



**PRÁTICAS CORPORAIS EM SAÚDE MENTAL: TRABALHANDO O CORPO EM PROL DA  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Allana de Carvalho Araújo  
Ana Karenina de Melo Arraes Amorim  
Deyze da Silva Ferreira  
Mackson Luiz Fernandes da Costa  
Maria Aparecida Dias

**RESUMO**

*A institucionalização dos corpos de técnicos e pacientes em manicômios mostra o empobrecimento na visão do corpo enquanto dispositivo de autonomia, criatividade, transformação e descoberta. Tendo isso em vista, o presente estudo buscou trabalhar a motricidade enquanto recurso capaz de dar nova forma ao sujeito no mundo, expandir os modos de enxergá-lo, servindo de meio para a desinstitucionalização. Assim, investigaram-se as práticas efetivadas em hospital psiquiátrico de Natal-RN e realizaram-se oficinas corporais com participação dos técnicos, pensadas a partir de pesquisa intervenção e observação participante. A pouca adesão às oficinas indica que o processo de desinstitucionalização encontra desafios, é gradual e necessita da convergência de interesses dentro da instituição.*

**Palavras chaves:** *Corpo; Saúde Mental; Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial.*

**BODY IN MENTAL HEALTH PRACTICE: WORKING THE BODY IN FAVOR OF  
DEINSTITUTIONALIZATION**

**ABSTRACT**

*The institutionalization of the bodies of technicians and patients in mental hospitals in the view show the depletion of the body as device independence, creativity, transformation and discovery. With this in mind, this study sought to work motor skills as a resource capable of giving new shape to the subject in the world, expanding the ways to see it, serving as a means for deinstitutionalization. Thus, we investigated the practices carried out in psychiatric hospital in Natal, Brazil and held workshops with participation of the technical body, thought from action research and participant observation. Low compliance with the workshops indicates that the process of deinstitutionalization is challenges, is gradual and requires the convergence of interests within the institution.*

**Keywords:** *Body, Mental Health, Deinstitutionalization; Psychosocial Rehabilitation.*



## CUERPO EN LA SALUD MENTAL DE PRÁCTICA: EL CUERPO DE TRABAJO A FAVOR DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

### RESUMEN

*La institucionalización de los órganos de técnicos y pacientes en los hospitales psiquiátricos evidencia el empobrecimiento de la visión del cuerpo como dispositivo de autonomía, creatividad, transformación y descubrimiento. Con esto en mente, este estudio trata de trabajar la motricidad como un recurso capaz de dar nueva forma al sujeto en el mundo, ampliando las formas de verlo, que actúa como un medio para su desinstitucionalización. Para ello, se investigó las prácticas llevadas a cabo en el hospital psiquiátrico en Natal, Brasil y talleres con la participación del cuerpo técnico, concebidas a partir de la investigación-acción y observación participante. El bajo cumplimiento con los talleres indica que el proceso de desinstitucionalización enfrenta desafíos, es gradual y requiere la convergencia de intereses dentro de la institución.*

**Palabras clave:** *Cuerpo, salud mental, la desinstitucionalización, la Rehabilitación Psicosocial.*

### INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica surge de modo a criticar e confrontar o modelo clássico do paradigma da psiquiatria, passando não só transformações de caráter técnico, mas também teórico, político, cultural e social. Firmada legalmente no Brasil por meio da Lei 10.216/01, ela propõe uma reformulação no modelo assistencial em saúde mental em que se busca uma política mais social que sanitária. Para tanto, faz-se necessária a desconstrução de uma cultura que é majoritária: a que sustenta a violência, a segregação e o aprisionamento da loucura.

