A expressão corporal e a dança como mediadores terapêuticos diante de sofrimentos psíquicos graves

Body expression and dance as therapeutic mediators in the face of severe psychological suffering

Georgiano Joaquim Pereira Antonio dos Santos* ,
Camila Nogueira de Sá Boaventura**

RESUMO

Este artigo é um relato de experiência de estágio, desenvolvido em 2018, com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II) com adoecimento psíquico grave. Para esta intervenção, utilizou-se como mediador terapêutico oficinas de expressão corporal em dança. É uma pesquisa de abordagem qualitativa de cunho exploratório, caracterizando-se como um estudo de caso e tem por objetivo explicitar e compreender a utilização de oficinas de expressão corporal em dança como mediadores terapêuticos que auxiliem no tratamento de pessoas com sofrimentos psíquico grave. Participaram dessa intervenção 15 usuários, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 60 anos, num total de 14 encontros. Para compreensão do fenômeno, utilizou-se como norteador as contribuições do psicanalista Donald Woods Winnicott e outros autores contemporâneos. Verificou-se que intervenções como esta possuem o potencial de propiciar aos usuários formas de ser criativos, de autonomia, frente a condição de adoecimento em que se encontram.

Palavras-chave:
Saúde Mental;
Expressão
Corporal; Oficinas
Terapêuticas;
Sofrimento
Psíquico Grave;
Centro de Atenção
Psicossocial
(CAPS).

* Psicólogo, Mestrando em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Universidade de São Paulo (USP) – Brasil. Contacto: georgiano@usp.br

** Psicóloga, Mestre em Desenvolvimento Humano pela Universidade de Taubaté (UNITAU). Psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae-SP. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL). Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL), Lorena – Brasil. Contacto: canogueira1211@gmail.com

RESUMEN

Este artículo es un informe de una experiencia de pasantía, desarrollada en 2018, con usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS-II) con enfermedad psicológica grave. Para esta intervención se utilizaron talleres de expresión de la danza como mediador terapéutico. Se trata de una investigación con abordaje cualitativo de carácter exploratorio, caracterizada como un estudio de caso y tiene como objetivo explicar y comprender el uso de los talleres de expresión corporal en la danza como mediadores terapéuticos que asisten en el tratamiento de personas con sufrimiento psicológico severo. En esta intervención participaron quince usuarios, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años, en un total de 14 reuniones. Para comprender el fenómeno se utilizaron como guía los aportes del psicoanalista Donald Woods Winnicott y otros autores contemporáneos. Se encontró que intervenciones como esta tienen el potencial de brindar a los usuarios formas de ser creativos, de autonomía, dada la condición de enfermedad en la que se encuentran.

Palabras clave:
Salud Mental;
Expresión
Corporal; Talleres
Terapéuticos;
Sufrimiento
Psíquico Severo;
Centro de Atención
Psicosocial
(CAPS).

ABSTRACT

This article is a report of an internship experience, developed in 2018, with users of a Psychosocial Care Center (CAPS-II) with severe psychological illness. For this intervention, dance expression workshops were used as a therapeutic mediator. It is a research with a qualitative approach of an exploratory nature, characterized as a case study and aims to explain and understand the use of bodily expression workshops in dance as therapeutic mediators that assist in the treatment of people with severe psychological suffering. Fifteen users, of both sexes, aged between 20 and 60 years, participated in this intervention, in a total of 14 meetings. To understand the phenomenon, the contributions of the psychoanalyst Donald Woods Winnicott and other contemporary authors were used as a guide. It was found that interventions like this have the potential to provide users with ways of being creative, of autonomy, given the condition of illness in which they find themselves.

Key words:
Mental Health;
Body Language;
Therapeutic
Workshops; Severe
Psychic Suffering;
Psychosocial Care
Center (CAPS).

Introdução

A saúde pública no Brasil passou por grandes transformações a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tornou o acesso gratuito à saúde direito de toda a população, sendo dever do Estado garanti-la. No que se refere aos serviços de Saúde Mental, estes também atravessaram nas últimas décadas um período de mudanças estruturais e de paradigmas. Até os anos 2001, o Sistema de Saúde Mental brasileiro pautava-se na lógica da institucionalização e centralização da oferta de serviços em hospitais, denominada de modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2005). É apenas a partir deste ano que a Lei Paulo Delgado, reconhecida como Lei Federal número 10.216, é promulgada, garantindo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios (Brasil, 2005).

