**A PINTURA DE MANDALAS COMO MEIO DE INTERVENÇÃO NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL PARA IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS**

**RESUMO**

A depressão é caracterizada pela tristeza patológica, com a presença de vários sintomas, entre eles, perda de prazer para realizar as atividades de rotina e na dificuldade de concentração. O objetivo deste estudo foi investigar se um programa de atendimento de Terapia Ocupacional baseado no uso da pintura de mandala, promove alterações positivas nos sintomas de depressão referidos acima. Foi realizado no período de julho de 2015 a outubro de 2016. A amostra foi de 4 idosos de ambos os sexos. Entre oscritérios de inclusão, estavam a presença de sintomas de perda de prazer para realizar as atividades de rotina e na dificuldade de concentração. Os critérios de exclusão foram distúrbios psiquiátricos além da depressão, comprometimento visual que não se resolve com uso de tecnologia assistiva e falta de interesse nas atividades de pintura. O estudo apresentou alterações positivas, através da redução dos sintomas depressivos apresentados.

**Palavras-chave:** Terapia ocupacional. Idosos. Depressão. Pintura.

**THE PAINTING OF MANDALAS AS A MEANS OF INTERVENTION IN OCCUPATIONAL THERAPEUTIC TREATMENT FOR ELDERLY PERSONS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS**

**ABSTRACT**

Depression is characterized by the pathological sadness, withthe presence of several symptoms, including loss of enjoymentto perform routine activities and difficulty concentrating.The objective of this study was to investigate whether aprogram of occupational therapy service based on the use ofthe mandala painting, promotes positive change in symptomsof depression listed above. Was held in July 2015 period to October 2016. The sample wasof 4 seniors of both sexes. Among the criteria for inclusion were the presence ofsymptoms of loss of pleasure to perform routine activities anddifficulty concentrating. Exclusion criteria were psychiatric disorders as well asdepression, visual impairment that cannot be solved with theuse of assistive technology and lack of interest in painting. The study showed positive changes, through the reduction ofdepressive symptoms.

Key Words: Occupational therapy. Elderly. Depression. Painting.

**LA PINTURA DE MANDALAS COMO MEDIO DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO OCUPACIONAL PARA MAYORES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

**RESUMEN**

La depresión se caracteriza por la tristeza patológica, con la presencia de varios síntomas, entre ellos, pérdida de placer para realizar las actividades de rutina y en la dificultad de concentración. El objetivo de este estudio fue investigar si un programa de atención de Terapia Ocupacional basado en el uso de la pintura de mandala, promueve alteraciones positivas en los síntomas de depresión mencionados arriba. Fue realizado en el período de julio de 2015 a octubre de 2016. La muestra fue de 4 ancianos de ambos sexos. Entre los escenarios de inclusión, estaban la presencia de síntomas de pérdida de placer para realizar las actividades de rutina y en la dificultad de concentración. Los criterios de exclusión fueron trastornos psiquiátricos además de la depresión, comprometimiento visual que no se resuelve con uso de tecnología asistiva y falta de interés en las actividades de pintura. El estudio presentó alteraciones positivas, a través de la reducción de los síntomas depresivos presentados.

Palabras clave: Terapia ocupacional. Personas de edad avanzada. La depresión. Pintura.

**INTRODUÇÃO**

Segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais. A população de pessoas idosas no Brasil é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total do país¹.

As investigações sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice são de grande importância científica e social2.A qualidade de vida do idoso pode estar relacionada aos seguintes componentes: capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde3,4.

Historicamente, a depressão é reconhecida como uma síndrome clínica, porém, até os dias atuais não foi estabelecida uma definição completamente satisfatória para o termo, existindo várias discórdias entre clínicos e estudiosos que discorrem sobre o assunto. O fato é que a depressão é reconhecida por todos como causadora de sofrimento, perdendo apenas para a esquizofrenia5.

A perturbação das emoções do indivíduo é a maior característica do quadro de depressão, porém, além dos desvios de humor existe a manifestação de muitos outros componentes graves que caracterizam a depressão, tais como autoconceito negativo, autoacusações, desejos autopunitivos, desejos regressivos, desejo de morte, anorexia, insônia, perda da libido, retardo psicomotor ou agitação. Estas manifestações afetam a qualidade de vida do indivíduo com depressão, podendo trazer consequências tanto para o corpo físico como para o estado psicológico e espiritual. Ressalta-se que as consequências da depressão chegam a alcançar um nível coletivo, podendo gerar sofrimento não apenas para o individuo como também para toda sua família5.

