oeste, incluindo às atividades de seus cursos de graduação, pós-graduação e especialização em Enfermagem, publicado no Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

O CAPS Itaim Bibi ocupa um lugar estratégico de produções de relações, de cuidados coletivos e de direitos de cidadania, visando ativar redes sociais e comunitárias. Também visa fomentar relacionamentos intersetoriais buscando a troca de experiências com equipamentos de lazer, educação e de formação profissional, associações de bairro, parcerias territoriais, geração de trabalho e renda, controle social e cultura, além dos dispositivos de cuidados clínicos. O serviço conta com 64 funcionários que compõem a equipe interdisciplinar de trabalho, dividida em duas grandes equipes que focam suas ações em três grandes áreas territoriais. A equipe é formada por terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, farmacêutico, auxiliares de enfermagem, técnicos de farmácia, auxiliares administrativos, de limpeza, copa e segurança e acompanhava à época da pesquisa, 310 usuários. Segundo o gerente do serviço, o número de participantes do projeto é flutuante, dependendo da época. Nas proximidades das festividades que o Grupo Cultural tem como foco, há um aumento na participação de pessoas no projeto, tanto técnicos, usuários, familiares e outras pessoas que se envolvem com o trabalho (técnicos e usuários de outras organizações, pessoas que simpatizam com o projeto, sem ligação com os serviços). O gerente não soube precisar o número de participantes nas festas, mas indicou que aproximadamente 12 usuários têm maior adesão ao projeto, na manutenção dos ensaios e reunião do grupo, no cotidiano do serviço.

O coordenador do projeto cultural indicou os participantes do projeto que iriam colaborar na pesquisa, a qual tinha como critério de inclusão a compreensão e a verbalização adequadas para participar do grupo focal, assim como participação mais efetiva no projeto cultural.

### **Sujeitos da pesquisa e procedimentos da coleta de dados**

Para a definição dos sujeitos da pesquisa, a pesquisadora participou da reunião semanal do “Grupo Cultural BibiTanTã”, e junto ao coordenador do projeto, fez o convite para a participação na pesquisa. Estavam presentes na reunião 12 usuários, sendo que a maioria aceitou participar da pesquisa.

Foi acordado com os mesmos, que na semana seguinte iríamos iniciar a coleta de dados, no mesmo horário da reunião, porque o coordenador do grupo estaria de férias, sendo aquele horário oportuno para a pesquisadora e colaboradores da pesquisa.

A coleta de dados com os usuários dos CAPS foi realizada utilizando-se a técnica do Grupo Focal (Apêndice B). Foram encaminhados 10 participantes para o grupo, sendo que um não atendia aos critérios da pesquisa, por não conseguir compreender e verbalizar adequadamente no momento da coleta de dados, portanto, totalizou uma composição de nove sujeitos, sendo cinco do sexo feminino e quatro do sexo masculino, todos eles participavam do projeto cultural identificado no mapeamento realizado com os gerentes dos serviços. Os sujeitos participantes dos projetos foram convidados a participar do grupo focal para coleta de dados (Apêndice C), de modo individual. Todos aceitaram o convite para a pesquisa e assinaram o TCLE, sendo que três sujeitos participaram dos dois encontros e outros seis, em apenas um dos encontros. Seis participantes aceitaram responder ao questionário WHOQOL-bref.

Os que não aceitaram não justificaram a não participação, apenas se negaram a fazê-lo, o que foi respeitado pela pesquisadora.

O grupo focal foi realizado em dois encontros, por duas semanas consecutivas. O primeiro encontro teve início com o ensaio do Cordão, com a participação da pesquisadora, cuja finalidade foi realizar o aquecimento para a realização do grupo focal. O ensaio teve duração de trinta minutos e em seguida os participantes, a pesquisadora e a observadora seguiram para a sala onde se deu a realização da coleta de dados com os temas para discussão definidos para o primeiro encontro (Apêndice B). A coleta de dados teve duração de 45 minutos, e participaram seis sujeitos deste grupo. Na semana seguinte, tal como no encontro anterior, o grupo se reuniu inicialmente para o ensaio que teve a duração de trinta minutos, seguindo para o trabalho com o grupo focal, com apresentação de outros temas para discussão. O grupo teve 50 minutos de duração. Neste encontro, também participaram seis sujeitos. As discussões temáticas foram gravadas digitalmente e transcritas posteriormente, para análise dos discursos.

Finalmente foi realizada a aplicação do questionário WHOQOL-bref (Anexo 02) para compor a coleta de dados em sua dimensão quantitativa. A aplicação, que ocorreu em quatro semanas, foi realizada de modo individual para quatro participantes e para os outros dois, foi aplicado em pequeno grupo. Os questionários foram analisados quantitativamente, utilizando-se a estatística descritiva, também para análise posterior.

### **Caracterização do projeto cultural**

O projeto cultural objeto de estudo desta pesquisa, é uma ação da Secretaria da Saúde viabilizada por um CAPS III do município de São Paulo e com as organizações não governamentais (ONG) Sambatá e a Kolombo Diá Piratinga, que realizam atividades

de regaste da cidadania e de valorização do samba. Denomina-se “Grupo Cultural BibiTan Tã” e foi criado em 13 de janeiro de 2006,

[...] como uma parceria entre serviços de saúde e grupos ligados à cultura popular, tendo como eixo a reprodução e a produção da cultura popular brasileira tradicional, com foco no Carnaval de Cordões e nas Festas Juninas.[...] A proposta do projeto é sustentar um movimento cultural potente e criativo, protagonizado pelos usuários, profissionais e pelas comunidades de seus territórios, que possa ir gerando mais e mais ações concernentes às necessidades de vida de seus participantes, para que esta vivência os re-situe como sujeitos de suas histórias, visando incluir, num trabalho coletivo, aquelas pessoas que normalmente estão excluídas por preconceitos ou falta de oportunidades (Grupo Cultural BibiTan Tã, 2009, p. 9-10) .

Tem como objetivo criar alianças e partilhar significados da vida em comum, de modo a recuperar a interlocução entre os atores e lugares envolvidos por meio de múltiplas linguagens - a festa, a música, a dança, a poesia, o gesto – a partir do encontro entre movimentos de cultura popular e demais setores públicos e civis (Relatório, 2009).

No projeto escrito, as atividades realizadas são definidas pela finalidade cultural do projeto, e também pela inclusão social, como descritas a seguir:

O Grupo tem como principais atividades a preparação do Cordão Carnavalesco BiBiTanTã e a realização de três Festas Juninas anuais. Através destas iniciativas, seus participantes revivem e revitalizam o legado cultural e artístico produzido historicamente pelo povo brasileiro, que justamente tem o dom de aglutinar espontaneamente capacidades, habilidades e gostos diversos, numa composição que inclui a diferença como qualidade e não como demérito a ser compensado (Grupo Cultural BibiTan Tã, 2009, p.10) .

#### **2.2.4 Aspectos éticos**

Os princípios éticos fundamentais a serem adotados na abordagem aos sujeitos, na coleta e tratamento dos dados, têm como base a resolução nº 466 de 12/12/2012, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Anteriormente ao início do trabalho de campo, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP) que autorizou com o Parecer n.º 252.894, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (CEP/SMS-SP), com o Parecer n.º 279.805 e CAAE n.º 11022212.2.3001.0086.. Após aprovação do projeto, foi solicitada a autorização à autoridade sanitária para a ida aos serviços CAPS (Apêndice E) que emitiu autorização da Secretaria Municipal de Saúde – Coordenadoria da Atenção Básica para realizar a pesquisa (Anexo 01).

A seleção dos sujeitos foi pautada pelo respeito à vontade e disponibilidade para a participação. Além disso, as pessoas foram devidamente esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo informadas ainda sobre a possibilidade de deixarem de participar por livre vontade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foi lido e assinado por todos os participantes para a participação. As entrevistas realizadas nos grupos focais foram gravadas e transcritas para posterior análise, sendo mantido o anonimato dos sujeitos no registro dos dados e também na análise.

Com relação aos riscos a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, determina em função do dever de resguardo dos indivíduos e grupos vulneráveis, que a pesquisa deve “ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena, e indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de

sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis”. A pesquisa que por ora propomos, fundamenta-se primordialmente na busca de conhecimento e compreensão das ações que diretamente beneficiarão os usuários dos serviços de saúde mental, possibilitando com o estudo a difusão de conhecimentos para os trabalhadores dos serviços envolvidos com a problemática, contemplando o princípio da justiça e equidade no acesso às novas possibilidades de intervenção e às experiências que compõem os serviços, justificando-se desse modo a realização da mesma com esses sujeitos. Ademais, a articulação entre universidade e serviços de saúde, com vistas à produção de conhecimentos, tem demonstrado ser um bom caminho à consecução de tecnologias que permitam o reconhecimento das necessidades que envolvem os grupos de maior vulnerabilidade, na formulação de estratégias de inclusão desses segmentos sociais e a avaliação de seus resultados (CIOMS, 2002; Guerriero, Schimidt e Zicker, 2008; Almeida, 2010; Britto, Peres e Vaz, 2011).

Consideramos que a pesquisa apresentou grau de risco baixo para o sujeito pesquisado, e o benefício principal está na importância do conhecimento a ser gerado com a mesma.

Todavia, o consentimento de cada indivíduo foi obtido na medida de sua capacidade e a recusa de participação de um indivíduo nesta pesquisa não clínica foi sempre respeitada.

## **2.3 ANÁLISE DE DADOS**

Os dados colhidos com a utilização da metodologia de grupo focal são de natureza qualitativa, o que implica na necessidade de analisar os dados também de forma qualitativa. Utiliza-se um conjunto de procedimentos que visa organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em discussão.

A análise da dinâmica grupal teve como referencial teórico o Grupo Operativo de Enrique Pichon-Rivière que construiu o seu “Esquema-Conceitual-Referencial-Operativo” (ECRO). O autor considera uma série de fatores, tanto conscientes como inconscientes, que regem a dinâmica de qualquer campo grupal, tendo seu esquema referencial grupal, no qual obtém um sentido de unidade e coerência entre seus membros, com papéis desempenhados que são entendidos por meio da articulação da horizontalidade que é dada na relação entre os participantes, e a verticalidade, que está relacionada à história individual de cada um. Ao se processar a dinâmica grupal, inicia-se a interação que produz a afiliação com incorporação parcial ao grupo, ou a pertença, com a efetiva integração grupal (Pichon-Rivière, 2005).

Para a análise dos discursos produzidos pelo grupo, foi utilizada a técnica da Análise do Discurso segundo a proposta de Fiorin (2005). É uma abordagem que compreende o discurso como a materialização das formações ideológicas e representa as visões de mundo de um dado grupo social, em que formas narrativas abstratas são revestidas de elementos concretos.

A ideologia é um conjunto de ideias e representações que servem para justificar e explicar a ordem social, as condições de vida do homem e as relações que ele mantém com os outros homens, que é denominada visão de mundo (Vianna e Barros, 2003).

Os discursos estão relacionados com a cultura de uma sociedade, reproduzindo o que um grupo social tem a dizer; os homens se identificam com o que dizem e nesse processo se constroem enquanto sujeitos (Vianna e Barros, 2003).

Quando um discurso é manifestado por um plano de expressão qualquer, temos um texto composto em níveis de leitura: a estrutura discursiva, num nível mais superficial; a estrutura narrativa, correspondendo a um nível intermediário e a estrutura profunda, representando o nível profundo. Os significados presentes nesses níveis variam dos mais simples e abstratos, aos mais complexos e profundos (Vianna, Barros, 2003).

A análise do discurso inclui o exame das palavras do texto, da construção de frases, a constituição da rede semântica e da produção social do texto como constitutivo de seu sentido (Minayo, 2006).

A análise do discurso não está interessada apenas no texto em si, mas na unidade que permite ter acesso ao discurso (Orlandi, 2007).

Para proceder à análise do discurso foi considerada a seguinte sequência: leitura repetida de cada discurso; análise das várias possibilidades de leitura do texto; análise da estrutura do texto, observando as estruturas discursiva, narrativa e profunda, procurando depreender as figuras e os temas; identificação dos valores, crenças e concepções dos sujeitos; identificação das argumentações presentes nos discursos e, finalmente, reconhecimento das categorias empíricas deste estudo a partir dos temas depreendidos nos textos (Vianna, Barros, 2003).

Portanto, para a análise qualitativa dos discursos, as duas sessões grupais gravadas em meio digital foram transcritas de modo a conservar as características originais das discussões. O material



transcrito foi lido repetidamente, de modo exaustivo, buscando desvelar os temas e as figuras que emergiram no texto, seu sentido que não é isolado, mas relacionado com o contexto total do texto. Foram observados os temas em oposição semântica nos discursos, e, posteriormente, as frases temáticas e subtemáticas identificadas no texto, foram reunidas em categorias empíricas.

As categorias empíricas são aquelas formuladas com finalidade operacional e são construídas a partir do trabalho de campo, objetivando as especificidades que emergem da realidade concreta (Minayo, 2004).

Os principais temas que emergiram nos discursos foram reunidos por afinidade, configurando as seguintes categorias empíricas: o projeto cultural como processo, o projeto cultural no território e o projeto cultural e o modo de andar a vida.

Na etapa quantitativa da pesquisa foi utilizado o questionário WHOQOL-bref da OMS, para avaliação da qualidade de vida dos participantes do projeto cultural, no contexto da saúde mental. Os questionários foram aplicados de modo individual e em pequeno grupo, constituindo-se material quantitativo para avaliação, e sofreram transcrição textual.

Para a avaliação do questionário de qualidade de vida foi utilizada a ferramenta Microsoft Excel, para cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref (Pedroso, Pilatti, 2010a). Tal ferramenta foi construída e disponibilizada pelos pesquisadores Pedroso e colaboradores (2010) devido à limitação gerada pela obrigatoriedade de utilização do software estatístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS), software de elevado custo e que requer conhecimentos específicos para a sua utilização. Segundo os autores, a ferramenta construída segue as mesmas diretrizes da proposta por Pedroso e colaboradores (2010),

realizando os cálculos dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref de forma automatizada, incumbindo ao pesquisador apenas a tabulação dos dados coletados na aplicação do WHOQOL-bref. A lógica utilizada pela ferramenta se apresenta da seguinte maneira:

As células cujas respostas estão corretas (respondidas com valores situados no intervalo compreendido entre 1 e 5) são representadas através da cor de preenchimento verde;

- Caso algum respondente tenha deixado de responder seis ou mais questões, o pesquisador será instruído para excluir tal respondente. O número de questões não respondidas é informado ao pesquisador e as questões não respondidas estarão em destaque (cor do preenchimento branco);

- Caso alguma resposta tenha sido preenchida com algum valor que não conste entre o intervalo de 1 a 5, o número de respostas inválidas será notificado ao pesquisador e as respostas inválidas estarão em destaque (cor do preenchimento vermelho);

- As questões de escala invertida são devidamente convertidas;

- Em domínios compostos por até sete questões, se duas ou mais questões pertencentes ao mesmo domínio não tiverem sido preenchidas corretamente, o escore desse domínio não será calculado. Em domínios compostos por mais de sete questões, se três ou mais questões pertencentes a este domínio não tiverem sido preenchidas corretamente, o escore desse domínio não será calculado;

- Caso dois ou mais domínios não sejam calculados, o pesquisador é instruído a excluir o respondente da amostra;

- É calculado um escore "Total" do respondente. Proposto neste trabalho, tal escore consiste no cálculo da média aritmética simples dos escores das 26 questões do instrumento;

- A estatística descritiva de cada questão (faceta), domínio e "Total" é calculada. Os valores apresentados na estatística descritiva são: média, desvio padrão, valor máximo, valor mínimo, coeficiente de variação e amplitude;

- As médias dos escores das questões (facetadas) e domínios são convertidas em uma escala de 0 a 100, e

são exibidas em um gráfico. (Pedroso, Pilatti, 2010a, p. 35)

A transcrição textual da sintaxe do WHOQOL-bref se apresenta do seguinte modo:

- É verificado se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
- Invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida;
- Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores da média da “n” questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculados somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20;
- Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100;
- Os respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente mais do que seis questões (80% do total de questões do instrumento) serão excluídos da amostra (Pedroso, Pilatti, 2010a, p. 34).

O pesquisador tem permissão para copiar os escores individuais de cada respondente, resultados da estatística descritiva e gráficos. Mantém-se a restrição que não permite a modificação dos resultados. No entanto, a única área em que é permitida a inserção e edição de valores é a área de tabulação das respostas dos respondentes. (Pedroso e Pilatti, 2010a).

Os autores testaram a ferramenta em diferentes versões do software Microsoft Office (2000, XP, 2003 e 2007) e foram realizadas também, simulações com dados reais de aplicações do WHOQOL-bref, comparando os resultados obtidos com a ferramenta proposta pela OMS para o software SPSS, em todas as versões do Microsoft Excel testadas (Pedroso, Pilatti, Gutierrez, Picinin, 2010).

A ferramenta disponibilizada mostrou-se fidedigna para os cálculos dos escores e estatística descritiva do instrumento WHOQOL-bref, desenvolvida a partir de uma plataforma largamente difundida e com menos dificuldade para utilização (Pedroso, Pilatti, Gutierrez, Picinin 2010), que determinou a escolha para a análise dos resultados nesse estudo.

A análise dos resultados foi realizada com 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.

O benefício dessa pesquisa para a comunidade está posto no sentido de gerar um conjunto de dados para permitir a compreensão do processo das ações no campo da saúde e cultura, assim como instrumentalizar os atores envolvidos para o desenvolvimento de projetos que ampliem as possibilidades de inclusão social, superação do preconceito e estigma da doença mental, ampliando a qualidade de vida dos sujeitos com transtorno mental.

No entanto, o estudo tem limitações. Dado o critério utilizado em relação à caracterização do projeto cultural, só se pôde estudar um caso, e o resultado e as análises não podem ser generalizados. Não é um estudo linear, causal, portanto, não se mede o impacto.

### **3. RESULTADOS**

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados dos dados empíricos relativos às crônicas das sessões do grupo focal, das categorias empíricas resultantes do processo da análise dos discursos e dos questionários do WHOQOL-bref.

Os resultados gerais analisados, sob referencial teórico específico, serão apresentados em cada subcapítulo e a discussão será apresentada no capítulo subsequente.

O primeiro resultado será sobre os grupos, apresentando a dinâmica grupal que se constituiu na coleta de dados com o grupo focal e analisada pelos pressupostos do grupo operativo. Logo após, apresentaremos as categorias empíricas geradas pelos discursos dos participantes, as quais foram refletidas pela Análise de Discurso e, por fim, serão apresentados os resultados do questionário de qualidade de vida, WHOQOL-bref, com análise estatística específica para o instrumento e a discussão quali-quantitativa.

### **3.1 GRUPOS**

“De todas as coisas, esta parece a mais fácil, e, no entanto, é a mais difícil: ver com os próprios olhos o que está diante deles”

Goethe

A importância do conhecimento e da utilização da psicologia grupal está no fato de que as pessoas passam a maior parte do tempo de suas vidas convivendo e interagindo com diferentes grupos, pois o homem é um ser social que partilha ideias, experiências e descobertas. A Psicologia Social tem evidenciado que os grupos ocupam espaço singular no

contexto sócio-histórico da sociedade moderna (Rêgo e Alves e Souza, 2011; Zimerman, 2000).

O que caracteriza um grupo, seja de natureza operativa ou terapêutica, está indicado no preenchimento de condições básicas, tais quais se constituir como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Também deve ter a tarefa como um objetivo comum para todos os integrantes do grupo, com um limite no tamanho do mesmo para não por em risco a preservação da comunicação visual, auditiva, verbal e conceitual, com um enquadre e cumprimento contratual sobre o local dos encontros, horários e regras que normatizam a atividade grupal proposta (Zimerman, 2000).

O trabalho em grupo tem se mostrado como uma ferramenta em evidência, descrita em publicações como um recurso teórico-metodológico para clientelas específicas nas variadas dimensões da assistência, e como instrumento de coleta de dados em pesquisas. A utilização do grupo, como técnica de coleta de dados em pesquisa, exige conhecimento e habilidade do coordenador para garantir a qualidade e confiabilidade dos dados. Uma técnica grupal utilizada como instrumento de coleta de dados, é o grupo focal.

O grupo focal, como técnica de coleta de dados, foi idealizado pelo sociólogo norte-americano Robert King Merton, com a colaboração de Fisc e Kendal, na década de 1950. A técnica proporciona a obtenção de dados com profundidade em menor espaço de tempo e excelente poder analítico, pela possibilidade de intervenção em tempo real no curso das discussões. Além disso, permite aflorar as percepções individuais e aquelas oriundas das interações do coletivo,

expressas nas estruturas discursivas e na defesa ou críticas de temas e aspectos relevantes da pesquisa (Gurgel, Alves, Rêgo, Souza e Costa, 2011).

A natureza da técnica do grupo focal está na interação dos participantes com o pesquisador durante a coleta de dados, norteadas pelas reflexões focadas em tópicos específicos diretivos e não visa o consenso na discussão, uma vez que as divergências das experiências e perspectivas do tema são bem-vindas (Lervolino, Pelicione, 2001).

Para a análise e contextualização do processo grupal, foram utilizados os pressupostos teóricos do Grupo Operativo de Enrique Pichon-Rivière, em que a técnica operativa centraliza-se no interesse dos resultados da tarefa ou do tema, e de que modo os participantes do grupo intervêm para realizar a tarefa (Bleger, 2003), interagindo por complexos mecanismos de atribuição de papéis.

Apresentamos a seguir, o registro dos acontecimentos no grupo, com a análise dos fatos observados e relatados.

### **3.1.1 Registro e análise dos acontecimentos no grupo**

A partir do roteiro do tópico guia (Apêndice B) para a realização de cada encontro, constituíram-se os dados que foram registrados pelas gravações e observações. As observações anotadas pela observadora foram apresentadas em relatório escrito, compondo o material para a análise e discussão dos encontros grupais.

#### **Primeiro Encontro**

Ao iniciarmos o grupo, apresentando o tema com a questão norteadora “Vocês poderiam falar um pouco sobre o grupo Cordão Bibitantã. Como foi a decisão de participar?”, imediatamente um dos participantes abriu a discussão e estimulou a fala de outros participantes do grupo, que contaram sobre as suas participações e os resultados do projeto cultural. O tema mobilizou o grupo com relação à morte do Mestre coordenador do Cordão, que tinha forte influência no projeto.

Seguiu-se então um debate a respeito da compreensão do grupo sobre o que é um projeto cultural e o que é cultura e suas possibilidades de interação, aprendizagem e enfrentamento de dificuldades pessoais. O debate provocou a discussão sobre as apresentações no território e as trocas com outros equipamentos públicos, sobre a decisão de cada um de participar ou não dos eventos, e sobre o compartilhamento da experiência.

Alguns participantes do grupo falaram sobre outras atividades relacionadas ao tema cultura (música, dança, pintura), explicitando que o número de atividades nesse campo diminuiu. Também discutiram sobre o desenvolvimento de habilidades, a concepção de saúde-doença, a autoestima, a solidão e a coletividade.

Os temas mais relevantes para o grupo sobre o que o projeto possibilita, foram a oportunidade de desenvolvimento de habilidades, as novas aprendizagens e o enfrentamento das dificuldades. O tema de menor relevância foi a decisão de participar do projeto.

Com relação aos papéis emergentes nesse grupo, destacamos o papel do líder, que surgiu naturalmente no desenvolvimento do grupo.

Alguns participantes não contribuíram muito para a discussão, seja porque estavam em crise, seja porque estavam tímidos.



Sobre a presença da observadora, houve apenas curiosidade de saber quem era, sua função no grupo e o que fazia fora dele, o que não interferiu no desenvolvimento ou desempenho do grupo focal.

O tema proposto para a discussão entusiasmou alguns participantes mais que outros. No entanto, com o desenrolar do grupo, foi possível constatar que a maioria dos participantes estava bastante envolvida com as tarefas a serem discutidas.

Os vetores (Rivière, 2005; Luchese, Barros, 2007; Silva, Souza, Pinheiro, 2011) que identificam o que acontece no grupo e sua maneira de atuar, se apresentam como se segue:

- Afiliação: a afiliação do grupo se deu de modo diferenciado, com maior pertença de uns e menos de outros, e um participante sem se afiliar, devido à sua condição no momento.
- Cooperação: a cooperação para a tarefa também se manteve na proporção da afiliação, embora a tarefa tenha sido cumprida e demonstrada pelas trocas de experiências sobre o desenvolvimento de habilidades, participação em eventos e superação de dificuldades.
- Pertinência: a pertinência se manteve com entrecortes de um participante que estava em crise, em três momentos, com produções psicóticas que foram controladas pela coordenadora.
- Comunicação: o resultado da comunicação é a informação obtida nos discursos. A comunicação ocorreu essencialmente de modo verbal, sendo que por três vezes, o ruído foi gerado pelas produções do usuário em crise.
- Aprendizagem: a possibilidade de abordar o objeto, apoderando-se do conhecimento, foi demonstrada

pelas reflexões diante da temática que foi mantida como foco da tarefa do grupo.