Entretanto, para destruir ou edificar uma cultura, é preciso a desconstrução e construção de outras tantas que a sustentem e a confrontem. A invenção de novas realidades na saúde mental, então, como aponta Rotelli *et al* (2001), enfrenta o desafio de desmontar toda a estrutura manicomial que tradicionalmente separou a doença da existência global e complexa da pessoa, segregando também, dessa maneira, o doente do corpo social. Esse processo, denominado desinstitucionalização, não se calca na desassistência, nem na desospitalização por si só, mas traz consigo um caráter prático de reconstrução permanente de saberes, discursos e ações no intuito de que novas formas de vida sejam pensadas e se tornem possíveis. Ou seja, trata-se de um processo dinâmico, que se operacionaliza continuamente.

Uma maneira de se trabalhar nesse sentido é prezar por iniciativas que apostem na circulação da loucura na vida social, de modo que se criem novas formas de se relacionar a partir da reabilitação psicossocial e da inserção social, garantindo o exercício da cidadania e a viabilização de projetos de vida.

Um desafio a essa proposta consiste na reinserção e reabilitação psicossocial das pessoas que residem nos hospitais psiquiátricos há longo tempo, já que, desligados da realidade fora dos muros do manicômio e sob efeitos da institucionalização, a reinclusão nesse caso requer cuidado específico. As dificuldades estão tanto nas limitações corporais dessas pessoas - em decorrência dos muitos anos de vida



voltados à instituição e à medicalização -, quanto na recepção da sociedade a corpos não habituados a corresponder a alguns dos parâmetros de normalidade adotados por ela. Segundo Medeiros & Guimaraes (2002), essas pessoas sofrem com o estigma por serem pacientes psiquiátricos, pois a sociedade, a partir de uma lógica racionalista, constrói projeções acerca da loucura em que se subtrai dos “anormais” a condição de cidadania, prerrogativa inerente aos “ajustados” .

No estado do Rio Grande do Norte o número de residentes de longa permanência é significativo. Existem, até o momento, após a inauguração de dois Serviços Residenciais Terapêuticos em Natal, aproximadamente 15 (quinze) internos no maior hospital psiquiátrico público de Natal-RN - onde realizou-se o campo prático da presente pesquisa.

De acordo com Gonçalves *et al* (2001), as instituições hospitalares brasileiras, em sua maioria, não oferecem aos pacientes programas específicos dirigidos à reabilitação psicossocial, assim como não dispõem de condições adequadas que garantam o respeito à individualidade e o direito ao exercício de um convívio social digno. Nesse contexto, os residentes sofrem com o empobrecimento da motricidade, principalmente, devido à prolongada permanência sob a égide das práticas institucionais controladoras - que enrijecem seus corpos esmaecem seus vínculos sociais e sua autonomia, negando-lhes o direito de circular pela cidade e gerenciar suas próprias vidas. Sendo assim, o conhecimento do corpo junto a descoberta e a apropriação deste por parte do sujeito são prerrogativas básicas para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial.

O corpo presente na instituição pautada no paradigma tradicional da psiquiatria se encontra moldado às ações da instituição, tornando-se dominado por ela. Esse domínio ocorre em todas as suas peculiaridades, no âmbito do corpo como produtor de ações individuais e nas relações como produtor social, visto que o corpo não é apenas um objeto que garante a existência humana, mas constitui o próprio ser em vida (SANT’ ANNA, 1995).

Nessa perspectiva compreende-se que o modo como se entende o corpo afetará diretamente as relações de poder na instituição. Quando ele é entendido como um objeto que é acometido por uma doença com sintomas clinicamente comprovados, teremos uma relação médico-paciente que se baseará no tratamento da patologia, por meio de fármacos que buscam o controle dos sintomas para que o corpo retorne a um padrão aceito como saudável. Esse tipo de relação torna o paciente dependente da instituição, submetendo sua própria vontade às normas desta, visto que se trata 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)

Mas a partir do momento que o corpo for entendido como dotado de subjetividade, como produtor cultural, que se comunica com o sensível, será possível uma relação na qual o objeto é “a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 2001. p. 90). Nesse sentido, o tratamento não será baseado no controle do corpo, mas no entendimento de que ele está vivo e, portanto, tem suas características próprias, seu contexto, autonomia, possibilidades e projetos de vida. A partir de então, o processo de desinstitucionalização se torna algo possível.

