

## Ferramentas para participação em reabilitação baseada na comunidade para uma população com esquizofrenia

*Tools for participation in community based rehabilitation for schizophrenia population*

*Herramientas de participación en rehabilitación de base comunitaria para población con esquizofrenia*

Barroso Niño, Maritza<sup>1</sup>; Orozco Altamar, Mauro Stefan<sup>2</sup>; Herreño, Andrea Catalina<sup>3</sup>

**Como citar este artigo:** Barroso Niño M, Orozco Altamar MS, Herreño AC. Ferramentas para participação em reabilitação baseada na comunidade para uma população com esquizofrenia. *J nurs health*. 2018;8(2):e188310

### RESUMO

**Objetivo:** descrever a experiência da implementação de estratégias participativas baseadas na história de vida e no audiovisual, como ferramentas terapêuticas aplicadas a uma pessoa adulta diagnosticada com esquizofrenia. **Métodos:** estudo de Pesquisa - Ação - Participação, desenvolvido no contexto da Reabilitação Baseada na Comunidade aplicada em um Centro de Reabilitação da cidade de Bogotá, Colômbia. **Resultados:** ações participativas e dialógicas, lúdicas e criativas fortalecem a funcionalidade da comunidade terapêutica, bem como seu impacto na reabilitação individual. O desenvolvimento da estratégia: audiovisual e socialização baseada na participação permite reconstruir significados e identidades de utilidade terapêutica, que propiciam recursos pessoais que geram novos pensamentos e emoções. **Conclusões:** há possibilidades terapêuticas desse tipo de reabilitação, através das contribuições de diferentes atores sociais, que dinamizam e transformam a experiência da doença no nível individual, ambiental, relacional e comunitário; enfatizando nele o poder significativo associado ao próprio sujeito e ao seu ambiente social.

**Descritores:** Enfermagem em reabilitação; Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; Participação da comunidade.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the experience of the implementation of participatory strategies based on the history of life and audiovisual, as therapeutic tools applied to an adult person diagnosed with schizophrenia. **Methods:** Research - Action - Participation study, developed in the context of Community Based Rehabilitation applied in Bogotá, Colombia. **Results:** participative and dialogic, playful and creative actions strengthen the functionality of the therapeutic community, as well as its impact on individual rehabilitation. The development of the strategy: audiovisual and socialization based on participation allows reconstructing meanings and identities of therapeutic utility, which propitiate personal resources that generate new thoughts and emotions. **Conclusions:** there are therapeutic possibilities of these rehabilitation, through the contributions of different social actors, which energize and transform the disease experience at the individual, environmental,

1 Enfermeira. Pós-Graduação em Perinatologia. *Fundación Universitaria Juan N. Corpas*. E-mail: [maritza.barroso@juanncorpas.edu.co](mailto:maritza.barroso@juanncorpas.edu.co) <http://orcid.org/0000-0001-5078-2053>

2 Bacharel em Educação e Tecnologia e Ciência da Computação. Diplomado em Docência Universitária. *Fundación Universitaria Juan N. Corpas*. E-mail: [mauro.orozco@juanncorpas.edu.co](mailto:mauro.orozco@juanncorpas.edu.co) <http://orcid.org/0000-0003-3371-8708>

3 Psicóloga. *Asociación Coometas Campesinas y Saludarte*. E-mail: [catalinaherreno@gmail.com](mailto:catalinaherreno@gmail.com) <http://orcid.org/0000-0003-3828-8954>

*relational and community level; emphasizing in it the associated signifying power for the subject himself and for his social environment.*

**Descriptors:** Rehabilitation nursing; Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; Community participation.

## RESUMEN

**Objetivo:** describir la experiencia de la implementación de estrategias participativas basadas en la historia de vida y el audiovisual, como herramientas terapéuticas aplicadas a una persona adulta con diagnóstico de esquizofrenia. **Métodos:** estudio de Investigación - Acción - Participación, desarrollado en el contexto de la Rehabilitación Basada en Comunidad aplicada en Bogotá - Colombia. **Resultados:** las acciones participativas y dialogantes, lúdicas, creativas, fortalecen la funcionalidad de la comunidad terapéutica, así como su impacto sobre la rehabilitación individual. El desarrollo de la estrategia audiovisual y de socialización permiten reconstruir significados e identidades de utilidad terapéutica, las cuales propician recursos personales que generan nuevos pensamientos y emociones. **Conclusiones:** es pertinente dar lugar a las posibilidades terapéuticas de la Rehabilitación, mediante los aportes de distintos actores sociales, dinamizan y transforman la experiencia de enfermedad a nivel individual, medio-ambiental, relacional, y comunitario; destacando en ello el poder significador asociado para el sujeto y su entorno social.