- Tele: a capacidade para trabalhar com as outras pessoas mostrou-se positiva (tele positiva), possibilitando clima afetivo adequado para o desenvolvimento da tarefa.

O encontro foi encerrado com um breve resumo dos pontos abordados e foi feito o convite para o próximo encontro.

### **Segundo Encontro**

O segundo encontro foi na semana seguinte e seguiu o mesmo esquema preparatório da coordenadora e da observadora. No horário marcado, novamente a coordenadora participou, com os usuários, do ensaio com os instrumentos musicais, seguindo para a sala aonde iria se realizar o grupo focal para a continuação das discussões dos temas propostos.

Nesse segundo encontro houve a participação de outros membros que não participaram do primeiro grupo, bem como ausência de participantes do primeiro encontro. A decisão de realizar o segundo grupo está justificada na condição do próprio grupo (grupo aberto para os participantes do projeto cultural), e pela necessidade de número mínimo de participantes, respeitando a vontade dos que não quiseram contribuir no segundo encontro.

Inicialmente, foi feita uma breve apresentação dos temas discutidos no encontro anterior e a proposição da questão norteadora – “Vocês podem contar uma vivência ou situação, que perceberam que houve modificação na sua vida cotidiana: de relacionamento, de renda, etc., a partir da participação no projeto cultural?”.

O tema que emerge inicialmente é a mudança nos relacionamentos com outras pessoas, com trocas afetivas e sociais. A discussão seguiu com colocações sobre mudanças de comportamento, superação da insegurança, aumento da confiança, ampliação de participação em outras atividades, descoberta de aptidão para a música, ocupação de outros territórios da cidade e inclusão. Também aparecem temas angustiantes que parecem ter sido disparados pela morte do coordenador cultural do grupo e a diminuição de atividades nesse campo, além de deficiências no serviço.

Os temas de maior relevância que foram discutidos referem-se à inclusão social e aspectos inovadores e de impacto na vida dos participantes. As relações interpessoais no grupo foi o tema de menor relevância.

Com relação aos vetores (Rivière, 2005; Luchese, Barros, 2007; Silva, Souza, Pinheiro, 2011), podemos apontar os seguintes resultados:

- Afiliação: o sentimento de pertença inicialmente foi homogêneo, com mais afiliação dos participantes do que no primeiro encontro.
- Cooperação: a cooperação nesse grupo se deu por intercalação de cooperação e não cooperação, com momentos de sabotagem entre alguns participantes. Foi necessário realizar intervenção para o redirecionamento da tarefa grupal.
- Pertinência: o grupo desenvolveu a pertença rapidamente. No entanto, desviou-se da tarefa em quatro momentos e foi assinalado pela coordenadora e por um participante do grupo.
- Comunicação: houve comunicação adequada entre os participantes, embora tenha ocorrido ruído durante o

desenvolvimento do grupo, com tentativas de desvio da tarefa e falas incompreensíveis de um participante.

- Aprendizagem: a reflexão e a discussão dadas pela tarefa mostraram-se produtivas, com enfrentamento das dificuldades e obstáculos apresentados durante o processo grupal.
- Tele: o clima afetivo do grupo mostrou-se favorável inicialmente, mas ao longo do processo, em alguns momentos, houve demonstração de irritação com alguns membros do grupo que tentavam sabotar a tarefa.

Com relação aos papéis no grupo, observou-se que houve compartilhamento da liderança entre dois participantes. Um dos participantes convocava os demais a participarem do grupo e os incentivava a colaborar com suas respectivas opiniões e vivências. No entanto, um dos participantes que liderou, transitou também com outros papéis, ora como sabotador, ora como obstrutor, ao tentar desviar o tema da tarefa ou com alguma situação engraçada. Outros dois participantes apresentaram-se como sabotadores em alguns momentos, tentando desviar o grupo da tarefa, dando mais importância às suas necessidades pessoais e deixando a necessidade do grupo de lado. As tentativas de obstrução foram apontadas pela coordenadora e, em um momento, por um participante que explicitou verbalmente a tentativa de se fugir da proposta do trabalho do grupo.

De modo geral, nos dois encontros, o clima da reunião foi acolhedor, permitindo que todos tivessem chance de se pronunciar. Observou-se no segundo encontro, um clima de maior tensão do que no primeiro encontro, com um nível maior de angústia. Mesmo assim, os participantes estavam interessados e colaborativos, demonstrando coesão para realizar a tarefa.

Ao encerrar o segundo encontro, a coordenadora fez um breve resumo dos pontos abordados e novamente os convidou a retornar para o próximo encontro, para a aplicação do questionário de qualidade de vida, informando ao grupo que os resultados seriam apresentados aos colaboradores no final do trabalho da pesquisa.

No fim das reuniões, alguns usuários abordavam outros temas, questionavam quando seria o próximo encontro, e também queixavam-se de algumas deficiências do serviço.

A análise depreendida dos discursos dos usuários do serviço de saúde mental, que participam do projeto cultural, objeto desta pesquisa, resultou em temas que configuraram as seguintes categorias empíricas: o projeto cultural como processo, o projeto cultural e o território e o projeto cultural e o modo de andar a vida.

A análise do instrumento de avaliação da qualidade de vida, pela estatística descritiva, resultou na categoria o projeto cultural e a qualidade de vida, que apresentaremos nos capítulos que seguem.

### **3.2 O PROJETO CULTURAL COMO PROCESSO**

É notório como as ações e as intervenções de arte e cultura têm sido importantes como contribuição às mudanças no modo de olhar a “loucura” e no trabalho no campo da atenção psicossocial. Muitas dessas ações e intervenções se constituem em projeto cultural, que devem ter como finalidade a promoção e a ampliação da vida dos sujeitos, possibilitando transformações políticas e sociais.

Na interface com a saúde, o projeto cultural deve ampliar e qualificar os processos de promoção, reconhecendo o ser humano como ser integral, a saúde como qualidade de vida e a cultura como

o espaço em que o homem se realiza em todas as suas manifestações, além de promover e garantir a participação das pessoas em sofrimento psíquico nas políticas públicas de cultura (Brasil, 2011).

Mais especificamente, na interface com a saúde mental, um projeto cultural deve oferecer às pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade, promoção de ações que ampliem a autonomia e o exercício de direitos dos usuários da rede de saúde mental, constituindo-se como espaço de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitando a construção de laços sociais, tendo como eixos a solidariedade, a inclusão social, o respeito às diferenças e a geração de alternativas concretas de vida (Brasil, 2009).

Portanto, é preciso criar possibilidades de participação. A participação como habilidade de estabelecer trocas psicossociais no contexto do cuidado em saúde mental é uma dimensão para a desinstitucionalização e esta se torna uma via que pode transformar as relações de poder. Os serviços que se propõem antimanicomiais devem criar espaços para essas trocas.

Desinstitucionalizar implica em reorientar práticas, potencializar espaço de trocas, produzir significados e sentido de vida, indica, em última instância, promover o exercício de participação de todos os atores envolvidos na promoção da saúde mental e na desmistificação da noção de sofrimento psíquico.

Na análise dos discursos dos entrevistados, foram apreendidos temas que indicam a compreensão do projeto cultural como processo - as concepções sobre a cultura, saúde-doença e o projeto cultural - e também como um instrumento que tem suas finalidades.

### 3.2.1 Concepção de Projeto Cultural

Como já definido anteriormente, o projeto cultural é um instrumento que deve incluir estratégias que estimulem a exploração, o uso de códigos, de linguagens artísticas, assim como prever espaços públicos e privados que possam ser disponibilizados para a ação cultural, promovendo pactos com diversos atores sociais, visando um desenvolvimento humano sustentável.

Apontamos os resultados com a narrativa dos discursos, os quais trazem a experiência dos participantes do projeto cultural e as suas concepções sobre o campo da cultura na interface com a saúde mental.

Um primeiro tema que emerge nos discursos analisados, é a concepção de cultura apresentada em diferentes modos ou dimensões. Um primeiro modo de compreender a cultura é pela atividade artístico-cultural. Os participantes explicitam o entendimento sobre projeto cultural referindo-se aos diversos modos de linguagem da arte, como segue:

U6- [o que é um projeto cultural] É, a gente sabe, eu sei que é uma , porque é música, né? Música, teatro, televisão, tudo é cultura, né?, livros.

U4- Cultura brasileira, né? Da música brasileira, né?

Ao explorar os usos de instrumentos,

U5 – Eu fui tocar tamborim.

Um participante identifica cultura na indumentária utilizada para caracterizar o projeto.

U8 – Ela sai com...[referindo-se a U7] ela veste um saião assim com a bandeira, eu esqueci o nome.

Que também é identificada por outro participante como expressão de beleza.

*U7 – Porta estandarte. Eu acho a fantasia bonita.*

A cultura também é compreendida como lazer e diversão, identificados em outras ações que o CAPS realiza. Essas ações também proporcionam a utilização dos espaços da cidade, viabilizando sociabilidade, ampliação do conhecimento, alegria e coesão entre os pares.

*U1- Aqui também tem o grupo Bate Pernas, a gente faz passeios, também tem piquenique, o Parque Villa Lobos que a gente vai visitar. Isso também faz a gente se unir mais... de conhecer mais.*

*U3- [participação no projeto] No CEU. Eu gostei, foi divertido. Teve comida, foi alegre, é isso.*

*U6- Se distrair, brincar, sorrir, entendeu? Não ficar chorando ai nos cantos, tendo depressão, sabe? Ficar dopado de remédio. É isso.*

*U8 – O projeto foi bem projetado, né? Foi bom esse projeto. Projeto rico, né? Que beneficia nós e outras pessoas também. As pessoas de fora vê aquele som da música e já começa a ficar feliz também.*

Com o projeto cultural, a concepção sobre saúde-doença mental é apresentada em uma nova dimensão. O participante explicita que ao participar das reuniões e apresentações de um grupo cultural e ao tocar um instrumento, sente-se como pessoa em toda sua humanidade, ou seja, não é a doença ou o doente que fica em evidência, mas a pessoa e as suas habilidades. Nessa concepção, o discurso do sujeito desvela experiência e



compreensão, que parecem indicar a superação e o enfrentamento do estigma em relação à doença mental.

*U2- Ah, vivi, vivi como, é... participando de um grupo. Um grupo de pessoas com o mesmo ideal de fazer uma apresentação, de tocar, de mostrar que aqui no CAPS a gente não tem só doentes não, a gente tem pessoas habilitadas pra fazer outras coisas. Aqui não é só doente que trata aqui não.*

A realização de ações culturais nos serviços de saúde mental, parece ser um instrumento que transforma o cotidiano das pessoas, impulsionando um olhar para o coletivo.

*U6- [cultura nos serviços de saúde mental] Eu acho ótimo. Precisava mais ter mais atividade, como tinha antigamente, né? Aqui tinha várias atividades. De tudo! Não só de cultura, era de tudo. Tinha Yoga.*

Os discursos denunciam uma contradição no serviço, que tem como um dos seus objetivos resgatar o sujeito do isolamento e da solidão para viver o sentimento de pertinência social. Os participantes explicitam que, às vezes, vivem na ociosidade e sem trocas sociais no CAPS. Associam o individualismo à solidão, explicitando que o egocentrismo é um elemento que dispõe à solidão e reporta o individualismo à falta de atividades no serviço.

*U2- Pra não ficar no individualismo, porque às vezes, as pessoas ficam solitárias aqui no CAPS, né? Eu me sinto um pouco solitário, às vezes, aqui por falta de atividade.*

O projeto cultural também se desdobra em concepção de projeto de economia solidária, realizado pelo mesmo serviço. Essa transversalidade dos projetos é um desdobramento adequado aos objetivos dos projetos culturais, já que estes têm como uma das finalidades a transformação das questões relativas ao trabalho e às condições materiais dos sujeitos, proporcionando inclusão social.

*U7 – Ahhh, eu pensei que era a cozinha.*

*U8 –Eu tava pensando que era a cozinha também, mas não. É tipo um carnaval.*

Outro aspecto é a intervenção sociocultural, que se configura, por exemplo, na participação do projeto num evento do MNLA, levando os sujeitos para as ruas em prol da defesa dos direitos das pessoas com doença mental, como enfrentamento do estigma e do preconceito.

*U2 – É, teve a Luta Antimanicomial que o Cordão participou.*

Os resultados até aqui apresentados, evidenciam a potência do projeto cultural, inclusive para compreender o que é arte e cultura, e suas manifestações e desdobramentos na vida das pessoas. Reiteram o que a literatura e as políticas públicas da saúde e da cultura apontam como eixos e diretrizes, para sua utilização. Indicam também que, para alguns usuários, ainda há dificuldade para a superação do isolamento e do individualismo no serviço.

### **3.2.2 Projeto Cultural como instrumento**

Um dos principais temas que emerge dos discursos é a finalidade do projeto cultural, desvelando que o projeto é um instrumento que integra várias experiências enriquecedoras para a vida pessoal e coletiva das pessoas e que reflete um cuidado reconstrutivo, ao mesmo tempo em que desconstrói as atividades como elemento terapêutico.

Os entrevistados configuram o projeto cultural como um meio para as trocas sociais e como fatos que geram sociabilidade, tal como indicam os discursos a seguir:

*U4- Assim, tipo tanto na timidez, depressão, sei lá, acho que a pessoa acaba se divertindo.*

*U2- acho que é importante as pessoas tá interagindo com as outras pessoas.*

*U10 – [experiência que modificou a vida] Eu tive relacionamento com outras pessoas, eu era muito tímida, e quando eu comecei a participar do Cordão, eu comecei a ter relacionamento com mais, com outras pessoas pra conversar, ter vida social. Do CAPS, pessoas de fora também.*

Também é um instrumento para a promoção de integração com os seus pares, com a música, com os técnicos, com as pessoas de fora do serviço e com o território.

*U4- Acho legal que a gente interage com todo mundo, como o M. falou, e a gente acaba aprendendo, né?*

*U2- Uma maneira de interagir os pacientes com a música.*

*U2- Eu aprendi que a gente participando de um grupo, do Cordão, a gente se aproxima mais um do outro. A gente se aproxima mais um do outro, mesmo as pessoas que são, que trabalham aqui com os usuários deve ter mais aproximação, o vínculo fica mais estreito, né?, entre as pessoas.*

*U2 – E também a própria música gera uma energia, né? Uma energia que contagia as pessoas, e a gente acaba ficando tudo na mesma sintonia, eu acho, né?*

*U8 - Até os que tá passando de fora também.*

*U2 – É porque aqui é um espaço público, o CAPS, né?, então muitas vezes tem os ensaios e vem pessoas de fora, que tão passando na rua e vem prestigiar e ai você vê que a pessoa fica animada também.*

*U2 - Uma coisa de, que vale a pena também falar porque é uma coisa assim que a música, acho que ela tem poder de aproximar as pessoas, né? O poder de aproximar as pessoas. Mais ou menos por aí.*

A participação dos sujeitos no projeto cultural, amplia os seus espaços de circulação, de conhecer e ser (re)conhecido no território.

*U2- Eu tô há pouco tempo, mas a gente foi fazer uma apresentação no CEU Uirapuru e os pessoal gostou bastante da gente, nossa apresentação no CEU Uirapuru, e até convidou pra ir de novo lá.*

*U2 – Eu desfilei no Uirapuru. No CEU Uirapuru eu desfilei também. É, na semana passada eu comentei, né? Foi uma tarde gostosa, que foi uma tarde que passou, a gente passou num lugar diferente. Foi tudo muito legal.*

Ao relatar experiências vividas com o projeto cultural, os entrevistados revelam em seus discursos um instrumento que mobiliza estratégias para o desenvolvimento de habilidades para linguagens da arte, e para a descoberta de outras habilidades pessoais, como se vê nas frases temáticas que seguem.

*U4- A pessoa desenvolve, né? Ela aprende, ela trabalha com a mente. Por exemplo, a gente tem a parte de pintura, é, a parte do Cordão. Acho que a pessoa acaba desenvolvendo muito mais.*

*U2- Eu acho que as pessoas que tratam a saúde mental, os usuários, nem sabe que tem as habilidades que possui. Às vezes, elas descobrem aqui dentro. Numa aula de pintura, no Cordão, que eles tem habilidades pra várias coisas, né?*

*U2- [experiência vivida no cordão] Foi lá no CEU Uirapuru, que eu nunca tinha tocado. Fui lá toquei o, isso que eu tava tocando hoje, e gostei...chocalho.*

*U2- Os doentes, ao contrário, têm muitas habilidades que eles nem sabem. Por isso que eu falei antes que eles desenvolvem coisas que, às vezes, não sabem que eles são capazes, eu nunca tinha tocado também o chocalho, eu vi que é fácil, é só querer, ter vontade, e acabou dando certo.*

Como processo, o desenvolvimento de habilidades possibilita a superação de dificuldades.

*U2- A gente coloca a nossa energia e a música faz com que a gente transcende os pensamentos que a gente tá tendo.*

*U4- Então, primeiro porque, pode não parecer, mas eu sou muito tímido, então se expor assim, né?, é enfrentar os nossos medos, né? Então, tava lá, eu toquei, à vezes a gente pensa isso, bicho de sete cabeças, né? Mas, na realidade não é bem por aí.*

*U4- Então, eh, sei lá, é meio desafiador, tem que ter coragem.*

*U4- É o que eu falei, a gente acaba desenvolvendo e aprendendo. Às vezes, o que a gente achava que era uma coisa horrível, se torna uma coisa maravilhosa pra gente.*

O projeto cultural tem eficácia para agregar conhecimento e aprendizagem, gerando uma experiência nova.

*U2 – Teve lanche, teve outras apresentações de grupos. Tinha um outro grupo de violino, de viola.*

*U1- Bom, eu aprendi a tocar um instrumento e a cantar, né? Eu gosto muito de cantar. Mesmo à noite, assim, eu vejo a novela eu tô cantando a música da novela.*

*U4- eu achei interessante, porque eu gosto muito de música, então, tipo, achei interessante tocar um instrumento diferente, que eu nunca tinha tocado.*

*Aprender coisa nova referente a música e fazer apresentações. Achei bem bacana, então eu quis participar. Achei interessante. [Instrumento - aprendizagem]*

*U9 - E aí quando o Bibitantã apareceu, acho que foi pra mim uma alegria, né? Porque é mais expectativa que você espera por aquele dia. Ah, eu acho assim que é uma experiência nova, né? Pra mim foi uma experiência nova.*

Com relação ao campo da cultura, o projeto se apresenta como uma possibilidade para expressão artística,

*U1- tinha até um professor de dança aqui, junto com o Mestre Paulo, que ensinava os passos... de carnaval. É porque eu também gosto muito de música e gosto de dançar. De segunda a quarta tem aula de dança aqui...de carnaval.*

Mas, desvela-se também, uma compreensão da participação na cultura como contraponto para a ociosidade:

*U2- E isso que ele tá falando é bem, é importante também, porque a gente não pode ficar o dia inteiro na ociosidade.*

A participação, tanto dos atores envolvidos como das instituições de saúde mental, nos espaços de cultura e o envolvimento no carnaval da cidade, modificam o estatuto de instituições de tratamento clínico para tornarem-se também espaços de produção e formação cultural.

*U8 – Mas nós desfilamos perto do Sambódromo, dentro do sambódromo.*

As frases temáticas indicam que o projeto cultural, também, pode proporcionar lazer e diversão, possibilitando a coesão dos participantes do grupo.

*U3 – [o que pensam sobre o projeto cultural] Acho divertido.*

*U2- Foi muito bom, a gente alugou um ônibus, fomos todo mundo lá, foi uma tarde bem gostosa.*

*U2 – Estávamos todos do grupo Bibitantã.*

*U7 - Me sinto feliz em tá continuando. Toda sexta-feira eu tenho esse ensaio, e espero que todos estejam aqui quando eu precisar.*

Podemos apreender nos discursos dos participantes, que o projeto cultural, como instrumento, gera ampliações na vida da pessoa, com ganhos que se alinham às conquistas no campo da saúde mental, mais do que no campo da cultura. Os participantes identificam no projeto uma potência para suas vidas, com superação das suas dificuldades e desenvolvimento de melhores condições para sua vida pessoal e com enfrentamento do desconhecido, de aprendizagem, de novas experiências. De qualquer modo, os discursos revelam que há coerência em relação aos objetivos de um projeto cultural no campo da saúde mental, mesmo referindo-se à cultura mais como forma de diversão e lazer.

No entrelaçamento dos dois campos, tal como descrito no projeto “Grupo Cultural Bibitantã”, objetiva-se transformar e ampliar a vida dos sujeitos de modo que produza mudanças sociais e políticas, visando incluir, num trabalho coletivo, aquelas pessoas com transtorno mental severo que estão excluídas por preconceitos ou por falta de oportunidades, criando alianças e partilhando significados da vida em comum, de modo a resgatar a experiência dialógica por meio de múltiplas linguagens da arte e da cultura,

como a festa, a música, a dança, a poesia, o gesto, a partir do encontro entre movimentos de cultura popular e demais setores públicos e civis (Amarante e Lima, 2008).

### 3.3 O PROJETO CULTURAL E O TERRITÓRIO

“O novo não se inventa, descobre-se”

(Milton Santos)

O modo como o conceito de território é adotado no campo da atenção psicossocial, especificamente nos CAPS, compreende tanto os múltiplos sentidos desenvolvidos por diversos campos de conhecimento, como pelos processos que ocorrem no território a partir desses sentidos diversos. Tem implicações práticas na forma como estes podem se articular (ou não), em termos de promover a desinstitucionalização dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica.

Seguindo a episteme de Milton Santos, temos o território como o que permite a construção relacional, que se desenvolve nos modos de apropriação ou alienação destes espaços e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais produzidos ali (Lima, Yasuf, 2013), pois “cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente” (Santos, 1996, p. 273). Ao se estudar os lugares, captando seus elementos centrais, de modo a compreender suas possibilidades para interagir com ações solidárias, podemos identificar as redes que tecem os caminhos do lugar, pois “é no lugar que a cultura vai ganhar sua dimensão simbólica e material, combinando matizes globais, nacionais, regionais e locais” (Ribeiro, 2002, s/n).



Para compreender como se processa o projeto no território, na perspectiva dos sujeitos entrevistados, passamos a apresentar as frases temáticas destacadas dos seus discursos.

### 3.3.1 Projeto no território

Os discursos revelam como dimensões do projeto cultural, a ocupação e a cultura no território. Mas, também revelam o surgimento de preconceito ao ocupar os territórios com a cultura, surge o preconceito, o que demonstra que ainda não há superação do estigma e do preconceito, ainda que na forma de autopreconceito e autoestigma.

Os discursos dos participantes do projeto indicam que a ocupação de outros territórios, possibilitada pelas intervenções culturais, proporcionam a ampliação e o conhecimento de espaços da cidade.

Ampliam as experiências de trocas com os lugares da cidade, permitindo o uso dos espaços públicos pelos usuários do CAPS, que aliados a outros direitos de cidadania, como o uso do transporte público, devem possibilitar a participação em outras formas de lazer e cultura, com protagonismo do sujeito.

*U1- Todos os anos a gente toca lá no centro da cidade, no carnaval.*

*U7 –[participação no carnaval] Já tá chegando até o mês de fevereiro, ai nós vai de novo.*

*U1 – Nós não fomos na Augusta e lá no MASP?*

*U7 – É, foi, no MASP também.*

*U1 – Nós fomos até a Praça da República.*

No entanto, também denunciavam que o projeto não se apresentou fora da comunidade no Carnaval 2013, sem citar os motivos para isso, mantendo o funcionamento do projeto numa funcionalidade horizontal do território, ou seja, lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial (Santos, 1994).

*U7 – [desfile no carnaval] Foi só no quarteirão. Nós rodamos esse quarteirão aqui.*

Mas, ao sair dos espaços terapêuticos e vizinhança, e usar o espaço da cidade com o projeto cultural, cria-se um caminho com marcas específicas, produzindo uma relação e um lugar social diferente para a experiência das pessoas. Essa experiência, produzida pela intervenção cultural, converge para pontos de intersecção de variadas “cores”, indicando percursos diversos, emoções que enchem a vida naquele momento, com marcas que se tornarão lugares da memória, como exposto no discurso de um participante.

*U1- Eu não esqueço uma vez, acho que foi no Anhangabaú, foi a H., a M., a Dra X, a B. Nós desfilamos lá no Anhangabaú, nem lembro em que ano foi. Todo mundo fantasiado e andando pra cá e pra lá. Muito bom.*

O projeto cultural resgata o direito do sujeito de sair do isolamento para desfrutar do convívio social e das propostas de outras atividades de cultura, avançando e exercitando a cidadania cultural.

*U8 – Tem que alugar um ônibus, né? ou uma perua, pra botar os instrumentos, né? levar as fantasias. É o que, carnaval? Todo ano tem carnaval mesmo.*

Vale salientar que a mobilidade é apresentada como elemento importante para ocupar os lugares do território, ou seja, os espaços de uso da cidade. A mobilidade também é um direito conquistado

pelos participantes. Desta forma, constatamos que o projeto ampliou o horizonte dessas pessoas.