A ideia de corpo com que se trabalha aqui está perpassada pela noção de autonomia que o sujeito, dentro da sua condição, seja ela qual for, possa exercer. Acreditamos, como Rodrigues (2008), que o indivíduo, à medida em que produz seu corpo, produz também novas formas de subjetivação, de modo que associa a representação que faz de seu corpo à consciência que dele tem. Assim, a motricidade apresenta-se como meio de colocar o sujeito no mundo e possibilitar descobertas e transformações, bem



como de aprofundar a consciência de si, a medida em que permitem “fazer existir o corpo para si próprio, reconquistar sua interioridade” (p. 159)

Nesse sentido, as práticas corporais tornam-se mecanismos de promoção da desinstitucionalização. Não práticas que tem como objetivo promover apenas benefício ao corpo puramente anatômico, mas que fazem emergir a motricidade de forma subjetiva e consciente, que dão um sentido a existência humana.

Pensando em práticas de reabilitação psicossocial com pessoas que residem desde longo tempo em hospitais psiquiátricos, entende-se aqui que o trabalho com a motricidade possa colocar esses sujeitos em contato consigo mesmo através da descoberta do seu corpo, da sua motricidade, não mais impregnada de medicação. Práticas que devolvam ao praticante sua energia de vida, capturada, não só pela sua condição, como também, pelo que o universo social ao qual pertence fez com ela. Portanto, atividades que possibilitem a apropriação do espaço e do tempo que pertencem ao entorno do sujeito.

Da mesma forma, é fundamental considerar que os cuidadores desses residentes no hospital também estão sob efeito da institucionalização, já que toda organização inclui, além de uma disciplina de atividades, “uma disciplina de ser - uma obrigação de ser um determinado caráter e morar em determinado mundo” (GOFFMAN, 2008, p. 159). Assim, o trabalho com a motricidade, com o potencial de transformar olhares e proporcionar descobertas e criações, mostra-se passível de surtir resultados também a partir dos técnicos dos hospitais psiquiátricos.

Tendo em vista o que fora exposto, o presente estudo visou investigar as práticas voltadas para a desinstitucionalização realizadas em um hospital psiquiátrico da cidade de Natal-RN acrescentando a elas o desenvolvimento de oficinas corporais junto aos técnicos dessa instituição e avaliando como essas práticas corporais podem contribuir para a desinstitucionalização.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo consiste em uma pesquisa-intervenção, ancorada na perspectiva teórico-metodológica da Análise Institucional. Por meio desta, busca-se manter constantemente ativos processos de auto-análise, a fim de identificar analisadores, os quais são qualquer coisa que denunciam ou questionam uma problemática que se mostrava inquestionável e que indicam caminhos para a sua resolutividade ou desconstrução (LOURAU, 1993). Nesse sentido, através da análise de implicação, busca-se o exercício de questionamento e reflexão sobre os lugares ocupados pelos sujeitos - incluindo os pesquisadores - e sobre os processos sociais envolvidos em um determinado contexto.

Desse modo, esta pesquisa preconizou um não distanciamento entre pesquisador e pesquisado, tendo em vista que a implicação ocorre em função da relação entre os dois. Além disso, com a intervenção realizada, pretendemos transcender as intenções meramente acadêmicas, entendendo que seja papel do pesquisador “contribuir efetivamente com os problemas de um coletivo pesquisado, ou seja, sua capacidade de dispor de instrumentos teórico-metodológicos em prol dos objetivos existentes no grupo sob o qual sua ação vai-se debruçar” (PAULON, 2005, p. 20).