**Descriptor:** Enfermería en rehabilitación; Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; Participación de la comunidad.

## INTRODUÇÃO

A partir dos avanços derivados da implementação da estratégia conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Ciência e a Cultura (UNESCO), ocorrida em 2012, que tendem a induzir novas técnicas e ferramentas de reabilitação à pessoa com Doença Mental (DM), a partir do trabalho comunitário. A OMS estruturou guias de implementação de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), cujo objetivo central enfoca no desenvolvimento de capacidades pessoais de quem apresenta um Transtorno Mental Severo (TMS), permitindo-lhes a inserção da melhor maneira na sociedade, em uma visão ampla do significado da reabilitação.<sup>1</sup>

Assim, a RBC é uma estratégia inovadora, que emerge a partir da articulação de visões históricas, sociais e comunitárias, que convergem

saberes próprios da ciência social e das ciências da saúde.<sup>1</sup>

Os programas residenciais são importantes no funcionamento geral das pessoas com TMS, sendo considerados como potencializadores de ótimos resultados em saúde, assim como de melhoras associadas.<sup>2</sup> A estratégia de RBC suportada em alojamentos de apoio, incide direta e positivamente sobre muitas variáveis clínicas da doença, como a melhora das condições básicas de vida e a perspectiva de qualidade de vida (ainda que, em uma visão subjetiva de cada sujeito de cuidado, esta possa parecer parcialmente alcançada).<sup>3</sup>

A prevalência mundial dos transtornos mentais está estimada em 48% ao longo da vida, sendo os três mais prevalentes: qualquer transtorno (12-48,6%); Depressão/Distímia (4,2-20,8%); e Esquizofrenia/Psicose (0,3-1,6%). Na Colômbia a doença mental é mais prevalente em mulheres do que

em homens, afetando mais aqueles que vivem nas cidades e está fortemente associada com contextos de pobreza e vulnerabilidade.<sup>4</sup> Estas cifras adquirem relevância se levarmos em conta que o TMS involucra a toda doença mental que gere deficiência como consequência da cronicidade de sua duração, assim como pela persistência de sintomas psicóticos, distorção da realidade e comportamentos não usuais; entre as doenças mais comumente associadas à TMS se destacam: a Esquizofrenia, o Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno Bipolar.<sup>5</sup>

No estudo de Carga de Doença, realizado em 2010, pela *Universidad Javeriana* se destaca a depressão maior unipolar como responsável por 25% dos Anos de Vida Saudável perdidos (AVISAS) em mulheres e de 11,6% nos homens.<sup>6</sup> Assim, as doenças mentais somam 40% das doenças crônicas e aportam o maior número de anos vividos.<sup>6</sup> As projeções estatísticas mostram que as condições psiquiátricas e neurológicas a nível mundial evidenciarão um incremento de 10,5% com respeito ao total da carga da doença até chegar à 15% para o ano de 2020.<sup>7</sup>

No estudo denominado Avaliação do estigma a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia mediante uma escala de conhecimento,<sup>8</sup> é evidente que em geral existe um desconhecimento sobre a DM, por parte da população, esta situação gera processos sociais de discriminação e estigma que afetam a qualidade com que se prestam os serviços de atenção especializada, assim como a adesão ao tratamento. Ao longo do tempo as pessoas com

algum diagnóstico de TMS têm sofrido uma longa história de marginalização.<sup>9</sup>

É por tudo o que foi dito anteriormente que se precisa encontrar saberes populares e técnicos, assim como ferramentas, experiências prévias, entre outras, que permitam vincular os aportes da academia, ao exercício prático do cuidado da doença mental. O êxito implícito à dita tarefa estruturaria mecanismos bondosos, humanizadores e de resgate, como uma forma de "cuidado social" do indivíduo, se não também de sua família e comunidade, de maneira que estas podem contribuir eficientemente nas tarefas encomendadas pela OMS e pela legislação colombiana: Lei 1.616 de 2013 - lei de Saúde Mental,<sup>10</sup> e a Lei 1.618 de 2013.<sup>11</sup>

O objetivo do presente estudo foi descrever a experiência da implementação de estratégias participativas baseadas na história de vida e o audiovisual, como ferramentas terapêuticas aplicadas a uma pessoa adulta com diagnóstico de esquizofrenia.