Dessa forma, um novo modelo de atenção à saúde mental pautado no ideal da desinstitucionalização é proposto. Este novo modelo passa a contar com uma rede de serviços e equipamentos substitutivos, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) um destes equipamentos (Brasil, 2005). Trata-se aqui de uma mudança de paradigma, no qual a autonomia e reintegração da pessoa aos contextos extramuros, (família, comunidade, sociedade), tornam-se norteadores do serviço oferecido (Lima & Guimarães, 2014). O CAPS possui como objetivo principal o acolhimento e resgate da subjetividade de cada usuário, concomitante a construção de uma rede de convivência social e de relações as quais não são restritas aos muros do equipamento (CREPOP, 2013). Assim, além de consultas médicas e administração de medicamentos, são ofertados outros tipos de atividades terapêuticas, perspectiva essa denominada “clínica ampliada” (Brasil, 2004). Uma das principais formas de tratamento oferecidas pelos CAPS's são as oficinas terapêuticas, recurso este escolhido para ser palco do projeto apresentado no presente artigo.

Historicamente as instituições de tratamento psiquiátrico são marcadas por violações de direitos, aprisionamentos e despojamento de autonomia, subjetivação e identidade, em nível psíquico e físico, como bem demonstram Goffman (2019) e Foucault (2019). Apesar da reestruturação do sistema de saúde mental brasileiro, percebe-se que a integração entre práticas corporais e psicológicas ainda é pouco difun-

dida, há poucos estudos sobre as mesmas (Lima & Guimarães, 2014), o que evidencia a dificuldade em compreender que o ser humano é psicossomático (Dias, 2014; Fulgêncio, 2016; Winnicott, 1990) e as possibilidades interventivas diante deste fato.

Com base nesta forma de entendimento do humano, a utilização de oficinas de expressão corporal e dança como mediador terapêutico, desponta como uma ferramenta importante para integrar o trabalho com o corpo e a psique numa perspectiva psicossomática. Os mediadores terapêuticos em tais casos referem-se ao trabalho com a materialidade do corpo “que coloca em jogo uma associatividade sensório-motora, e mobiliza as formas primárias de simbolização” (Brun, 2019, para. 1), o que se mostra muito adequado para o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico grave, como forma de resgate desse corpo marcado por angústias e historicamente aprisionado.

Ademais, a expressão corporal pode facilitar e promover o auto-conhecimento e a autoaceitação (Santos, 2019; Andrade et al, 2015), como também a reformulação da autoestima, o desenvolvimento da afetividade, de habilidades psicomotoras e de socialização ou mesmo a maior adesão ao tratamento (Lima & Guimarães, 2014). Nesse sentido, a partir do relato de uma experiência de estágio desenvolvido em um CAPS-II, este artigo tem por objetivos explicitar e compreender a utilização de oficinas de expressão corporal em dança como mediadores terapêuticos que auxiliem no processo de (re)significação do adoecimento, da autonomia e da subjetivação de pacientes com sofrimentos psíquicos graves. A fim de atingir tal objetivo, foram tecidas compreensões sobre o adoecimento psíquico grave (psicose) e sua relação com o corpo, partindo da revisão bibliográfica das contribuições de Donald Woods Winnicott e de autores contemporâneos sobre a temática.

O paciente psíquico grave: o resgate via corpo

Entende-se aqui sofrimento psíquico grave como uma dor, um afeto, demasiadamente insuportável, que perturbam a existência de um eu integrado, o que se evidenciará nas inúmeras dimensões do sujeito (individual, institucional, familiar e social), quadro este presente, principalmente, em pacientes com funcionamento psicótico (Costa, 2006; Dias, 2014; Carvalho Junior, Amparo & Nogueira, 2019).

A grosso modo, no quadro da teoria winnicottiana, psicose é compreendida como um estado de adoecimento, derivado de falhas ambientais que ocorreram nas fases iniciais do desenvolvimento, isto é, antes que o lactante possa ser considerado uma pessoa inteira, se relacionando com objetos inteiros (Winnicott, 1990). Para o autor, este tipo de quadro se refere diretamente “ao grau de dependência do indivíduo e não à vida instintual pré-genital [...]” e muito menos “ao estágio da primazia da zona erótica do lactante”¹ (Winnicott, 1983, p. 124). Desse modo, os problemas que afligem os psicóticos dizem respeito ao ser-no-mundo, a não integração em uma unidade, ao sentimento de irre-alidade e futilidade no que se refere à vida (Fulgencio, 2016).