A depressão é caracterizada pela tristeza patológica, pela ansiedade expressada por medo intenso sem que haja uma causa objetiva, pelo conteúdo do pensamento pessimista e desagradável, pensamento embotado e lentificado, anedonia, ideias de culpa, autodepreciação, inutilidade, diminuição da atenção, dificuldade de concentração, déficit de memória, escassa necessidade de comunicação, ideias recidivantes de morte e suicídio6.

O termo depressão é comumente usado para designar um processo de desvio de sentimentos, cognição e comportamento que inferem na saúde mental provocando desordem e sofrimento imensurável5.

O terapeuta ocupacional é um profissional importante neste contexto, capacitado à proporcionar através da aplicação de atividades específicas ao paciente, uma melhora significativa na redução de sintomas e na melhora da qualidade de vida. Assim a aplicação de mandala em estudos clínicos pode colaborar com a literatura científica na busca de novos conhecimentos e no fornecimento de dados relevantes capazes de direcionar uma assistência holística e humana aos pacientes depressivos7.

O termo “mandala” tem origem do sânscrito e tem como significado básico a palavra “círculo”. Mandalas correspondem a imagens compostas basicamente de um quadrado dentro de um círculo. No conceito da alquimia o quadrado representa a terra enquanto o círculo representa o domínio do espírito, gerando a percepção de transformação de matéria em espírito8.

A mandala corresponde a um auxilio visual capaz de conduzir a consciência do homem através de seu corpo, levando-a de volta à fonte de sua criação. Em outras palavras, a mandala é uma imagem arquetípica do *Self* capaz de recriar o movimento da criação8.

A mandala mais antiga de que se tem conhecimento fez parte da era paleolítica, por volta de trinta mil anos atrás. Ela aparece ainda na arte egípcia registrando imagens de Hórus acompanhado pelos seus quatro filhos. Séculos depois, as mandalas cristãs mostram Cristo no centro dos quatro evangelhos8. Atualmente no Oriente, as mandalas contêm em seu interior sinais e símbolos capazes de remeter a determinadas divindades9.

As mandalas são atividades muito eficientes no tratamento da depressão, síndrome do pânico e até mesmo na falta de ligação com Deus, vícios e outras aflições da alma do indivíduo que passa por algum tipo de sofrimento muitas vezes subjetivo9.

A Terapia Ocupacional adentra esse contexto como forma de reabilitar ou adaptar o indivíduo com transtorno depressivo às suas condições cotidianas, ocupacionais ou de lazer10. A “ocupação” em Terapia Ocupacional não se refere simplesmente a profissões ou treinamentos profissionais, e sim a todas as atividades que ocupam o tempo das pessoas proporcionando sentido às suas vidas11.

 Na Terapia Ocupacional, a arteterapia é praticada no intuito de favorecer o relacionamento do indivíduo com o seu fazer, cujos objetivos favorecem o resgate de vivências subjetivas do indivíduo, ou seja, do ser práxico, preservando ou estimulando a criatividade e expressividade12.

A partir da descrição de alguns sintomas depressivos como o interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina e a dificuldade de concentração, habilidade freqüentemente diminuída para pensar e concentrar-se, e dos possíveis benefícios e definição de mandala, surgiu a seguinte questão: Há correlação terapêutica entre os sintomas depressivos citados e a mandala na terceira idade? Nesta fase da vida, trabalhos de expressão artística como a pintura, podem ser auxílio para que a vida não se torne sinônimo de solidão, visto que muitos quando chegam a certa idade, passam a viver sozinhos.

Este estudo teve como objetivo investigar se um programa de atendimento de Terapia Ocupacional baseado no uso da pintura de mandalas, promoveria alterações positivas nos sintomas de depressão como, perda de prazer para realizar as atividades de rotina e na dificuldade de concentração.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

**Aspectos Éticos**

Este estudo cumpriu todas as recomendações que constam na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a ética em pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com o número1.268.614.