## METODOLOGIA

Estudo de Investigação-Ação, com enfoque participativo, desenvolvido no contexto da RBC aplicada na Fundação A. SALUDARTE (Centro de Reabilitação), em apoio à Escola de Enfermagem - Fundação Universitária Juan N. Corpas (Grupo de Investigação CUIDARTE).

Se empregou a metodologia de Investigação-Ação-Participação (IAP), dadas seus benefícios para acessar com relativa facilidade as memórias (individuais e coletivas), das pessoas

afetadas pelo TMS, por contato prévio, através de exercícios participativos e dialogantes, oficinas, conversas, exposições, trabalhos fotográficos e audiovisuais. A abordagem realizada através da IAP permitiu a análise subjetiva e crítica da realidade explorada, através da vinculação das pessoas implicadas.<sup>12-14</sup>

Foram 18 pessoas com esquizofrenia que participaram inicialmente do estudo através do desenvolvimento de grupos focais (úteis na posterior criação de jogos e de entornos interativos e dialógicos, onde foram possíveis formas de interação e de reciprocidade ao redor da experiência da doença mental). A partir da deliberação e o diálogo de experiências e sabedorias, enfocou-se a observação e a descrição da história de vida particular de uma das residentes mais proativas nas seções de trabalho, com a finalidade de aportar desde sua própria história de vida, ao desenvolvimento de novas estratégias de reabilitação baseadas na participação comunitária.

Assim se concretizou a vinculação de uma das residentes da Instituição de Reabilitação, que esteve mais de um ano em processo de estabilização de seus sintomas sob o tratamento intramural, como protagonista da ação de participação traz um processo metódico de observação, análise de casos e de seleção à conveniência (cujo principal critério foi o cumprimento de diagnóstico de TMS e interesse nas seções de reabilitação).

Entre os aspectos clínicos da participante (maior de 20 anos), objeto de observação para sua história de vida, destaca-se o diagnóstico de

Esquizofrenia Paranoide, para a qual recebe medicação e acompanhamento com Psiquiatria. Entre seus antecedentes se destacam múltiplas hospitalizações psiquiátricas ao longo de sua vida, todas precipitadas por crises de insônia, sensação de perseguição e cognições interpretativas.

Se estruturou a IAP em três fases, a saber: observar, atuar e pensar. Durante a observação do residente participante, ele espontaneamente elaborou bonecas de trapo às que pôs nomes e conferiu personalidades (parecidas à membros de sua família e pessoas de seu entorno), também construiu cenários diversos nos quais queria "brincar" com esses personagens. No âmbito terapêutico, abriram-se espaços de palavra ao redor de sua tarefa e se começou a articular a ideia de fazer um registro de seu trabalho, no qual o participante respondeu a um roteiro.

No atuar, tomou-se registro audiovisual com as criações da paciente, com duração de 17 minutos, 35 segundos, chamado por seu mesmo criador como: "*Um milhão de amigos*" (às vezes também "*Las Tulitas de Chelita*"). O vídeo tem nove cenas que se passam principalmente na sala da Tia Tulita, que é visitada por suas sobrinhas: a médica Bel e a engenheira Chelita (esta acompanhada por seu condutor Jaime), e elas, em volta de um café, lhe contam a tia diversas cenas de sua vida (que aparecem como recordações dentro do audiovisual).

Se projetou o material audiovisual como uma ferramenta de participação comunitária. Após a descrição do residente-participante



sobre o processo criativo, apresentou-se o filme através de um "vídeo fórum", no qual os demais residentes fizeram perguntas, comentários e propostas para usar esta ferramenta como uma estratégia de comunicação. Esse processo socializador se realizou igualmente com a família do residente-participante; uma vez que terminado o audiovisual, houve aplausos e ovações. Chamou muito a atenção que a obra era com os personagens da vida real (por assim dizer, o núcleo familiar). A terceira fase pensar, descreve-se nos Resultados.