*U8 – [fora do CAPS] Antes eu ficava muito em casa, agora eu tô saindo porque eu tenho bilhete único para pagar passagem especial, aí eu vou para ver os shows gratuitos no Anhangabaú, eu vou no Ibirapuera.*

Aborda, ainda, a questão da proteção e da segurança pública, quando participa da intervenção cultural nos territórios.

*U8 – Ainda bem que a polícia não embaçou. Lá na Paulista a polícia ficou dando escolta com a moto...”Ah, encosta”, protegendo nós, sei lá.*

Demonstra, portanto, a importância e a relação de outras políticas públicas na efetivação do direito de cidadania e inclusão social.

Um participante, ao relatar um desfile na comunidade em que vive, afirma que o Mestre do Cordão se negou a apresentar o projeto naquele território, evidenciando a compreensão de que o desfile não se realizou porque o coordenador não aprovou o lugar. A fala identifica o receio do participante, atribuído à violência na comunidade.

*U7 – Eu sai uma vez, aonde eu moro, lá desfilando, mas ele [Mestre P.] não gostou não, do lugar, quando ele era vivo. Ele não gostou do lugar onde a gente foi, lá onde eu moro. A gente foi lá, só viemos até o meio do caminho e voltamos. Aí eu acho que ele não gostou do lugar. É um lugar onde só tinha usuário de droga, entendeu?*

A análise dos discursos do projeto no território, mostra o projeto cultural como um processo que pode produzir uma gramática dialógica com o território, indicando ser um instrumento importante

para os objetivos da inclusão social, tanto nos direitos de cidadania quanto nos direitos culturais.

### **3.4 O PROJETO CULTURAL E O MODO DE ANDAR A VIDA**

Um homem não se recupera destes solavancos, ele se torna uma pessoa diferente e eventualmente a nova pessoa encontra novas preocupações.

(Fitzgerald, 2007, p. 72).

#### **3.4.1 Benefícios do projeto cultural**

O projeto cultural realizado no CAPS possibilita a reflexão sobre o “modo de andar a vida”, termo descrito por Canguilhem (2009) que se caracteriza pela forma com a qual preferimos ou excluimos normas de conduta. *As infidelidades do meio*, as vicissitudes, sucessos ou insucessos da vida, constituem a própria vida. Assim, podemos abrir um diálogo entre a ciência e a arte refletindo com Manoel de Barros quando diz no poema “Um Olhar”, que precisamos “despraticar as normas”. Neste diálogo, propor com o projeto cultural, transformações que operem mudanças reais no mundo do sujeito, e que este, também realize mudanças no mundo. Portanto, atuar na perspectiva da cultura implica em possibilitar o desenvolvimento de uma visão crítica do mundo.

Os participantes, ao discutirem e refletirem sobre o projeto cultural, expõem os benefícios que identificam com a participação no projeto, assim como os efeitos do mesmo no modo de andar a sua vida. Identificamos nesta categoria um registro maior de subtemas que compõem a temática dos benefícios do projeto cultural. O resultado indica coerência com as diretrizes e os debates sobre o

campo de intervenção, refletindo mudanças significativas na vida pessoal dos participantes, com o aumento da competência para as relações sociais e participação na vida familiar, maior autonomia, além de prazer e segurança.

A maioria dos participantes relatou como a participação em projetos com a cultura e a arte aumentou a motivação, permitindo ganhar inspiração para envolver-se com a arte. Indicam, em seus discursos, que este processo, juntamente com o desenvolvimento das habilidades artísticas e a crença em si mesmo, ajudou os participantes a ganharem um sentido de propósito e significado em suas vidas.

Uma visão mais crítica sobre o processo da vida e do mundo não é revelada nos discursos, embora um participante perceba que ficou mais "esperto" para compreender as coisas.

Apresentamos os temas e subtemas que são revelados nos discursos dos participantes, como modo de andar a vida.

Quando pensamos em produção de subjetividade como resultado do projeto cultural no CAPS, estamos falando também de políticas públicas, reconhecendo que diversos fenômenos sociais integram esse campo, e como tal, carregam uma dimensão subjetiva.

Os aspectos subjetivos nos fenômenos socioculturais são pertencentes a sujeitos históricos e constituídos na relação dialética do indivíduo com a realidade (Gonçalves, 2010) e passamos a buscar o contorno do contexto em que ocorrem.

Os participantes expressam em seus discursos a experiência de sentir bem-estar, descrito como energia boa. Essa experiência está ligada mais a um estado de contemplação da vida, do que modos identificados com o consumo, do coletivo social que compartilha necessidades básicas e desejos (delimitando as

condições de trabalho, as possibilidades de consumo e as relações sociais).

*U2- As coisas fluem. A gente coloca a energia pra fora que a gente tem, né?*

*U8 – Uma energia boa, um negócio por dentro.*

Identificam que ao participar das atividades do projeto, desenvolvem a autoestima, o que produz confiança e sentimento de capacidade para realizar coisas que nunca tinham feito.

*U2- Acho que a pessoa vai criando uma autoestima, até, fazer uma coisa, um desenho, tocar uma caixa, fazer uma ginástica saber movimentar o corpo.*

*U2 - assim, melhora a sua autoestima da pessoa também, melhora a autoestima da pessoa e se sente mais confiante e mais capaz de fazer outras coisas também que nunca fez.*

Ao discutirem entre si, sobre o sentimento de confiança, atribuem, também, mudança no pensamento.

*U8 – [aspectos do projeto que contribuem para mudança] A ter um pensamento positivo sobre as coisas, situações, lugares. Não pensamento negativo, mas o positivo.*

*U2 – Traz confiança, André?*

*U8 – É, traz confiança. É isso aí, traz confiança*

*U2 – É eu também sinto isso, que traz um pouco de confiança, sim.*

A confiança é possibilitada pelo enfrentamento do novo:

*U2 – Eu acho que o novo, ele gera uma expectativa na pessoa. Essa expectativa depois que a pessoa faz uma coisa que nunca fez ou tá fazendo uma coisa que, o grupo assim gera uma confiança.*

Expressam com ênfase o prazer de tocar.

*U9 – Eu gosto, eu gosto muito [de tocar os instrumentos].*

Identificam o Cordão BibiTanTã como um agrupamento solidário que proporciona segurança, relatado na dimensão simbólica do significado de Cordão.

*U2 – É. mais segurança, eu sinto às vezes inseguro, mas o Cordão me passa um pouco de segurança.*

*U10 – Segurança é uma palavra-chave, assim... É, a gente, no caso de sair no desfile com participação de outras pessoas ajudando, falando que é legal, que vai ser legal, dando aquela segurança, aquele apoio...então... É a segurança, né? O Cordão ainda passa pra gente, né? Segurança.*

*U8 – Chama até Cordão, né? Uma coisa, o cordão tá segurando alguma coisa é quando, assim, o cordão. Aquela confiança no Cordão, sabe? Deve ser. Essa é a minha observação do Cordão, né?*

Ao discutir sobre as mudanças que o projeto proporcionou em suas vidas, os participantes explicitam a experiência de desenvolver novas habilidades, que estão relacionadas com o campo da arte e propiciam uma vivência inédita.

*U2 - O Cordão me propiciou isso também, uma experiência de tocar, eu gosto bastante de música, mas de tocar faz tempo que eu não tocava nada e eu toquei agora tamborim hoje. Outra vez eu toquei chocalho, e eu tenho aptidão pra tocar instrumento musical. Eu descobri isso depois de muito tempo, foi muito legal.*

*U1 – Eu nunca imaginei que eu pudesse tocar tamborim, e eu tô tocando.*

Apresentam, também, como resultados, benefícios descritos como transformações na vida pessoal e na forma de compreender o mundo.

*U8 – Eu, eu fiquei mais feliz, né? feliz. Mudou minha vida. Minha vida, meu comportamento, eu fiquei mais esperto, mais pra... compreender mais as coisas.*

*U7 – A partir do momento que eu fiquei sabendo que eu seria porta-estandarte, minha vida mudou muito.*

Contrariando outros discursos, um participante, mesmo tendo relatado anteriormente que ao participar do projeto a sua vida mudou muito, parece identificar a sua participação no projeto como algo que estagnou, sem realizar mudanças ao longo do tempo.

É preciso pensar se o projeto dialoga com os participantes sobre os elementos simbólicos que o compõe. Ser porta-estandarte tem valor que o participante desconhece:

*U7 – Mudou muita coisa não, porque eu tô pra ficar, pra ser uma porta-estandarte pro resto da vida.*

A autonomia designa a capacidade do indivíduo se autodeterminar, de se autorrealizar. Para (Leal, 1994), a produção de autonomia pode ser caracterizada em duas vias: o abandono da expectativa de resolutividade e eficácia a partir da comparação com o nosso desempenho; e a criação de outras possibilidades de vida, a partir deste outro padrão de subjetivação.

O discurso de um participante apresenta a noção de autonomia apresentada pela autora. No entanto, a temática não aparece em outros discursos.

*U6- [com o cordão] Eu aprendi o que ele falou, que aqui não tem só doente, tem pessoas que podem fazer alguma coisa por si mesmo.*



Em relação ao âmbito familiar, apenas um participante expressa benefícios. No entanto, alega que o benefício é resultado do projeto de economia solidária que o serviço também realiza.

*U8 - Eu ajudo em casa também. Meus pai lá, né? Ai isso me ajudou, né? esse Bar, o bar Bibitantã, né? foi bom pra mim.*

Um dos benefícios destacados pelos participantes é a sociabilidade. Novamente, um participante refere o projeto de economia solidária. Outros participantes explicitam a ampliação ou conquista da sociabilidade ao participarem do projeto cultural. Neste sentido, reiteram a sociabilidade como forte elemento dessas ações e intervenções, sendo base de evidências em outros estudos (Barros, Fonseca, 2013; Melo, 2012; Reinheimer, 2010; Santos, 2009; Spandler et. al, 2006).

*U8 - Antes eu ficava muito em casa, depois do Bar Bibitantã eu saio, tem hora que eu saio, mas eu fico em casa também.*

*U1 - Eu tô muito mais feliz, assim, por participar do Cordão Bibitantã. Eu fiquei mais, é assim... eu era tímida, agora eu fiquei mais social.*

*U2 – O meu caso é o mesmo que a da Sueli, eu perdi um pouco da timidez, eu sempre tive um pouco de vergonha de falar em público, de participar de grupos. Não só o Cordão, como participando de outras atividades aqui no CAPS, eu acabei perdendo um pouco da minha timidez e da minha insegurança de falar com outras pessoas que eu nunca havia conversado.*

*U8 - O relacionamento com outras pessoas, né? Não relacionamento de sexo, mas relacionamento assim, relacionamento.*

Ampliam as possibilidades de superação das dificuldades, permitindo aos participantes a elaboração de situações antes temidas. Apontam nos discursos, que as ações empreendidas pelo projeto cultural com os instrumentos musicais, tornam-se ferramentas potentes para a superação de dificuldades pessoais, como se observa nas frases temáticas que seguem.

*U4- Às vezes, tipo eu sou muito tímido, mas a gente começa a tocar e vai pra frente.*

*U4- Dá um medo, mas, como a gente tá lá na hora, no momento, aí a gente vê que não é por aí. É diferente, as coisas podem ser diferentes. A gente tem medo, mas a gente, sei lá, de coisas que a gente nem tenta, só que fica tudo na cabeça, vai ser assim, assim, assado.*

*U4- A gente vive de incertezas, aí quando a gente tem a certeza, a gente vê que não é tudo aquilo que agente pensava.*

Venturini (2009) afirma que as redes de comunicação que estruturam ou reafirmam nossa identidade, estão ligadas ao nosso nível social e que são próprias para a troca, como a praça, o mercado, o bar, o campo de futebol ou quadras de esporte e os espaços culturais, onde há uma confluência dos percursos das pessoas.

Ao possibilitar a circulação por outros lugares, o projeto cultural permite trocas com outras pessoas, o que o participante identifica como algo positivo.

*U10 – Foi positivo, assim, a troca de algo, assim, com elas [com as pessoas que estavam no CEU].*

E um último benefício é relatado por um participante, que explicita ter conseguido se integrar mais às outras atividades do serviço, ao participar do projeto cultural. O discurso indica a

importância estratégica do projeto cultural, também, para a integração e participação nas demais atividades que compõem o projeto terapêutico institucional.

*U8 - Eu consigo participar mais das atividades do CAPS.*

### **3.5 QUALIDADE DE VIDA**

A qualidade de vida compõe um debate importante na agenda dos profissionais de saúde geral e de saúde mental.

Nesta pesquisa, procuramos alicerçar o conceito de qualidade de vida na perspectiva coletiva, utilizando o diálogo intersetorial, avançando na proposta de ampliar os critérios para a avaliação da qualidade de vida, não utilizando apenas os critérios biomédicos reducionistas.

A proposta da utilização de um instrumento validado pela OMS teve como objetivo verificar o efeito ou impacto do projeto cultural - objeto da pesquisa - na qualidade de vida dos participantes.

Para a fase quantitativa, foi utilizado o questionário de qualidade de vida, WHOQOL-Abreviado versão em português do instrumento WHOQOL-bref, com a finalidade de compreender e analisar a correlação na participação em projetos culturais e qualidade de vida. O instrumento contém 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente.

Para avaliação do resultado do questionário WHOQOL-Bref foram utilizados procedimentos de estatística descritiva: medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variavam entre 1 e 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida, e essas medidas serão posteriormente discutida qualitativamente, articulando-se a análise dos discursos.

O resultado dos domínios é a soma de determinadas facetas do questionário compostas por 26 questões (com cinco alternativas cada). Dessas questões, duas são gerais e 24 cobrem quatro domínios:

**Quadro 1: Questões do instrumento WHOQOL-bref em cada domínio.**

<b>Domínios</b>	<b>Questões de avaliação</b>
<b>Físico</b>	Q3 (Em que medida você acha que sua dor impede de fazer o que você precisa?)
	Q4 (O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?)
	Q10 (Você tem energia suficiente para seu dia a dia?)
	Q15 (Quão você é capaz de se locomover?)
	Q16 (Quão satisfeito você está com seu sono?)
	Q17 (Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?)
	Q18 (Quão satisfeito você está com a capacidade para o trabalho?)
<b>Psicológico</b>	Q5 (O que você aproveita a vida?)
	Q6 (Em que medida você acha que sua vida tem sentido?)
	Q7 (O quanto você consegue se concentrar?)
	Q11 (Você é capaz de aceitar a sua aparência física?)
	Q19 (Quão satisfeito você está consigo mesmo?)
	Q26 (Com que frequência você tem sentimentos negativos?)
<b>Relações sociais</b>	Q20 (Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?)
	Q21 (Quão satisfeito você está com sua vida sexual?)
	Q22 (Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?)

<b>Domínios</b>	<b>Questões de avaliação</b>
<b>Meio ambiente</b>	Q8 (Quão seguro você se sente em sua vida diária?)
	Q9 (Quão saudável é seu ambiente físico?)
	Q12 (Você tem dinheiro suficiente para satisfazer

	suas necessidades?)
	Q13 (Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?)
	Q14 (Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?)
	Q23 (Quão satisfeito você está com as condições do local em que você mora?)
	Q24 (Quão satisfeito você está com o seu acesso ao serviço de saúde?)
	Q25 (Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?)

Fonte: Questionário WHOQOL-bref da OMS.

Com relação a cada questão, podemos avaliar os resultados a partir da Tabela 1, que mostra a porcentagem de respostas em cada questão.

**Tabela 1: Média de respostas nos diferentes níveis de satisfação em cada faceta da qualidade de vida, nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.**

<b>Domínio 1 - Domínio físico - n = 6</b>	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
1. Dor e desconforto	0%	0%	33,3%	50%	16,7%
2. Energia e fadiga	0%	16,7%	16,7%	66,7%	0%
3. Sono e repouso	33,33%	33,3%	16,7%	16,7%	0%
9. Mobilidade	0%	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%
10. Atividades da vida cotidiana	0%	33,3%	33,3%	33,3%	0%
11. Dependência de medicação ou de tratamentos	16,7%	0%	0%	83,3%	0%
12. Capacidade de trabalho	16,7	0%	16,7%	16,7%	50%
<b>Domínio 2 - Domínio psicológico - n = 4</b>	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
4. Sentimentos positivos	0%	0%	0%	50%	50%
5. Pensar, aprender, memória e concentração	16,7%	33,3%	0%	33,3%	16,7%
6. Autoestima	0%	0%	16,7%	33,3%	16,7%
7. Imagem corporal e aparência	0%	50%	33,3%	0%	16,7%
8. Sentimentos negativos	0%	0%	33,3%	16,7%	33,3%
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	0%	0%	0%	66,7%	33,3%
<b>Domínio 3 - Relações sociais - n = 6</b>	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>N. satisf. N. insatisf.</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
13. Relações pessoais	0%	0%	66,3%	0%	33,3%
14. Suporte (Apoio) social	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	0%
15. Atividade sexual	0%	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%
<b>Domínio 4 - Meio ambiente - n = 6</b>	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>

16. Segurança física e proteção	0%	50%	0%	33,3%	16,7%
17. Ambiente no lar	16,7%	16,7%	16,7%	33,3%	16,7%
18. Recursos financeiros	0%	66,7%	0%	16,7%	16,7%
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	0%	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	0%	0%	16,7%	50%	33,3%
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	0%	50%	33,3%	16,7%	0%
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	0%	16,7%	16,7%	50%	16,7%
23. Transporte	0%	0%	16,7%	16,7%	66,7%

**Fonte: Questionário WHOQOL-bref, respondido pelos participantes do projeto cultural realizado no CAPS do município de São Paulo, no período de novembro/dezembro de 2013.**

Os resultados são apresentados com a avaliação do nível de satisfação ou de influência para cada faceta, como se segue:

**Dor e desconforto** – Para metade dos participantes (50%) o nível de satisfação para a qualidade de vida é bom, 17% estão completamente satisfeitos e 33% apresentam nível de satisfação nem bom, nem ruim.

**Energia e fadiga** – O nível de satisfação foi classificado como bom por 66% dos participantes, 17% têm muito pouca satisfação, e para outros 17% o nível de satisfação não é nem bom, nem ruim.

**Sono e repouso** – Com relação ao sono e repouso, o nível de satisfação dos participantes está distribuído do seguinte modo: 33% sem nenhuma satisfação; para outros 33% a satisfação é muito pouca; 17% nem estão satisfeitos e nem insatisfeitos, e 17% têm bastante satisfação.

**Mobilidade** – A mobilidade é classificada como extremamente satisfatória para 33% dos entrevistados, bastante satisfatória para 33%, 17% indicam muito pouca satisfação e para outros 17% nem satisfatório, nem insatisfatório.

**Atividades da vida cotidiana** – As atividades da vida cotidiana têm como resultado para 33% dos entrevistados como

muito pouca satisfação, para outros 33% nem estão satisfeitos, nem insatisfeitos, e outros 33% têm bastante satisfação.

**Dependência de medicação ou de tratamentos** – 83% dos participantes indicam bastante dependência, 17% não têm nenhuma dependência.

**Capacidade de trabalho** – Os resultados indicam que 50% dos participantes são extremamente capazes, 17% classificam como bastantes capazes, outros 17% indicam nem boa, nem ruim e para outros 17%, nenhuma capacidade para o trabalho.

**Sentimentos positivos** – Com relação aos sentimentos positivos, 50% dos entrevistados estão extremamente satisfeitos e outros 50% classificam como bastante satisfeitos.

**Pensar, aprender, memória e concentração** – Os resultados demonstram que: 17% estão extremamente satisfeitos; 33% dos participantes têm bastante satisfação; outros 33% têm muito pouca satisfação e outros 17%, não têm nenhuma satisfação.

**Autoestima** – 33% dos entrevistados apresentam bastante autoestima, 17% consideram nível de satisfação nem bom, nem ruim e outros 17% avaliam como completamente boa.

**Imagem corporal e aparência** – Esta faceta demonstra no resultado que 50% dos participantes têm muito pouca satisfação, 33% nem boa nem ruim e 17% têm extrema satisfação.

**Sentimentos negativos** – Os resultados indicam que 33% dos participantes têm sentimentos negativos sempre. Para 17% é muito frequente os sentimentos negativos e para outros 33 %, frequentemente experimentam sentimentos negativos.

**Espiritualidade/religião/crenças pessoais** – 67% dos entrevistados tem bastante satisfação para esta faceta, e 33% estão extremamente satisfeitos.

**Relações pessoais** – As relações pessoais têm nível de satisfação para 67% como nem bom, nem ruim, e, para 33% o nível de satisfação é completamente bom.

**Suporte e apoio pessoal** – Quanto ao apoio que recebem, 17% indicam muito pouco, 3% mais ou menos, 33% bastante e 17% têm extremo suporte e apoio.

**Atividade sexual** – A atividade sexual é indicada por 17% dos participantes como muito pouco satisfatória, para outros 17% nem é satisfatória, nem insatisfatória, 33% têm bastante satisfação e para 33% é completamente satisfatória.

**Segurança física e proteção** – Para 50% o nível de satisfação com a segurança física e a proteção é muito pouca, 33% têm bastante satisfação e 17%, estão extremamente satisfeitos.

**Ambiente do lar** – No ambiente do lar, o nível de satisfação para 17% é muito pouco, outros 17% não têm nenhuma satisfação, 17% nem estão satisfeitos, nem insatisfeitos, 33% estão bastante satisfeitos, e 17% estão completamente satisfeitos.

**Recursos financeiros** – 66% têm muito pouca satisfação com os recursos financeiros, para 17% é bastante satisfatório e para outros 17% é extremamente satisfatório.

**Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade** – A disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e cuidados sociais têm nível de muito pouca satisfação para 33%, para outros 33% nem satisfatório, nem insatisfatório, 17% têm bastante satisfação e para outros 17% é extremamente satisfatório.



**Novas informações e habilidades** – 17% dos participantes apresentam nível de satisfação nem bom, nem ruim para novas informações e habilidades, para 50% é bastante satisfatório e para 33% é extremamente satisfatório.

**Recreação e lazer** – Recreação e lazer são indicados como muito pouco satisfatórios para 50% dos participantes, para 33% nem satisfatórios, nem insatisfatórios, e 17% bastante satisfeitos.

**Ambiente físico** – O ambiente físico dos participantes tem nível de satisfação apontado por 17% como muito pouco, para outros 17% nem satisfatório, nem insatisfatório, 50% tem bastante satisfação e para 17% é extremamente satisfatório.

**Transporte** – O transporte é apontado para 17% como nem satisfatório, nem insatisfatório, outros 17% indicam bastante satisfação, e para 66% é extremamente satisfatório.

Na faceta da Qualidade de Vida Total, a Tabela 2 apresenta os resultados de nível de satisfação como se segue:

**Tabela 2: Média das respostas em cada nível de satisfação da autoavaliação da qualidade de vida.**

QV Total	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem bom	Boa	Muito boa
25. Auto avaliação da QV	0%	0%	16,7%	33,3%	50%
26. Auto avaliação da saúde	0%	50%	16,7%	33,3%	0%

Fonte: Questionário WHOQOL-bref, respondido pelos participantes do projeto cultural realizado no CAPS do município de São Paulo, no período de novembro/dezembro de 2013.

**Autoavaliação da Qualidade de Vida** (composta de duas questões) – **satisfação com a qualidade de vida**: para 17% dos participantes nem é ruim, nem boa, para 33% é boa e para 50% é muito boa; **satisfação com a saúde**: para 50% é ruim, para 17% nem boa, nem ruim e para 33% é boa.

Na tabela a seguir (Tabela 3) é apresentado o resultado encontrado em cada faceta, relacionado com o nível de satisfação em cada uma delas, na amostra total. Quanto mais se aproxima de 100, melhor a qualidade de vida.

