

Existência e resistência dos corpos loucos: o corpo em processo e a reforma psiquiátrica brasileira

Existence and resistance of mad bodies: the body under process and the Brazilian psychiatric reform

Ângela Slongo Benetti^a

 <https://orcid.org/0000-0002-2257-8140>

E-mail: angel.benetti@gmail.com

Bruno Ferrari Emerich^a

 <http://orcid.org/0000-0001-7246-5809>

E-mail: brunofemerich@gmail.com

Ellen Cristina Ricci^a

 <http://orcid.org/0000-0003-3471-1479>

E-mail: ellenricci@gmail.com

Rosana Onocko Campos^a

 <http://orcid.org/0000-0003-0469-5447>

E-mail: rosanaoc@mpc.com.br

^aUniversidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.

Resumo

O cuidado de usuários em crise ofertado em leitos de saúde mental em hospital geral coloca-se como um importante balizador da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e em grande medida encontra-se ancorado em modelos biomédicos de compreensão e tratamento do sofrimento. A partir da experiência de formação em residência multiprofissional em saúde mental realizada em enfermaria de psiquiatria de um hospital geral de um município de grande porte, este trabalho discute o corpo enquanto potência no cuidado. A metodologia utilizada foi o relato de experiência por meio de diário de campo, o que possibilitou a reflexão do tema a partir da trajetória clínica de acompanhamento da crise de dois usuários. Tendo como pressupostos referenciais da psicologia e da psicanálise, discute-se o cuidado a partir e pelo corpo, sem reduzi-lo ao lócus de doença, propondo-se construções clínicas condizentes com a atenção psicossocial. Espera-se, assim, contribuir para a qualificação da atenção nestes serviços, fortalecendo o cuidado singular e ampliado, calcado em diferentes referenciais teóricos acerca dos corpos.

Palavras-chave: Corpo; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

Correspondência

Ângela Slongo Benetti

Rua Américo de Campos, 522. Campinas, SP, Brasil. CEP 13083-040.

Abstract

The practice of care offered to users in crisis at the mental health wards in general hospitals is an essential variable considering the psychiatric reform in Brazil, largely anchored in the biomedical model in how suffering is understood and treated. Based on the experiences of education in health service in the Multiprofessional Residency in mental health, developed in the Psychiatric nursery of a general hospital of a major city, this paper discusses the body as potency in the practice of care. The methodology consists of the narration of experiences accounted in a field journal, which allowed to reflect on the topic departing from the clinical path of the two patients' crises. With these psychological and psychoanalytical theoretical frameworks, we discuss the practice of care in and of the body, without reducing it to the locus of the disease, suggesting clinical constructions adaptable to psychosocial care. This paper thus contributes to the qualification of care in these services, strengthening a singular and amplified practice of care based on a different theoretical referential regarding the body.

Keywords: Body; Mental Health; Psychiatric Reform.

Introdução

Este trabalho discutirá o corpo enquanto potência no cuidado dos usuários em leitos de saúde mental de hospital geral (LSMHG), a partir de um relato de experiência como psicóloga residente em uma enfermaria de saúde mental em hospital geral. Para isso, iremos discorrer acerca das contradições atuais da reforma psiquiátrica brasileira em relação ao dispositivo das enfermarias de saúde mental em hospital geral na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Partindo de fragmentos de casos clínicos, discutiremos o cuidado a partir do corpo, valorizando sua potência criativa e indo para além do cuidado biomédico e da consequente redução do corpo unicamente como lócus de doença.

O relato de experiência, metodologia utilizada neste trabalho pelos registros do diário de campo, parte da concepção de Bondia (2002): experiência é o que nos acontece e nos transforma. Ao diferenciar informação de experiência, o autor aponta que esta exige reflexão, atenção, escuta; exige que não estejamos no automático, mas sim atentos, para sentir e falar sobre o que nos acontece. “É experiência aquilo que ‘nos passa’, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação” (Bondia, 2002, p. 25).