**Sujeitos**

A pesquisa de campo foi realizada com 04 idosos do gênero feminino com idade superior a 60 (sessenta) anos. Os critérios de inclusão envolveram, idade superior a 60 anos, presença de sintomas como interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina e a dificuldade de concentração, e a participação obrigatória no programa de Terapia Ocupacional baseado no uso do recurso da pintura de mandalas. Os critérios de exclusão foram presença de distúrbios psiquiátricos que não sejam a depressão, comprometimento visual que não se resolvesse com uso de tecnologia assistiva, óculos, e falta de interesse nas atividades de pintura, e estar envolvido a qualquer outro tipo de tratamento e/ou atividade que proporcionem a diminuição dos sintomas referidos, como por exemplo, programas de psicologia, Terapia Ocupacional, atividades físicas, dança entre outros, uso de medicamentos anti-depressivos.

**Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no interior do estado de São Paulo, no período de julho de 2015 a outubro de 2016.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado. O roteiro de entrevista objetivou coletar dados gerais sobre o paciente, e informações sobre o lazer e possível uso de tecnologia assistiva para leitura (óculos). No primeiro atendimento foi realizada a avaliação através da Escala de Depressão Geriátrica, do roteiro de entrevista,da escuta e transcrição das falas. O Instrumento de investigação utilizado, a Escala de Depressão em Geriatria, EDG -30, *(‘Geriatric Depression Scale’ — GDS)* é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso, apresenta 30 questões relativas a sintomas que sugerem depressão. Diversos estudos já demonstraram que a EDG -30, oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos13.

A partir do segundo atendimento, foram iniciadas as atividades de pintura de mandalas. Os materiais utilizados foram papel A4, lápis de cor de 36 cores para uma diversidade de cores na pintura das mandalas, mesa e cadeira.

O programa de atendimento foi organizado em 10 (dez) sessões individuais, uma vez na semana, com duração de 50 minutos. Em todas as sessões foram realizados o acolhimento do paciente, seguido da intervenção através da atividade, finalizando com a escuta a cerca das do processo ocorrido no momento da atividade. Para análise da atividade e registro da evolução do participante foi construído um diário semanal.

**Análise dos dados**

Os dados foram analisados através da análise qualitativa com exposição dos dados pois se tratava de um número pequeno de sujeitos.

**RESULTADOS**

A presente pesquisa teve quatro participantes, todos apresentando sintomas depressivos de interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina e a Dificuldade de concentração,com idade mínima de 73 anos e idade máxima de 82 anos, todos do sexo feminino, 50% dos participantes eram casadas e 50% eram viúvas (Tabela 1).

**Tabela 1- Caracterização dos Participantes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Participante | Idade | Gênero | Estado Civil |
| 1 | 75 anos | Feminino | Viúva |
| 2 | 73 anos | Feminino | Casada |
| 3 | 73 anos | Feminino | Casada |
| 4 | 82 anos | Feminino | Viúva |

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos resultados do estudo (2015/2016).

A Tabela 2 traz informações ainda sobre a caracterização da população estudada com relação à escolaridade, atividades de lazer, com quem reside e se faz uso de tecnologia assistiva (TA).

**Tabela 2- Caracterização dos Participantes.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Escolaridade | Lazer | Reside com: | Uso de T.A: |
| Fundamental incompleto | Bordar | Sozinha | Usa óculos |
| Fundamental incompleto | Ir a igreja | Marido | Não faz uso de óculos |
| Fundamental completo | Ir a igreja | Marido e filha | Usa óculos |
| Fundamental incompleto | Não tem | Filha e netas | Usa óculos |

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos resultados do estudo (2015/2016).

A Tabela 3forneceos resultados que descrevem as alterações promovidas após as intervenções através das mandalas.

**Tabela 3- Escore da Avaliação EDG-30**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Escores Pré-Teste  (Pontos) | Escores Pós-Teste  (Pontos) | Escores Variação  (Pontos) |
| 13 Pontos | 05 Pontos | 8 |
| 12 Pontos | 08 Pontos | 4 |
| 12 Pontos | 10 Pontos | 2 |
| 22 Pontos | 19 Pontos | 3 |

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos resultados do estudo (2015/2016).

**DISCUSSÃO**

As atividades artísticas são amplamente utilizadas na prática do terapeuta ocupacional, atuando como facilitadoras do processo de atendimento.

Correlacionando os dados da Tabela 1 com estudos em relação à prevalência de doenças em idosos, tem-se que estudos populacionais demonstram que no Brasil aproximadamente 80% dos idosos apresentam no mínimo uma enfermidade crônica e, aproximadamente 33%, no mínimo três enfermidades14.