Os resultados são avaliados na escala de 0 a 100, e quanto mais se aproxima de 100, melhor é a qualidade de vida. Cada faceta e cada domínio foi categorizado em três níveis de satisfação para fins de análise:

**Baixo:** 0 – 39

**Médio:** 40 – 69

**Alto:** 70 – 100

**Tabela 3: Média da avaliação do nível de satisfação dos respondentes para cada faceta dos quatro domínios, e para autoavaliação da qualidade de vida.**

Facetas	Média
Dor e desconforto	70,83
Energia e fadiga	50,00
Sono e repouso	54,17
Mobilidade	70,83
Atividades da vida cotidiana	54,17
Dependência de medicação ou de tratamentos	12,50
Capacidade de trabalho	45,83
Sentimentos positivos	50,00
Pensar, aprender, memória e concentração	45,83
Autoestima	65,00
Imagem corporal e aparência	62,50
Sentimentos negativos	54,17
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	54,17

Facetas	Média
Relações pessoais	79,17
Suporte e apoio pessoal	66,67
Atividade sexual	41,67
Segurança física e proteção	75,00
Ambiente do lar	87,50
Recursos financeiros	70,83
Cuidados de saúde	83,33
Novas informações e habilidades	66,67
Recreação e lazer	37,50
Ambiente físico	70,83
Transporte	83,33
Auto avaliação da Qualidade de Vida	66,67

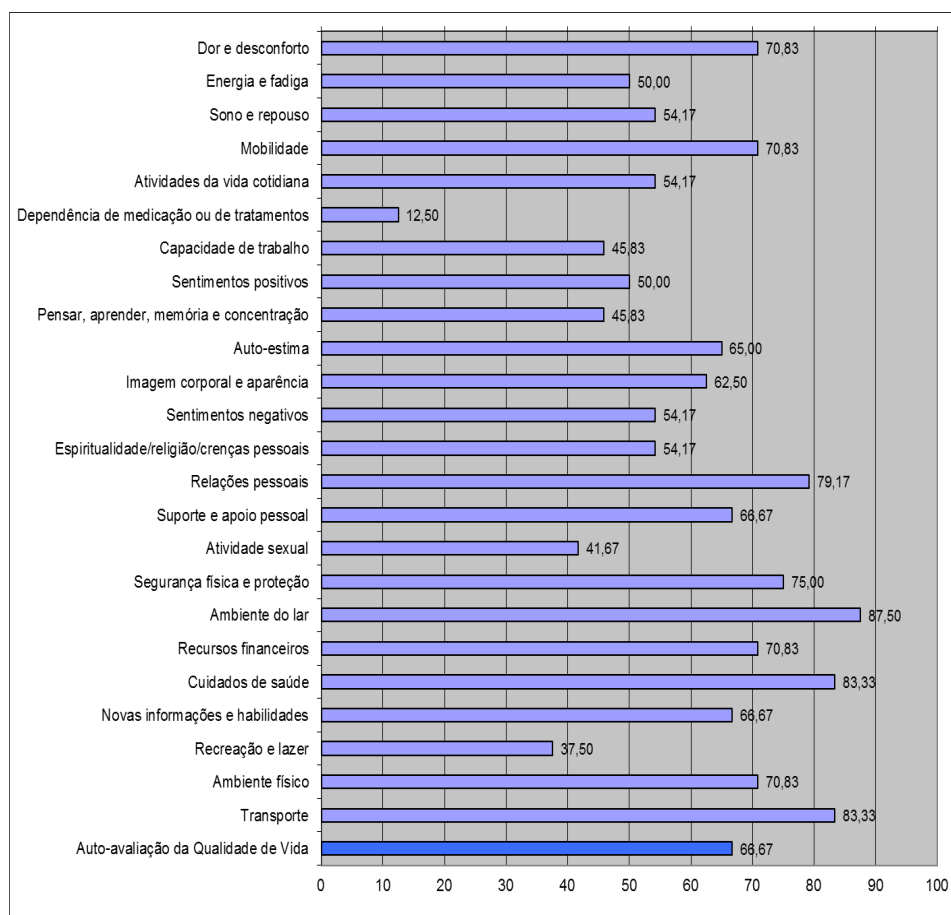
**Fonte: Questionário WHOQOL-bref, respondido pelos participantes do projeto cultural realizado no CAPS do município de São Paulo, no período de novembro/dezembro de 2013.**

Os resultados apresentados podem ser avaliados com nível de satisfação das facetas, do seguinte modo:

- Dependência de medicação e tratamento, e Recreação e lazer encontram-se com nível baixo de satisfação.
- Energia e fadiga, Sono e repouso, Atividades de vida cotidiana, Capacidade de trabalho, Sentimentos positivos, Pensar, aprender, memória e concentração, Autoestima, Imagem corporal e aparência, Sentimentos Negativos, Espiritualidade/religião/crenças pessoais, Suporte e apoio pessoal, Atividade sexual, Novas informações e habilidades, e Autoavaliação da qualidade de vida, apresentam nível médio de satisfação.
- Relações pessoais, Segurança física e proteção, Ambiente do lar, Recursos financeiros, Cuidados de saúde, Ambiente físico e Transporte, apresentam nível alto de satisfação.

A visualização do gráfico 1 nos permite perceber que o nível de satisfação com a autoavaliação da qualidade de vida, para a amostra, encontra-se com resultado de 67% indicando médio nível de satisfação.

**Gráfico 1: Níveis de satisfação das facetas em relação à qualidade de vida**



**Fonte: Questionário WHOQOL-bref, respondido pelos participantes do projeto cultural realizado no CAPS do município de São Paulo, no período de novembro/dezembro de 2013.**

Utilizando a correspondência entre o WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, os resultados obtidos com a análise das respostas estão apresentados na Tabela 4. O resultado mais próximo de 100 representa melhor qualidade de vida. Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos domínios físico e psicológico.

O domínio Meio Ambiente mostrou média maior em relação às demais, com significância estatística.

**Tabela 4: Média e desvio padrão nos domínios avaliados e qualidade de vida total.**

<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Físico</b>	51,19	10,27
<b>Psicológico</b>	54,58	24,83
<b>Relações Sociais</b>	62,50	15,59
<b>Meio Ambiente</b>	71,21	15,56
<b>TOTAL</b>	<b>60,64</b>	<b>10,59</b>

Fonte: Questionário WHOQOL-bref, respondido pelos participantes do projeto cultural realizado no CAPS do município de São Paulo, no período de novembro/dezembro de 2013.

Desse modo, podemos avaliar os domínios como se segue: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Qualidade de vida total, apresentaram nível médio de satisfação para qualidade de vida; o domínio Ambiente apresentou nível de satisfação alto para qualidade de vida.

No Gráfico 2 se destaca o nível de satisfação da qualidade de vida total, com 60,64%.

**Grafico 2: Níveis de satisfação dos domínios em relação à qualidade de vida**

**Fonte: Questionário WHOQOL-bref, respondido pelos participantes do projeto cultural realizado no CAPS do município de São Paulo, no período de novembro/dezembro de 2013.**

Na Tabela 5 podemos avaliar o coeficiente de variação dos domínios:

**Tabela 5: Média, desvio padrão e coeficiente de variação dos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente.**

	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente	Total
Média	51,19	54,58	62,50	71,21	60,58
Desvio-padrão	10,27	24,83	15,59	15,56	10,59
Coeficiente de variação	0,20	0,45	0,25	0,22	0,17

**Fonte: Questionário WHOQOL-bref, respondido pelos participantes do projeto cultural realizado no CAPS do município de São Paulo, no período de novembro/dezembro de 2013.**

O domínio Autoavaliação da qualidade de vida tem coeficiente de variação menor que os demais, isso indica que este domínio é mais homogêneo com relação à média. Para as respostas coletadas, significa que nesse domínio as respostas tiveram menor variação, ou seja, a amostra é mais homogênea. Considerando que as respostas com coeficiente de variação < que 0,25 indicam que a amostra é mais homogênea, e > que 0,25, a amostra é heterogênea, podemos

inferir que no domínio Psicológico, as respostas são mais heterogêneas com grande desvio em relação à média. Os domínios Físico, Social e Meio Ambiente são amostras homogêneas, com respostas com menos variação na amostra.

#### **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para a discussão teórica do objeto desse estudo, utilizaremos, na perspectiva do materialismo dialético, as concepções de cultura apresentadas por Bosi (1992, 2009), tendo como categorias analíticas a inclusão social e o estigma. A discussão dos resultados dessa pesquisa tem como objetivo contemplar um debate pautado nas demandas dos serviços de saúde mental, buscando superar as limitações do saber biomédico, das disciplinas totalizantes e das tecnologias fragmentadas, integrando a análise dos espaços de produção de vida e saúde aos elementos da arte/cultura.

No processo da Reforma Psiquiátrica, a dimensão sociocultural tem no trabalho com arte e cultura, no campo da saúde mental, um movimento que Amarante (2012, p. 126) identifica como “o surgimento de um campo artístico-cultural construído a partir do campo da atenção psicossocial” com suas realizações, debates, oficinas e produção acadêmica. Um lugar de reflexão sobre a finalidade, dificuldades, definições, concepções, avaliações e resultados desses trabalhos. A arte e a cultura trazem questões importantes para a dimensão sociocultural da Reforma, permitindo

um debate em um movimento de força e intensidade dessas categorias, para as muitas possibilidades no campo das políticas e práticas da saúde mental.

Esse processo tem como referência a atenção psicossocial de base territorial, que tem como eixo fundamental a construção de novos diálogos entre as pessoas que sofrem com transtorno mental e o espaço público, resgatando direitos à cidadania e potencializando sua qualidade de vida. Inscrevendo-se desse modo, como finalidade para produzir a desinstitucionalização.

Leal e Delgado (2007) sustentam que o tripé para a estratégia de cuidado no CAPS, com o objetivo de produzir a desinstitucionalização, é composto pela rede, pela clínica e pelo cotidiano dos serviços, tendo o território como “campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do usuário, e ao lugar de recursos onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca” (p. 144).

Outra autora revela que

[...] a participação pode ser assim, o canal para superação do abismo que existe entre a necessidade de entender o fenômeno do sofrimento psíquico e a singularidade da experiência subjetiva, pois as institucionalidades nunca irão dar conta das subjetividades, e com as trocas, as potencialidades dos sujeitos seriam reveladas à comunidade, inspiradas numa relação dialética entre objetividade e subjetividade (Carvalho, s/d).

Pensar em lugares que possibilitem uma rede de relações humanas que valorizem a singularidade em meio à totalidade produzida pela globalização - estado da vida contemporânea - é o desafio que se apresenta quando trabalhamos com ações, intervenções e projetos no território, no campo da saúde coletiva e saúde mental.

Nesta perspectiva, a arte e a cultura são recursos de intervenção que vêm sendo utilizados pelos serviços de saúde mental. Mas, não são recursos recentes no campo da saúde mental e não podem ser compreendidas ou reduzidas ao campo da ciência, tampouco se deve correr o risco de reificação ou de reduzi-las aos modelos terapêuticos, prescindindo dos seus significados mais amplos.



Santos Neto (2013) destaca que o propósito fundamental da arte é despertar a autoconsciência da humanidade. Implica, portanto, que a primazia da obra de arte não é atribuída meramente pela posição individual do artista ante as classes sociais em disputa, mas pelo modo particular como aborda os grandes problemas da humanidade.

Como nos diz Lima et al. (2009), na interface da arte e saúde mental, a ação e a criação são protagonistas de um conjunto de estratégias que visam a (re)construção de projetos de vida, das formas de participação social, de agenciamento de espaços para trocas subjetivas, com novos modos de produção de valor. Esse conjunto revela-se no fomento e na difusão dessas ações. Deixa o campo puramente clínico para reivindicar participação política e de direitos à cidadania, tendo como pretensão abolir o *apartheid* da loucura, das diferenças, e oferecer a possibilidade de liberdade para o desenvolvimento de suas habilidades, individualidades e identidades.

#### **4.1 GRUPOS**

Para iniciarmos a reflexão dos resultados desta pesquisa, discutiremos as dinâmicas que se evidenciaram no grupo a partir das questões norteadoras do grupo focal, e que se constituíram nos dados para a análise de discurso.

Tendo o grupo como unidade de análise, diferenciando-o de uma simples soma de integrantes e focando a atenção no que ocorre entre os membros, e não em cada um, surge a reflexão de como a entidade “grupo” se expressa, ou seja, se dá a conhecer à pesquisadora. Tem como referencial de análise o Grupo Operativo de Pichon-Rivière (2005), para quem o caráter materialista dialético se revela antes de tudo, como uma referência ao homem em situação, tratando das relações que se estabelecem no dia a dia e que tomam forma devido a uma infinidade de elementos, dentre os

quais os papéis que são atribuídos à linguagem, à cultura e à história de um povo, à situação econômica, à história pessoal, etc. Uma referência ao caráter multideterminado do homem no mundo em seu processo histórico.

A dinâmica constituída no grupo focal se deu a partir da questão temática norteadora: a compreensão do grupo sobre o projeto cultural.

O grupo demonstrou afinidade com o tema, iniciando rapidamente a apresentação de suas opiniões e experiências, com maior adesão de alguns participantes. Falar sobre o projeto cultural, naquele momento, remeteu ao tema da morte do Mestre do Cordão, fato que ainda mobilizava o grupo. O tema da morte aparece em outros momentos, tanto no primeiro encontro, como no segundo, emergindo com a discussão sobre a participação, que evidencia o uso do corpo em atuação no projeto, um corpo que é percebido doente. A ideia de morte aparece de forma recorrente na história pessoal de alguns participantes, mas o projeto cultural é citado como um apoio para a superação dessa ideia. O grupo se opõe à discussão do tema, tendo na figura do líder a reflexão de estarem fugindo do tema proposto, e tornando o clima do grupo ruim, angustiante. Lembramos que para Pichon-Rivière (2005), as fantasias inconscientes seriam os obstáculos ao movimento dialético do grupo.

As divergências foram solucionadas pelo próprio grupo, que se mostrou coeso, tanto em relação aos objetivos do grupo focal, como ao projeto cultural, com superação das dificuldades e indicando boa participação nos eventos realizados pelo projeto.

A capacidade para trabalhar com outras pessoas mostrou-se positiva (tele positiva), possibilitando clima afetivo adequado para o desenvolvimento da tarefa. O grupo trabalhou de modo a permitir o aparecimento e a superação das contradições, tanto em seus aspectos racionais quanto emocionais, e a pesquisadora não teve necessidade de intervir. Manteve o seu caráter operativo, ou seja, a

capacidade de manter o movimento dialético do grupo, independente do modo ou conteúdo da intervenção.

O grupo também relacionou a morte do Mestre com a perda de liderança do grupo cultural e com a interrupção dos avanços do projeto para fora do CAPS. Quando o grupo discute o tema, parece denunciar um retrocesso das ações do projeto cultural no território, as quais podem dar significado para o cotidiano do serviço. Tal retrocesso evidencia uma contradição aos objetivos do projeto, assim como às proposições da cultura e da atenção e reabilitação psicossocial.

Outras atividades relacionadas ao tema cultura (música, dança, pintura) também são discutidas pelo grupo, o qual aponta a redução de tais de atividades, reafirmando o retrocesso das ações de arte e cultura nos serviços.

Discutem, ainda, sobre o desenvolvimento de habilidades, concepção de saúde-doença, autoestima, solidão e coletividade, evidenciando que o projeto cultural possibilita o trânsito pelos dilemas do estigma e preconceito, permitindo o enfrentamento dessas questões.

Dentre as várias possibilidades que o projeto cultural apresenta, os temas de maior relevância para o grupo foram: o desenvolvimento de habilidades, novas aprendizagens, o enfrentamento das dificuldades, a inclusão social e os aspectos inovadores e de impacto na vida dos participantes. Os temas de menor relevância foram: a decisão de participar no projeto, que como vimos, mobilizou o tema da morte, e as relações interpessoais no grupo.

Com relação aos papéis emergentes nos dois encontros do grupo, destacamos o papel do líder, que surgiu naturalmente no desenvolvimento do grupo, possibilitando a manutenção do movimento grupal. O líder é o depositário dos aspectos positivos do grupo e obtém por intermédio dos fenômenos grupais, a liderança dos demais (Lucchese, Barros, 2007). No primeiro encontro ficou evidente a emergência de apenas um líder. No segundo encontro, esse papel transitou entre dois participantes. Um deles teve outros

papéis no grupo, ora como sabotador, ora como obstrutor depositário de ansiedades negativas do grupo, sendo aquele que desvia o grupo da realização da tarefa (Lucchese, Barros, 2007), deixando a necessidade do grupo de lado. O outro líder explicitou verbalmente a tentativa de fugir da proposta do trabalho do grupo, como já discutido antes, reafirmando seu papel.

Os principais aspectos explorados no grupo podem ser descritos como:

- Concepção de projeto cultural, cultura e saúde mental.
- Ações do projeto com ocupação de territórios e espaços da cidade.
- Mudanças nos relacionamentos com outras pessoas, com trocas afetivas e sociais.
- Mudanças de comportamento, com superação da insegurança e aumento da confiança.
- Ampliação da participação em outras atividades do CAPS.
- Descoberta de novas habilidades relacionadas à arte/cultura.
- A concepção sobre saúde-doença, que se modifica com o projeto, e questionamento do estigma com relação à doença mental.
- A possibilidade de inclusão social evidenciada com a mobilidade, trocas sociais, ampliação de suas redes sociais e transversalidade com os projetos de geração de renda.

Estes aspectos que se destacam nas discussões do grupo, corroboram as evidências descritas nos trabalhos de autores da literatura nacional e internacional sobre a intervenção com arte e cultura nos serviços de saúde mental (Amarante, 2012; Reinheimer,

2011; Maluf et al., 2009; Quinn et al., 2010; Van Lith, Schofield, Fenner, 2010).

Seguimos com a discussão e análise dos discursos que emergiram dos debates do grupo, e que definiram as categorias empíricas do estudo.

## **4.2 O PROJETO CULTURAL COMO PROCESSO**

Os discursos apontam que o projeto cultural na saúde mental é uma estratégia que não é enrijecida nos tecidos da clínica hegemônica, mas sim, apresenta porosidades que articulam no campo da Atenção Psicossocial com a proposição teórica da Reabilitação Psicossocial e da Cultura. Os temas desvelados nos discursos dos participantes indicam que o desenvolvimento do projeto cultural é compreendido como um processo, que tem finalidades e, por vezes, o mesmo projeto é o próprio instrumento do processo.

A concepção de cultura depreendida dos discursos dos participantes é referida de modo simbólico, com ações de representação da cultura brasileira, com os diversos modos de linguagem da arte como manifestações mais próximas à vida subjetiva ou grupal: uma música, um poema, uma roda de samba, um encontro coletivo, a festa. Assim, compreendem a cultura, também, como expressão das linguagens da arte. E refletem como esta possibilita a resistência, aos enfrentamentos no território, e aos modos de andar a vida.

Outro tema identificado nos discursos é o projeto cultural compreendido como lazer, como possibilidade de encontro com pessoas e modos de diversão.

Compreendemos o conceito de lazer como aquele utilizado pelos *leisure studies*, considerando-o como: 1. Uma série de atividades realizadas fora do domínio do trabalho; 2. Atividades menos quantitativas, cujas qualidades subjacentes denominam como lazer. Devemos estar atentos para compreender a articulação entre política, economia e cultura no âmbito do lazer, o que não significa submetê-lo a qualquer desses ornamentos (Pondé, Caroso, 2003).

Nas falas dos participantes, observamos que ao mencionarem a cultura e o lazer, referem-se às atividades culturais que têm qualidades para produzir lazer e diversão e que devem convidar os seus usuários ao exercício da escolha, da opção pelo que não é rotina, rompendo o movimento produzido pela vida submetida ao enclausuramento, propiciando atividades no território em conjunto com a sociedade.

Neste sentido, explicitam o que Bosi (2009) afirma sobre uma das características da arte: seu forte componente lúdico, que anima todo ato genuinamente estético, sendo o traço distintivo mais importante a separar a arte (popular ou erudita) da indústria cultural, que visa apenas o consumo (Bosi, 2009).

É também na concepção de cultura e saúde-doença que os participantes evidenciam no discurso alguns indicativos de superação de estigma. Confrontam essa realidade onde a sua experiência de sofrimento não é a única experiência do sujeito, “assim como a pintura não é somente cores e desenhos geométricos na tela, o sujeito em crise não é somente patologia ou uma doença visível no diagnóstico” (Massanera, 2012).

Os participantes evidenciam em seus discursos que há boas evidências de que o uso da arte/cultura tem um papel importante e desafiador para promover a inclusão social e o

bem-estar dos participantes de projetos ou manifestações culturais, mudando o estigma de pessoas com problemas de saúde mental (Quinn, Shulman, Knifton, Byrne, 2010).

Os sujeitos com transtorno mental têm as suas vidas marcadas pelo estigma, sendo tratados com inferioridade e sendo privados de direitos e oportunidades, comportamentos que influenciam a qualidade de vida e a percepção de cidadania. Essa característica estabelecida pela sociedade e que define esses modos de tratamento, é percebida pela pessoa que sofre, sentindo o estigma como uma forma de rejeição e vendo a sua vida reduzida à doença.

O conceito moderno de estigma apresentado por Goffman se baseia na ideia de uma identidade marcada, refletindo atitudes sociais que vão desacreditando profundamente as pessoas estigmatizadas, e excluindo-as a uma posição social adversa (Johnson, Stanley, 2007; Twardzicki, 2008)). De acordo com Link e Phelan (2001), o estigma compreende quatro componentes: 1. Um grupo de indivíduos é marcado e distinguido de outros grupos; 2. As crenças culturais dominantes resultam em unir as pessoas marcadas por características indesejáveis (estereótipos negativos); 3. A criação de duas categorias distintas - em intragrupos e extragrupos; 4. As pessoas rotuladas experimentam discriminação. Para ocorrer o estigma, um quinto elemento se agrega: um diferencial de energia deve existir entre os grupos. Não são apenas as pessoas com doença mental tentando lidar com a gestão de seus sintomas, mas também o estigma que enfrentam, impulsionado pelo preconceito, resulta em maior isolamento social. O estigma da doença mental impede o acesso adequado ao tratamento e pode atrasar o recovery (recuperação) reduzindo as possibilidades de resultados positivos.

Além disso, os usuários do serviço têm indicado que o estigma muitas vezes pode ser tão devastador quanto a própria

doença mental. A discriminação é generalizada, afeta o emprego, a habitação, a educação e os cuidados de saúde, impondo limitações.

Mas, ao possibilitar com o projeto que os sujeitos possam ocupar lugares com suas subjetividades e singularidades, vão desenhando espaços, lugares de encontro entre o passado e o futuro. Vão se fazendo no mundo e fazendo o mundo ao mesmo tempo.

Não é a doença ou o doente que fica em evidência, mas a pessoa com suas habilidades. O discurso sugere essa concepção, uma experiência e compreensão que parece indicar o enfrentamento do estigma com relação à doença mental, quando dizem que é preciso *“mostrar que aqui no CAPS a gente não tem só doentes não, a gente tem pessoas habilitadas pra fazer outras coisas. Aqui não é só doente que trata aqui não”*.

Estudos apontam que o estigma diminui quando o público em geral tem contato positivo entre, e com as pessoas com problemas de saúde mental (Quinn et al., 2010, Schulze, Angermeyer, 2003).

Alguns participantes também identificaram um compromisso maior de participação com os trabalhos que utilizam a arte, engajando-se em aprendizado mais amplo e isso aplicado às suas vidas pessoais, nos movimentos sociais, bem como nas suas possibilidades de trabalho no projeto de economia solidária.

Observamos que a concepção de cultura está relacionada como recurso que, pela arte, busca o desenvolvimento político e econômico (Amarante et al., 2012), e a valorização do sujeito na sua família e na comunidade, que transforma o cotidiano das pessoas, impulsionando um olhar para o coletivo.

Identificamos também que os discursos articulados ao campo da saúde e cultura, não estão enrijecidos em suas definições como



recurso terapêutico, artístico ou de reabilitação psicossocial especificamente, mas transita numa região de fronteiras entre esses aspectos. Galvaneze e colaboradoras (2013), em estudo realizado no município de São Paulo com pesquisa etnográfica, identificam três tendências de cuidado com o uso da arte e cultura nos serviços:

(1) estritamente clínica, predominante e marcada por atividades realizadas dentro dos centros com foco em competências pessoais e interações grupais; (2) psicossocial, que incluiu atividades no território, ampliação dos repertórios culturais e da circulação social; e (3) residual, minoritária e sem ganhos psicossociais (p. 360).

Um projeto cultural deve se constituir um instrumento propício ao diálogo e ao exercício da produção e criação culturais, reduzindo o acesso desigual aos bens simbólicos na sociedade.

Portanto, devem ser propostas inovadoras e bem estruturadas, que podem contribuir com a formação da rede de Cultura e Saúde e com a ampliação e qualificação dos processos de promoção da saúde por meio de atividades culturais, reconhecendo o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida.

Para Coelho Neto (1988, p. 14),

[...] um processo de ação cultural resume-se na criação ou organização das condições necessárias para que as pessoas inventem seus próprios fins e se tornem assim, sujeitos - sujeitos da cultura, não seus objetos.

Portanto, uma proposta de ação cultural libertadora nos serviços de saúde mental, deve visar:

- Que os usuários não sejam apenas receptores, mas sujeitos da criação cultural;
- A elaboração da cultura com os usuários e não para os usuários;

- Facilitar a utilização de instrumentos adequados ao desenvolvimento da capacidade criadora dos sujeitos;
- A desalienação da cultura e a busca de uma identidade cultural;
- A democratização da cultura.

O objeto de estudo analisado nesta pesquisa se configura como um projeto de cultura popular, portanto, está remetido às estruturas ideológicas da sociedade, que Bosi com base em Gramsci, explicita como:

[...] ao lado da cultura erudita, transmitida na escola e sancionada pelas instituições, existe a cultura criada pelo *povo*, que articula uma concepção de mundo e da vida em contraposição aos esquemas oficiais (2009, p. 78).

É com essa compreensão que passamos a discutir o projeto cultural que é um instrumento para os sujeitos desta pesquisa, que são participantes do projeto “Grupo Cultural Bibitantã”.