Registramos no diário aquilo que ouvimos, vimos, sentimos e experienciamos no campo. Macedo (2010) aponta que, além de instrumento reflexivo, o diário é uma maneira de conhecer o vivido dos atores pesquisados. Assim, ele é um dispositivo na investigação, pelo seu caráter subjetivo e intimista.

O hospital geral (HG) já existiu de diferentes formas, de acordo com o processo histórico-social e conceitos de saúde/doença/doença mental de cada época. Da mesma forma, o corpo é investido pela história, pelo social, pela cultura, pelas relações de poder, pelas diferentes situações da vida. Ele é investido pelos afetos, pela arte, pelo trabalho, pela saúde e pela doença.

Basaglia (2005) diz que a passagem do cárcere ao manicômio é o início da invalidação da voz da loucura. Por ter estruturado a razão burguesa como única razão reconhecida, e não podendo punir o ato reprovável, pune-se o indivíduo inteiro, a partir de processos de controle e de modificação de seu comportamento.

No momento em que a razão dá a palavra à loucura ou se dispõe a escutá-la, a incomunicabilidade entre as duas linguagens torna-se impenetrável, porque quem dá a palavra determina os modos pelos quais o outro deve se exprimir, sob pena de ver-se definitivamente excluído do plano da compreensibilidade humana [...] A fratura é irreparável: impondo à loucura sua própria linguagem, a razão a impede definitivamente de falar e de expressar aquilo que é, embora - ao longo dos séculos - continue a conceder-lhe a palavra. A história da psiquiatria consiste essencialmente nesse contínuo dar a palavra a alguma coisa que não pode expressar-se numa linguagem imposta: a linguagem da loucura - o delírio - sendo a expressão subjetiva de necessidades e desejos que não tem possibilidade de exprimir-se a não ser mediante a irracionalidade e a desrazão, jamais poderá ser a linguagem da racionalidade do poder. (Basaglia, 2005, p. 265)

Os LSMHG são disponibilizados aos usuários em situação de crise com retaguarda de cuidado intensivo, como estratégia de um projeto terapêutico singular construído a partir de seu serviço e equipe de referência da Raps (Dias; Gonçalves; Delgado, 2010). Assim, quando a tecnologia de cuidado do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) não alcançar a demanda do sujeito, os leitos são equipamentos que podem compor este cuidado (Silva, 2016).

Em 2001, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2011, é aprovada, dispondo sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelecendo a descentralização do modelo assistencial, com uma diversificada rede de serviços comunitários e territoriais pautados no modelo psicossocial (Brasil, 2001).

A partir desta lei, a internação em saúde mental passou a ter caráter excepcional, quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Consequentemente, o tratamento passa a ter a finalidade de reinserção social, devendo inclusive, nos casos de internação, ser assegurada a presença de equipe multidisciplinar. Ademais, com a reforma psiquiátrica no Brasil e a criação de serviços como Caps, Serviço Residencial Terapêutico e Centros de Convivência, se estabeleceu que os serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos e enfermarias de saúde mental passaram a ser designados para hospitais gerais (Brasil, 2001, 2011).

Assim, os leitos de saúde mental surgem como crítica e como componentes da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, tendo como proposta internação breve com rápido retorno à comunidade, além da facilidade de acesso da população aos hospitais gerais. Passam a ser parte da estrutura assistencial, buscando a continuidade terapêutica em dispositivos extramuros (Botega; Dalgalarrodo, 1992).

Além disso, Paes et al. (2013) pontuam que o HG precisa sustentar suas atividades na perspectiva do modelo psicossocial, tendo como foco principal não a doença psiquiátrica em si, mas a multidimensionalidade do ser humano, a partir do cuidado integral. Para tanto, coloca que é necessário que o HG abranja a determinação do processo saúde-doença e promova práticas em saúde que abarquem a dimensão biológica, psicossocial e cultural deste processo. Então, é preciso superar o paradigma hospitalar medicocentrado, pautado na medicalização, aderindo ao trabalho em equipe multiprofissional, primordial para o cuidado integral.

