

Arte-cultura como possibilidade terapêutica na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental: avaliação das experiências do município de Carapicuíba – SP

Art-culture as a therapeutic possibility in the quality of life of users of mental health services: evaluation of the experiences of the municipality of Carapicuíba / SP

Vera F. Gonçalves^I, Claudiney Augusto Yamaguti^{II}, Suzana Kalckmann^{III}

Resumo

Este artigo apresenta uma discussão sobre a adoção da Arte-cultura na reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental e possibilidade de inclusão da estratégia no SUS a partir de um estudo realizado em Carapicuíba – SP. São apresentados os resultados da avaliação da qualidade de vida de usuários de serviços de saúde mental que frequentam elementos de Arte-cultura por meio da escala reduzida de “Qualidade de Vida WHOQOL-bref”. O estudo se mostrou um dispositivo importante para suscitar e ampliar as discussões, mostrando como a incorporação de outros elementos terapêuticos e não apenas o medicamentoso pode contribuir para a autonomia, independência e qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental em toda a rede de atenção a saúde, promovendo mudanças com novas práticas no cuidado e nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Arte-cultura, Saúde mental, Terapia pela arte.

Abstract

This article presents a discussion about the adoption of Arte-cultura in the psychosocial rehabilitation of people in mental suffering and possibility of inclusion of the strategy in SUS from a study carried out in Carapicuíba, SP. The results of the evaluation of the quality of life of users of mental health services that attend elements of Art-culture through the reduced scale of “Quality of Life WHOQOL-bref”. The study proved to be an important mechanism to stimulate and broaden the discussions, showing how the incorporation of other therapeutic elements and not only the drug can contribute to the autonomy, independence and quality of life of people in mental suffering throughout the health care network, promoting changes with new practices in health care and public policies.

Keywords: Art-culture, Mental health, Therapy for art

^I Vera Freire Gonçalves (freireverah@ig.com.br) é Médica pediatra, mestre em Saúde Coletiva, pediatra da Prefeitura Municipal de Carapicuíba e de Barueri.

^{II} Claudiney Augusto Yamaguti (claudineyaugusto@yahoo.com.br) é Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva, especialista em Psicologia Clínica da Prefeitura Municipal de Itapevi.

^{III} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é Bióloga, mestre em Epidemiologia, doutora em Ciências, pesquisadora científica VI e docente credenciada do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde da SES/SP

Introdução

Críticas de vários setores da sociedade aos atendimentos à saúde mental no Brasil, centralizadas em internações obrigatórias, em um modelo baseado no isolamento, medicalização excessiva, intervenções altamente invasivas, exigiram mudanças estruturais em sua lógica. As mudanças nas práticas em saúde mental foram amplamente incentivadas e defendidas pelos movimentos da reforma sanitária, da luta antimanicomial e pela reforma da psiquiatria². A Reforma Psiquiátrica brasileira, implementada como política pública a partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, possibilitou a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e criou novos dispositivos de atenção à saúde mental, os chamados serviços substitutivos, cuja perspectiva integralizadora envolve o exercício da cidadania e a integração do usuário na comunidade. Dessa forma, a rede territorial de serviços proposta incluía Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência (CV) e cultura assistida, cooperativa de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde, conforme previsto na lei federal que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Não se pretendia uma reforma de serviços, mas uma reforma do modelo assistencial, sendo fundamental a transformação do lugar social da loucura, da pessoa em sofrimento mental^{2,7,13}.

A reabilitação psicossocial, prática dentro da reforma psiquiátrica, aumenta as possibilidades de recuperação das pessoas em sofrimento mental, com ações envolvendo os indivíduos, seus familiares e a comunidade onde estão inseridos. É um processo de reconstrução, um exercício de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários:

trabalho agregado a um valor social, ambiente físico, rede social e familiar. Além disso, inclui a necessidade de mudanças dos modelos terapêuticos e assistenciais, com a incorporação de novas estratégias para a compreensão da “loucura”, da autonomia e da independência do indivíduo¹.