Os discursos analisados apontam que o projeto cultural, para os usuários participantes, um instrumento que, com a utilização das linguagens da arte e das manifestações culturais/ artísticas, permite a significação para novos sentidos e caminhos para o viver em sociedade. Observamos que as experiências vivenciadas no processo de trabalho com o projeto cultural evidenciam o fortalecimento de vínculo entre os usuários, através das ações artísticas e culturais, com possibilidade de desenvolvimento cognitivo, e, principalmente, a ampliação da sociabilidade com formação de redes e coesão entre pares. Com a música amplia e aprofunda os vínculos com os técnicos, além de permitir que pessoas de fora do serviço também participem do projeto. Para os participantes, o projeto cultural tem “o poder de aproximar as pessoas”.

A análise dos discursos reitera que a experiência artística e cultural é produtora de singularidades e novas sociabilidades, colocando-se a serviço da experimentação de novas sensações com os fluxos estéticos, assim como no campo ético e político (Liberato, Dimenstein, 2013).

Também amplia os espaços de circulação na cidade, permitindo a formação de rede social e a possibilidade de visibilidade desses sujeitos. Estes resultados confirmam, como temos visto na contemporaneidade com o uso das manifestações da arte e da cultura, que a cidade aparece menos como um lugar a ser habitado, mas ela própria como uma experiência nova para esses sujeitos.

Os participantes têm expectativas de que o projeto cultural possa gerar apoio e segurança. Aqui, é revelada uma necessidade dos participantes que é confirmada na avaliação da qualidade de vida, tendo como resultado baixo nível de satisfação nesta faceta.

No entanto, revelam em seus discursos, que o projeto cultural é um instrumento que os desafia a superar suas dificuldades, ajudando a “enfrentar os nossos medos”. Explicitam que ao enfrentar a timidez e a vergonha, e ao aprender novas habilidades, muitas delas desconhecidas por eles, superam suas dificuldades e experimentam uma nova realidade.

O projeto também é revelado como um instrumento para a expressão artístico-cultural, desvelado nos discursos em que o Mestre do Cordão “ensinava os passos do Carnaval”, bem como emerge uma contraposição ao ócio, “porque a gente não pode ficar o dia inteiro na ociosidade”.

Os discursos reiteram os objetivos de um projeto cultural na saúde mental, onde a participação e a circulação nos espaços de cultura e da cidade, com o Carnaval, modificam o estatuto de

instituições somente clínicas, para se tornarem também espaços de produção e formação cultural.

Podemos inferir com os resultados, que o projeto cultural, entendido como instrumento, está situado na tendência de cuidado psicossocial apontada por Galvaneze, Nascimento e D'Oliveira (2013), com atividades no território e ampliação dos repertórios culturais e da circulação social.

Por fim, os discursos analisados revelam que o projeto cultural realizado pelo CAPS é um instrumento que tem suas finalidades.

Sabemos que a Reforma deve buscar a emancipação, não apenas política, mas, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita, dentre outras coisas, o não aprisionamento de tantas formas de existência banidas do convívio social, e que nos espaços sociais se busque a convivência com a diferença (Alverga e Dimesntein, 2006).

O trabalho do CAPS com o projeto cultural pode ser considerado como um campo de atuação profissional extremamente rico e transformador, em que os sujeitos passam da condição de meros consumidores de cultura para a de produtores de informação e conhecimentos.

Os discursos analisados, assim como o que encontramos nas discussões do grupo focal, apontam sobre o papel e a contribuição das artes em promover o bem-estar, bem como melhorar a compreensão de doença mental, refletindo uma valorização do poder das linguagens da arte para ressignificar doenças mentais e para o desafio de superar o estigma.

Neste sentido, o projeto cultural é uma ação que mostra coerência com as proposições dos CAPS, cujo processo de trabalho

deve se orientar para a reorganização de práticas e das relações entre os atores envolvidos, com base nas macro e micropolíticas, lembrando que a cultura é um dos determinantes sociais da saúde identificados pela OMS na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais na Saúde.

Assim, o processo de trabalho nos serviços de saúde mental devem se orientar para a desinstitucionalização, considerando que o problema a ser solucionado é a remoção de barreiras para a reprodução de sentidos, de vida e de sociabilidade. E isto significa um processo de singularização e ressingularização das pessoas (Leão, Barros, 2008).

Os participantes evidenciam em seus discursos, que o projeto cultural se torna um instrumento com suas manifestações artísticas, cuja finalidade remete aos processos que geram ampliações na vida da pessoa, com ganhos que se alinham às conquistas nos campos da saúde mental e da cultura. Portanto, são coerentes com os objetivos de projeto cultural na interface com a saúde e com o campo da cultura, onde o projeto cultural deve ser um instrumento que inclui estratégias para estimular a exploração, o uso de códigos, de linguagens artísticas, assim como prever espaços públicos e privados para a ação cultural, objetivando um desenvolvimento humano sustentável, com qualidade de vida.

### **4.3 O PROJETO CULTURAL NO TERRITÓRIO**

Para discutir essa categoria e seus subtemas, utilizaremos a perspectiva epistemológica adotada por Milton Santos (1994) para território, ao qual postula com um significado geo-histórico. O autor propõe que o “espaço geográfico”, que no senso comum é sinônimo de “território usado”, seja compreendido como uma mediação entre o

mundo e a sociedade nacional e local, e assumido como um conceito indispensável para a compreensão do funcionamento do mundo presente, pois é o uso do território e não o território, em si mesmo, que faz dele objeto de análise social.

Compõe um entendimento que globaliza o conhecimento e seu uso, implicando na contramão da história quando pensamos, representamos e propomos relações humanas em um mundo mais solidário.

Para Milton Santos (2002), no Brasil, movimentos profundos de rejeição à aceitação do modelo imposto pelos atores hegemônicos da globalização de mercados, tendem a originar manifestações que podem adquirir a forma de uma ação organizada e favorável para que novos equilíbrios possam se instalar em benefício da coletividade.

É nesta esteira de movimentos que no campo da saúde mental, o conceito de território foi amplamente difundido e consolidado a partir da expansão dos CAPS, principalmente a partir de 2002, com intervenções que devem funcionar e se articular com a cidade para se constituir ferramenta de desinstitucionalização (Leal; Delgado, 2007).

A compreensão adotada pela atenção psicossocial sobre território tem múltiplos sentidos, atribuídos por diferentes campos de conhecimento e pelos processos que ocorrem no território, implicando nas formas como as práticas podem se articular para promover a desinstitucionalização e inclusão social dos sujeitos com transtorno mental.

Nesse sentido, o cuidado na atenção psicossocial mantém relação com o território e se apresenta como norteador das ações a serem implementadas pelos serviços, constituindo-se a estratégia de organização da rede de cuidados nos CAPS. Para isso, a parceria com o território é fundamental, além de outros serviços de saúde, educação e lazer.

Quando analisado a partir de seu movimento, os resultados apontam que o projeto possibilita ocupação e circulação da cultura no território, tanto no sentido geográfico, como subjetivo e cultural.

Liberato e Dimenstein (2013), no entanto, nos alertam sobre algumas questões, com relação à articulação saúde mental, arte e cidade, no curso da consolidação da atenção psicossocial. As autoras refletem sobre os espaços que são construídos no território urbano que possibilitam contato com a diferença, se são de fato, novos modos de existência e de lutas coletivas. Questionam como diferentes redes em seus embates e encontros podem possibilitar a construção de outros modos de relação com a diferença. As autoras afirmam que,

[...] ao buscarmos operar a partir da lógica da desinstitucionalização da loucura, perguntamo-nos se não seria preciso também criar estratégias no que tange à desinstitucionalização do próprio espaço da cidade e das relações que nela são tecidas. Não seria este o cerne da proposta da desconstrução do lugar da loucura: a criação de diferentes formas de (con)viver com a diferença e habitar a urbe? (Liberato, Dimenstein, 2013, p. 273).

A análise nos revela, entretanto, que o projeto cultural ocupa o território em manifestações da cultura popular, principalmente no Carnaval, mas também nos movimentos de luta antimanicomial, aqui com força da cultura e da política.

No entanto, os participantes denunciam que em 2013, o Grupo Cultural BibiTanTã não se apresentou fora da comunidade, indicando que, naquele momento, o funcionamento do projeto se manteve numa funcionalidade horizontal do território.

Mas, ao sair dos espaços terapêuticos e ocupar os espaços da cidade com o projeto cultural, são criadas marcas específicas para os participantes, produzindo uma relação e um lugar social diferente para a experiência dos mesmos, que identificam como experiência memorável, com suas interações entre as pessoas em espaços públicos, com trocas entre todos que estavam participando

do desfile do Cordão, inclusive outras pessoas que não estavam ligadas ao CAPS e/ou ao projeto.

Então, podemos pensar nas questões postas por Liberato e Dimenstein (2013) e olhar para estes resultados, buscando entender se eles respondem ou, pelo menos, indicam possibilidades de respostas para estas questões. Entendemos que os resultados apontam possibilidades para as questões da desinstitucionalização, ao possibilitar a convivência com a diferença, mesmo que apenas nos momentos da manifestação cultural.

E a participação do projeto cultural no movimento da luta antimanicomial mostra novos modos de existência e de lutas coletivas, também respondendo parte das questões das autoras.

A mobilidade também é apresentada como elemento importante para ocupar os espaços da cidade, outro direito conquistado pelos participantes com o passe para o transporte, ampliando seus horizontes, inclusive com escolhas de participação em outros eventos culturais.

Ao desfilarem em um evento do MNLA, revelam sentirem-se protegidos pela segurança pública, indicando a importância e a relação de outras áreas das políticas públicas, na efetivação do direito de cidadania e inclusão social.

Com relação à questão da cultura no território, os discursos demonstram que o projeto cultural possibilita transitar com a produção cultural em pontos distantes, ligados por formas e processos socioculturais, com o desfile no Carnaval.

Desse modo, os discursos analisados também explicitam territórios que são existenciais, numa

[...] construção que se dá entre os cenários naturais e a história social: memória dos acontecimentos inscrita nas



paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação deste espaço e dos valores sociais, econômicos políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos de produção de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas (Lima, Yasuí, 2013, p297).

As ações de saúde e cultura devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios: de lugares e subjetividades da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, com aproximação e produção sociocultural nos lugares onde a vida acontece.

Também a participação em eventos coletivos no espaço do serviço de saúde e da cidade pode ser um bom indicativo de reestabelecimento de laços sociais. Possibilita novas formas de inclusão, que seria uma etapa para o objetivo maior de restituição a esses sujeitos de seu lugar no espaço social, produzindo ao mesmo tempo, no exterior desses serviços, uma nova compreensão para a diferença (Fidelis, 2003).

Mas, a análise dos discursos indicou que os sujeitos desta pesquisa revelam encontrar no território marcas do preconceito, que se deslocam da desrazão da loucura, para a desrazão do uso de drogas, explicitando a experiência em que “[...] o território se afirma como o encontro da objetividade do espaço em relação com o sujeito em todos os aspectos que o formam e que, dialeticamente, ele também dá formas” (Santos, 1988, p. 137).

Uma coletividade deve reconhecer a diversidade de seus membros e os anseios da natureza humana, expressos também naquilo que é negado aos homens para que a cultura se constitua.

Segundo Crochik (2006), o preconceito funciona como um tabu, um fato angustiante vivido que nos coloca de sobreaviso sempre que algo ou alguém nos remete a ele. Como tabu, envolve um ritual, ou seja, reações estereotipadas. Os estereótipos são proporcionados pela cultura, que sistemicamente fortalece o preconceito.

Portanto, entendemos que é pela própria cultura, nas linguagens da arte tensionando estes estereótipos, que dialeticamente poderemos superar os preconceitos.

Os discursos indicam as dimensões que podem ser mote de reflexão para o projeto – o preconceito: contra a loucura, contra a pobreza.

Os resultados também apontam temas relacionados à inclusão e direitos de cidadania. Os participantes explicitam em seus discursos, a conquista de direitos de cidadania, como a mobilidade, que permite ao sujeito transitar por outros lugares e usufruir de outros bens culturais.

A satisfação com a mobilidade e o transporte é confirmada na avaliação da qualidade de vida, com alto nível de satisfação dos participantes, assim como nas dinâmicas do grupo focal.

A cidadania cultural determinada pelos direitos culturais inclui a liberdade de se engajar na atividade cultural, identificar-se com as comunidades culturais de sua escolha, descobrir a variedade de culturas que compõem o patrimônio cultural, entre outras ações.

No momento em que se valoriza a produção que envolve a ação eficiente, quer sobre as coisas, quer sobre os homens, a produção material e espiritual, toma o lugar da reflexão, pedindo ações cuja racionalidade está circunscrita à esfera do trabalho.

Assim é que a arte e a cultura, na saúde mental, podem se constituir em um dispositivo desinstitucionalizante e estratégia de resistência. Na criação de agenciamentos que desconstruam estigmas e preconceitos, a arte e a cultura possibilitam a invenção de territórios existenciais singulares e de caminhos em direção à alteridade, implicando na capacidade de ter relações baseadas no diálogo e na valorização das diferenças existentes, pois só se tornará um instrumento de desinstitucionalização “se for capaz de produzir uma relação e um lugar social diferente para a experiência da loucura para aquele que a experiência se, no seu dia-a-dia, no seu cotidiano, inventar outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade” (Leal, Delgado, 2007, p.137-138).

A ideia que fazemos da cidade em que vivemos é feita de coisas vividas e de lugares da memória, que são construídos pelos percursos habituais, seguindo uma lógica de conexões e relações (Venturini, 2009).

Esse mesmo lugar é também o espaço da existência e da coexistência, que é onde reside a possibilidade de resistência aos processos perversos do mundo, pois é aí que é dada a viabilidade real e efetiva da comunicação, da troca de informação e da construção política, reconstruindo a base de vida comum.

A análise do conjunto temático da categoria mostra indicadores importantes para a inclusão social. Com a compreensão de que o contínuo empobrecimento da vida das pessoas com doença mental, culturalmente estigmatizadas e discriminadas, tem os seus direitos humanos violados, produzindo diversas formas de exclusão, entendemos que a inclusão social tem como determinantes fundamentais a condição material, o trabalho, a rede de suporte social, a cidadania e a possibilidade de conduzir a própria vida.

#### **4.4 O PROJETO CULTURAL E O MODO DE ANDAR A VIDA**

A análise da categoria “o projeto cultural e o modo de andar a vida” indica a necessidade de reflexão sobre algumas dimensões que sustentam os elementos ou subtemas, como a subjetividade, a intersubjetividade e a emancipação no cenário socioeconômico do paradigma neoliberal e da globalização.

Na análise de discurso, o sentido do texto não é isolado do resto do conteúdo do texto, mas, sim, tem uma relação solidária com o conteúdo total – com o contexto do texto. O sentido também é uma totalidade, e é nessa totalidade que precisamos buscar o sentido, que ao se revelar dialeticamente altera o sentido.

No modo de andar a vida, a subjetividade é um dos temas que emergem ao se discutir sobre as transformações ou mudanças em suas vidas com a participação no projeto cultural, delimitando inicialmente o contexto do mesmo. Foi possível então, buscar os sentidos atribuídos pelos participantes a essa temática.

Temos a compreensão de que a subjetividade não é apenas uma dimensão psíquica, mas é também o resultado de outros vetores de subjetivação que se interengenciam para a sua produção, como o social, o cultural, o estético, o psicológico, da saúde, etc. “A produção de subjetividade não se define apenas no plano do discurso; mas se realiza, principalmente, nas práticas” (Fernandes, Rosa, 2007, p. 5).

As autoras discutem que as práticas articuladas dos campos da saúde e da cultura são possibilidades de entrecruzamento inventivo, de reinvenções coletivas de subjetividade (Fernandes, Rosa, 2007).

E, também, o acesso aos conteúdos diversos da cultura e da liberdade de expressão, possibilita a construção da própria subjetividade, por meio dos fatores constitutivos da sua herança cultural, assim como a possibilidade de conhecer outros modos de vida (Brant, 2009). Se a cultura provoca impactos na subjetividade dos sujeitos é necessário exercer um tipo de poder sobre a vida cultural.

Ao buscarmos os discursos dos participantes, podemos relacioná-los aos vetores de subjetivação que emergem, assim como explicitar e discutir o sentido da temática. Identificamos a dimensão psicológica, com expressão de bem-estar, de aumento da autoestima. Essas experiências mudam as possibilidades e os modos de estar no mundo, possibilitando segurança, inclusive na dimensão simbólica do significado de Cordão, quando um participante faz analogia com o objeto que “tá segurando alguma coisa”. Isso amplia a confiança para realizar coisas novas, para superar dificuldades com mudanças positivas no pensamento, melhorando a capacidade de avaliação de situações e lugares, cujo modo de subjetivação se revela no vetor sociopolítico. O prazer com a experiência de tocar, que tem seu sentido na arte, na cultura e talvez, estabelecido também, pela estética. São produções, modos de subjetivação, que delimitam o contexto no projeto cultural e que se articulam com outras temáticas que surgem, como mudanças no modo de andar a vida.

É nesse sentido que a produção de autonomia se caracteriza com a criação de outras possibilidades de vida, a partir deste outro padrão de subjetivação, que permitem mudanças relativas à sua vida pessoal, o sentido de não se perceber só como doente, mas como pessoas que podem fazer alguma coisa por si mesmo, além de, nas novas formas de compreender o mundo.

De acordo com os sujeitos, o projeto cultural também possibilita a aquisição de novas habilidades relacionadas com o campo da arte, proporcionando experiências inéditas para os sujeitos, como aprender a tocar um instrumento. Thomazoni e Fonseca (2011) afirmam que ao se desenvolver atividades de cunho artístico com pessoas portadoras de sofrimento psíquico, as ações empreendidas precisam pensar, compreender e se constituir uma prática que acolha a diferença. “Atividade de criação feita sem cobranças ou expectativas, para operar nos sujeitos como recriação de si, reinvenção de mundos em direção à abertura de novas possibilidades, de outros modos de existência” (p. 618).

Percebemos assim, que dimensões diferentes da existência do sujeito se articulam, há proposta de que as ações cumpram para o participante do projeto, na perspectiva da diversidade, mudanças que reflitam suas questões pessoais, como também da coletividade. Que possibilitem experiências para o fortalecimento de suas conquistas na dimensão subjetiva, nas políticas de cultura e saúde, nas produções e manifestações artísticas e também na superação do estigma e do preconceito sobre a doença mental, enfim, a satisfação com sua qualidade de vida.

A cultura como um recurso para intervir, transformar e desmistificar a concepção que a sociedade criou e mantém sobre a loucura torna-se o eixo de interlocução fundamentada na concepção de diversidade cultural, pois o estigma da loucura restringe os papéis aos quais um ator social pode ser associado, possibilitando ao sujeito uma identidade alternativa à de “doente mental” e “paciente”, pois no plano individual, identidade é condição de cidadania, de conquistas de direitos e deveres (Brant, 2009; Reinheimer, 2011; Amarante et al., 2012).

O projeto cultural se articula com outro projeto de economia solidária, o que sugere um diálogo importante de trabalho

intersetorial, indicando um coletivo que não se fragmenta, mas que antes, se complementa. O discurso remonta às diretrizes políticas do campo da atenção psicossocial como, da cultura e da saúde, tendo o território como delimitador.

Lima e Yasuí (2013) afirmam que as relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de territórios existenciais, que são construídos com elementos materiais e afetivos do meio. Quando apropriados de forma expressiva, constituem-se em lugares para viver.

E desse modo, os participantes do projeto cultural explicitam a ampliação ou conquista da sociabilidade ao participar do projeto cultural. A noção de sociabilidade introduzida por Simmel (1983) é definida como a forma lúdica da sociabilização, ou seja, a experiência prazerosa, alegre e agradável decorrente da interação das pessoas na sociedade.

Esse prazer puro da sociabilidade é possível porque atores sociais são capazes de se desprender das formas reais, materiais e concretas da vida social, que envolvem estruturas e posicionamentos relacionados a hierarquias e à desigualdade nos campos sociais. Ao se conseguir abstrair a riqueza, a posição e o poder, esquecer o status e outras obrigações da vida 'real', então é possível envolver-se ludicamente no jogo da sociabilidade, na apreciação da presença de outros, nos jogos de conversação e de relação que produzem a convivência e a experiência compartilhada (Jovchelovitch, 2013, p. 30).

Em vários estudos a sociabilidade é apontada como forte elemento das ações e intervenções com a arte e a cultura na saúde mental (Barros, Fonseca, 2013; Melo, 2012; Reinheimer, 2010; Santos, 2009; Spandler et al., 2007). Embora a literatura apresente o tema como base de evidências, não é discutida se essa sociabilidade se torna visível, se as formas de vida social desses sujeitos se tornam visíveis aos olhos da sociedade.

Jovchelovitch (2013) denomina sociabilidades subterrâneas formas de vida social que se tornam invisíveis aos olhos da sociedade devido às condições geográficas, econômicas, simbólicas, comportamentais e culturais que produzem uma natureza oculta dessas sociabilidades. A noção de sociabilidades subterrâneas, utilizada pela autora para discutir a condição de moradores da favela no Rio de Janeiro, pode também ser utilizada para a compreensão da condição do doente mental. Essa concepção “é socialmente construída por representações dominantes, pelo controle institucional, pela exclusão social e por mecanismos psicossociais, como a negação das condições e dos padrões de vida de outros” (p. 22).

Podemos questionar se a situação dos doentes mentais também é marcada por sociabilidades subterrâneas, e se a arte e a cultura são evidenciadas como formas de resistência.

Nesse sentido, descrever o espaço ou território na sua totalidade subjetiva e objetiva com suas linguagens, representações, práticas, investimentos emocionais, modos de relação dentro e fora dos seus limites, assim como onde está localizado e como demarca as fronteiras e as travessias em relação a espaços maiores e a territórios mais amplos, possibilitaria analisar se a sociabilidade referida pelos sujeitos, ao participar do projeto, não é subalterna ou se permanece como tal.

Em relação a isso, é preciso considerar que a experiência da loucura e da exclusão, é marcada por um forte coeficiente de desterritorialização, entendido como movimento através do qual alguém deixa um território, desfazendo tudo aquilo que uma territorialização constitui, como dimensão do familiar e do próprio. Esses movimentos de desterritorialização são inseparáveis de novos mundos que se fazem em processos de reterritorialização, que não



consistem em um retorno ao território de origem, mas na construção de um novo território (Lima, Yasui, 2013, p. 298).

Nesta perspectiva, apreendemos outro sentido da temática, a sociabilidade primária que tem como definição o sistema de regras que ligam os membros de um grupo a partir de sua pertença no contexto familiar, na vizinhança e no trabalho. Isto é desvelado quando os participantes explicitam em seus discursos que, ao participar do projeto cultural, ajudou a participarem mais da vida familiar e a participar do projeto de economia solidária.

A sociabilidade primária permite aos sujeitos terem mais autonomia e independência, pois podem tecer redes de interdependência sem as mediações institucionais. As redes de relações acompanham os principais papéis sociais permitindo a transmissão de aprendizagens, da reprodução do modo da existência social (Salles, Barros, 2013).

Com relação ao nível de satisfação da qualidade de vida para recursos financeiros dos participantes, o resultado desta faceta é muito pouco satisfatório. No entanto, não desvaloriza o resultado do domínio avaliado – o meio ambiente, que tem excelente avaliação para a qualidade de vida, reiterando os achados qualitativos da pesquisa.

Os resultados apontam, também, como benefícios a superação de dificuldades que ampliam possibilidades, permitindo aos participantes a elaboração de situações as quais temiam. Revelam no discurso, que as ações empreendidas pelo projeto cultural, tornam-se ferramentas potentes para a superação de dificuldades pessoais e ganhos na autonomia.

Estes resultados se alinham com as características funcionais da cultura popular discutidas por Oswaldo Elias Xidieh citado por Bosi (2009), especialista em literatura popular brasileira:

- **Coesão interna:** cada hábito, crença ou técnica tem seu significado na economia do todo.
- **Vivência não consciente, mas emotiva:** quem vive a o folclore não refletiu sobre a diferença existente entre hábitos e uma *outra* cultura, não folclórica.

Bosi (2009) explicita que a funcionalidade da cultura popular é afirmada quando o autor diz que “a literatura popular não é gratuita, como não são gratuitos os seres e as coisas que integram o mundo rústico” (p. 78).

Muitas das ações da cultura popular, em numerosas ocasiões, funcionam como um meio ajustador entre pessoas que se conhecem pouco e outras são “sistemas de referência que organizam a percepção do mundo no plano emocional e racional, significando para os que os vivenciam uma verdade sintética, sabedoria e apoio” (Bosi, 2009, p. 79).

- **Reelaboração constante:** os temas se refazem, nem tudo é herdado. Só no museu o folclore está morto.

A autora também discute a dimensão psicológica do fato folclórico:

[...] sua espontaneidade, seu poder de motivação fazem com que seja constantemente revivido pelos membros de uma comunidade. Não se tratando de vestígio de sobrevivência: ou é atual, ou está em fase de reatualização. (Bosi, 2009, p. 79).