Os LSMHG se caracterizam por um serviço de atenção à crise. Historicamente, para a psiquiatria, crise é entendida como algo negativo. Porém, novos paradigmas têm surgido em relação a este tema. Segundo Knobloch (1998), é possível considerá-la também em seu lado positivo, buscando o sentido temporal e singular para o sujeito que a vivencia. Assim, podemos entendê-la como uma experiência de algo insuportável, de perda de sentido, que rompe com a capacidade de simbolização. A crise é o irrepresentável, o inominável, porém ela não significa a ausência de sensações e afetos. Ela instaura uma possibilidade de ligações até então inexistentes, tornando este momento uma oportunidade de transformação e desvio, de saída para uma reconstrução.

É necessário refletir sobre o lugar do hospital geral na construção dos paradigmas da saúde mental e da Raps. O encontro do médico e do paciente se faz no próprio corpo do doente, um corpo anatômico, que serve prioritariamente como objeto de investigação. Então não se trata de um encontro real, mas “de um encontro entre um sujeito e um corpo ao qual não é dada outra alternativa exceto a de converter-se em objeto aos olhos de quem o examina” (Basaglia, 2005, p. 74).

Corpo palavra, corpo vida, corpo poesia

Corpo, para Merleau-Ponty (2011, p. 122), é “veículo do ser no mundo” de toda experiência vivencial. Segundo ele, o corpo não pode ser considerado coisa ou objeto, propondo a superação da concepção objetiva e mecânica do corpo. Ele sugere uma perspectiva do corpo como sentido e significado, ao compreender o homem como ser em uma situação na qual o corpo, um corpo habitual (vivido), integra o fisiológico e o psíquico em sua existência, que é construída a todo instante. Merleau-Ponty (2011, p. 136) traz a concepção de corpo próprio, que é mediador de toda experiência. Assim como a corporeidade está ancorada na existência, “ele não é nem tangível nem visível na medida em que é aquilo que vê e aquilo que toca”. Nossa existência é corporal e nos coloca sempre em relação com o mundo. Segundo o filósofo, não somos apenas uma consciência perceptiva, somos corpo, mas não apenas corpo como objeto, como instrumento: somos corpo e consciência, ou seja, “corpo-próprio”.

Wilhelm Reich também vê o indivíduo como unidade. Em seus escritos, fala que toda história de vida de uma pessoa, a particularidade da transferência e da resistência, as memórias de experiências traumáticas precoces, as crenças e atitudes, estão estruturadas e intrínsecas no corpo. Ele aponta a constituição de caráter e couraça, que se referem à memória e à história do indivíduo registradas no corpo: “Toda rigidez muscular contém a história e o significado da sua origem” (Reich, 1990, p. 255).

Para Reich (2004), caráter é a soma total funcional de todas as experiências passadas de um indivíduo. A organização social na qual o sujeito está inserido, seus mecanismos de repressão e poder têm influência na formação do caráter, advindo de eventos indesejáveis onde ele precisou se proteger. Esta proteção é o encorajamento do caráter, formado principalmente durante as fases do desenvolvimento infantil e psicossocial. Uma de suas funções principais é evitar estímulos e garantir o equilíbrio do indivíduo. Assim, a necessidade de recalcar exigências pulsionais ocasiona a formação

de caráter. No recalque, produz-se um estado crônico de tensão muscular.

As couraças musculares são defesas que se tornaram enraizadas pelo seu enrijecimento. Porém ela não é cronificada, é possível que haja flexibilidade. Acessando o corpo pela mobilização da couraça, é possível alcançar emoções e afetos que remetem a situações ligadas às suas constituições, sendo possível flexibilizá-las e transformá-las (Reich, 1990, 2004).