A pesquisa de campo pautou-se na observação participante, em um hospital psiquiátrico público em Natal-RN, do cotidiano do grupo de residentes de longa permanência e do trabalho dos profissionais responsáveis pelo cuidado a essas pessoas. Participamos de reuniões com a equipe e o grupo de residentes, de modo a acompanhar o andamento do processo e identificar as principais dificuldades na desospitalização. Além disso, realizamos entrevistas semi-estruturadas com os profissionais, com



perguntas abertas sobre as características principais do grupo de residentes e as atividades desenvolvidas junto aos mesmos.

A partir dos dados encontrados, elaboramos e realizamos oficinas corporais semanais, com duração de uma hora, utilizando-se de técnicas de expressão corporal, jogos cooperativos, jogos teatrais, atividades lúdicas, dança, atividades rítmicas que resgatem a cultura corporal do grupo e relaxamento. Ao final de cada oficina realizamos uma avaliação oral que teve como foco verificar no discurso o que significou aquela experiência para os sujeitos que a viveram. As oficinas foram ministradas por profissional da área de Dança ou da de Educação Física ou, ainda, por estudante desta última.

No momento de idealização deste estudo, pretendíamos a realização de entrevistas semi-estruturadas com residentes de longa permanência envolvidos no processo de desospitalização sobre o modo como estavam vivendo a experiência, as expectativas que ela produz e os efeitos das práticas corporais no processo na vida dos mesmos. Do mesmo modo, conforme se pensou inicialmente, as oficinas corporais também seriam realizadas junto aos moradores do hospital. Contudo, pelos rumos que tomou o presente trabalho e pelas peculiaridades do contexto em que nos inserimos, houve um rearranjo de nossas intervenções e propostas.

Entendendo que a desinstitucionalização dos residentes de longa permanência perpassa a prática, o saber e as relações existentes dentro do hospital, vimos que, antes de iniciarmos intervenções voltadas especificamente para essas pessoas, fazia-se necessário cuidar dos cuidadores, convidando-os a discutir e a refletir sobre as idéias que motivaram o desenvolvimento deste trabalho.

Dessa forma, consideramos plausível tornar esse um primeiro momento para realização do que pretendemos com a pesquisa - a saber, trazer à discussão e à prática o processo de desinstitucionalização no hospital. Assim, passamos por uma reorganização dos objetivos à medida em que voltamos a elaboração e realização das oficinas corporais para os técnicos do hospital – não mais centrando-as, nesse momento, nos residentes de longa permanência.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização do espaço físico do hospital**

De início, julgamos pertinente comentar sobre a disposição do espaço físico das enfermarias destinadas aos residentes de longa permanência do hospital, pelas implicações que suas peculiaridades podem gerar nas formas dos corpos relacionarem-se e ocuparem os espaços.

No período em que nos inserimos no campo, essas enfermarias eram diferenciadas entre os sexos e apresentavam distinções consideráveis quanto ao modo de organização do ambiente e em termos de comunicação entre os profissionais de cada equipe e entre as equipes e os moradores.

A enfermaria feminina destinava-se tanto para as usuárias residentes de longa permanência no hospital, como também para as que passam pouco tempo na condição de internas e para as que ficam em caráter rotativo. Contrariamente, as alas masculinas eram distintas entre o primeiro e os outros dois grupos, sendo, portanto, espaços físicos menores. Dessa forma, a organização no interior de cada enfermaria ocorria também de forma diferenciada: enquanto na feminina todos os quartos eram coletivos, na masculina havia um deles para cada residente de longa permanência – ou para até duas pessoas.

Quanto ao contato entre a equipe profissional e os residentes, havia uma reunião semanalmente na enfermaria masculina com a finalidade de discutir assuntos relacionados ao cotidiano do hospital. Embora



esse encontro fosse destinado aos técnicos, também os residentes podiam participar opinando e sugerindo. Na enfermaria feminina, por sua vez, não havia reuniões conjuntas entre profissionais e residentes.