Neste contexto, a Arte-cultura (AC) no campo da saúde mental tem sido utilizada como instrumento terapêutico para os transtornos mentais, ao ampliar as habilidades, aumentando a autonomia, despertando a singularidade do poder criativo do indivíduo em sofrimento psíquico, sem repressão, mas estimulando a ruptura do isolamento e a inserção social, reinventando seu cotidiano e a própria vida, valorizando o potencial de cada ser humano. Propiciam a eles reflexões e pensamentos críticos essenciais para autonomia, cidadania, inclusão social e qualidade de vida. Várias são as linguagens utilizadas com potencial terapêutico: plástica, sonora, dramática, corporal e literária, envolvendo as técnicas de desenho, pintura, modelagem, construções, sonorização, música, expressão corporal, poesia, entre outros, respeitando os aspectos afetivo, cognitivo, motor, cultural e social das pessoas em sofrimento mental^{6,9,12}.

Esse artigo objetiva discutir e refletir sobre a importância de atividades de arte-cultura inseridas no SUS e sua factibilidade atual, a partir do estudo “Arte-Cultura na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental no município de Carapicuíba – SP⁹”.

Arte-Cultura na Qualidade de Vida dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental no município de Carapicuíba – SP

Este estudo⁹ foi realizado no município de Carapicuíba no período de 20-5-2017 a 30-6-2018 e teve como objetivo central a avaliação

da qualidade de vida segundo a percepção dos participantes – usuários de serviços de saúde mental.

Na fase inicial do estudo houve identificação, mapeamento e descrição das ações, instituições e locais que utilizavam elementos de AC como proposta terapêutica para os indivíduos em sofrimento mental, atendidos pelo SUS, oferecidos pelo município ou em parceria com o setor privado. A partir desse reconhecimento foram selecionados os locais para coleta de dados com os usuários.

O CAPS adulto e o Centro Público de Economia Solidária (CP) foram selecionados devido aos critérios de regularidade da oferta de elementos de AC e maior número de participantes acima de 18 anos que utilizavam a terapêutica.

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: ser usuário de serviço de saúde mental SUS, ter 18 ou mais anos de idade, frequentar qualquer atividade de arte-cultura há pelo menos seis meses e aceitar participar.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio de entrevista individual, utilizando-se o instrumento de investigação da Qualidade de Vida WHOQOL-bref, (escala do grupo de Qualidade de Vida da OMS), adaptada por Fleck e colaboradores para o Brasil⁶, e um questionário com perguntas que possibilitaram uma caracterização sociodemográfica dos participantes.

Foram realizadas 70 entrevistas, com prévias explanações quanto aos objetivos da pesquisa e formalização da participação por meio

da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de 22-5-2017 a 30-8-2017, com duração média de 13 minutos. Dos 70 entrevistados, 92% faziam acompanhamento clínico psiquiátrico e geral, se necessário, no CAPS Adulto, 52,8% realizavam atividades de AC tanto no CAPS quanto no CP. Apenas 21% referiram fazer atividades apenas no CP.

Entre os participantes houve predomínio do sexo feminino (65,7%), de religião evangélica (44,9%), da faixa etária de 30 a 49 anos (54,3%) e, quanto à cor, 45,7% daqueles que se autodeclararam de cor parda. Praticamente todos (98,6%) se consideravam alfabetizados, e destes, a maioria (47,1%) com ensino médio completo. Com relação ao estado civil, 40,6 % referiram estar casados, e do total, 89,8% viviam com familiares e 26,1% disseram não ter filhos.