De acordo com Josgrilberg (2006, p.11), nos quadros psicóticos, podemos visualizar uma conexão tênue entre psique e soma, algo que impediria o indivíduo de “estabelecer a base do si-mesmo no próprio corpo, e de sentir a sensação de viver firmemente nesse corpo”. Entretanto, essa ideia apenas faz sentido se entendermos que, de início, a integração entre corpo e psique não é dada, mas sim uma conquista a qual só poderá acontecer “se tudo correr bem no processo de amadurecimento” (Dias, 2014, p. 199).

O soma, nada mais é que “o corpo vivo, que vai sendo personalizado à medida que é elaborado imaginativamente pela psique” (Dias, 2014, p.101). Desta feita, o orgânico aos poucos ganha representação no psiquismo insipiente da criança, um processo paulatino em que as sensações experienciadas por ela vão sendo nomeadas, lidas, entendidas por quem dela cuida, possibilitando para a mesma a integração de seu corpo e psiquismo. Quando o bebê é atendido e “lido” de maneira correta em

1 De acordo com Laplanche e Pontalis (1991, p. 353), utiliza-se o adjetivo *pré-genital* “para qualificar as pulsões, as organizações, as fixações, etc. que se referem ao período do desenvolvimento psicosssexual em que o primado da zona genital ainda não se estabeleceu. Ou seja, para Freud a sexualidade adulta e genital é posterior à sexualidade infantil e não genital, marcada pelo prazer em diversas partes do corpo, as zonas erógenas. O que Winnicott enfatiza é que quadros graves como os da psicose apresentam suas marcas anteriores a estes períodos pré-genitais, precedendo a integração inicial em que a pessoa tem a sensação de uma integração, de “ser”.

2 Em síntese, a teoria do amadurecimento formulada por Winnicott baseia-se na concepção de que todo ser humano nasce com uma tendência inata ao amadurecimento, sendo que este processo será ou não facilitado por meio dos cuidados ambientais, no que se refere às necessidades humanas fundamentais, com ênfase nos estágios mais primitivos do desenvolvimento humano. Para maior compreensão, cf. Dias, 2014 e Fulgencio, 2016.

suas sensações pelo adulto que lhe cuida, ele pode sentir que existe, ele começa a ter marcas de existir, ele se sente existindo junto deste outro que o atende de forma coerente, que aplaca assim suas angústias iniciais. Nessa perspectiva, torna-se impossível considerar *psique* e corpo como entidades dissociáveis ou opostas (Fulgencio, 2016), pois para o estudo do amadurecimento pessoal, ambas as entidades apenas se revelam a partir de sua tendência a integração (Josgrilberg, 2006).

Todo ser humano nasce com uma tendência inata ao amadurecimento, com uma tendência a integração numa unidade. Entretanto, isso não é algo dado, conforme mencionado anteriormente, é necessário conquistá-la (Winnicott, 1975). Se, no início da vida, o ambiente falha em facilitar essas conquistas fundamentais, poderá enfraquecer ou mesmo paralisar o amadurecimento e a integração do bebê numa unidade pessoal, o que acarretará “falhas no desenvolvimento pessoal do indivíduo e no estabelecimento do *self*” (Winnicott, 1983, p. 124). Os cuidados iniciais são indispensáveis para que o lactante possa alcançar o estágio EU-SOU, isto é, o estágio de integração, condição para a descoberta do eu (*self*) que, entre outros aspectos, pressupõem a integração entre psique e soma, a capacidade de brincar e a criatividade, o SER a partir de SI MESMO, expresso na espontaneidade.

Conforme aponta Winnicott (1975), para se descobrir o eu (*self*), estes cuidados e condições necessárias precisam estar associados ao que o autor denominou de *criatividade*, isto é, “um colorido de toda a atitude com relação à realidade externa”, sendo através do fazer criativo que o indivíduo sente que a vida vale a pena, merece ser vivida. “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral” (Winnicott, 1975, p.80). Winnicott compreende o brincar como elemento universal da natureza humana, em termos de criar a partir de si-mesmo. Nessa perceptiva, quando falamos de brincar não estamos nos referindo a brincadeira apenas, mas a todo tipo de comunicação verdadeira, sentida como própria. A cultura poderia ser citada como exemplo.

Para os psicóticos, cujo os distúrbios surgem dos estágios mais primitivos do desenvolvimento, é exatamente essas conquistas que não puderam ser alcançadas (Dias, 2014). O paciente psicótico vive angústias que não se referem aos relacionamentos objetivos, são angustias de aniquilamento, que Winnicott denominou de *ansiedades inimaginá-*

veis, as quais poderiam ser descritas como: a sensação de estar quebrado ou se quebrando, sentir-se em desconexão com o corpo, caindo para sempre, inexistindo a sensação de orientação (Winnicott, 1983; Fulgencio, 2016).