Gabriel¹

Gabriel, 14 anos, alto, magro, branco, cabelo castanho escuro. Seu tronco é ligeiramente curvado para frente e aparenta um semblante triste. É um adolescente introvertido, fala e interage pouco. Mora com pai, mãe e dois irmãos. Vivem em uma área de ocupação, zona periférica da cidade. Foi internado em fevereiro de 2018. Sua hipótese diagnóstica: esquizofrenia. Veio ao hospital após tentativa de suicídio.

A mãe diz que *ele era normal até os 13 anos*. Conta que ele sempre foi quieto, introvertido, e a partir dos 13 anos começou a se isolar. Parou de sair do quarto, chorava, teve episódios de agressividade, desorganização, batia a cabeça na parede, queimou e rasgou suas roupas, teve alterações do reconhecimento do corpo (braços e pernas encolhendo e aumentando) e ria sem motivos aparentes. Começou a apresentar discurso persecutório, dizendo que haviam *hackeado* seu celular para vigiá-lo, e parou de comer. Quando chegou na internação não reconhecia seus pais. Gabriel relatou ouvir vozes do vizinho ordenando que se matasse. Durante este período, foi acolhido pelo Centro de Saúde e pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij).

Na internação, Gabriel conversava pouco, em geral com sinais de sim e não com a cabeça. Meus investimentos iniciaram após um mês de sua entrada, e caminhavam à medida que eu pensava estratégias de vinculação que não invadissem seu espaço. Iniciei com objetos de mediação: escrita, jogos, desenhos.

Ao permanecer praticamente o dia inteiro deitado, Gabriel pouco interagiu com outros profissionais

1 Os nomes apresentados neste trabalho são fictícios.

ou pacientes, e na busca por um oferecimento de permeabilidade e disponibilidade, passei a ficar ao seu lado todos os dias por 20 minutos, mesmo que em silêncio, colocando-me disponível para ele, sem qualquer proposta pronta. Todos os encontros deram-se de forma semelhante: Gabriel deitado em seu leito, de costas, gesticulando sim e não com a cabeça.

Após dez dias deste investimento, em uma sexta-feira vou ao quarto de Gabriel e proponho uma partida de Uno, ele aceita. Vou buscar e quando retorno ele diz que não, pergunto o que ele quer, ele responde *companhia*. Digo que vou ficar com ele, ele se vira para o outro lado da cama e eu fico ao seu lado por 20 minutos.

Na semana seguinte, terça-feira, saímos ao pátio; alguns momentos ele pedia para ficar sozinho, eu o deixava, me afastando. Outros momentos, pedia para eu ficar próxima, para caminharmos juntos. Nesse dia Gabriel participou da oficina de cinema e ficou no pátio com sua mãe.

No dia seguinte, Gabriel perguntou se havia algo para fazermos juntos, então levei até o ateliê. Ele escolheu o quebra-cabeça e acrescentou que preferia montá-lo no quarto. Levamos juntos uma mesa até seu quarto, despejamos as peças sobre ela - era um quebra-cabeça grande e ele se assustou com a quantidade de peças. Montamos um pouco, depois ele disse que estava difícil e não queria mais.

Também trabalhei com ele as sensações corporais com uma bola de massagem. Levei duas: uma para cada; juntos, exploramos cada parte do corpo. Gabriel falou das sensações que estava tendo, dizendo que era bom, mas *não sabia explicar em palavras o que estava sentindo*.

No sábado, foi para casa, em licença terapêutica. Retornou segunda-feira: cabelo cortado, sobrancelha desenhada e, segundo relatos, “outra pessoa”. Recebeu alta, com retorno para o ambulatório de psiquiatria do hospital e continuidade do tratamento multiprofissional no CAPSij.

Ao olhar para o caso de Gabriel, é importante perceber que ocorre uma percepção de desintegração de seu corpo, quando muitos de seus sintomas são no corpo, nas sensações de braços e pernas crescendo; também sua forma de comunicação, muitas vezes não verbal, que tem relação com seu processo corporal e seu jeito de estar no mundo.