Em um estudo que discutiu sobre os fatores desencadeantes de depressão em idosos, identificou entre estes, as doenças incapacitantes e/ou clínicas graves, o abandono e isolamento como algumas das principais causas dos altos índices de depressão na terceira idade. Porém, a depressão é uma doença subjetiva, sem regras claras que justifiquem a sua manifestação15.

Considerando-se o gênero, uma pesquisa realizada com o objetivo de pesquisar a presença de depressão em pacientes idosos apontou maior incidência de depressão em mulheres do que em homens (84,4%)16.

Quanto à escolaridade 75% dos participantes possuem ensino fundamental incompleto. No que se referiu a lazer 50% dos participantes disseram ter como lazer ir a Igreja, 25% disseram ter como lazer a atividade manual de Bordar e 25% ou seja, um participante relatou não ter nenhum tipo de lazer. Apenas um participante da pesquisa não faz uso de nenhuma tecnologia assistiva, 75% dos participantes fazem uso de óculos (Tabela 2).

O agravo de doenças crônicas, o isolamento social, a viuvez, a aposentadoria com redução de ganhos, o afastamento dos filhos, a morte de familiares e amigos, a institucionalização, a solidão são alguns dos fatores agravantes para os sintomas depressivos6.

A análise dos dados coletados baseou-se no feedback dos participantes durante os encontros semanais, e na comparação da EDG -30 que foram obtidos na primeira avaliação e ao término da última intervenção.Os resultados obtidos através da EDG-30 na primeira avaliação indicaram que todos os participantes pesquisados tiveram escore sugestivo de quadro depressivo.

A EDG-30 é útil para detectar como negativos os pacientes que realmente não apresentem depressão. Portanto, trata-se de uma ferramenta de eficácia confirmada capaz de auxiliar na obtenção de dados fundamentais para a análise de resultados de pesquisas com idosos¹3.

A interpretação dos escores alcançados na avaliação obedeceu aos seguintes critérios em termos de pontuação: Escores de 0-10 pontos para pacientes sem probabilidade de depressão, de 11 a 20 pontos para pacientes com probabilidade de depressão média e de 21 a 30 pontos para pacientes com probabilidade de depressão moderada/severa.

A partir da análise dos dados dispostos na Tabela 3 é possível verificar que todos os participantes apresentaram melhora no escore pós-teste.

Observa-se que 03 (três) participantes passaram do nível de depressão média para uma pontuação indicativa de ausência de depressão. Apenas 1(um) participante manteve escore de depressão, aquele que apresentava inicialmente uma pontuação indicativa de depressão moderada/severa, porém, seu escore pós teste caiu para uma pontuação indicativa de depressão moderada, apontando melhora do quadro.

Em relação as questões fechadas da EDG-30 é possivel analisar que na questão “*Você está satisfeito com sua vida?”*e na questão “*Sente que sua vida está vazia*?”, todos participantes tiveram resposta compatível com depressão no pré teste, e após as dez intervenções no pós teste essas respostas foram contrárias a depressão.

“[..] o  acompanhamento de pessoas atendidas em terapia ocupacional nas realizações das atividades artísticas demonstra que é fato observável a melhora da disposição e da saúde dos indivíduos quando vivenciam tais processos.” (P.1)17

Na questão que refere-se *“tem mais problema de memória que os outros?”*, apenas uma participante teve resposta contrária a depressão no pré-teste e no pós-teste, os demais partipantes responderam afirmando ter mais problema de memória que os outros na primeira avaliação e mantiveram sua resposta na última avaliação. Os distúrbios de memória são muito prevalentes em idosos e comprometem de forma importante a sua qualidade de vida18. Mesmo com o prejuízo de memória evidente na depressão, isso não é a única alteração cognitiva observada6.

Quando questionados sobre a inutilidade, referente a EDG-30, 75% dos participantes responderam se sentirem inúteis no pré-teste. Numa pesquisa realizada em 1986 sobre a crise de identidade na aposentadoria, 75% dos sujeitos entrevistados consideraram que os outros têm uma imagem negativa dos aposentados3. Face à questão *"Na sua opinião, como os outros vêem as pessoas aposentadas?"*, as respostas mais freqüentes eram: *"inúteis"*,,, e sociedade não valoriza os aposentados", *"eles vêem como aleijados"*, *"como gente que não serve pra nada"* etc. No pós teste, apenas uma participante manteve sua resposta afirmando o sentimento de inutilidade.