O termo de consentimento informado foi lido e aceito pelo cuidador oficial, já que o sujeito participante estava em condição de interdição. Estado pelo qual uma pessoa com doença mental, é sujeito de proteção tanto de sua pessoa, assim como de seu patrimônio, quando esta não está em condições para administração de seus bens e recursos; é em si, uma forma de representação legal amparada pela Lei 1.306 de 2009, Colômbia.

A investigação foi avaliada pelo Comitê de Investigação da Fundação Universitária Juan N. Corpas e se levaram em conta os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 8.430 de 1993 do Ministério da Saúde da Colômbia.<sup>15</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fase de pensar ocorreu o desenvolvimento da atividade participativa, em três temas emergentes sobre os quais se estrutura uma discussão contrastada com a literatura mais relevante.

## Comunidade e reabilitação de base comunitária

A OMS, nos roteiros para a RBC de 2012, convida a ter atenção em quatro temas que sempre são descuidados e requerem atenção prioritária: Saúde Mental, HIV/AIDS, tuberculose e crises humanitárias. Esta define à RBC como uma estratégia para o desenvolvimento inclusivo baseado na comunidade que tem em conta os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Doenças.<sup>16</sup> Em complemento, a noção: Cuidado e Bem-estar Mental (CBM) define assim a saúde mental: "como aquele estado de bem-estar no qual uma pessoa realiza sua própria atividade, pode adaptar-se às tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir com a comunidade".<sup>16:417</sup>

Portanto, esta estratégia tem como meta o desenvolvimento comunitário das pessoas em condição de doença. A meta será apoiar as pessoas com problemas de saúde mental na inclusão à vida comunal, enquanto o papel dos programas de RBC será "promover e proteger os direitos das pessoas com problemas de saúde mental, apoiar sua recuperação e facilitar sua participação e inclusão em suas famílias e comunidades".<sup>12:5</sup> E com isso se busca que a saúde mental seja "reconhecida como um requisito para o desenvolvimento comunal", que se incremente a sensibilização sobre a saúde mental e que as pessoas com problemas de saúde mental tenham acesso "às intervenções médicas, psicológicas, sociais e emocionais aos membros da família". Com isso estas pessoas terão "uma maior inclusão e

participação na família e a vida comunal".<sup>12:5</sup>

Nessa busca por promover o desenvolvimento comunal surge a iniciativa de desenvolver uma ferramenta onde as comunidades sejam partícipes. Nele, a metodologia audiovisual resulta num suporte novo para o trabalho tanto individual como coletivo na reabilitação em Saúde Mental.

Por sua vez, o conteúdo baseado na história de vida pessoal necessariamente redefine significados, autoestima e liderança entre pares, e por parte da comunidade se rompe a barreira de acreditar na ferramenta alheia e inacessível e definitivamente estimula os integrantes à participação em experiências similares.

### O terapêutico do audiovisual e o jogo

No jogo se podem levar em conta elementos simbólicos para dar conta da personalidade de quem joga, ou se pode levar em conta o mesmo ato que relaxa, estabelecendo uma relação de confiança com o terapeuta e com o entorno. Em um livro Realidade e Jogo, é apontado que a psicoterapia se dá na superposição de duas zonas de jogo: a do paciente e a do terapeuta.<sup>17</sup>

Um exemplo do jogo e seu uso terapêutico, emerge oportunidades de (re)estruturar questão enraizadas na participação comunitária, para aprofundar a relação entre terapeuta e paciente, como ocorreu quando o participante-residente fez seus personagens, cenários e livretos, e logo (como um trabalho colaborativo), toda

a equipe participou na construção do documento audiovisual, aceitando o jogo executado sob sua direção. Nesse jogo ao que fomos convidados, surgiu a oportunidade para escutar as reflexões próprias sobre o que significam seus familiares (neste caso sua tia representada nas bonecas). Tudo isso faz parte do encontro emocional, o qual convida à reflexão sobre as possíveis conexões cognitivas, espaço-temporais e simbólicas do trabalho e sua conexão com aproximações de ordem terapêutica.