De acordo com Reich (2004), na psicose o mecanismo existente é uma projeção do seu próprio corpo, tomando-o como algo estranho a si mesmo, pertencente ao mundo exterior. Ele também aponta para fragmentação no processo de coordenação bioenergética responsável pela integração psicossomática. Na esquizofrenia, ao aproximar o indivíduo de suas sensações, espera-se que ele vivencie a realidade do seu corpo, que irá diminuir as distorções na maneira como estabelece contato com a realidade (Barbosa; Nascimento, 2015).

Winnicott apresenta em sua teoria a função de *holding*. Na clínica, o *holding* pode ser desempenhado a partir do cuidado, por meio de palavras; pelo silêncio, demonstrando que o paciente está em um ambiente seguro; a partir da postura corporal, gestos, respiração; e com contato físico, somente em último caso. Para Winnicott, o *holding* proporciona segurança e relaxamento, desse modo, ele começaria a sair do estado de não integração e fusão com o meio externo para um estado integrado e mais individualizado. Assim, o que podemos oferecer ao paciente é a confiabilidade (Ribeiro; Amaral, 2016).

O *holding* é a sustentação de onde se desenvolve a confiança necessária no ambiente para que o indivíduo possa existir de forma espontânea, sem que esse ambiente o invada. Assim, o *holding* no manejo clínico significa oferecer um *setting* que sustente e permita seu processo de integração (Ribeiro; Amaral, 2016).

Merleau-Ponty (2011) afirma que os sintomas do corpo não são manifestações, mas sim representam aquilo que a pessoa é. Segundo o autor, corpo é aquilo que pode me fechar ao mundo externo, assim como também me abre ao mundo e me põe em situação. Dessa forma, a comunicação pode se dar pela linguagem falada, mas ela por si só não se expressará, é necessário que a fala acompanhe gestos e comportamentos; assim, é o corpo que comunica ao mundo o que quer expressar.

A partir das atividades de montar o quebra-cabeça e de nomeação e reconhecimento do corpo, nos propomos a construir um processo de integração, de contorno e de estabelecimento de uma relação com o mundo externo.

Além disso, a composição do caso a partir de uma equipe multiprofissional é essencial. A intervenção

ao longo da internação se deu no sentido de construir uma perenidade, estando com ele diariamente, além de trabalhar uma costura diante de diferentes atores: mãe, enfermagem, médicos, psicólogos. O cuidado de Gabriel de forma integral, contando com uma equipe multiprofissional, sustentou outro lugar para o corpo dentro da instituição hospitalar. O modelo psicossocial inclui sociedade, família e usuário na coconstrução do tratamento; por conseguinte, o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) preconiza que as enfermarias de saúde mental em hospital geral ofereçam equipe multiprofissional qualificada.

Joana

Joana tem 21 anos, é branca, de baixa estatura, cabelos longos e castanhos, costas arcadas para dentro e sempre veste roupas largas. Tem cicatrizes no corpo e os ossos à mostra devido à magreza extrema. Seu diagnóstico é anorexia, depressão e transtorno de personalidade *borderline*.

Por descontentamento com sua imagem corporal, aos 15 anos Joana parou de comer. Depois passou a usar laxantes e a induzir vômitos. Desde os 15 anos faz cortes no corpo, para *aliviar a angústia*. Aos 15 anos sofreu uma série de episódios de violência física do ex-namorado da mãe, e aos 18 anos foi vítima de violência sexual. Joana é a mais velha de três filhos, tem uma irmã de 18 anos e um irmão de três. Sua mãe engravidou quando tinha 15 anos e seu pai não quis reconhecer Joana como filha. Já fez oito tentativas de suicídio.

Ao longo da internação começo a ter momentos de acolhimento e conversas quase diárias com Joana. Além do espaço de escuta, proponho exercícios corporais e ela aceita.