Em primazia, o modo mais primitivo de comunicação humano é o próprio corpo. A realidade não é algo objetivo que todos terão acesso. Para chegarmos a ela, um longo caminho de conquistas deve ser percorrido (Winnicott, 1975), é necessário que haja sustentação (*holding*) para que isso ocorra: “as vezes, segurança significa simplesmente ser adequadamente seguro no colo” (Winnicott, 2013, p.7). A “existência humana é essencialmente psicossomática” (Dias, 2014, p.101).

Desse modo, a realização de atividades que envolvam o corpo, a partir da dança, revelam-se como uma possibilidade de comunicação e de favorecimento à integração psique e soma em pacientes com quadros psicóticos. Nesse sentido, a utilização da expressão corporal como mediador terapêutico pode ser considerada como um outro terreno para o encontro analítico que não se limite ao dispositivo padrão, desde que estejam fundados na transferência e na associatividade, bases do método analítico clássico (Brun, 2019). Para além da palavra, ao incluirmos um mediador terapêutico no processo de tratamento, possibilitamos a ocorrência de um processo associativo com marcas específicas, distintas do método analítico clássico (Pino, 2015).

Não se trata aqui de uma correção das falhas ambientais precoces, mas sim de oferecer condições adequadas para que essa experiência possa ser vivenciada, dado que “a experiência direta que o bebê [nesse caso, o paciente não-integrado] faz do funcionamento, das sensações e dos movimentos do corpo tem para ele um sentido, pelo fato de estar sendo imaginativamente elaborada” (Dias, 2014, p. 103). Nesta perspectiva winnicottiana, o valor do cuidado de problemas emocionais está mais na não interferência do profissional e sim na provisão de um ambiente de sustentação (*holding*) em que processos de crescimento “naturais” possam ocorrer (Phillips, 2013).

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de estágio curricular, realizado em 2018, com usuários de um Centro de Atenção Psicos-

social (CAPS-II), por meio de oficinas de expressão corporal em dança. Durante o primeiro semestre do referido ano, os estagiários realizaram o processo de observação participativa³ com o intuito de obter subsídios para a construção do projeto intervenção que foi desenvolvido no segundo semestre do mesmo ano.

Como mediador terapêutico foram utilizadas técnicas de expressão e conhecimento corporal, coreografias de músicas e dança livre. Todas as atividades eram previamente elaboradas, encontro a encontro, levando em consideração algumas solicitações dos usuários, como por exemplo estilos de músicas e movimentos corporais que gostariam de realizar. Nos encontros, o que estava em pauta não era a atividade-fim, mas sim a expressão e simbolização evocadas a partir destas. Entende-se que “o objeto mediador funciona (...) com um verdadeiro atrator para a simbolização, cada meio privilegiando um modo de relação particular com a sensorialidade, de acordo com suas qualidades tácteis, visuais, olfativas, o que determinará o processo transferencial” (Brun, 2019, para. 2).

Trata-se, portanto, de uma pesquisa de abordagem qualitativa de cunho exploratório, caracterizando-se como um estudo de caso, pois visa estudar um fenômeno empírico dentro de seu contexto oferecendo uma visão aproximada sobre o dado da realidade pesquisada (Gil, 2019). Desse modo, esse estudo tem por objetivo explicitar e compreender a utilização de oficinas de expressão corporal em dança como objeto de mediação terapêutica que auxilie o tratamento de pessoas com sofrimentos psíquico grave.

Procedimentos

As oficinas de expressão corporal em dança aconteceram no espaço da instituição, semanalmente, às quartas-feiras, com duração média de 1 hora e 10 minutos, em um espaço de tempo de 14 semanas, entre agosto e novembro de 2018. As oficinas eram mediadas por dois estagiários e supervisionada por duas profissionais psicólogas (uma professora

3 As observações ocorreram a partir do acompanhamento das atividades realizadas no equipamento de saúde, a saber: aferição da pressão, café da manhã, acolhimento, caminhada, oficina de horta e jardinagem e oficina de modelar.

da instituição de ensino e uma psicóloga da equipe de referência do CAPS).

Participaram da oficina cerca de 15 usuários, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 60 anos. Ocorreram variações no número de participantes ao longo do semestre devido a novas adesões e desistências dos usuários. Estes eram convidados e/ou manifestavam interesse em participar das oficinas, a qual, a partir do aceite dos usuários, passava a compor seus respectivos Planos Terapêuticos Singulares (PTS's)⁴.