A maioria (55,9%) recebeu o diagnóstico e tratamento para o sofrimento mental há oito anos ou mais, no total há maior proporção de depressão e esquizofrenia. Todos referiram usar psicotrópicos, muito embora a maioria não soubesse explicitar exatamente o que toma. Por fim, 75,7% referiram participação em quatro ou mais modalidades de AC e 24,3% em até três modalidades. O artesanato (confecção de bolsas de forma manual e de cachecóis, crochê, macramê, panos de prato) é o elemento referido mais utilizado (39%), seguido pela pintura em tecido e tela (21,3%), dança e expressão corporal (14,1%), teatro (11,5%), tear manual (6,1%), música (5,4%) e 2,6% futebol (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos usuários de Saúde Mental e atividades de Arte-cultura segundo variáveis sócio demográficas selecionadas, Carapicuíba, 2018.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	46	65,7
Masculino	24	34,3
Idade (anos)		
18-29	04	05,7
30-49	38	54,3
50-64	28	40
Cor auto referida		
Branca	26	37,1
Preta	12	17,1
Parda	32	45,7
Sabe ler		
Sim	68	98,6
Não	01	01,4
Escolaridade		
Fundamental incompleto	18	25,7
Fundamental completo	04	05,7
Médio incompleto	07	10
Médio completo	33	47,1
Superior	08	11,4
Religião que frequenta		
Sem religião	11	15,9
Católica	18	26,1
Evangélica	31	44,9
Espírita	04	05,8
Mais de uma religião	05	07,3
Estado civil		
Solteiro	20	29,0
Casado	28	40,6
Amigado	08	11,6
Viúvo	08	11,6
Separado	05	07,2
Vive com família		
Sim	62	89,8
Não	07	10,2

Variável	N	%
Número de filhos		
Não tem filhos	18	26,1
01	15	21,7
02	11	15,9
03	16	23,2
04	04	05,8
05	05	07,2
Arranjo familiar - moradia		
Parceiro, filhos e/ou netos	32	46,4
Mãe e irmão	18	26,1
Mãe e filho	04	05,8
Pais, filhos e netos	03	04,3
Irmãs e sobrinhos	04	05,8
Amigos	06	08,7
Sozinho	02	02,9

Avaliação de Qualidade de Vida

Na segunda parte da entrevista foi aplicada a escala reduzida de avaliação de Qualidade de Vida (QV) – WHOQOL-bref.³ Os resultados foram obtidos pela média das duas questões gerais de QV e das médias das 24 facetas dos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5), em que quanto maior a pontuação melhor a QV. Os entrevistados avaliaram a própria qualidade de vida global (escore 4,0), um ponto percentual mais alto quando comparada à percepção geral da saúde (escore 3,0). Quando a avaliação foi realizada por domínios, houve empate dos domínios psicológico e meio ambiente (escore 3,6), ligeiramente abaixo dos domínios físico e de relações sociais (escore 4,0).

Avaliação Espontânea dos Participantes (Relatos Pessoais) sobre as Atividades de AC

Alguns participantes, de modo espontâneo¹¹, expressaram a importância da AC em suas vidas, fornecendo elementos de como essa

proposta contribuiu na socialização, aumento de autoestima, fonte de recursos financeiros e diminuição de medicamentos.

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

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

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

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

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

“Estou muito feliz, com isso até arrumei um marido (risos).” (NAR);

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

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

“Sinto falta quando não venho.” (FAP).

Como e por que expandir as atividades de AC-SUS para outros municípios?

A avaliação da qualidade de vida, com utilização de instrumentos que traduzem a percepção e a subjetividade dos indivíduos levando em consideração os aspectos psicológicos e físicos com suas interrelações sociais e a influência do meio ambiente, é um instrumento eficaz para o conhecimento da realidade dos integrantes de um grupo ou comunidade. No estudo realizado⁵, o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-bref traduziu as percepções dos indivíduos em sofrimento mental e que utilizavam elementos de AC nos serviços de Saúde Mental no município de Carapicuíba. Somado a estudos realizados por outros autores¹³, há evidências de que a manutenção e a preservação da capacidade funcional em desempenhar as atividades diárias prolongam a independência dos indivíduos. Trata-se de um importante fator de impacto positivo na avaliação da Qualidade de Vida, associado a uma rede de apoio social fortalecida, composta por amigos e familiares, que juntos, repercutem positivamente na percepção da qualidade de vida, ao mesmo tempo em que déficits acentuados nas relações sociais impactam negativamente tanto