Joana começou a ganhar peso, e em uma de nossas conversas diz que está começando a ter asco de seu corpo, tem percebido que a mão não fecha mais no braço e está com medo de surtar. Realizo com ela um exercício de respiração. Depois do exercício, Joana fala de sua dificuldade de inspirar e expirar, e conversamos sobre como parece mais fácil olhar para fora do que para dentro; ela diz: *meu fardo está muito grande e pesado* e tem sido difícil olhar para ele. Diz que se sente em um *ciclo sem fim* que gira em torno de *sofrimento, raiva, descontar a raiva,*

sentir culpa e cobrança por ter perdido o controle, e assim recomeçando.

Joana começa a participar das oficinas de dança que acontecem na enfermaria semanalmente, sempre respeitando seu tempo e limites. A oficina lhe trouxe momentos de movimento do corpo, que resultaram em importantes reflexões posteriores.

Dias depois, realizo com ela exercício de respiração e em seguida automassagem nos pés. Ao terminar, conversamos sobre o cuidado com o corpo, e Joana fala que não tem dado a atenção que ele merece e que *a única atenção que eu dou pro meu corpo é de cobrança, de que ele seja de um jeito e não de outro*. Pergunto de que jeito é esse e ela diz que ela quer que ele seja livre, *mas eu cobro que ele seja magro e nos padrões estabelecidos pela sociedade*; diz que quer ser empoderada e gostar de seu corpo como ele é, e juntas refletimos sobre a dificuldade de qualquer mulher em se sentir empoderada e satisfeita com o corpo. Ela diz que depois da internação vai estar *gorda e sozinha*, e tem pavor de pensar em estar sozinha enfrentando a sociedade.

Internada há um *mês e 15 dias*, Joana relatava sentir nojo do corpo e angustiada por ter perdido o controle. Alguns dias depois, na oficina de dança, a proposta era representar os objetos da sala. Joana se encolheu ao lado da lixeira e disse que era uma lixeira, que se identificava com ela. Depois, retomo este momento e ela diz que a lixeira está transbordando de *mágoa, raiva, tristeza, dor*, e que ela sente que está chegando em seu limite, que está precisando se conter para não colocar para fora; diz que se ela colocar para fora *ninguém vai entender, e aí eles é que vão me conter*, referindo-se à contenção mecânica. Conversamos sobre o que ela trouxe e Joana diz que nunca teve muito cuidado de sua mãe, um colo, e que sente falta: *eu precisei vir parar aqui pra ela se preocupar comigo*. Conta também de sua avó, que cuidou dela por muitos anos e, vinda de uma igreja evangélica, tinha regras muito duras: *regras, regras, nunca amor*. Naquele dia conversamos sobre sua infância, sua família e seus sentimentos diante de sua história.

Completando dois meses de internação, os médicos deram previsão de alta para as próximas semanas. Joana não estava mais usando sonda nasointestinal, as medicações antidepressivas

aumentaram, e percebi que ela ficou alheia aos acontecimentos ao redor, assim como a seus afetos, afetações e seu corpo.

Na semana de sua alta, conversamos sobre seus projetos e expectativas. Joana disse que estava se esforçando para aceitar seu corpo, mas que na verdade o transtorno alimentar era só uma consequência de todos os seus sentimentos e angústias, que desconta no corpo.

O que delimita os limites do corpo? Trata-se de seu espaço físico e de sua individualidade, ou suas fronteiras vão além, ampliando-se para o espaço social em que se encontra, incorporando informações do mundo e sendo marcado por ele à medida que esse encontro inscreve sentido sobre o espaço/tempo em que ele mesmo se fundamenta? (Giordani, 2006). O corpo, segundo Merleau-Ponty (2000), sente e ao mesmo tempo é sentido, não sendo apenas um objeto no mundo, mas um corpo sensível e perceptível.

Para Joana, seu corpo não é apenas um corpo-objeto, a serviço de suas operações mentais, mas sim a síntese de sua vida e de seus sentidos. Seu corpo é sua marca no mundo, sua expressão. A gordura pode ser uma metáfora das marcas vividas, de seus sentimentos, emoções, experiências, de tudo aquilo que ela refuta em sua própria história, querendo assim que não faça parte dela, em parte alguma de si, porém estando permanentemente e sucessivamente inscritas em seu corpo.