Nesse sentido, quando o participante-residente assumia um papel de direção das cenas audiovisuais e convidava a outros residentes à cena, pediu que se envolvessem jogando; assinalava trocas e adequações de linguagem, a entonação, a prosódia de cada parlamento, improvisações e piadas.

A respeito: *"Tudo o que diga sobre o jogar das crianças também rege, na verdade, para os adultos, [...] devemos esperar que o jogar resulte tão evidente nas análises dos adultos, como no caso de nosso trabalho com crianças. Se manifesta, por exemplo, na eleição de palavras, nas inflexões da voz, e por certo que no sentido do humor".*<sup>17:52-54</sup>

Por outro lado, o jogo como ação tem duas características que, ao serem reconhecidas e sustentadas, o fazem terapêutico: *"o jogar tem um lugar e um tempo".*<sup>18:105</sup> Um lugar particular enquanto recria um espaço que não pertence nem ao paciente, nem ao terapeuta "[...] não se encontra dentro segundo sua aceção alguma desta palavra [...] tampouco está fora, por assim dizer, não forma parte do mundo

*repudiado, o não-eu, o que o indivíduo decidiu reconhecer [...] como verdadeiramente exterior*".<sup>17:55</sup> É um lugar artificial tão alheio como próprio em que ocorrem sucessos particulares à esse cenário, igual ao que ocorre no consultório durante as sessões de psicoterapia.

Estes sucessos ocorrem em um tempo também particular, em que predomina a dimensão lógica por cima da cronológica, e *"para dominar o que está fora é preciso fazer coisas, não só pensar ou desejar, e fazer coisas leva tempo. Jogar é fazer"*.<sup>18:55</sup> Também *"[...] o universal é o jogo, e corresponde à saúde: facilita o crescimento e, por tanto, esta última; conduz às relações de grupo; pode ser uma forma de comunicação em psicoterapia [...]"*.<sup>18:51</sup> Sendo o jogo uma atividade na que se articulam formas diversas e novas de comunicação, implica que *"[...] o jogo é um a experiência sempre criadora, e é uma experiência no contínuo espaço-tempo, uma forma básica de vida"*,<sup>12:7</sup> que no caso desta investigação ademais trouxe à residente a oportunidade de recriar elementos de sua vida pessoal. *"O motivo de que o jogo seja tão essencial consiste em que, nele, o paciente se mostra criador"*.<sup>18:67</sup>

### **Atividade artística como alternativa para o tratamento de TMS**

As terapias artísticas e lúdicas são aplicadas no campo do tratamento de TMS, para complementar as abordagens propostas pela psiquiatria tradicional, focada no manejo farmacológico, como eixo principal e a identificação de um diagnóstico, além

dos demais elementos que constituem a identidade de um sujeito.

Desde os anos 1970, com o surgimento da psiquiatria democrática ou movimento anti-psiquiátrico em Trieste - Itália, das mãos do psiquiatra Franco Basaglia, que conseguiu estabelecer a Lei 180 (primeira lei em saúde mental que aponta garantir os direitos humanos de pessoas com TMS); nesta se começa a considerar os manicômio como sede de discriminação e isolamento de pessoas com diagnóstico psiquiátrico para transformá-lo em sede de produção cultural, criação, atividade produtiva remunerada, escuta e jogo.<sup>18</sup>

Essa proposta foi paralela ao surgimento das comunidades terapêuticas no Reino Unido e no Canadá, onde se propõe uma abordagem em pequena escala, que também rompe com o manejo manicomial e aposta na autonomia e potência criativa dos sujeitos além de seu diagnóstico. Com o acompanhamento de profissionais se desenha uma estrutura replicável, na que convivem poucas pessoas, dividem atividades da vida diária e participam em atividades criativas e produtivas em pequena escala, dando as bases do lar de proteção, baseado na regulação de atividade diária, desde a participação em oficinas criativas e artísticas.

Mais tarde, na década de 1980, à medida que caíam as ditaduras na América do Sul, abriu-se a discussão pelo manejo institucional do TMS no Brasil e na Argentina, onde surgem movimentos artísticos dentro dos hospitais psiquiátricos, como a "Frente de Artistas do Bordar" em Buenos Aires.