Em todos os encontros os participantes eram convocados para se dirigirem a sala em que ocorria a oficina, os quais sempre iniciavam com um aquecimento corporal, seguido de alguma atividade pré-estabelecida de expressão ou reconhecimento corporal (ex: coreografias de músicas, toques corporais, dinâmicas que envolviam o corpo), seguida de um momento de dança livre. Durante os encontros, as falas e afetos que surgiam nas atividades eram acolhidos sem interpretações e, ao final, realizava-se uma roda de conversa na qual os participantes eram convidados a falarem de suas dificuldades e angústias.

Resultados

A ideia de uma intervenção utilizando a dança e atividades de expressão corporal como mediador terapêutico surgiu por meio de conversas com duas usuárias do CAPS que relataram aos estagiários a existência de uma oficina com estes moldes no equipamento em anos anteriores. Além desse ponto, existia a queixa generalizada entre os usuários de que a maioria das atividades e oficinas propostas eram repetitivas. Esses dois aspectos foram motivadores para a construção desse projeto interventivo.

Por se encontrarem na condição de “pessoa com determinado transtorno/quadro” via-se nos usuários a sensação de que sua autonomia estava comprometida e, por isso, devia ficar a cargo de um terceiro, no caso, a instituição. De maneira a contrariar essa premissa, desde o início, proporcionou-se aos usuários a oportunidade de uma partici-

4 Plano Terapêutico Singular (também conhecido como Projeto Terapêutico Singular - PTS) pode ser definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário” (Brasil, 2009).

pação ativa na construção da oficina. Isso aconteceu desde a escolha do nome da oficina, nomeada de “Oficina Sonhadora”, ao auxílio destes na construção e direcionamento das atividades propostas, com a escolha de músicas para a condução e a escuta contínua de quais tipos de atividades os agradavam ou não.

Entretanto, observou-se que os participantes possuíam grandes dificuldades em expressarem seus desejos e de ocuparem este novo espaço numa lógica mais ativa e espontânea, características que apontam para o afastamento em relação a si mesmo e de sua espontaneidade. De maneira geral, apresentavam um quadro de adoecimento crônico, o embotamento em nível de expressão verbal, afetiva e física estava presente em maior ou menor grau em todos os participantes. Além disso, a medicação ministrada anteriormente as oficinas também causavam limitações físicas, como enjoo, tontura e sonolência, o que dificultava ainda mais a realização do trabalho pelos estagiários. A transformação desse paradigma foi um dos maiores desafios que os estagiários se depararam ao longo do desenvolvimento do projeto. Inúmeras vezes a tentativa de dar voz aos usuários caía no vazio, pois além dessas limitações apontadas, os participantes pareciam desconhecer o lugar de protagonismo, era-lhes estranho estar nesse papel.

Aqui se evidencia a necessidade em trabalhar com estas pessoas via o veículo de comunicação mais primitivo: o corpo. Conforme as oficinas aconteciam, e o corpo era convocado para a cena, a comunicação pode ser estabelecida. Através do corpo, os laços entre estagiários e usuários se estreitavam, criando-se as condições necessárias para que o brincar pudesse acontecer.

Isso se mostrou claro pelo modo com que alguns dos usuários passaram a se relacionar com os estagiários e com a própria oficina. Mostravam-se preocupados com as faltas – algo sempre enfatizado no contrato feito no início de cada encontro – e interessados em estarem ali. Havia afeto em suas falas sobre a oficina, bem como as direcionadas especificamente para as pessoas dos estagiários. Logo que chegavam ao equipamento e encontravam os estagiários queriam falar sobre situações que ocorreram com eles, sobre sentimentos e sensações que vivenciaram ao longo do período entre os encontros. Era comum, antes da oficina, um ou outro participante pedir para conversar a sós com algum dos estagiários. A importância de se trabalhar via música e

dança também pode ser observada com os pedidos de que esse tipo de oficina fosse ofertada mais vezes.

É importante ressaltar que cada usuário agia de modo particular frente as atividades propostas e, de início, todos se mostram relutantes em realiza-las. Em várias ocasiões a atividade proposta por si só se mostrava cômica e estes tinham receio de adentrar a esse espaço. Também podíamos visualizar uma estereotipia de movimentos e a dificuldade em realizar determinadas atividades por conta da medicação ministrada momentos antes da oficina.