Joana tinha um corpo fragmentado. Ao realizar atividades corporais, no contato com seu próprio corpo, com sua realidade, consigo mesma, para que percebesse aos poucos suas restrições e limitações decorrentes das couraças e de suas marcas, abriu-se a possibilidade de construir uma consciência de seus desejos e impulsos, permitindo vivenciá-los e liberá-los. Joana precisa cortar o próprio corpo para sentir, e controla seu sofrimento de forma concreta, recusando o alimento, que é uma das formas pela qual sentimos prazer. Além disso, ser alimentado é um dos atos mais primitivos de cuidado. Quando ela refere não ter sido cuidada pela mãe, abandonada pelo pai, e educada por uma avó que apenas impunha *regras, regras, nunca amor*, é possível analisar seu estar no mundo de forma mais complexa.

A respiração é um fator fundamental no equilíbrio das funções emocionais. Assim, a

contenção da respiração é eficiente para reprimir as sensações e emoções. O medo de sentir resulta na contração da musculatura, impedindo que os impulsos cheguem à superfície, onde ocorrem as sensações e percepções. Então, trabalhar a respiração ajuda a relaxar o corpo, elaborar conflitos emocionais e promover espontaneidade e expressão dos sentimentos (Vieira et al., 2018).

A dança e a consciência corporal geram uma experiência em que o corpo se reanima, descentraliza e se movimenta para criar sentidos, possibilitando outra postura diante dessa realidade homogeneizadora, automatizante e cristalizadora. Assim, outras possibilidades expressivas emergem e, com elas, significações de existência. Pensa-se numa corporeidade intencional, ou seja, a questão não está no fato de o indivíduo ter um corpo, mas de ele ser corpo; e é por meio do corpo que se dá a experiência (Merleau-Ponty, 2011 Silva; Oliveira; Alvim, 2014).

A arte é uma tentativa de nos voltar à experiência humana, ao vivido, pois ela parte disto, e acontece a partir do próprio sujeito. A dança, ao ser corpo e movimento, e sendo o movimento a efetivação da ação, a concretização da corporificação, os sentidos e as significações se estabelecem na ação do sujeito dançante, na dança. Merleau-Ponty (2011, p. 149) afirma que é na ação que a espacialidade do corpo se realiza: “considerando o corpo em movimento, vê-se melhor como ele habita o espaço (e também o tempo), porque o movimento não se contenta em submeter-se ao espaço e ao tempo, ele os assume ativamente, retoma-os em sua significação original” (Marques et al., 2013).

Com atividades de respiração, dança e de automassagem, foi possível sensibilizar Joana para sua existência corpórea e suas marcas emocionais, flexibilizando o corpo ao ampliar a percepção e a sensibilidade dos movimentos pelo fluir, vibrar e respirar.

Considerações finais

Cuidar de pessoas em crise é, muitas vezes, sustentar o insuportável. Ao mesmo tempo, como já mencionado, a crise apresenta um potencial de desvio que, apesar de sua vivência de sofrimento e angústia, propõe metamorfose, reconstrução. Para isso, precisamos trabalhar a fim de que esta experiência

inaugure novos modos de existir, nos colocando como ponte nesse momento de intensidades e sofrimentos que extravasa os corpos.

Quando encontramos como propostas o protagonismo de tratamento pautado por medicamentos, percebemos que a psiquiatria tem, ainda, legitimidade no paradigma biomédico. A influência dessa dualidade entre mente e corpo da psiquiatria tradicional influencia diretamente a saúde mental, a reforma psiquiátrica e o pensamento hegemônico dos sofrimentos mentais.