Estabelecem-se leis que regulamentam o tratamento farmacológico, o caráter voluntário dos tratamentos, empreendimentos produtivos e os serviços de hospital dia e hospital noite.<sup>19</sup>

O resultado é desafiador para os serviços de atenção e reabilitação em saúde mental da Colômbia e da América Latina, de modo a permear a prática com novas estratégias participativas, que potenciem o poder de recuperador e reabilitador que subjaz na interação social participativa. Exemplos dele são a experiência portuguesa de envolvimento dos pacientes, no autorreporte de suas experiências psicóticas, e com isso, melhorar a forma na qual o terapeuta vigia e atende as necessidades derivadas da experiência psicótica.<sup>20</sup>

Por outro lado, a experiência de novas aplicações da Psicoterapia apoiadas em técnicas participativas, prometem melhores resultados na resolução do evento psicótico na pessoa com condição avançada de TMS. Exemplo dele é o trabalho desenvolvido na Finlândia, que implementaram a estratégia de "Diálogo Aberto" para fortalecer a relação terapêutica, o apoio psicossocial e otimizar a qualidade do diálogo durante a terapia de apoio. O impacto desta estratégia denota (entre outras) a redução de doses de medicação para os pacientes.<sup>21</sup>

Na Colômbia, a inclusão de novas técnicas de tratamento e reabilitação tem sido diferente, adequando-se à modelos de atenção que transformam o manicômio em clínicas especializadas, com serviços de

hospital dia, consulta externa e internação de curta duração, que dão ênfase maior no poder hegemônico do sujeito, estimando os recursos próprios do indivíduo cuidado.

No presente estudo, as atividades realizadas permitem identificar três focos terapêuticos: o primeiro na pré-produção construir de maneira espontânea os bonecos, os cenários e o roteiro; o segundo foco, que resulta um jogo, que ocorre durante a gravação em formato audiovisual, onde a residente opera desde a direção das cenas e a execução da atuação por meio dos bonecos e o último, a projeção do vídeo, que integra todo o trabalho em um produto audiovisual e que busca converter a ferramenta em um meio de participação comunitária.

Assim, a ferramenta audiovisual pode ser utilizada em múltiplos cenários para o trabalho terapêutico. Os benefícios de modo individual são: ocupação do tempo livre, cognitivo, significação e simbolização, projeção e representação, execução e exposição ao grupo, entre outros. E a nível comunitário: convivencial, motivador, reflexivo; evidenciador de capacidades, legitimador de discursos subjetivos, fortalecedor de vínculos.

Em particular, a reelaboração de sua "história de vida" por meio do audiovisual parece haver contribuído para que a residente desse um sentido e inteligibilidade à multiplicidade do que viveu ao eleger acontecimentos significativos de sua vida e tratado de organizá-los por meio de um roteiro. Essa coerência da que se dotam as histórias de vida ajuda a construir e a definir a identidade, um aspecto chave da vida em sociedade.<sup>22</sup> Já que no



mundo social se tende a equiparar "normalidade" com uma identidade definida.

No vídeo vemos diferentes cenas da vida da residente com múltiplos elementos de ficção (como ela mesma revelava na apresentação aos residentes. Assim é que se constroem as histórias de vida: de eventos completamente fragmentários e sem um sentido se constrói uma narração inteligível. Ainda que também há uma cena do audiovisual, a final, na qual se dá pé ao aleatório e frustrado, pois *"a elaboração da cena se dá no mesmo momento de sua ação [...] Tudo isso, é o real, é dizer o fragmentário, o fugidio, o inútil, incluso tão acidental e tão particular que todo acontecimento aparece a cada instante como gratuito, e toda a existência a final de contas como privada, da mais mínima significação unificadora"*.<sup>23:1</sup> É importante assinalar que para AMG, esta cena, sem preparação, mais espontânea, traz um verdadeiro jogo em que as regras se elaboram no mesmo momento da ação, foi a que mais aproveitou, fazendo e a que a deixou mais satisfeita ao ver os resultados, segundo suas palavras na apresentação do vídeo.

Quanto à socialização, a ferramenta audiovisual, permite outras vozes fora do discurso clínico do sintoma. A utilização do material audiovisual no tratamento de pessoas com TMS, permite-lhes seguir construindo pensamentos desde outras lógicas restando hegemonia ao discurso de patologia instaurada, evidenciando-se melhorias significativas na autoestima, sentimentos de ser útil ante sua comunidade e sentir o apoio

familiar. Tudo isso redundava muito favorável em seu desempenho.