Entretanto, aos poucos, foram sendo convidados a se desafiarem, dentro de suas possibilidades. Assim, o espaço da oficina foi a abertura para agirem livremente, sem julgamentos, isto é, em um modo-grupo que comportaria as expressividades e afetos trazidos pela música e dança e as genuínas sensações que estas lhes causassem. Apesar de em todos os encontros alguma atividade pré-estabelecida ser desenvolvida, o momento mais esperado pelos usuários era o da dança livre. Nele, cada pessoa presente podia dançar da forma que se sentisse bem, sem regras ou limites, apenas aqueles impostos por si. Tanto a dança em dupla quanto a constante troca destas eram incentivadas, bem como danças com o grupo, que ao final se transformavam em cirandas.

Ao final dos encontros, em um momento de partilha em grupo, aos poucos, os participantes conseguiram se expressar verbalmente sobre as sensações que sentiam ao brincarem com o corpo do modo que ali era permitido. As dificuldades iniciais em nomear lembranças e afetos deram lugar a relatos carregados de emoções de lembranças da vida cotidiana antes da deflagração do adoecimento, paixões vivenciadas, imagens de pessoas queridas falecidas, raiva pelo abandono, tristeza pela atual condição, esperança de um futuro menos afetado pelo adoecimento. A transferência com os estagiários por vezes assumia associações com filhos, netos, sobrinhos, trazendo à cena a sensação crescente de intimidade e cuidado.

O caso particular de duas usuárias participantes da oficina chamou a atenção de forma especial, devido a mudança das mesmas ao longo dos encontros e de como isso refletiu no *modus operandi* do grupo. O primeiro deles, diz respeito a uma mulher, N., 25 anos, que apresentava um grave embotamento afetivo e expressão verbal e física limitada. Inicialmente

esta usuária participava das oficinas apenas para escutar as músicas, sem se expressar ou interagir de modo algum. No caso de N., percebeu-se que as limitações apresentadas por ela reverberavam de maneira significativa entre os outros participantes, os quais começaram a incentivá-la a participar ativamente da oficina, o que, consequentemente, ocasionava uma maior expressividade dos mesmos durante as atividades. Ao longo dos encontros, o modo de ser de N. na oficina sofreu modificações, começou a participar ativamente das danças livres e a cantar as músicas que apreciava e, uma única vez, conseguiu trazer à palavra, em um grito, algo que a aterroriza: a lembrança de uma violência sofrida quando criança proferida pela mãe e o medo que isso se repetisse.

O segundo caso também diz respeito a uma mulher, T., 37 anos, com histórico de institucionalização em hospital psiquiátrico, a qual possuía um comportamento extremamente arredo a qualquer intervenção, sempre com face fechada, estando presente na oficina “Sonhadora” apenas para não participar de outras atividades no equipamento. T., apesar de seu histórico de institucionalização, não apresentava um quadro de adoecimento crônico, possuía certa autonomia, boa articulação verbal, afetiva e física, o que lhe dava certo poder de liderança entre os participantes quando assim desejava. Nos primeiros encontros, era frequente T. assumir uma postura de recusa em realizar qualquer atividade proposta, mesmo nos momentos mais livres T. se recusava a colocar-se de maneira ativa na oficina. Embora assumisse essa postura distante e arredia, T. era receptiva a aproximações que sentia não terem por objetivo contrariá-la. A postura assumida pelos estagiários, de uma aproximação e escuta desvinculada de julgamentos, possibilitou aos poucos que T. se colocasse e falasse sobre sua história. No decorrer dos encontros T. revelou sua paixão por dança e por música, tornando-se uma das participantes mais comprometidas e participativas. Sua mudança comportamental também era notada fora da oficina: a falta de desejo em participar das outras atividades do CAPS deu lugar a uma participação ativa e uma convivência mais respeitosa dentro do equipamento.

Discussão

Em primeiro lugar, a intervenção exposta nesse artigo evidencia uma problemática que ainda persiste nos equipamentos de saúde mental,

que se refere a estereotipia dessas instituições quanto aos métodos de tratamentos ali empregados. Apesar das transformações realizadas com a mudança do modelo assistencial hospitalar (hospitais psiquiátricos) para um modelo assistencial aberto e comunitário (Brasil, 2004; CREPOP, 2013), ainda é possível reconhecer nesses equipamentos um déficit considerável no que se refere a implementação consistente de outras estratégias terapêuticas que se diferenciem das tradicionalmente utilizadas. Há ainda muito trabalho a ser realizado para uma verdadeira implementação da clínica ampliada.

Além das queixas dos usuários do equipamento quanto a repetitividade das atividades ali realizadas, era visível aos estagiários que muitas delas não produziam nenhum tipo de efeito terapêutico, apenas de ocupação. O que chama a atenção é o paradoxo que consiste em: usuários com comportamentos, falas e gestos demasiadamente estereotipados evocarem a estereotipia da instituição e dos cuidados ali recebidos. Como diria Bleger (1984, p.62) “a instituição tende a adquirir a mesma estrutura e o mesmo sentido que o problema que se propõe a resolver”. Não aprofundaremos este ponto nesta análise visto não ter sido este o foco principal do estudo e da intervenção.