Ressalto que a questão não é dicotômica: separação entre a psiquiatria e a saúde mental, de medicar ou não, de desconsiderar a etiologia também biológica dos transtornos mentais; mas sim, ressaltar como o corpo pode ter outros encontros, apostando que o cuidado não se restrinja ao biomédico, ultrapassando o cuidado limitado ao controle. Tampouco sugiro deixar de medicar, porém o cuidado em saúde mental se baseia nas relações, e para relação existir é preciso que haja diálogo, sensibilidade e costura entre os mais diversos saberes. Colocar a doença entre parênteses, como sugeriu Basaglia (1985), não significa negar os transtornos mentais, mas entender que aquele indivíduo é primeiro uma pessoa e depois um quadro psicopatológico.

Neste trabalho, nos propomos a elucidar a possibilidade de entender o corpo como potência criativa. Sejamos menos muros e mais pontes, e que a arte seja essa ponte para a liberdade, construindo e desenvolvendo uma existência criativa, e não adaptativa.

Finalizo com o questionamento sobre as contradições do que propomos construir e o que de fato estamos construindo neste ponto da Raps, o hospital geral. Como os corpos de usuários da saúde mental podem ter outros encontros que não apenas com o paradigma biomédico?

Se pretendemos transformar corpos sujeitados em corpos livres, parece que temos uma simples e complexa tarefa: cuidar da ação destes corpos, oferecendo-lhes a possibilidade de resgatar sua história, sua identidade, suas necessidades, suas paixões e suas possibilidades, percorrendo este difícil, mas apaixonante caminho da práxis, mudando técnicas e instrumentos, desenvolvendo e ampliando nosso próprio potencial de trabalho,

buscando relações mais fecundas e criativas e almejando um homem efetivamente ativo, transformador, solidário, feliz e integrado ao seu meio. (Feriotti, 2001, p. 393)

Ao fazer essa transição do modelo manicomial para o comunitário, o LSMHG também se propõe a atuar na lógica psicossocial, juntamente com os outros dispositivos da Raps. Assim, trazer os corpos em sofrimento para dentro do hospital geral é apostar que além da mudança do prédio, vem uma mudança de paradigma, de atuação. Minha aposta é que isso de fato é possível, a partir de uma mudança no olhar, na escuta, no significar e ressignificar do encontro com estes corpos, loucos e em sofrimento, abrindo espaço para o corpo enquanto potência e produção de bons encontros.

Referências

- BARBOSA, M. T. O.; NASCIMENTO, P. D. *Diagnóstico e tratamento da psicose em psicoterapia somática*: Wilhelm Reich e a orgonoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 20., 2015, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Centro Reichiano, 2015.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.
- BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral*: espaço para o psíquico. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. p. 2.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para

- peessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2011.
- DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Leitões de atenção integral a saúde mental no HG: configurações atuais e novos desafios da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 115-140.
- FERIOTTI, M. L. Atuação da terapia ocupacional no corpo sujeitado. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 389-393, 2001.
- GIORDANI, R. C. F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2006.
- KNOBLOCH, F. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ, 1998.
- MACEDO, R. S. *Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação*. Brasília, DF: LiberLivro, 2010.
- MARQUES, D. A. P. et al. Dança e expressividade: uma aproximação com a fenomenologia. *Movimento*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 243-263, 2013.
- MERLEAU-PONTY, M. *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- PAES, M. R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 407-412, 2013.
- REICH, W. *A função do orgasmo*. São Paulo: Círculo do Livro, 1990.
- REICH, W. *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- RIBEIRO, D. P. S. A.; AMARAL, H. U. O silêncio na clínica psicanalítica a partir das concepções de Donald Winnicott e Wilhelm Reich. *Natureza Humana*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 69-96, 2016.
- SILVA, C. E.; OLIVEIRA, C. S.; ALVIM, M. B. Diálogos entre a Gestalt-terapia e a dança: corpo, expressão e sentido. *Ciência em Extensão*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 41-55, 2014.
- SILVA, M. C. *Articulação do cuidado na perspectiva dos trabalhadores de CAPS e de enfermagem de saúde mental no hospital geral*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- VIEIRA, F. M. et al. *A respiração como ferramenta de intervenção da psicoterapia corporal*. Curitiba: Centro Reichiano, 2018.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Recebido: 06/06/2020

Aprovado: 25/06/2020