A definição do conceito de criatividade expõe várias dificuldades e ainda mais por seu uso banal. Seria mais adequado para aplicar a "produtividade" apropriadamente em lugar de utilizar a criatividade em sentido excessivamente amplo. Todas estas capacidades se utilizam na autocura e a terapia (arteterapia). Os elementos dos mecanismos têm um papel importante tanto na criatividade e no prazer artístico.<sup>24</sup> Faz-se necessário destacar o produtivo que resulta a nível profissional em programas de intervenção para a reabilitação em saúde mental não convencionais, como fonte de motivação e criação de vínculo terapêutico.<sup>24</sup>

## CONCLUSÕES

O compromisso pela prática da RBC, permite encontrar instrumentos onde as comunidades sejam partícipes, potencializando sua capacidade para construir a estrutura que contém esse sujeito coletivo. Trata-se de encontrar discursos de interesse endógeno à comunidade, formas vistosas de comunicação e "momentos vivos". O audiovisual comunica reflexões pessoais de uma residente, que afirma a vivência do TMS e busca sentido entre as palavras de pares e familiares, posteriores à projeção do vídeo.

É necessário reconhecer o poder reabilitador do ambiente comunitário dinamizado por interesses locais. Os resultados tocam vários níveis: indivíduo, ambiente, relações, estrutura da comunidade e comunidade. A reabilitação de TMS

melhora as funções mentais alteradas pelos sintomas, habilita competências psicossociais e expressivas; estimula as relações, (re)significa lembranças, objetos espaços e horários e, enfim, a protagonista lembra e (re)assina sentido à sua história para seguir guiando sua realidade imersa no TMS.

A comunidade tem muito o que dizer, com um vocabulário que nasceu da experiência coletiva, a palavra gravada é legítima à uma história que se faz em conjunto e constrói memórias. O discurso sai da hegemonia da doença, favorece a construção de identidade do sujeito coletivo tendo em conta potenciais, dignidade e subjetividade. A ferramenta audiovisual tem qualidades magníficas de participação comunitária, pela motivação da imagem de si mesmo e o caráter recreativo e anedótico da projeção; o encontro comunitário reforça sua significação de proteção e camaradagem, função última desta comunidade.

## REREFÊNCIAS

1 Guajardo Córdoba A, Recabarren Hernández E, Parraguez Correa V. Rehabilitación de base comunitaria: diálogos, reflexiones y prácticas en Chile [Internet]. 1ª ed. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello; 2014 [citado en 2018 nov 01]. Disponible en: <http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2013/11/RBC-en-Chile.pdf>

2 Tapia C Carolina, Grandón F Pamela, Bustos N Claudio. Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las

habilidades de la vida diaria de los residentes. Revista chilena de neuro-psiquiatría [Internet]. 2014 mar [citado en 2018 jun 07];52(1):20-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000100003>.

3 García-Perez O, Fernández García CM, Inda Caro MM. Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación. Revista complutense de educación [Internet]. 2017 [citado en 2018 jun 07];28(2):573-90. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/49633>

4 Tejada Morales PA. Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. Rev salud bosque [Internet]. 2016 [citado en 2018 jun 07];6(2):29-40. Disponible en: <http://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2017>

5 González Vasquez AI, Seijo Ameneiros, Díaz Del Valle JC, Lopez Fernandez E, Santed Germán MA. Revisiting the concept of severe mental illness: severity indicators and healthcare spending in psychotic, depressive and dissociative disorders. Journal of mental health [Internet]. 2017 [cited 2018 June 07]:1-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2017.1340615?journalCode=ijmh20>

6. Peñaloza Quintero RE, Salamanca Balen N, Rodríguez Hernández JM, Rodríguez Garcia J, Beltrán Villegas AR. Estimación de la carga de

enfermedad para Colombia, 2010 [Internet]. 1ª ed. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2014. [citado en 2018 jun 07]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/documentos/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>

7 Vanegas-Medina CR, Espriella-Guerrero RA. La institución psiquiátrica en Colombia en el año 2025: investigación con método Delphi. *Rev gerenc políticas salud* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun 07];14(29):114-35. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a08.pdf>