### **Realização das entrevistas**

Foram entrevistados 30 profissionais do hospital psiquiátrico público em Natal, que trabalham diretamente com os residentes de longa permanência da instituição. Dos entrevistados, 15 atuam em enfermaria feminina, oito em enfermaria masculina e sete em ambos os locais. Dessa forma, nos resultados abaixo se considera 22 entrevistados que trabalham com residentes do sexo feminino e 15 com homens.

Quando solicitados a caracterizar um perfil do grupo com que trabalhavam, os profissionais da equipe feminina disseram que as residentes são idosas; dependentes e não autônomas; interagem pouco entre si e com a equipe; perderam o vínculo com a família; apresentam autocuidado comprometido, necessitando de auxílio na alimentação e higienização; participam pouco de atividades propostas no hospital e não têm iniciativa para buscar ou propor novas atividades.

Os homens, por sua vez, foram caracterizados como sendo um grupo que interage com a equipe e com os outros residentes; que estão em processo de resgate da autonomia mesmo que ainda sendo marcadamente dependentes dos profissionais; e pela presença do abandono familiar. Além disso, foi relatado que três dos homens estavam em processo de saída do hospital.

No tocante ao trabalho exercido por cada profissional no hospital, 36,36% (n=8) dos entrevistados da ala feminina e 20% (n=3) da ala masculina afirmaram explicitamente não participar de atividades dentro ou fora do hospital que não fossem as específicas de seu cargo profissional. Nessa mesma ordem, 18,18% (n=4) e 53,33% (n=8) disseram participar de atividades tanto intra como extramuros, além de seus trabalhos específicos. Dos que afirmaram participação apenas em trabalhos dentro do hospital as porcentagens foram de 18,18% (n=4) e 26,66% (n=4), respectivamente.

Buscou-se também conhecer o que os profissionais achavam dessas atividades e que efeitos acreditavam que elas tinham na vida dos moradores do hospital. A maior parte dos entrevistados (72,7% (n=16) dos da ala feminina e 86,67% (n=13) dos da masculina) disseram perceber que os residentes mudam o comportamento após essas atividades, de forma considerada positiva – exemplo do que fora dito é o tornar-se mais receptivos ao contato com outras pessoas, o mostrar-se mais comunicativos, com melhor humor, demonstrar autonomia, pedir para sair novamente. Além disso, 40,9% (n=9) e 60% (n=9), respectivamente, avaliam as atividades fora do hospital como formas de reinserção social dos residentes.

Ainda sobre essa questão, quatro (18,18%) profissionais da enfermaria feminina e dois (13,33%) da masculina entendem que tais atividades possibilitam diminuir o estigma social existente em torno da loucura na sociedade. Porcentagem menor – dois (9,09%) técnicos da ala feminina e um (6,67%) da masculina - percebem esse trabalho, unicamente, como um momento de lazer e saída da rotina. Além disso, em contraponto, dentre os 22 entrevistados na enfermaria feminina, dois (9,09%) não vêem possíveis efeitos dessas atividades nas vidas das residentes.

No que se refere à desinstitucionalização, três (13,636%) profissionais que trabalham com as mulheres e um (6,67%) que trabalha com os homens mostraram-se desfavoráveis a esse processo, enquanto que 18 (81,81%) e 14 (93,33%), respectivamente, colocaram-se a favor. Um profissional (4,54%) da enfermaria feminina trata da questão como sendo relativa, com a justificativa de que pode funcionar apenas com algumas pessoas.



Quando se referindo a como deveria se dar a saída do hospital e o retorno ao convívio em sociedade, a resposta mais freqüente foi o encaminhamento dos moradores do hospital aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – citada por oito entrevistados da ala feminina e seis da masculina. Inclusive, foi suscitada a necessidade de prezar pelo intercâmbio de informações entre os que serão e os que já são cuidadores (tanto em outros SRT, como no hospital). Profissionais das duas enfermarias – cinco (22,727%) da feminina e três (20%) da masculina - também mencionaram a importância da elaboração de um projeto que respeitasse as singularidades de cada um dos residentes.