no tratamento quanto na percepção⁴. Sabe-se, porém, que os instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida são sensíveis às mudanças de saúde durante o tratamento nos indivíduos com doenças mentais, principalmente nos pacientes deprimidos ou com transtornos de humor, fornecendo informações sobre a melhora ou piora do funcionamento psicossocial na medida da oscilação da percepção da qualidade de vida⁴. Nos indivíduos com esquizofrenia, a percepção da qualidade de vida é menos satisfatória do que a população em geral, mais pronunciada nos domínios psicológico, meio ambiente e físico relacionadas as questões ocupacionais, perdas funcionais, perdas das habilidades laborais e afetivas.

De modo geral, a expectativa no trabalho de AC com pessoas em sofrimento mental é a possibilidade de ampliar os recursos e melhorias dos processos de reabilitação psicossocial, mensuráveis quantitativa e qualitativamente pela percepção da qualidade de vida, aumentos de autonomia e independência, bem como socialização de modo satisfatório.

Sabe-se, contudo, que as relações contratuais entre os setores público e privado geralmente são frágeis e sujeitas à influência de inúmeros fatores, como questões orçamentárias e políticas, muitas vezes de difícil compreensão e até aceitação, principalmente em se tratando de saúde mental, que envolve estigmas e preconceitos¹³. A partir dos resultados do estudo municipal⁵, concluiu-se que a AC não foi implantada e incorporada como política pública de saúde. Requer, além do relato de iniciativa política¹, validação da técnica como recurso terapêutico, incorporação da prática pelos trabalhadores, (re)validação e pactuação política de modo não partidário e estabelecimento de parcerias público-privadas mais fortalecidas, bem como difusão da práxis dentre os usuários dos serviços de Saúde Mental. Sugere-se, ainda, que sejam divulgadas as experiências, exitosas ou

não, do uso da AC na terapêutica em saúde mental e sua correlação com qualidade de vida a fim de ampliar a implantação nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) municipais com características e necessidades de saúde semelhantes.

Apesar das dificuldades e desafios de um município com a menor renda per capita da Região de Saúde – Rota dos Bandeirantes, com grande densidade demográfica, com áreas de grande vulnerabilidade social, ainda em transição de cidade dormitório, o recurso terapêutico de AC é utilizado há muitos anos associado à clínica tradicional, nos vários pontos da Rede de Atenção à Saúde, desde a Atenção Básica até a atenção especializada, em parceria também com setores privados, indo ao encontro do que é preconizado pela RAPS^{7,10}.

Considera-se a importância de que outros estudos sejam incorporados à experiência relatada, como a percepção dos técnicos em saúde quanto à reabilitação psicossocial, percepção dos familiares e dos gestores, compreendendo tanto o instrumento em si, a motivação dos envolvidos quanto os entraves institucionais na implantação/implementação.

Referências

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 2008 abr; 24(4):941-3.
2. Berlinck MT. A reforma psiquiátrica brasileira. *Rev Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2008; 11(1):21-7.
3. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG; 2007.
4. Calman KC. Quality of life in cancer patients. *J Med Ethics*. 1984;10(3):124-7.
5. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHO-QOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6):793-9.
6. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997.
7. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-bref). *Rev de Saúde pública*. 2000; 34(2):178-83.
8. Fundação Seade. Portal de estatísticas do estado de São Paulo, perfil municipal [internet]. [S.l.]; 2015. [acesso em 04 jun de 2019]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>.
9. Galvanese ATC, D'Oliveira AFPL, Lima EMFA, Pereira LMF, Nascimento AP, Nascimento AF. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *História, ciências e saúde*. 2016; 23(2):431-52.
10. Gonçalves VF. Arte-Cultura na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental no município de Carapicuíba – SP.[dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde de São Paulo; 2018.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados São Paulo – Carapicuíba. [S.l.]; [s.d.] [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352250&search=sao-paulo%257Citapevi%257Cinfograficos:-informacoes-completas>.
12. Minayo MCS, Hart ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Rev Ciência saúde coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
13. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e política. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 16(12):4579-89.
14. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.