Esse ponto de vista da cultura popular apresenta um modelo de “educação informal”, que se dá ao lado da sistemática e que orienta e revigora comportamentos, faz participar de crenças e valores, perpetua um universo simbólico (Bosi, 2009).

Assim, pode oferecer amparo cultural e emocional à população em sua diversidade e deve se integrar ao meio urbano.

Na cultura popular, o novo e o arcaico se entrelaçam, e na metrópole suas formas de pensar e sentir continuam organizando sistemas de referência e quadro de percepção do mundo urbano, capacidade vital da cultura popular admirada por Gramsci (Bosi, 2009).

Mas a arte é capaz de realizar a conciliação entre as duas culturas (popular e erudita). As relações da arte e da vida social estão determinadas pela noção de que nenhuma arte é casual ou rudimentar e é expressão plena de um desejo de beleza. Quando caminha a par com a vida, manifesta-se nos objetos de uso diário e não é diferenciada de outras manifestações sociais (Bosi, 2009).

Podemos pensar que essa categoria explicita em seus resultados que o projeto cultural tem coerência com o que compreendemos como “inclusão” social na Reabilitação Psicossocial pois, ao abordar o tema da exclusão/inclusão social da pessoa com transtorno mental, estamos nos referindo a um processo dialético, que leva em consideração a qualidade da transformação de sua vida, e não apenas a inclusão em um sistema que os exclui.

Salles e Barros (2013, p.) consolidam a compreensão de que,

O processo de exclusão/inclusão social não se caracteriza apenas pela insuficiência de recursos materiais e emprego; outros aspectos, como as relações sociais, os papéis, as subjetividades da vida cotidiana também são indicadores importantes de transformação das formas de regulação social. É possível haver inclusão social mesmo para aqueles que não trabalham, sendo necessário refletir sobre outras formas de inclusão.

Então, qual a função da cultura neste cenário? Retomemos uma afirmação já discutida anteriormente, de que a cultura deve cumprir a função de transformar realidades sociais e contribuir para o desenvolvimento humano em todos os seus aspectos. É pela

cultura que se dá a identificação do sujeito em seu espaço, lugar, época, tornando-o capaz de sociabilizar e formar espírito crítico.

Alverga e Dimenstein (2006) afirmam ainda, que os espaços de arte (e cultura), inventados com a Reforma, favorecem formas de expressão amplas e livres, que não são submetidas à racionalização e verbalização, valorizando novos modos de perceber e atuar no mundo, o que ajudaria a criar uma nova forma de relação diferente da clínica psiquiátrica hegemônica.

Os resultados apresentados nesta investigação demonstram que a arte e a cultura podem ser aliadas de um cuidado amplo, permitindo uma participação ativa dos usuários em seus projetos terapêuticos, favorecendo a construção de um ambiente promotor da saúde mental, embora ainda sejam desveladas contradições, tais como, a identificação do espaço do serviço ainda como lugar de ociosidade, que produz isolamento para alguns sujeitos, o preconceito com relação à pobreza e à violência, e também com relação ao uso da cultura como estratégia que está mais direcionado para o campo da saúde do que para o campo da cultura.

Práticas que utilizam arte e cultura, são formas de atividades de escolhas dos sujeitos que possibilitariam modos singulares de compreensão e desenvolvimento das atividades em que participam, sendo os espaços de arte/cultura lugares para promover o encontro com a diversidade, com formas diversas de ser, de estar no mundo e de expressar o que é próprio de si, compartilhado com os outros e compreendendo que as formas de cuidado, balizadas no processo de desinstitucionalização, devem aproximar o processo criativo, desenvolvendo uma visão crítica do mundo intercedida pela arte, e a aproximação dos sujeitos e da comunidade. Os serviços de saúde mental devem refletir constantemente os seus processos de trabalho, pois senão,

[...] corremos o risco de engessá-lo em formas rígidas e em noções dogmáticas. Essa característica das instituições, por mais abertas que sejam, pode ser observada em suas diretrizes de trabalho, nos fundamentos teóricos, nos dispositivos criados, no modelo organizacional, na configuração da equipe, nos agenciamentos, ou seja, mesmo as instituições abertas e que se querem abertas já nascem com a marca da tendência ao fechamento e, com o passar dos anos, estabelecem modos típicos de procedimentos que, cada vez mais, fecham as possibilidades de trabalho, criando intolerâncias ao perder as características experimentais que apresentavam. Para tanto, em muito contribuem as disputas de poder que surgem e os dogmatismos conceituais (Melo, 2012, p. 213).

Na literatura encontramos alguns eixos que tratam dos avanços, das dificuldades e dos desafios enfrentados no campo da arte e da cultura nas seguintes dimensões: Arte e cultura no campo da saúde mental; Iniciativas Culturais; Trabalhos artístico-culturais e geração de renda; Arte como promoção de saúde, vida, saúde mental e expressão cultural; Formas de vida e cultura; Regionalismo e saúde mental; Direitos Humanos e Diversidade cultural.

O compromisso da arte e cultura deve se articular com o compromisso da saúde. Mas, compreender e participar das políticas públicas do campo da cultura e saúde parece que ainda está comprometida com o excesso de trabalho, com o sucateamento dos serviços e a não capacitação dos técnicos e atores envolvidos. Embora o então gerente do serviço, cenário do projeto cultural estudado, aponte várias ações de arte e cultura, além do projeto cultural no serviço, os participantes deste projeto não identificam essas ações artísticas/culturais. Denunciam que houve perda de atividades e profissionais desses dois campos, reafirmando que:

A escassez dos recursos intersetoriais na rede pública de saúde brasileira vem sobrecarregando muitos serviços do

CAPS[...] Corre-se o risco de direcionar uma ação de institucionalização manicomial para sua própria organização interna. A integralidade do atendimento no serviço acaba voltando-se para si, superpondo uma série de cuidados multidisciplinares, constituindo-se em um arranjo institucional que se torna essencial para os sujeitos diagnosticados. O efeito perigoso é o distanciamento das estratégias de desinstitucionalização preconizada pelo movimento reformista que desencadeou o atendimento neste serviço pela via do território: se há escassos recursos de tratamento de saúde, sancionados por políticas públicas, existe uma escassez maior ainda na oferta de recursos não institucionalizados.

A desinstitucionalização da loucura, preconizada pelo movimento da reforma, necessita da articulação em campos diferentes, de produção de inusitados arranjos e de diferentes potências (Jaeger, Fonseca, s/d, p. 382-383).

Podemos inferir com essa análise, que as características discutidas no grupo focal como, mudanças nos relacionamentos com outras pessoas, com trocas afetivas e sociais; mudanças de comportamento, com superação da insegurança e aumento da confiança; ampliação da participação em outras atividades do CAPS; descoberta de novas habilidades relacionadas à arte/cultura e, a possibilidade de inclusão social evidenciada com a mobilidade, trocas sociais, ampliação de suas redes sociais e trocas com projetos de geração de renda, são benefícios resultantes do projeto cultural. Estes benefícios são confirmados na avaliação da qualidade de vida, que apresenta bom nível de satisfação para estas características.

#### **4.5 O PROJETO CULTURAL E A QUALIDADE DE VIDA**

Com a finalidade de compreender a qualidade de vida dos participantes do projeto cultural, os resultados do WHOQOL-Bref são analisados buscando seu sentido nos resultados quantitativos.

Como a intenção de analisar a satisfação com a qualidade de vida, cujas dimensões são de natureza coletiva, requer todo o esforço de recomposição interdisciplinar, para melhor compreender a avaliação, utilizaremos a concepção de promoção de saúde defendida por Minayo e colaboradores (2000), que alarga o horizonte, amplia o universo das ações possíveis, recompondo a característica multifatorial e multidisciplinar nos fenômenos da saúde. Os autores consideram que a noção sobre qualidade de vida abrange dimensões que incorporam a família, as relações sociais, o ambiente, o âmbito da cultura, do conforto e do bem-estar.

Outro autor ressalta a importância da ação intersetorial e da participação ativa dos sujeitos e da comunidade para a avaliação da qualidade de vida, alertando que:

Qualquer método aplicado à avaliação da qualidade de vida sempre vai ser reducionista, pois é um objeto permeado por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador que as reúna, todas, em uma construção coerente, lógica, consensual e com uma capacidade explicativa do fenômeno da vida, da qualidade de vida (Tamaki, 2000, p. 21).

A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, e o interesse por sua mensuração vem se ampliando tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção da saúde (Campos, Neto, 2008).

A promoção da saúde e qualidade de vida, bem como algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação, são definidas pelas políticas públicas, exigem a ação

intersetorial e uma nova institucionalidade social (Buss, 2000) que vem se materializando com as propostas inovadoras no campo da saúde mental.

Ao refletirmos sobre as intervenções que, a partir do setor saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida, é preciso considerar a promoção da saúde.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. [...] Sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (Buss, 2000, p. 167).

Nesse sentido, saúde é produto das condições objetivas de existência.

A amplitude do tema merece interesse, considerando a relevância das práticas de intervenções voltadas para assistir e acompanhar as atividades culturais e que possibilitem oferecer qualidade de vida ao sujeito com doença mental.



Com essa compreensão, temos os resultados quantitativos que são inicialmente analisados pelas respostas das facetas em relação à influência e ao nível de satisfação na qualidade de vida.

No **domínio físico**, o nível de satisfação avaliado como extremamente bom e bastante satisfatório pelos participantes, tem-se as facetas: energia e fadiga (66%), capacidade de trabalho (50%), dor e desconforto (50%), mobilidade (33%) e atividades de vida cotidiana (33%).

Os níveis de satisfação avaliados como muito pouco satisfatórios são indicados pelas facetas: dependência de medicação ou de tratamento médico (83%) e sono e repouso (33%).

Portanto, foi possível verificar que no domínio físico a dependência de medicação ou tratamento médico tem forte influência negativa na qualidade de vida dos entrevistados. Esse resultado parece indicar ainda uma predominância da utilização de medicação para o cuidado dos sujeitos.

Os dados confirmam o que Onocko-Campos e colaboradores (2013) apresentam como resultado de um estudo, que apontou que mesmo com o avanço da Reforma Psiquiátrica e independente dela, a medicação na saúde mental se mantém como prática não reformada, transformando-se em desafio para os cuidados na atenção psicossocial.

Nos discursos dos sujeitos, eles explicitam que no CAPS “a gente não tem só doentes não, a gente tem pessoas habilitadas pra fazer outras coisas”. Ao falar do projeto cultural, tecem uma crítica à experiência da estigmatização e às formas de cuidado, que podem estar correlacionadas aos achados na avaliação da qualidade de vida.

No **domínio psicológico** são avaliadas como extremamente satisfatórias ou bastante satisfatórias as facetas: espiritualidade/religião/crenças pessoais (67%), sentimentos positivos (50%), pensar, aprender, memória e concentração (33%), sentimentos negativos (33%) e autoestima (33%).

O resultado com muito pouca satisfação é encontrado na faceta imagem corporal e aparência (50%) dos entrevistados.

Neste domínio podemos perceber que a satisfação com a aparência física e imagem corporal está bastante prejudicada com relação à qualidade de vida. No entanto, a espiritualidade/religião/crenças pessoais e sentimentos positivos, têm bom nível de satisfação.

O **domínio relações sociais** tem como extremamente satisfeitas as facetas: relações pessoais (33%) e atividade sexual (33%).

A faceta avaliada como muito pouco satisfatória foi suporte (apoio) social (33%).

Este domínio aponta resultados quantitativos, que ao se buscar o sentido em relação aos discursos dos sujeitos, demonstram correlação dos achados, embora para 66% dos entrevistados as relações sociais não são nem satisfatórias e nem insatisfatórias. Os discursos apontam o projeto cultural como instrumento que viabiliza a interação, novas sociabilidades e ampliação das redes sociais. O resultado da avaliação para a qualidade de vida apresenta bom nível de satisfação para esta faceta, confirmando os achados qualitativos.

No **domínio meio ambiente** foi avaliado como extremamente satisfeitas ou bastante satisfatórias, as facetas: transporte (67%), oportunidade de adquirir novas informações e habilidades (50%), ambiente físico (50%), ambiente do lar (33%)

As facetas que foram avaliadas como muito pouco satisfatórias são: recursos financeiros (67%), segurança física e proteção (50%), participação em, e oportunidades de lazer e recreação (50%) e disponibilidade de cuidados de saúde e sociais (33%).

Esse domínio apresenta vários indicadores ou facetas, que aparecem como componentes de sentido dos discursos dos participantes. São apresentados como benefícios para a vida dos sujeitos com o projeto cultural, como novas informações e habilidades, o ambiente físico e o transporte.

No entanto, também se contrapõem aos discursos dos participantes, que relatam mais apoio e segurança com a participação no projeto cultural.

Com relação aos recursos financeiros, a faceta é avaliada como muito pouco satisfatória para grande parte dos entrevistados (67%), este resultado evidencia a necessidade de ampliar a participação dos sujeitos nos projetos de trabalho e geração de renda, uma das dimensões importantes para a inclusão social e para a qualidade de vida.

Com relação à autoavaliação de qualidade de vida, metade dos participantes (50%) avalia como completamente satisfatória, e para 50% a autoavaliação da saúde encontra-se com nível de satisfação ruim ou muito pouco. E para 33% dos participantes, a autoavaliação, tanto para qualidade de vida, como saúde, o nível de satisfação é bom.

Quando avaliadas em uma escala de 0 a 100 (porcentagem), cada faceta pode ser analisada com relação à qualidade de vida como alta, média ou baixa satisfação. Assim, os resultados mostram com alto nível de satisfação para qualidade de vida, as facetas: dor e desconforto, relações pessoais, segurança física e proteção,

ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, ambiente físico e transporte.

Com nível médio de satisfação para qualidade de vida, são encontrados os resultados das facetas: energia e fadiga, sono e repouso, atividades de vida cotidiana, capacidade de trabalho, sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais, suporte e apoio pessoal, atividade sexual, novas informações e habilidades e autoavaliação de qualidade de vida e saúde.

Foram avaliadas com nível baixo de satisfação, as facetas: dependência de medicação ou tratamento médico e recreação e lazer.

Ao correlacionarmos esses resultados com os achados dos dados qualitativos, encontramos contradições entre os discursos dos sujeitos e a avaliação quantitativa das facetas com relação ao lazer e recreação. Os sujeitos apontam o projeto cultural como instrumento para lazer e diversão, mas ao avaliar este aspecto em sua qualidade de vida, tem resultado muito baixo de satisfação. Pode-se inferir que nos discursos, os sujeitos estão indicando o projeto cultural como um instrumento que pode proporcionar lazer e diversão, contudo, não representa oportunidade de lazer e recreação, seja pela pouca frequência de apresentações do Grupo Cultural em eventos, seja por representar a única oportunidade de lazer para os sujeitos.

Embora projetos culturais não possam ser confundidos com projetos de lazer, estes recursos se atravessam em suas concepções e ações. A cultura e o lazer possuem uma íntima relação. Muitas das atividades designadas como lazer passam por manifestações de cultura. E o lazer é o conjunto de ações escolhidas

pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento. Tem caráter voluntário e é contraponto ao trabalho urbano-industrial (Almeida, Gutierrez e Marques, 2012).

O resultado também demonstra a influência da dependência da medicação ou tratamento médico para os sujeitos, com impacto negativo na qualidade de vida.

Mas, os resultados também apontam forte correlação com os discursos, para relações pessoais, ambiente do lar, ambiente físico, transporte, mobilidade, sentimentos positivos e novas informações e habilidades.

Esta correlação está indicada pelos discursos analisados, mostrando que o projeto cultural amplia as possibilidades de sociabilidade, inclusive primária, com mudança significativa para a vida familiar, a mobilidade e o transporte, com avanços nos direitos de cidadania dos sujeitos, que transitam com mais autonomia para outros espaços da cidade e em eventos da cultura, onde “a música faz com que a gente transcende os pensamentos que a gente tá tendo”, e isto contribui para sentirem-se melhor, com enfrentamento das dificuldades pessoais e ganhos para sua vida pessoal, inclusive com novas aprendizagens e habilidades, corroborando a inclusão social dos participantes.

Com relação à avaliação dos domínios para qualidade de vida, os resultados apontaram que os domínios físico, psicológico e relações sociais, apresentaram nível médio de satisfação; o domínio meio ambiente apresentou nível de satisfação alto e a avaliação da qualidade de vida total também tem como resultado nível médio de satisfação.

Ao analisar os resultados da aplicação e realizar comparação com o WHOQOL 100, Fleck e colaboradores (2000), observaram que

[...] houve tendência dos pacientes psiquiátricos a apresentarem os escores mais baixos em todos os domínios (exceção de "relações sociais") comparado a pacientes com outras doenças o que tem sido observado em outros estudos.

No entanto, os resultados da avaliação deste estudo, apresentam o domínio "meio ambiente" como exceção de resultados mais baixos. Este resultado é coerente com os dados qualitativos desta investigação, pois é neste domínio que se encontram, em sua maioria, os benefícios alcançados pelos sujeitos com a participação no projeto cultural e que foram relatados em seus discursos.

Com relação à qualidade de vida total, Pereira et al. (2006) referem que o julgamento que cada sujeito faz de sua qualidade de vida global, precisa ser questionado com relação a se os indivíduos realmente fazem um resumo de tudo, ou se incluem/excluem apenas aspectos que o preocupam na avaliação, pois, teoricamente, para avaliar sua qualidade de vida total, espera-se que o sujeito combine diferentes aspectos de sua vida e os resuma.

Os resultados do projeto cultural reiteram as condições de bem-estar, autoestima, aquisição de novas habilidades, autonomia, sociabilidades, superação de dificuldades, produção de sentido para o trabalho e enfrentamento do estigma e autoestigma. Também corroboram a ocupação do território em seus sentidos materiais e subjetivos, além de produzir mais coesão entre pares, participação na cultura popular com o desfile no Carnaval, formação de rede social e mobilidade. Mas, também indicam desafios que devem ser superados, quando denunciam contradição quanto aos objetivos do projeto cultural, da cultura e da Reabilitação Psicossocial, quando o grupo identifica a perda da liderança cultural do projeto e dos avanços do projeto para fora do CAPS, indicando que talvez haja retrocesso das ações deste projeto no território.

Torna possível inferir que o projeto cultural reafirma o sentido da arte como um atributo humano capaz de transformar atitudes, lugares de saber, lugares de existência e, por consequência, é capaz de alterar a qualidade de vida e produzir inclusão social, embora ainda existam desafios a serem superados.

## 5. CONCLUSÕES DO CAMINHO

"Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir."

(Michel Foucault)

O percurso do trabalho de pesquisa compreendeu o entrelaçamento da arte/cultura com a saúde/qualidade de vida, alinhavado pelo projeto cultural de um serviço de saúde mental – CAPS, no município de São Paulo.

Pesquisar sobre o objeto “projetos culturais no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS”, não tem sido uma tarefa fácil, além dos desafios da escrita acadêmica de uma tese. Especificamente, projetos culturais são objetos complexos de se definir, embora o Ministério da Cultura apresente diretrizes para tal.

O primeiro desafio foi encontrar um serviço que tenha as ações artístico-culturais, constituídas como projeto cultural, com finalidades articuladas à saúde, cultura, aos direitos de inclusão

social e aos direitos culturais dos sujeitos. O projeto cultural deve responder às questões problematizadas, que justifiquem sua realização. Quando associadas à intersectorialidade, especificamente a saúde, deve constar nos objetivos, ações e finalidades no projeto, que também contemplem esse campo.

Há muitas intervenções e ações culturais, mas não estão constituídas em um projeto cultural e o que se percebe é que não há uma cultura de se escrever projetos, assim como o cotidiano dos serviços que se apresentam com uma realidade dinâmica necessitando, muitas vezes, de respostas rápidas de suas ações, dificultando escrever o projeto cultural como documento.

Esses projetos têm também orientações nos editais lançados pela parceria entre os dois ministérios (Ministério da Saúde e Ministério da Cultura). Os objetivos, portanto, devem ser congruentes com as diretrizes da cultura e da saúde em geral e, especificamente, a saúde mental.

Ainda que não se almeje prêmios dos editais, é um documento que norteia essas ações/intervenções nos serviços, e deve ser referência para o trabalho.

O que encontramos na primeira etapa da pesquisa foi uma pluralidade de construções de sentido. Muitos são realizados ainda sob referencial da clínica com enquadre terapêutico e tem na arte e cultura o instrumento para colocar em movimento o cuidado em atenção psicossocial.

Pensar em reabilitação psicossocial, nos remete a ideias e ações que ultrapassem o espaço clínico e avancem para lugares que se constituam espaços de vida, que ocupem territórios. Na interface com a Cultura deve incluir estratégias para as questões de cidadania e direitos humanos, objetivando a ampliação da vida dos sujeitos, e que não seja baseado apenas nas formas de



entretenimentos e lazer, mas por uma construção cultural para organizar sua existência no mundo.

Com relação ao objetivo da pesquisa – avaliar o impacto do projeto cultural na qualidade de vida dos usuários - tem-se as seguintes reflexões: a avaliação individual do projeto e possibilidade de se constituir evidências implica em limitações. A população estudada é muito pequena e necessita de outros parâmetros ou critérios para demonstrar base de evidências. No entanto, se pensarmos no projeto cultural analisado, temos como resultados, com o indicador qualidade de vida, que o projeto cultural produz mudança na vida dos sujeitos, desvelados nos discursos dos mesmos e que foram reiterados em alguns aspectos na avaliação da qualidade de vida.

Ao iniciar o trabalho, uma primeira questão que emergiu para a análise está relacionada com a orientação proposta pelo Comitê de Ética da Universidade, que diz respeito à dúvida se os cooperantes da pesquisa iriam conseguir compreender e explicitar o que é um projeto cultural. O que encontramos no discurso demonstra que conhecem, compreendem e conceituam o projeto cultural, o que pode ser resultado da experiência de participar desse tipo de intervenção.

Mas a cultura ainda não é uma proposta nas políticas de saúde mental. O que existe são mobilizações de técnicos e outros atores envolvidos, com a realização de debates, produção de eventos e uma construção de diretrizes no campo da saúde e cultura, constituindo-se um processo de construção de políticas públicas para a interface desses campos.

A concepção de projeto de cultura aparece em temáticas de atividade artístico-cultural, lazer e diversão, concepção de cultura e

saúde-doença e estigma, a cultura nos serviços de saúde mental, a economia solidária e o movimento social.

Os resultados obtidos na pesquisa indicam que o projeto cultural se revela como um instrumento que gera processos para sociabilidade, integração, formação de rede, apoio pessoal e segurança, desenvolvimento de habilidades, superação de dificuldades, aprendizagem de novos conhecimentos e experiências, expressão artística, lazer, diversão e coesão entre pares.

Muitos desses aspectos são confirmados nas facetas de avaliação da qualidade de vida. Outros, como lazer e apoio pessoal e segurança, têm resultados contraditórios aos discursos, o que pode sinalizar para a compreensão de que ainda há poucas oportunidades para o lazer na vida dos sujeitos, e que estes ainda vivenciam a insegurança e a falta de apoio quando não estão entre os pares.

Com relação ao projeto no território, apresentam evidências de ocupação e difusão da cultura no território. O preconceito dos participantes com relação à pobreza e à violência também é evidenciado nos discursos.

Mostra que o projeto cultural pode realizar um diálogo importante com o território, mas aponta que há retrocesso no avanço das ações do projeto para fora do CAPS, indicando as dificuldades para trabalhar com o território, mas sem evidenciá-las. Mesmo assim, pode ser um instrumento potente para os objetivos da inclusão social, tanto nos direitos de cidadania quanto nos direitos culturais.

Os resultados aqui encontrados reiteram os achados da Dissertação de Mestrado (Santos, 2009) para o projeto cultural no território, em que este é concebido como possibilidade de trocas subjetivas, um campo em articulação entre a cultura e a saúde,

constituídas pelas pessoas com seus conflitos, seus interesses, seus familiares, amigos e vizinhos, nos cenários onde vivem, enfim, nos seus modos de andar a vida.

No modo de andar a vida, reconhecemos que o projeto traz benefícios para a subjetividade, como o bem-estar, autoestima, confiança, prazer e segurança. Também tem como benefícios a aquisição de novas habilidades, mudanças na vida pessoal, autonomia, maior participação na vida familiar, sociabilidade, superação de dificuldades, trocas e integração nas atividades do serviço.

Mesmo com desafios a serem superados, apontados nos discursos, a qualidade de vida dos participantes tem boa avaliação pelo instrumento WHOIQOL-bref, mas também demonstra aspectos que precisam ser pensados pelos serviços, como a dependência da medicação e a pouca oportunidade de participação em lazer.

A avaliação demonstra que a satisfação da qualidade de vida total dos participantes está na média, assim como os domínios físico, psicológico e relações pessoais. No domínio meio ambiente o resultado demonstra alta satisfação para qualidade de vida, sendo este domínio o que compreende, mais especificamente, aspectos correlacionados com o projeto cultural.