No que se refere a oficina propriamente dita, compreende-se que esta intervenção pode propiciar os usuários novas formas de serem criativos, de autonomia, frente ao contexto psiquiátrico que enfrentam no dia-a-dia. A autonomia de usuários de serviços de saúde mental sofre grande interferência do histórico de transtorno mental e do tratamento psiquiátrico que cada usuário carrega consigo, comprometendo, muitas vezes, seu exercício (Dutra, Bossato & Oliveira, 2017), o que pode ser verificado nos primeiros contatos com os usuários do CAPS.

Considerando a devida ênfase dada por Winnicott ao ambiente, percebe-se que essa sensação (e atuação) de uma “autonomia comprometida” também se relacionava ao lugar designado a estas pessoas devido aos seus respectivos quadros/transtornos mentais. O “comportamento do ambiente faz parte do próprio desenvolvimento pessoal do indivíduo e, portanto, tem de ser incluído” (Winnicott, 1975, p.79).

Essa sensação pode se relacionar não apenas ao sentimento de impotência frente aos desafios da vida que alguns usuários apresentavam ou mesmo ao contexto social no qual estão inseridos, como

também o histórico da psiquiatria nacional e as representações sociais advindas dele (Dutra, Bossato & Oliveira, 2017). Observa-se com muita relutância “qualquer teoria da esquizofrenia que divorcie o sujeito dos problemas do viver usual e das proposições universais do desenvolvimento individual em determinado meio ambiente” (Winnicott, 1975, p. 97).

Nascimento (2012, p. 25) faz uma importante observação ao alertar para o cuidado em não transformar todas as “manifestações do sujeito em sintomatologia da doença”, pois isso não configuraria o espaço da oficina como um espaço de troca sociais. Ao que nos parece, esse receio também podia ser observado nos usuários, como se tudo que fizessem ou não poderia ser pensando a partir de seus transtornos.

Aqui se faz presente, e importante, o estabelecimento do vínculo entre usuários e estagiários e o oferecimento de uma provisão ambiental suficientemente boa. A adaptação ativa, característica desse tipo de provisão, não é sinônimo de perfeição (Winnicott, 1975), mas sim de uma comunicação do ambiente que se dá por meio de ações que correspondem ao que o indivíduo necessita em um tempo adequado, isto é, um tempo que não exceda “o limite de tolerância de espera específico de cada (indivíduo) em cada momento” (Fulgencio, 2016, p. 32).

Apenas a partir disso foi possível que os participantes da oficina sentissem aquele espaço como um lugar confiável, o que gerou a colaboração e comprometimento dos participantes para com a oficina. A eficácia de qualquer ação de cuidado está pautada na “importância afetiva que um ser humano tem para com o outro” e nas relações de confiança que dependem “do quanto o ser humano se sente visto e compreendido, mesmo que não seja atendido, mesmo que seja até mesmo obrigado a ser limitado e constrangido nos seus desejos, nas suas ações e até mesmo na sua liberdade” (Fulgencio, 2016, p.98).

Isso só foi possível pois o espaço da oficina ‘Sonhadora’ foi estruturado para acolher o gesto espontâneo enquanto este era sustentado (*holding*) pelo grupo. A utilização da expressão corporal como mediador terapêutico foi essencial para alcançarmos os objetivos desse trabalho, pois proporcionou outras maneiras de simbolização não restritas a fala, a qual é tão comprometida em pacientes com sofrimento psíquico grave. Sobre isso, Brun (2019):

O ponto de partida é o encontro com a sensorialidade de meio, com uma matéria a ser manipulada e a função do meio será então a de funcionar como um atrator sensorial, que permite a transferência de experiências primitivas sobre o objeto mediador, porque o meio reatualiza experiências arcaicas frequentemente catastróficas, que dizem respeito a estados do corpo e a sensações. (...) os dispositivos com mediação, tendo como referência a psicoterapia psicanalítica, permitem engajar processos de simbolização específicos, por essa mobilização da sensório-motricidade dos pacientes na confrontação a um meio sensorial, como a pintura, a massa de modelar, a colagem, a música (Brun, 2019, para. 8).