A prática da arte-terapia em geral por idosos é capaz de gerar sentimentos fortes de prazer de felicidade plena, elevar a autoestima, promover a saúde e qualidade de vida. Portanto, a prática da arte é capaz de minimizar significativamente a depressão. O incentivo pela prática da arte, portanto, deve ser considerada por todos os profissionais da saúde que estejam vinculados ao cuidado de pacientes idosos, em especial os que apresentam quadro de depressão, possibilitando assim uma assistência humanizada e holística ao paciente19.

Na questão que refere-se*“O seu raciocínio está claro como antigamente?”,* todos participantes obtiveram resposta compátivel com a depressão no pré-teste e no pós-teste.  Os transtornos depressivos, ocorrem além dos sintomas clássicos de pensamentos negativos, baixa auto-estima e pouco auto-confiança, desesperança, perspectiva negativa do mundo e pensamentos suicidas, as principais alterações da cognição são dificuldades de atenção e concentração, comprometimento da orientação, além de prejuízos na memória20.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos evidenciaram que a atividade artística é um recurso terapêutico eficaz, mesmo com uma amostra pequena.O estudo sugere através das variáveis analisadas, que o protocolo com a pintura de mandalas causou diminuição dossintomas de perda de prazer para realizar as atividades de rotina e na dificuldade de concentração dos participantes pesquisados. Apesar de crescentes, ainda são poucos os estudos sobre o uso da atividade artistica no âmbito da Terapia Ocupacional, em especial a pintura. O estudo na busca da redução dos sintomas referidos beneficiam o indivíduo favorecendo seu desempenho na execução das atividades de vida diária e em se tratando de idosos na sua autonomia e independência.

**REFERÊNCIAS**

1.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

2.Fleck MPA.; Chachamovich E; Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Revista Saúde Pública, v.37, n.6, p.793-799. 2003.

3.Santos MFS.Identidade e Aposentadoria*.* São Paulo: E.P.U., 1990.

4.Santos SR; Costa IB; Fernandes MGM; Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. Revista Latino-Americana de Enfermagem, cidade v.10, n.6, p.757-764. 2002.

5.Beck AT; Alford BA. Depressão:causas e tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

6.Carvalho VFC; Fernandez MED. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p.160-173.

7.Lacerda ALT. Depressão:do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009.

8.Cavalli TF. Psicologia alquímica:receitas antigas para viver num mundo novo. São Paulo: Cultrix, 2011.

9.Fioravanti C. Mandalas:como usar a energia dos desenhos sagrados. São Paulo: Pensamento, 2010.

10.Andrade AF; Mello CPC. Reabilitação neuropsicológica na depressão: um enfoque terapêutico ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**,** São Carlos, v. 18, n.1, p. 49-55. Jan/Abr 2010.

11.Neistadt ME.; Crepeau EB. Introdução à Terapia Ocupacional. In: Neistadt ME.; Crepeau EB (Org.). Terapia Ocupacional: Willard & Spackman. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 3-9, 2002**.**

12.Caniglia M. Terapia Ocupacional, saúde prática e pós-modernidade. Belo Horizonte, Cutiara, 2005.

13.Almeida OP; Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

14.Pacheco JL. Educação, trabalho e envelhecimento: Estudo das histórias de vida dos trabalhadores assalariados e suas relações coma escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria. 2004. 141f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 2004.

15.Irigaray TQ; Trentini CM. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. Estudos de psicologia, Campinas, v. 26, n. 3, p. 297-304, 2009.

16.Bandeira CB. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade, Rio de Janeiro, v. 1, pág., 2008.

17.Castro ED. et al. Habitando os campos da arte e da Terapia Ocupacional. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,São Paulo, v. 13. n.1, p. 1-8. jan/abr. 2002.

18.Cunha UG; Sales VT. Avaliação dos Distúrbios de memória no idoso. Jornal Brasileiro de Psiquiatria,cidade v.46, n.8, p.427-432. 1997.

19.SCHAMBECK, L. D. Arte-terapia na terceira idade: busca da felicidade, prazer, integração e promoção da saúde. 2005, 76f. Monografia (Especialista em Sáude Pública e Ação Comunitária). UNESC, Criciúma-SC, 2005.

20.PITTA, JCN. Depressão: sintomas físicos e déficits cognitivos em idosos. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.torrent.com.br/cientifica/casos\_clinicos/ cc\_depressao\_03. Acesso em: 21 out. 2016.