O conjunto do trabalho realizado traz para a autora, algumas reflexões importantes:

1. Especificamente com este projeto cultural, o resultado confirma o pressuposto da pesquisa: as ações realizadas com os projetos culturais possibilitam a quebra do entretenimento, constituindo-se em ações dotadas de eficácia transformadora da qualidade de vida do sujeito. No entanto, por ser estudo de caso, indica a necessidade de aprofundar os dados para ampliar e comparar os resultados com outros projetos.

2. Vários estudos analisam o objeto arte e cultura na saúde mental, muitos no município de São Paulo, mas não encontramos nos serviços que aceitaram colaborar com o estudo, o trabalho escrito como projeto cultural, e sim, descritos no Projeto Institucional como ações desenvolvidas.

3. Tendo como destaque o campo da cultura na interface da saúde mental, parece que há pouco investimento no trabalho que utiliza a arte e a cultura com a finalidade de transformação política, econômica e social da vida do sujeito. Os trabalhos realizados com arte e cultura apresentam-se mais com viés terapêutico e clínico.

4. Como avaliar esses trabalhos, sem que estejam constituídos como instrumentos dos campos da saúde e da cultura articulados?

5. O caminho percorrido com as leituras e trabalho de campo, assim como a discussão dos resultados, traz a questão da utilização da avaliação dos projetos e manifestações culturais dos serviços de saúde mental para a inclusão social dos usuários. Seria interessante construir um instrumento de medida de avaliação, utilizando os dados desta pesquisa e de outros estudos já descritos na literatura nacional e internacional.

6. Os participantes não identificam as outras ações do projeto cultural (Festa de São João e de Natal). Se isto está reportado no projeto, porque não são identificadas como parte do projeto?

7. Limitações do trabalho: O estudo teve limitações e desafios logísticos, incluindo a necessidade de se realizar estudo de caso, por se apresentar apenas um projeto cultural com critérios elegíveis para a pesquisa.

8. O desenho do estudo se delineou de um modo que determinou uma abordagem dinâmica e flexível, e a avaliação foi

bem sucedida em seu complexo entendimento de efeitos, através da combinação qualiquantitativa, que permitiu captar dados ricos para o campo em questão.

O estudo sugere que a participação em projetos culturais é um importante elemento de restabelecimento (*recovery*) para os usuários do serviço de saúde mental que encontraram suas vidas em um ciclo de desesperança e desespero. Para a maioria dos participantes, engajar-se em atividades da arte e cultura ajudou a reverter o sentimento de desesperança, desespero e nulidade sobre o futuro, o que pode ser comum em pessoas que vem em longo prazo sendo usuários dos serviços de saúde mental.

Os resultados da pesquisa, em conjunto com os benefícios identificados para o contexto, indicam que as práticas baseadas na arte/cultura desempenham um papel substancial para o *recovery* na saúde mental, indicando também a possibilidade de superação do estigma e inclusão social.

As avaliações qualitativas sobre o estigma, o *recovery* e a adesão, são componentes que se relacionam com os objetivos do projeto e incentivam com os eventos, com as linguagens da arte, novas aprendizagens, contribuindo positivamente para as mudanças significativas na vida dos usuários dos serviços de saúde mental que participam do projeto cultural.

No entanto, a avaliação do uso da arte, de eventos e manifestações culturais na saúde mental é complexa e demonstra a necessidade de reflexões planejadas a cada etapa do projeto cultural.

As descobertas são promissoras, mas a pesquisa de acompanhamento em longo prazo faz-se necessária para acompanhar se as boas intenções são traduzidas em mudança de comportamento real, e poderia ser influente na promoção de avaliação rigorosa de um programa com projetos anti-estigma.

O resultado da pesquisa traz informações importantes para a realização de projetos culturais, e o modelo de avaliação permanece como fonte colaborativa para nortear a construção e análise de novos projetos.

Os resultados sugerem que a programação futura de projetos culturais deve:

- Ter foco em eventos que demonstrem representações positivas das pessoas com problemas de saúde mental;
- Envolver os usuários do serviço no planejamento de eventos e envolvimento ativo com o público;
- Permitir o diálogo e a discussão para contextualizar os eventos do projeto cultural;
- Assegurar a produção artística de alta qualidade;
- Fornecer informações sobre a importância dos eventos para as pessoas que se identificam com a saúde mental;
- Incluir o projeto cultural na comunidade, com o compromisso de minimizar entre o público os efeitos da segregação dos sujeitos com doença mental.

Percebemos que uma série de ações poderiam ser realizadas para o quadro de avaliação, incluindo o público em geral, possibilitando informações mais robustas do impacto sobre os participantes do projeto cultural.

Desse modo, indicamos:

- Usar escalas validadas;

- Incluir um grupo de controle para o mesmo formato de projeto, mas com conteúdo não pertencente à saúde mental;
- Compreender mais detalhadamente que tipo de manifestações artísticas, quais formatos e os componentes de eventos que favorecem ou influenciam a mudança de atitude em relação ao estigma;
- Traçar o perfil do público que assiste às manifestações artístico-culturais promovidas pelos serviços de saúde mental, assim como obter mais informações a respeito do impacto desses dados sobre as atitudes da população envolvida.
- Avaliar o impacto sobre a qualidade de vida e o enfrentamento do estigma dos participantes do projeto cultural.
- Avaliar os efeitos significativos em longo prazo, sobre os comportamentos da audiência.

Com estas recomendações, afirmamos que o estudo confirma os pressupostos iniciais, isto é, que as ações realizadas com os projetos culturais possibilitam a quebra do entretenimento, constituindo-se de ações dotadas de eficácia transformadora da qualidade de vida do sujeito.

Conclui-se que a participação no projeto cultural pode contribuir para a redução do estigma e do autoestigma, possibilitar inclusão social e qualidade de vida, e deve integrar-se a outras iniciativas nacionais que abordam o estigma e a promoção da saúde mental nos serviços públicos, pois, agregar as novas tecnologias e saberes ao modelo da Atenção e Reabilitação Psicossocial é o grande desafio para a mudança do modelo hegemônico da psiquiatria clássica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*; 8(2): 4-1–4-16. 2011.

Alencar JA. Mesmices e diversidades: identidades, diversidades. In *Diversidade cultural brasileira*. Calabre, Lia. Org. Lopes, A. H.; Rio de Janeiro: Edições Casa de Rui Barbosa; 2005.

Almeida EHR. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética* 2010; 18 (2): 381 – 95. Disponível em [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/571/543](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/571/543) [citado em janeiro de 2013]

Almeida MAB. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques : prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)* [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2014 May 01]; 10( 20 ): 299-316. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>.

Amarante P.(org.). Loucos pela vida – Trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.



Amarante P. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In *Saúde e Democracia – A luta no CEBES*. Sonia Fleury (org.). São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda; 1997.

Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In *Fim de século: ainda manicômios?* Fernandes, M.I.A. (org). São Paulo: IPUSP; 1999.

Amarante, P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Moacyr Scliar e [et a.l]; coordenação Paulo Amarante. – Eng.º Paulo de Frontin, RJ: NAU Editora 2003a.

Amarante P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Amarante P, Freitas F, Nabuco E, Pande MNR. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4 n. 8, p. 125-132, jan/jun. 2012. [citado em 07 de dezembro de 2013]. Disponível em: <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2026/2317>

Amarante P, Freitas F, Nabuco E, Pande MNR. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. In *Saúde Mental e arte: práticas, saberes e debates*/Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Fernanda Nogueira Campos (org.). São Paulo: Zagadoni, 2012.

Amarante P, Lima R. (Coord.) Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório final. / Coordenado por Paulo Amarante e Ricardo Lima. Rio de Janeiro: s.n.; 2008.

Aquino MB, Cavalcanti MT, Melo VA. Saúde mental e lazer: reflexões a partir de uma experiência. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana*. Saúde mental e lazer. Vol. 1, n2, mai.2007/set.2007. Disponível em: <http://www.lazer.eefd.ufrj.br/animadorsociocultural/pdf/ac205.pdf>. [Acesso em 11 de junho de 2014]

Araújo SMM, Câmara CMF, Ximenes VM. Arte e saúde comunitária: contribuições para a compreensão do processo de

desinstitucionalização. Rev. Psicol. Saúde [periódico na Internet]. 2012 Dez [citado 2014 abril 05]; 4( 2 ): 106-115. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2012000200003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200003&lng=pt).

Arendt H. A crise da cultura. *In* Entre o passado e o futuro. Editora Perspectiva; São Paulo: 1997. pp. 248-281

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Barros J.M. Diversidade Cultural: da proteção à promoção / José Márcio Barros (org). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

Barros S, Egry EY. O Louco, a loucura e a alienação institucional. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.

Barros JM, Fonseca R. Diversidade cultural como projeto político. In Notícias do Observatório da Diversidade Cultural. Not 2013. Disponível em <http://observatoriodadiversidade.org.br/site/diversidade-cultural-como-projeto-politico/>

Barth F. Balinese Worlds. 1993. The University of Chicago Press, Chicago.

Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2000.

Becker HS. 1982. Art Worlds. Los Angeles, University of California Press.

Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos/ José Bleger: tradução Rita Maria M. de Moraes. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Bosi E. Cultura de Massa e Cultura Popular: Leituras de Operárias: 13 ed./ Apresentação de Dante Meira Leite. Prefácio de Otto Campeava. Petrópolis, Vozes, 2009

Bosi A. Dialética da Colonização. São Paulo. Companhia das letras. 1992.

Botelho I. A política cultural e o plano das ideias. In Políticas culturais no Brasil. AAC Rubim, A Barbalho (orgs.). Salvador: EDUFBA; 2007.

Brant L. O poder da cultura. São Paulo: Editora Pensarte; 2009

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde Manual do Caps - Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. 2005. Portaria nº 1.169/GM de 7 de julho de 2005.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1169.htm> [citado em janeiro de 2012]

Brasil. Ministério da Cultura. Programas e Ações. Pontos de Cultura. 2007. Disponível em:

[www.cultura.gov.br/programas\\_e\\_acoes/cultura\\_viva/index.php?p=426&more](http://www.cultura.gov.br/programas_e_acoes/cultura_viva/index.php?p=426&more) [citado em janeiro de 2012].

Brasil. Ministério da Cultura. Secretaria de Programas e Projetos Culturais. Edital de divulgação, 2008. Disponível em:

[http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2008/08/edital\\_premio\\_cultura\\_e\\_saude\\_versaooficial.pdf](http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2008/08/edital_premio_cultura_e_saude_versaooficial.pdf) [citado em outubro 2010]

Brasil. Ministério da Saúde, 2009. Projeto “Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental. I CHAMADA PARA SELEÇÃO DE PROJETOS DE ARTE, CULTURA E RENDA NA REDE DE SAÚDE MENTAL. 13 de outubro de 2009. [citado em janeiro de 2012] [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/arte\\_cultura\\_renda.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/arte_cultura_renda.pdf)

Brasil. Ministério da Cultura. Ministério da Cultura – MinC. Edital Cultura e Saúde, 2010. [citado em outubro 2010]. Disponível em:

<http://www2.cultura.gov.br/site/2010/03/09/edital-cultura-e-saude-2010/>

Brasil. Ministério da Cultura. Programa Cultura Viva. Cultura e cidadania. Cultura e Saúde. 2011. [citado em de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.cultura.gov.br/culturaviva/category/cultura-e-cidadania/cultura-e-saude/>

Brêda MZ, Rosa WAG., Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):450-2.

Brêtas ACP. Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos conceituais. Acta Paul Enf, v. 13, n. 3, p. 81-91, 2000.

[http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13\\_3/pdf/art10.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_3/pdf/art10.pdf) [citado em maio de 2012]

Britto BN, Peres, JG, Vaz, NMS. A questão da vulnerabilidade no caso de pesquisas em seres humanos: algumas reflexões sociais e jurídicas a partir do quadro normativo. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 93, out 2011. Disponível em:

[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10390&revista\\_caderno=6](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10390&revista_caderno=6)  
[Citado em janeiro de 2013].

Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, janeiro-março, ano/vol. 5, número 001 Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil pp. 163-177; 2000 [www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf) [citado em maio de 2012]

Calabre L. Políticas culturais no Brasil: balanço e perspectivas. In *Políticas culturais no Brasil*. AAC. Rubim, A. Barbalho (orgs.). Salvador: EDUFBA; 2007.

Campos GWS. *Saúde Paidéia*. Editora Hucitec: São Paulo; 2005.

Campos MO, Neto JFR. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.32, n.2, p.232-240 maio/ago. 2008. Disponível em <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude.pdf> [citado em 15 de dezembro de 2013].

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2009.

Carvalho JO. Loucos para participar. Ensaio apresentado Congresso ABRASPSO, s/d. [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/446.%20loucos%20para%20participar.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/446.%20loucos%20para%20participar.pdf).

Chauí M. *Cultura Política e Política Cultural*. Conferência do mês do IEA-USP feita pela autora em 6 de dezembro de 1994. In *Estudos Avançados* 9(23);1995.

Chauí M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*; Editora Cortez: São Paulo; 2006

Cherubini KG. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 1135.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva* –

CIPESC. (Série didática: Enfermagem no SUS). Brasília: ABEN; 1999.

CIOMS. International ethical guidelines for biomedical research involving humans subjects. Geneva: WHO, 2002. Disponível em <http://www.recerca.uab.es/ceeah/docs/CIOMS.pdf> [citado em janeiro de 2013]

Coelho T. Dicionário Crítico de Políticas culturais. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

Conceição MR, Costa MS, Almeida MI, Souza ÂMA, Cavalcante MBPT, Alves MDS. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o Whoqol-bref. Esc. Anna Nery;16(2):320-325. 2012.

Corpas F. Cartografias Da Criação. A Diversidade Nas Artes Visuais Contemporâneas – Uma Ação Afirmativa. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009 CD-ROM

Corrigan PW, Larson JE e Rüşh N. “Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry. 8(2):75-81. 2009.

Costa ACF. Artigo publicado na edição do dia 11/12/2001 no jornal Correio Braziliense por ocasião da Abertura da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília 11 a 15/12/2001) – [citado em janeiro de 2012]. Disponível em: [http://www.abe.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3&Itemid=5](http://www.abe.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=5)

Darras B. As várias concepções de cultura e seus efeitos sobre os processos de mediação cultural. *In Arte/educação como mediação cultural e social*. Barbosa A. M., Coutinho, R. G. (orgs.). São Paulo: Editora UNESP, 2009.

Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1995.

Dionisio GH. O antídoto do mal: crítica de arte e loucura na modernidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. John Wiley & Sons Ltd. ISBNs: 0-471-96861-7 (Hardback); 0-470-84628-3 (Eletronic). Copyright © 2000. [citado em 13 de dezembro de 2013]. Disponível em: <http://file.zums.ac.ir/ebook/273Quality%20of%20Life%20-%20Assessment,%20Analysis,%20and%20Interpretation-Peter%20Fayers%20David%20Machin%20Peter%20M..pdf>

Feldman D, Crandall C. Dimensions of Mental Illness Stigma: what about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2):137-154. 2007.

Fenner P, Rumbold B, Rumbold J, Robinson P, Harpur S. Is there compelling evidence for using the arts in health care? AHHA Health Policy research institute Evidence Brief. 2012.  
[https://www.researchgate.net/publication/237085498\\_Fenner\\_P\\_Rumbold\\_B\\_Rumbold\\_J\\_Robinson\\_P\\_and\\_Harpur\\_S\\_\(2012\)\\_Is\\_there\\_compelling\\_evidence\\_for\\_using\\_the\\_arts\\_in\\_health\\_care\\_AHHA\\_Health\\_Policy\\_research\\_institute\\_Evidence\\_Brief?ev=pub\\_cit\\_inc](https://www.researchgate.net/publication/237085498_Fenner_P_Rumbold_B_Rumbold_J_Robinson_P_and_Harpur_S_(2012)_Is_there_compelling_evidence_for_using_the_arts_in_health_care_AHHA_Health_Policy_research_institute_Evidence_Brief?ev=pub_cit_inc)

Fernandes JD, Oliveira MR, Fernandes J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 37(2): 35-42. 2003.

Fernandes M, Rosa TEC. As práticas da Cultura e da Saúde: um rastro nas produções de subjetividades. *BIS – Boletim do Instituto da Saúde*. Nº 41. Abril de 2007. Disponível em:  
[www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis\\_n41.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n41.pdf)

Fidélis P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. *In* Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Paulo Amarante (coord); Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.

Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. 8ª ed. São Paulo: Ática; 2005.

Fleck MP. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Marcelo Pio de Almeida Fleck et al. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre; Artmed, 2008.

Fleck MP, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 1999 Apr [cited 2013 Dez 11]; 33(2): 198-205. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000200012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000200012>.

Fleck MP, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*, 34(2):178-83. 2000. [citado em 07 de dezembro de 2013]. Disponível em: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf> 7/12/201

Foucault M. (1961). A história da loucura na idade clássica. Editora Perspectiva: São Paulo; 2004.

Foucault M. As palavras e as coisas. Martins Fontes: São Paulo; 1995.

Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

Frayze-Pereira J. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. Estudos Avançados, 17(49): 197-208, setembro, 2003.

Fitzgerald S. Crack-up. Porto Alegre: L&PM, 2007.

Galvanese ATC, Nascimento AF, D'Oliveira APL. Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2013 Apr [cited 2014 Mar 08]; 47( 2 ): 360-367. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000300360&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300360&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003487>.

Gandin LA, Hypolito AM. Dilemas de nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento (Entrevista com Boaventura de Sousa Santos). Currículo sem Fronteiras, v. 3, n. 2, pp. 5-23, Jul/Dez 2003.

Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas; 2004.

Gluckmann M. 1987. Análise de uma situação social na Zululândia moderna. Em Feldman-Bianco, Bela. Antropologia das sociedades contemporâneas. São Paulo: Global.

Goffman E. Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Quarta edição. LTC Editora: Rio de Janeiro; 1988.

Gonçalves MGM. Psicologia, subjetividade e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2010.

Gondim SMG. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: desafios metodológicos. Universidade Federal da Bahia. Paidéia, 12(24), 149-161. 2003. [citado em maio de 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>

Guerriero ICZ, Schmidt MLS, Zicker F. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde / Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa Sandoval Schmidt, Fabio Zicker, (org). São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

Gurgel MGI, Alves MDS, Rêgo RMV, Souza AMA, Costa MS. Grupo Focal com enfermeiras. *In* Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa. Souza, A. M. A. e (Org). Fortaleza: Expressão Gráfica Editora; 2011.

Grupo Cultural BibiTanTã. Projeto. São Paulo, 2009.

Informe ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/informe/matéria.cfm?matid=1957> [citado em agosto de 2011]

Jaeger RL, FonsecaTMG. Vidas reduzidas à doença mental e a transversalização da clínica. ECOS [Estudos Contemporâneos da Subjetividade|Volume2|Número2. 2012. [Acesso em março de 2014] Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/764/729>

Jovchelovitch S. Sociabilidades subterrâneas: identidade, cultura e resistência em favelas do Rio de Janeiro / Sandra Jovchelovitch e Jacqueline Priego-Hernandez. – Brasília: UNESCO, 2013. 252 p., il.. [Acesso abril 2014]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002238/223831POR.pdf>

Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

Klin K e Lemish D. Mental disorders in the media: Review of studies on production, content and influences. Journal Of Health Communication, 13:434-449. 2008.

Köptcke LS. Retratos da Interface cultural e saúde no Brasil: experiências premiadas e selecionadas nos Prêmios Cultura e Saúde: editais 2008/2010. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz; Secretaria da Cidadania e da Diversidade Cultural/MinC. (Rede Saúde e Cultura, caderno 1). 2012.

Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [serial on the Internet]. 2009 [citada em 19 de dezembro de 2013]; 31( 3 Suppl ):.. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=en)  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>.

Leal EM. A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos. Dissertação de



mestrado em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, 1994.

Leal EM, Delgado P. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, P. (Org.). Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007, p.137-154.

Leão A, Barros S. As Representações Sociais dos Trabalhadores de Saúde Mental: os CAPS compondo um novo modelo de atenção. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.1, p.95-106, 2008.

Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Interface (Botucatu) [serial on the Internet]. 2011 Mar [cited 2014 Apr 21]; 15( 36 ): 137-152. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100011&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000100011>.

Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde E Sociedade, 21(3), 572-586. 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>

Lervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev.Esc.Enf. USP, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001. [citado em maio de 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>

Lima EMA, Inforsato EA, Lima LJC, Castro ED. Ação e criação na interface das artes e da saúde. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 143-148, set./dez. 2009.

Lima EMFA. Arte, clínica e loucura. Território em mutação. São Paulo: Editora Summus; 2009

Lima EMFA, Yasuí S. Territórios e sentidos: espaço, cultura e cuidado na saúde mental. Revista Linha Mestra – Ano VII. No. 23 (ago.dez.2013). ISSN: 1980-9026. Disponível em: [http://linhamestra23.files.wordpress.com/2013/12/01\\_territorios\\_do\\_cuidado\\_territorios\\_e\\_sentidos\\_lima\\_yasui.pdf](http://linhamestra23.files.wordpress.com/2013/12/01_territorios_do_cuidado_territorios_e_sentidos_lima_yasui.pdf)

Lima MJS. História da loucura na obra “o alienista” de machado de assis: discurso, identidades e exclusão no século XIX. CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, n. 18, setembro de 2011 Página 141-153.  
[http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/12\\_MarcioJoseSLima\\_HISTORIA%20DA%20LOUCURA%20NA%20OBRA.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/12_MarcioJoseSLima_HISTORIA%20DA%20LOUCURA%20NA%20OBRA.pdf) [citado em outubro de 2012]

Lopes IC. Centros de Convivência e Cooperativas: reinventando com arte agenciamentos de vida. In Fim de século: ainda manicômios? Maria Inês A Fernandes, Ianni R Scarcelli, Eliana S Costa. (orgs). São Paulo: IPUSP; 1999.

Lopes FM, Melo Junior, W. Cartografias da Relação entre Arte e Saúde Mental no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4, n.10, p.244-247, 2012. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2367/2869>

London. Office of the Deputy Prime Minister. Social Exclusion Unit Report. Mental Health and Social Exclusion. London, 2004. Disponível em: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social\\_exclusion\\_task\\_force/assets/publications\\_1997\\_to\\_2006/seu\\_leaflet.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social_exclusion_task_force/assets/publications_1997_to_2006/seu_leaflet.pdf) [acesso em dezembro de 2013]

Lucchese R. a enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. São Paulo: Tese (Doutorado) EEUSP; 2005.

Lucchese R, Barros S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; 9(3):796-805. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a18.htm> [citado em novembro de 2012]

Mae A. Arte/educação como mediação cultural e social. Mae, A. Coutinho, R G. (orgs.). São Paulo: Editora UNESP; 2009.

Maluf J, Lopes I, Bichara T, Silva J, Valent I, Buelau R, Lima E. (2009). O Coral Cênico Cidadãos Cantantes: um espaço de encontro entre a música e a saúde . Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo, 20(3), 199-204. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i3p199-204>

Mamberti S. Discurso de abertura. In Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório final/ Paulo Amarante, Ricardo Lima (Coord.). Rio de Janeiro; sn., 2008.

Massanera AR. A abertura de novos significados ao acontecimento do trágico em nossas vidas: a superação dos sentidos existenciais da loucura através da arte. Anais III Congresso de Saúde Mental. Forataleza/Ce, 2012.

Mecca RC, Castro ED. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental.

Interface (Botucatu) [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2014 Mar 05]; 12( 25 ): 377-386. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000200012>.

Melo W. As regiões de fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre saúde e cultura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012.

Miles A. O doente mental na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro; Zahar Editores; 1982.

Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 24, n. 2, p. 70-7, 1991.

Minayo MCS. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

Minayo MCS. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7): 1868, 2013.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 7-18, 2000.

Morin E. *Cultura e Barbárie Européias*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 Aug [cited 2014 May 01]; 43( Suppl 1 ): 101-108. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800015>.

Nunes MO, Torrenté M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2013 Oct [cited 2014 Mar 31]; 18( 10 ): 2859-2868. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001800010&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001800010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001800010>.

Onocko-Campos Rosana Teresa, Passos Eduardo, Palombini Analice de Lima, Santos Deivisson Vianna Dantas dos, Stefanello Sabrina, Gonçalves Laura Lamas Martins et al . *A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde*

mental. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2013 Oct [cited 2014 June 16]; 18( 10 ): 2889-2898. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>.

OPAS 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1996. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2007.

Paugam S. “Que sentido é possível dar à exclusão?”, in Veras, M.P.B. (ed.e org.) Hexapolis – desigualdades e rupturas sociais em metrópoles contemporâneas, Educ. SP, 2004, p. 15-25.