8 Grandón P.; Aguilera AV, Bustos C, Castro Alzate E, Saldivia S. Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimientos. *Rev colomb psiquiatr* [Internet]. 2017 [citado en 2018 jun 7];47(2):72-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n2/0034-7450-rcp-47-02-00072.pdf>

9 Grandón Fernández P, Bustos Navarrete C, Cova Solar F, Tapia Cárdenas C. Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile. *Univ psychol* [Internet]. 2015 [citado en 2018 jun 07];14(4):1359-69. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672015000400016](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672015000400016)

10 Colombia. Ley 1616 de 2013. Se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Diario*

oficial [Internet]. 2013 ene 21 [citado en 2018 jun 07]; n°48680. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

11 Colombia. Ley 1618 de 2013. Se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de las personas con discapacidad. *Diario Oficial* [Internet]. 2013 feb 27 [citado en 2018 jun 07]; n°48717. Disponible en:

[http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Ley\\_1618\\_2013.pdf](http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1618_2013.pdf)

12 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Rehabilitación de Base Comunitaria: guías para la RBC* [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado en 2017 jul 25]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050\\_Complementario\\_spa.pdf;jsessionid=67819A6B4E2DA84C271AE45344DEBF53?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Complementario_spa.pdf;jsessionid=67819A6B4E2DA84C271AE45344DEBF53?sequence=1)

13 Calderón J, López Cardona D, Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: aportes en el proceso de formación para la transformación. In: Imen P, Frisch P, Stoppani N. *I encuentro hacia una pedagogía emancipatoria en nuestra américa* [Internet]. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. 2012 [citado en 2017 jul 25]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/blogs/boviedo/files/pedagogc3adas-emanlc3b3pez-cardona-y-calderc3b3n.pdf>

14 Figueroa Sebastián L, Pérez Pastor V. *De mi for you: proyecto artístico de colaboración internacional entre*

personas afectadas por trastorno mental grave. *Arteterapia* [Internet]. 2016 [citado en 2018 jun 07];11:55-66. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/54115/49496>

15 Colombia. Resolución 008430 de 1993. Se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. [Internet]. 1993 oct 04 [citado en 2017 jul 25]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

16 World Health Organization (WHO). Community based rehabilitation: CRB guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2017 Sept 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310955/>

17 Winnicott DW. *Playing and reality*. New York: Routledge Classics; 2005.

18 Rueda Cuenca O. El taller de videoterapia experimental y las nuevas metodologías audiovisuales. *Revista de comunicación y salud* [Internet]. 2014 [citado en 2018 nov 01];11:99-107. Disponible en: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/72/77>

19 Frente de artistas del Borda. *Creando belleza desde la panza del monstruo*. [Internet] 2012 [citado en 2016 sept 12]. Disponible en: <http://frentedeartistasdelborda.blogspot.com.co/>

20 Martins F, Soares SC, Bem-Haja P, Roque C, Madeira N. The other side of recovery: validation of the Portuguese version of the subjective experiences

of psychosis scale. *BMC psychiatry* (Online) [Internet]. 2015 [citado en 2017 sept 10];15(246). Disponible desde:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605124/pdf/12888\\_2015\\_Article\\_634.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605124/pdf/12888_2015_Article_634.pdf)

21 Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherapy in Australia* [Internet]. 2014. [cited 2017 sept 10]; 20(3): 28-35. Available from: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=267467486046068;res=IELHEA>

22 Bourdieu P. *La ilusión biográfica*. Actes de la Recherche en Sciences Sociales. Barcelona: Anagrama; 1997.

23 Hándi I. *Pszichiátria, képi kifejezés és a dinamikus rajzvizsgálat*. *Magyar Tudomány* [Internet]. 2004 [citado en 2018 jun 5];4:433. Disponible en: <http://www.matud.iif.hu/04apr/03.html>

24 Martínez de la Torre A, Aranda Muros I, Gómez Carracedo MV, Durán Jiménez F, González Aceituno P. Taller de cine y recursos audiovisuales para la recuperación en salud mental. *Revista española de enfermería de salud mental* [Internet]. 2017. [citado en 2018 jun 5];(2):28-34. Disponible en: <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/3>

Data de submissão: 02/02/2018

Data de aceite: 24/09/2018

Data de publicação: 23/11/2018