Em linhas gerais, observa-se que a oficina ‘Sonhadora’ pode ser experienciada pelos usuários participantes como um ambiente de sustentação no qual o gesto não era imposto, acontecia de maneira a ir de encontro ao gesto espontâneo destes indivíduos (Winnicott, 1975). Apesar de boa parte dos participantes apresentarem um quadro de adoecimento crônico, com embotamento afetivo, verbal e físico em níveis críticos, estes mostraram-se comprometidos do início ao fim da oficina, o que por si só já evidencia uma mudança subjetiva em cada um desses indivíduos. Podemos citar ainda como pontos positivos os casos de N. e de T. Além do mais, ressalta-se a decisão dos participantes em preparar uma confraternização na qual apresentaram uma coreografia a todos do equipamento, podendo tal atitude ser entendida como expressão de autonomia e espontaneidade, atributos que segundo Winnicott, evidenciam a expressão do self verdadeiro.

Considerações

A oficina “Sonhadora” proporcionou aos usuários uma possibilidade de brincar, de criar, que há muito parecia perdida. Com o desenvolver da oficina, alguns usuários puderam expressar suas angustias, seus desejos e medos, isto é, puderam se aproximar de si, o que facilitou a aproximação aos pares e a equipe. Viam-se no direito de dizer que algo não os agradava, ou mesmo em conduzir a oficina da forma que mais gostavam. Podiam novamente sonhar. Aqui se mostra curiosa a escolha do nome da oficina no início do projeto.

A utilização da expressão corporal como mediador terapêutico auxiliou esse processo, pois, por meio desta, era dado aos usuários oportunidades de reconhecer parte do seu sofrimento em seus pares. Começaram a perceber que não eram somente eles que vivenciavam determinadas situações, não estavam sozinhos. Como diria Winnicott, “quando olho, sou visto; logo, existo” (1975, p. 157).

Por fim, compreende-se ainda que esse processo foi importante para a ressignificação do lugar de doente em que muitas vezes são colocados e do fortalecimento da compreensão de que a doença que os acomete, seja ela qual for, não define sua potencialidade de ser. Existem outras possibilidades de existência, possibilidade de se sentir real, vivo, com contorno. Isso se evidencia com a participação ativa dos usuários, a vivência de afetos, a nomeação de sentimentos e, o mais importante, o se arriscar e se expor via corpo.

Referências

- Andrade F. L.; Coimbra, M. A. R; Carbinato, M. V; Miranzi, M. A. S; Pedrosa, L. A. K. (2015). Promoção da saúde: benefícios através da dança. *Revista Família, ciclos de vida e saúde no contexto social*, 3(3), 228-234.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil. (2004). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brun, A. (2019). Especificidades da simbolização nas mediações terapêuticas, a partir da clínica da psicose e dos autismos. *Revista Percurso*, 1(63). Recuperado de <https://bitly.com/rRxBH>.
- Carvalho Junior, A. C. N.; Amparo, D. M. & Nogueira, R. N. (2019). O Grupo de Escuta como um dispositivo clínico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). *Psicologia Clínica*, 31(1), 123-143.
- Costa, I. I. (2006). Adolescência e primeira crise psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psi-

- quico grave. In II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: *Pulsional*.
- CREPOP. (2013). *Referências técnicas para atuação da Psicólogas(o) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP).
- Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. 3 ed. São Paulo: DWW Editorial.
- Dutra, V. F. D.; Bossato, H. R. & Oliveira, R. M. P. (2017). Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. *Esc. Anna Nery*, 21(3), 1-8.
- Foucault, M. (2019). *A história da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, ed. 11.
- Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?*. São Paulo: Zagodoni.
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, ed. 7.
- Goffman, E. (2019). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, ed. 9.
- Jogsgriberg, F. P. (2006). *O lugar do corpo na psicanálise de Winnicott*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Laplanche, J.; Pontalis J. B. (1991). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lima, M. V & Guimarães, S. M. (2014). Possibilidades terapêuticas do dançar. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(14), 98-127.
- Nascimento, S. S. (2012). Autonomia na Saúde mental: uma perspectiva dos profissionais de CAPS de Aracaju/SE. *Dissertação de Mestrado*, Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Phillips, A. (2013). *Winnicott*. Aparecida- SP: Ideias e Letras.
- Pino, M. A. P. (2015). Do squiggle game ao pictograma grupal: a especificidade das cadeias associativas grupais. *Jornal de Psicanálise*, 48(88), 131-142.
- Santos, F. S. (2019) A dança enquanto recurso psicoterápico provedora de mudanças biopsicossociais. *Revista Psicologia & Saberes*, 8(11), 350-359.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D.W. (1983). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott D. W. (2013). O primeiro ano de vida. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 3-20). São Paulo: Martins Fontes.