Pedroso B, Pilatti LA. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida. v. 02, n. 01, jan./jun. 2010, p. 31-36. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004. [citado em 10 de janeiro de 2014]. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/687/505>

Pedroso B, Pilatti LA. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida. v. 02, n. 01, jan./jun. 2010a, p. 31-36. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004. [citado em 10 de janeiro de 2014]. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/687/505>

Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL e Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do instrumento WHOQOL-Bref usando o Microsoft Excel. Planilha para avaliação dos resultados. 2010 <http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>

Pereira MJB. et al. Grupo focal: experiência na coleta de dados do Projeto CIPESC–Brasil. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. (Série didática: Enfermagem no SUS). Brasília: ABEN; 1999.

Pereira R J, Cotta R M M, Franceschini SC C, Ribeiro RL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [serial on the Internet]. 2006 Apr [cited 2014 June 17]; 28( 1 ): 27-38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-)

81082006000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>.

Pichon-Rivière E. Dicionario de Términos y Conceptos de Psicología y Psicología Social. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000

Pichon-Rivière E. O processo grupal. 7ª ed. São Paulo; Martins Fontes, 2005.

PIDA – Programa de Integração Docente/Assistencial, Secretaria da Saúde, Universidade de São Paulo. Relatório de Atividades desenvolvidas pelo PIDA – CAPS no ano de 1998. São Paulo; 1998.

Pinho, LB, Hernández AMB, Kantorski L. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Cienc Cuid Saude* 2010 Jan/Mar; 9(1):28-35. [Acesso em março de 2014] Disponível em: DOI:  
<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.6824>  
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6824>

Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Publica*, 29 (4) 319-25, 1995.  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10> [citado em fevereiro de 2012]

Pitta AMF. (1996). A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Saúde e Sociedade*, 5(2), 35-60. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901996000200004&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000200004&lng=en&tlng=pt).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901996000200004>. [citado em maio de 2012]

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Lista de endereço dos CAPS do município de São Paulo. SMS, 2012.  
[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS\\_end.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS_end.pdf)

Pondé MP, Caroso C. Lazer como forma de proteção em saúde mental. *Rev. Ciênc.Med.*, Campinas, 12(2): 163-172, abr./jun., 2003.

Quinn N et. al. The impact of a national mental health arts and film festival on stigma and recovery. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Impact Factor: 4.86). 01/2011; 123(1):71-81. DOI:10.1111/j.1600-0447.2010.01573.x. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/44619984\\_The\\_impact\\_of\\_a\\_national\\_mental\\_health\\_arts\\_and\\_film\\_festival\\_on\\_stigma\\_and\\_recovery?ev=pub\\_cit\\_inc](https://www.researchgate.net/publication/44619984_The_impact_of_a_national_mental_health_arts_and_film_festival_on_stigma_and_recovery?ev=pub_cit_inc)

Relatório do encontro entre membros do Grupo Cultural BibiTanTã e do Coletivo Carnavalesco Tá pirado, pirado, pirou! Instituto Philippe Pinel. Rio de Janeiro, 2009

Relatório Lalonde. A new perspective on the health of Canadians. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [citado em 15 de dezembro de 2013]

Reinheimer P. As manifestações artísticas no contexto da Reforma Psiquiátrica: o estatuto do artista moderno como fundamento para discussões acerca de novas políticas de saúde mental. Projeto de pesquisa apresentado ao edital Auxílio Instalação da Faperj, 2009

Reinheimer P. Tô maluco, mas tô em obra ... – REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS v. 41, n. 1, 2010. pp. 48 – 66. [Acesso em 02abril 2014]. Disponível em [http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v41n1/rcs\\_v41n1a4.pdf](http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v41n1/rcs_v41n1a4.pdf)

Reinheimer P. Da loucura à diversidade: projetos culturais na reconstrução de identidades no campo da saúde mental, 2011. (Cópia do trabalho enviado pela autora)

Revista de História. A Revista de História da Biblioteca Nacional. Dossiê Loucura no Brasil. pp. 17-35. Rio de Janeiro: Ano 1| Nº 2| Agosto 2005

Revista Radis Comunicação em Saúde. Como anda a Reforma Psiquiátrica. pp. 11-19. Programa Radis. ENSP/Fundação Oswaldo Cruz. Nº 38/Out 2005.

Revista The Magazine of FEANTSA - The European Federation of National Organisations Working with the Homeless AISBL.

Ribeiro WC. "Globalização e geografia em Milton Santos". In: El ciudadano, la globalización y la geografía. Homenaje a Milton Santos. Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona, vol. VI, núm. 124, 30 de septiembre de 2002. Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-124.htm> [ISSN: 1138-9788]

Rodrigues CR, Figueredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 8, n. 1, Apr. 2003. [citado em 15 de dezembro de 2013]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2003000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100013&lng=en&nrm=iso)

Rotelli F. A instituição inventada. Publicado na Revista "Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do "Centro Studi e Ricerche per

La Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia". Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Revisão da tradução: Cláudia Chaves Martins. Casa de Saúde Anchieta, Santos); s/d

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

Salles MM. Vida cotidiana de usuários de Caps: a (in)visibilidade no território. Tese de Doutorado. EEUSP: São Paulo, 2011.

Salles MM, Barros, S. Exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. Texto & Contexto Enfermagem, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 704-712

Santos BS. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011

Santos IMM. A interface cultura e saúde: o desafio para os CAPS. Dissertação de Mestrado. EEUSP: São Paulo, 2009.

Santos JL. O que é cultura. 6ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

Santos M. Metamorfoses do espaço habitado. São Paulo : Hucitec, 1988.

Santos M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico internacional. São Paulo : Hucitec, 1994.

Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo : Hucitec, 1996.

Santos M. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. Publifolha, São Paulo. Revista Geográfica Venezolana, Vol. 43(2) 2002, 331-334. 2002. [Acesso março de 2014] Disponível em: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24584/2/resena43-2.pdf>

Santos MRP, Nunes MO. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Interface - Comunic., Saúde, Educ.; 2011. [Acesso em março de 2014] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop3511.pdf>

Santos Neto AB. Estética e Ética na Perspectiva Materialista. Editora Instituto Luckás: São Paulo, 2013.

Saraceno BA reabilitação como cidadania. In: Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999. cap. 5, p.111-142.

Sastre F, Navarro A. Que entendemos por cultura? 2003. Disponível em [www.monografias.com](http://www.monografias.com). [citado em abril de 2012].

Secker J, Hacking S, Kent L, Shenton J, Spandler H. 'Development of a measure of social inclusion for arts and mental health project participants', *Journal of Mental Health*, 18:1,65 — 72. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09638230701677803>

Segóvia R. As perspectivas da cultura: identidade regional versus homogeneização global. Trad. Maria Tereza de Souza Aguiar. In: *Diversidade Cultural*. Leonardo Brant (org.). São Paulo: Ed. Escrituras/Pensarte, 2005.

Seldin C. As Ações Culturais e o Espaço Urbano: o Caso do Complexo da Maré no Rio de Janeiro. / Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2008.

Silva MAM, Souza AMA e Pinheiro AKB. Coordenação de Grupos: processo grupal para enfermeiros. In *Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa*/Ângela Maria Alves e Souza (Org.). Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.

Silva AF. Cinema na Praça: sociabilidade e modificações das relações de usos em praças na cidade de Salvador-Ba. VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. NÚMERO DE SÉRIE: 572

Sposati A. “Exclusão social abaixo da linha do Equador”, in Veras, M.P. B. (ed.e org.) *Por uma sociologia da exclusão social - O debatcom Serge Paugam*. Educ. SP, 1999.

Simmel Georg. *Sociologia*. São Paulo: Ática.1983.

Sistema Único de Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

Spandler H, Secker J, Kent L, Hacking S, Shenton J. *Catching Life: the Contribution of Arts Initiatives to Recovery Approaches in Mental Health*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 791-799. 2007



Stickley, T. Does prescribing Participation in Arts Help to Promote Recovery for Mental Health Clients? *Nursing Times*, 106(18), 18-20. 2010. Article (accès gratuit)  
<http://www.nursingtimes.net/Journals/2013/01/18/d/o/a/100511Practice-research-report-Does-prescribing-participation-in-arts-help-to-promote-recovery-for-mental-health-clients.pdf>

Tamaki EM. Qualidade de vida: individual ou coletiva? *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2000 [citado em maio 2014 ] ; 5(1): 19-31. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100003&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100003>.

Tenório F. 'A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

Thomazoni AR, Fonseca TMG. Encontros possíveis entre Arte, Loucura e Criação. *Mental – ano IX – nº 17*. Barbacena/MG. Jul./dez. pp. 605-620. 2011.

Thornicroft G et al. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *BJP*, 190:192-193. 2007.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Twardzicki M. Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2008; 128; 68. DOI: 10.1177/1466424007087804. Disponível em:  
<http://rsh.sagepub.com/cgi/content/abstract/128/2/68>

UNESCO. Convenção sobre a Proteção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, 2005. Disponível em:  
[http://www.unesco.org/culture/culturaldiversity/convention\\_fr.pdf](http://www.unesco.org/culture/culturaldiversity/convention_fr.pdf)  
[citado em 02 de janeiro de 2014]

Van Lith T, Fenner P, Schofield M. The Lived Experience of Art Making as a Companion to the Mental Health Recovery Process. *Disability and Rehabilitation Journal*, 1-9. 2010.

Vianna PCM, Barros S. O processo saúde doença mental: a exclusão social. *REME – Rev. Mineira Enferm.*, v.6, n.1/2, p.86-90, 2002.

Vianna PCM, Barros S. A análise do discurso: uma revisão teórica. Rev Min Enf, 2003; 7(1):56-60.

Venturini, E. A Cidade dos outros. Fractal: Revista de Psicologia, v. 21 – nº 2, p. 203-222. Maio/Ago. 2009

The WHOQOL Group. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva:WHO; 1997 (MAS/MNH/PSF/97.4). Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) [Citado em 15 de dezembro de 2013]

The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308> [citado em 19 de dezembro de 2014]

WHOQOL Abreviado. Versão em português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). Programa de Saúde Mental. Organização Mundial de Saúde; Genebra. Grupo WHOQOL, 1998. Disponível em: [www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html](http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html) [citado em 10 de setembro de 2013]

Williams R. Palavras-chave: um vocabulário de cultura e sociedade. Trad. Sandra Guardini Vasconcelos. São Paulo: Boitempo, 2007.

Witier PL. La qualité de vie. Revue Prevenir 33: 1997 p. 61-62.

Yasui S. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis. 1999.

Yúdice G. A conveniência da cultura: usos da cultura na era global. Trad. Marie-Anne Kremmer. 2ª. Ed. Belo Horizonte; Editorar UFMG, 2013.

Zimerman DE. Fundamentos Básicos de Grupoterapias. 2ª ed. Porto Alegre; Artmed, 2000.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A**

#### **Entrevista semiestruturada**

##### **Gerente do CAPS**

#### **I – Caracterização do serviço**

1. Nome do serviço (CAPS)
2. Localização/endereço
3. Gerente do serviço
4. Número de profissionais no serviço
5. Número de usuários no serviço
6. Região de abrangência
7. Descrição do projeto institucional

#### **II - Caracterização do Projeto Cultural**

1. Nome do(s) projeto(s) Cultural(ais)
2. Número de usuários participantes em cada um deles
3. Número de profissionais participantes em cada um deles
4. Qual o tempo de existência de cada projeto
5. Qual o local em que se realizam o(s) Projeto(s)
6. Quais os temas e objetivos do projeto?
7. Forma de Financiamento do Projeto
8. Participação em editais

## APÊNDICE B

### Roteiro para discussão de temas no grupo focal: narrativas

**Tema: Projetos Culturais nos serviços de Saúde Mental**

**Tópico Guia para Grupo Focal com os pesquisados e esquema norteador dos encontros**

<b>Bloco Temático</b>	<b>Pergunta</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Concepção sobre cultura, projetos culturais e saúde mental</b>	<p>Vocês poderiam falar um pouco sobre o grupo Cordão Bibitantã. Como foi a decisão de participar?</p> <p>Como vocês compreendem a cultura e a saúde mental?</p>	<p>Promover debate, conhecer a compreensão sobre o projeto cultural e identificar a importância do projeto na vida dos usuários.</p>
<b>Cordão Bibitantã</b>	<p>O que significa o projeto Cordão Bibitantã para vocês?</p> <p>Contem sobre sua experiência de participação no Cordão</p> <p>Como é o que aprendem com o Cordão?</p>	<p>Verificar a importância do projeto no contexto em que vivem.</p>
<b>Transformações sobre estigma e inclusão social</b>	<p>Vocês podem contar uma vivência ou situação que perceberam que houve modificação na sua vida cotidiana: de relacionamento, de</p>	<p>Conhecer a experiência de vida correlacionada com a participação no projeto, identificando nas narrativas as experiências de exclusão/inclusão e</p>

	renda, etc.	estigma.
<b>Relacionamentos com o grupo</b>	Como vocês se sentem no grupo e como é o relacionamento do grupo?	Compreender as relações interpessoais no grupo.
<b>Possibilidades de mudanças que o projeto proporciona</b>	Quais os aspectos do projeto cultural que contribuem para as mudanças em sua vida?	Identificar aspectos inovadores e de impacto na vida dos usuários.
<b>Qualidade de vida</b>	Como avaliam sua qualidade de vida a partir da participação no Cordão?	Avaliação da QV a partir do instrumento WHOQOL-bref.

### **Esquema norteador dos encontros**

#### 1º Encontro:

**Abertura** – Apresentação pessoal dos atores envolvidos.

Dinâmica interacional com ensaio do grupo.

Apresentação do tema que iremos trabalhar no grupo, a partir da tarefa.

**Desenvolvimento** – Acompanhamento do processo grupal com relação à tarefa.

**Encerramento** – Por tempo encerrado ou por esgotamento da discussão do tema.

Avaliação com a observadora dos resultados do grupo e preparação para o 2º Encontro.

#### 2º Encontro:

**Abertura** – Dinâmica inicial com rapport com o objetivo de estabelecer um clima grupal de participação na tarefa proposta para o segundo encontro.

**Desenvolvimento** – Acompanhamento do processo grupal (vide descrição no 1º Encontro).

**Encerramento** - Por tempo encerrado ou por esgotamento da discussão do tema.

Avaliação com a observadora dos resultados do grupo e preparação para o 3º Encontro.

### 3º Encontro

**Abertura** - Dinâmica inicial com rapport com o objetivo de estabelecer um clima grupal de participação na tarefa proposta para o segundo encontro.

Apresentação da tarefa: responder ao questionário sobre Qualidade de Vida

**Desenvolvimento** – Acompanhamento do processo grupal (vide descrição no 1º Encontro).

**Encerramento** – Avaliação dos encontros e agradecimentos pela participação

## APÊNDICE C

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Irma Maria de Moraes Santos, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo a pesquisa, com o título provisório “Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida dos usuários e inclusão social”, e convido o (a) senhor (a) a colaborar com esta investigação. Este trabalho tem a finalidade de analisar os efeitos das iniciativas culturais nas experiências de sua vida, e se a sua participação nos projetos possibilita inclusão social. A pesquisa possibilitará a compreensão e conhecimento do processo de trabalho com projetos culturais para todos os envolvidos com o mesmo, e a divulgação dessas ações no campo da saúde e cultura, através de seminário nos serviços sobre os resultados, assim como publicação de artigos. Para coletar os dados serão realizados 03 encontros em grupo, de uma hora e 30 minutos para cada encontro, onde serão apresentadas questões para discussão, aos quais você pode se expressar livremente, que serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Sua participação é voluntária e não irá interferir no seu atendimento no Centro de Atenção Psicossocial. O (a) senhor (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo a sua vida pessoal ou profissional ou a minha vida pessoal ou profissional, pois a pesquisa não apresenta riscos bioéticos. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. Este Termo está redigido em duas vias de igual teor, sendo que uma cópia ficará com o pesquisador e outra com o senhor (a). Agradeço desde já a sua valiosa contribuição que será da maior importância.

### Consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, usuário (a) do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) \_\_\_\_\_, tendo sido satisfatoriamente informada(o) sobre a pesquisa com título provisório “Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida dos usuários e inclusão social” concordo em participar da mesma. Autorizo que minha entrevista seja gravada, com a garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão ao pesquisador, e isso não trará nenhum tipo de prejuízo ou dano a minha vida pessoal (no dia a dia), no acompanhamento do atendimento no CAPS ou na vida profissional ou de trabalho.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP/SMS**

R. General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – CEP 01223-010

Fone: 3397-2464 – Fax: 3397-2465 – email: smscep@gmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP CEP/EEUSP**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3061-7548 - Fax: 280-8213C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail:

edipesq@usp.br

**Contato com a pesquisadora para dúvidas quanto ao projeto:**

**Pesquisador: Irma Maria de Moraes Santos**

Endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000

Telefone (12)9782-0683 E-mail [irmamoraes@usp.br](mailto:irmamoraes@usp.br)

## APÊNDICE D

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Irma Maria de Moraes Santos, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo a pesquisa, com o título provisório “Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida dos usuários e inclusão social”, e convido o (a) senhor (a) a colaborar com esta investigação. A finalidade deste estudo é analisar os efeitos das iniciativas culturais nas experiências de vida dos usuários dos serviços de saúde mental e, se a participação nos projetos produz um sujeito de direito e inclusão social, permitindo com a pesquisa, a compreensão do processo para os atores envolvidos e a divulgação dessas ações no campo da saúde e cultura, através de seminário nos serviços sobre os resultados, assim como publicação de artigos. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada, contendo um roteiro com 07 itens para a caracterização do serviço e 08 itens para caracterização do projeto cultural, ao qual o senhor (a) pode se expressar livremente. A entrevista terá duração máxima de uma hora e será gravada e transcrita na íntegra para posterior análise. A participação é voluntária e não irá interferir no seu processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. O (a) senhor (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo em qualquer aspecto de sua vida ou na minha vida pessoal ou profissional, pois a pesquisa não apresenta riscos bioéticos. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. Este Termo está redigido em duas vias de igual teor, sendo que uma cópia ficará com o pesquisador e outra com o senhor (a). Agradeço desde já a sua valiosa contribuição que será da maior importância.

#### Consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, Gerente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) \_\_\_\_\_, tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa com título provisório “Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida dos usuários e inclusão social” concordo em participar da mesma. Autorizo que minha entrevista seja gravada, com a garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão ao pesquisador, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal (no dia a dia) ou profissional e de trabalho no serviço do CAPS.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP/SMS**

R. General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – CEP 01223-010  
Fone: 3397-2464 – Fax: 3397-2465 – email: smscep@gmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – CEP/EEUSP**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Fone: 3061-7548 - Fax: 280-8213C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

**Contato para dúvidas quanto ao projeto:**

**Pesquisador: Irma Maria de Moraes Santos**

Endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000  
Telefone (12)9782-0683 E-mail [irmamoraes@usp.br](mailto:irmamoraes@usp.br)



## APÊNDICE E



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP**  
**05403-000**  
**Tel.: (011) 3061-7602 - Fax: (011) 3061-**  
**7615**  
**São Paulo - SP - Brasil**  
**e-mail: [enpee@usp.br](mailto:enpee@usp.br)**

**Pedido de autorização institucional**

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

São Paulo, 2012.

Senhor Secretário

Vimos solicitar autorização para Irma Maria de Moraes Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizar a pesquisa intitulada “Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida e inclusão social” (título provisório), para a obtenção de título acadêmico, nível mestrado.

Na oportunidade, esclarecemos que a pesquisa será realizada com os Gerentes dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial e usuários que participam dos projetos culturais, realizados nesses serviços.

A pesquisa tem por finalidade, contribuir para a reflexão e transformação das relações do processo de trabalho dos atores sociais, compreendendo como a Cultura aliada às práticas da Reabilitação Psicossocial, podem se constituir instrumento de cidadania para o portador de sofrimento mental.

O objetivo geral é compreender como projetos culturais podem se constituir em um instrumento de inserção e transformação social dos usuários dos serviços de saúde mental. Especificamente pretende-se: 1) Identificar projetos culturais nos serviços territoriais; 2) Compreender a concepção sobre saúde e cultura dos usuários dos serviços de saúde mental que participam dos projetos culturais; 3) Analisar as mudanças e transformações que o projeto produz na vida dos usuários e 4) Identificar os processos de inclusão social gerados pelo projeto cultural.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Profª Dra. Sônia Barros Docente do Departamento de Enfermagem  
 Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP

Il. mo Senhor

Secretário Municipal de Saúde de São Paulo

## APÊNDICE F



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP**  
**05403-000**  
**Tel.: (011) 3061-7602 - Fax: (011) 3061-**  
**7615**  
**São Paulo - SP - Brasil**  
**e-mail: [enpee@usp.br](mailto:enpee@usp.br)**

### Pedido de Autorização Institucional

Eu, Irma Maria de Moraes Santos, portadora do RG 11.162.661-4 SSP/SP, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o título provisório "Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida e inclusão social" *sob orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Sônia Barros, Professora Titular da Escola de Enfermagem da USP.* Pretendemos com este trabalho: compreender a concepção sobre saúde e cultura dos atores sociais; analisar as mudanças e transformações que o projeto produz na vida dos usuários e identificar os processos de inclusão social gerados pelo projeto cultural. A metodologia será desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada realizada pela pesquisadora, contendo um roteiro com 07 itens para a caracterização do serviço e 08 itens para caracterização do projeto cultural, aos quais os trabalhadores podem se expressar livremente, que serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Assim, solicito autorização para coletar dados nos CAPS Adultos, a serem definidos na primeira etapa da pesquisa.

### **Autorização para realização da pesquisa**

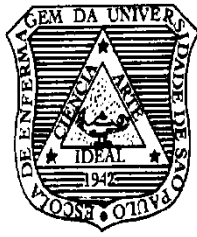
Declaro estar ciente da pesquisa a ser desenvolvida no CAPS Adultos (a serem definidos) e autorizo a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, acesso a documentos formais da Unidade e entrevista com o gerente do serviço na condição de informante no CAPS.

São Paulo, de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assessoria Técnica da Coordenação da Atenção Básica

Secretaria Municipal de São Paulo



**APÊNDICE G**  
**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP**  
**05403-000**  
**Tel.: (011) 3061-7602 - Fax: (011) 3061-**  
**7615**  
**São Paulo - SP - Brasil**  
**e-mail: [enpee@usp.br](mailto:enpee@usp.br)**

**URGENTE**

Pedido de autorização institucional  
 Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
 São Paulo, 15 de julho de 2013.

Senhor(a) Coordenador(a)

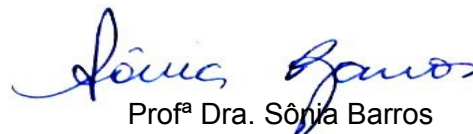
Vimos solicitar autorização para Irma Maria de Moraes Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizar a pesquisa intitulada “Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida dos usuários e inclusão social” (título provisório), para a obtenção de título acadêmico, nível doutorado.

Na oportunidade, esclarecemos que a pesquisa será realizada com os coordenadores do CAPS e usuários que participam dos projetos culturais, no CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.

A pesquisa tem por finalidade, contribuir para aprofundamento e reflexão sobre a questão da interface saúde e cultura, possibilitando a transformação das relações do processo de trabalho dos atores sociais, constituindo-se de ações dotadas de eficácia transformadora da vida do sujeito.

O objetivo geral é analisar os efeitos das iniciativas culturais nas experiências de vida dos usuários dos serviços de saúde mental. Especificamente pretende-se: 1) Identificar projetos culturais nos serviços territoriais; 2) Compreender a concepção sobre saúde e cultura dos usuários dos serviços de saúde mental que participam dos projetos culturais; 3) Analisar as mudanças e transformações que o projeto produz na vida dos usuários e, 4) Identificar os processos de inclusão social gerados pelo projeto cultural.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.



Profª Dra. Sônia Barros  
 Docente do Departamento de

Enfermagem

Materno-Infantil e Psiquiátrica da

EEUSP.

Il.<sup>mo</sup> Senhor(a)  
 Coordenador(a) do Centro de Atenção Psicossocial

**ANEXOS****ANEXO 01**

Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria da Atenção Básica

**Autorização para realização de Pesquisa**

Tendo em vista a apreciação da pesquisa intitulada "Projetos culturais nos CAPS: experiências de vida dos usuários e inclusão social" da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo nos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica na Cidade de São Paulo, esta Coordenação da Atenção Básica autoriza sua realização, condicionando o início da coleta de dados ao parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo/ CEP/SMS/SP.

São Paulo, 26 de novembro de 2012.

*Kátia Maria de A. Correia*

Kátia Maria de Almeida Correia

Assessora Técnica da Coordenação da Atenção Básica  
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

*São Paulo, 24/04/2013*

*De acordo:*  
*Cássia Liberato M. Ribeiro*  
Cássia Liberato M. Ribeiro  
Assessora Técnica - Atenção Básica  
SMS-G

**ANEXO 02**

# **WHOQOL - ABREVIADO**

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
GENEBRA**

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**

**Professor Adjunto**

**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**

**Universidade federal do Rio Grande do Sul**

**Porto Alegre – RS - Brasil**

## Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		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	Quão seguro(a) você se sente 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

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		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 aparência física?	1	2	3	4	5
12	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



As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		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	5
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 mora?	1	2	3	4	5
24	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

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	Freqüen- -tamente	muito freqüentement e	sempr e
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**