Sete profissionais de cada uma das enfermarias acham que é possível que essas pessoas voltem a viver em sociedade, desde que os devidos serviços e cuidadores (família ou técnicos) os acompanhem e dê suporte. Da enfermaria masculina, três acham necessária a existência de um modelo de SRT mais complexo para acolher alguns dos residentes de longa permanência do hospital.

Quando perguntados sobre que atividades poderiam contribuir para o processo de reinserção social dos moradores de longa permanência, a resposta mais frequente em ambos os grupos de profissionais foi relativa ao aumento da ocorrência das atividades realizadas fora do hospital, voltadas para o contato com a comunidade – abrangendo dez (45,45%) profissionais na ala feminina e oito (53,33%), na masculina. A segunda mais citada também foi uma resposta em comum a esses dois grupos (oito e quatro profissionais, respectivamente) e diz respeito a continuidade e aprimoramento das atividades feitas no setor de Terapia Ocupacional que se aproximam de exercícios que cotidianamente se costuma realizar na vida (como lavar pratos, conforme citado nas entrevistas). Além disso, os dois conjuntos de técnicos apontam o trabalho em equipe como facilitadores do processo.

Outro profissional falou da necessidade de trabalhar as idéias e práticas envolvidas no processo de desinstitucionalização não só com os residentes, mas também com os cuidadores. Nesse mesmo sentido, um técnico da ala masculina citou o investimento em atividades voltadas para a desinstitucionalização dentro das instituições asilares também como algo que poderia contribuir. Nesse setor também foi apontada a necessidade de discutir e divulgar o tema na mídia e a criação de mecanismos de geração de renda voltados para os residentes.

### **As oficinas corporais**

Como já mencionado, as práticas corporais desenvolvidas no hospital tiveram como foco os profissionais da instituição. No total, foram realizadas sete oficinas, tendo participado, de cada encontro, uma média de seis pessoas. Os participantes incluíram técnicos das duas enfermarias, em uma mesma oficina, e, por isso, houve situações em que algumas das pessoas não se conheciam. Não houve alguém ou um grupo de pessoas que tenha participado regularmente de todos os encontros; entretanto, as três últimas oficinas contaram com a participação de um grupo em comum, do qual todos os profissionais eram da enfermaria masculina ou trabalhavam nesta e na feminina.

Apesar de as oficinas corporais terem sido elaboradas tendo como foco os técnicos, em alguns encontros contou-se com a participação de internos de curta permanência, seja por convite de profissionais, seja por iniciativa própria. Em relação às categorias profissionais participantes desses encontros, contou-se principalmente com a presença de pessoal da Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional e Técnico Administrativo, havendo pouca adesão de enfermeiros e técnicos de enfermagem e ausência de profissionais da Medicina.

As atividades propostas foram elaboradas conforme os resultados obtidos via entrevistas e observação participante, bem como a partir das especificidades de cada encontro. Cada oficina pautou-se



em temáticas principais, como cuidado, confiança no outro, contato com o outro, equilíbrio, percepção e conhecimento corporal. Ao final de cada encontro, as observações suscitadas pelas atividades foram, geralmente, associadas pelos participantes a situações do cotidiano de trabalho no hospital.

De modo geral, visando o cuidado e a consciência corporal, por meio das atividades buscou-se despertar possibilidades de dispor e movimentar o corpo, diferenciadas das que costumeiramente se aplicam ao ambiente de trabalho o mesmo à vida cotidiana. Como resposta do grupo, no geral, fora constatada dificuldade dos participantes em concentrar-se nas atividades propostas (ao não manter os olhos fechados, por exemplo) e em realizar movimentos incomuns, seja pelo imediatismo com que surgiam os movimentos já mecânicos, seja pela fragmentação corporal (expressa pela dificuldade em trabalhar com mais de uma região corporal simultaneamente). Além disso, de modo geral, alguns participantes por vezes movimentavam-se tendo por base o procedimento adotado por outros.

As verbalizações durante os exercícios costumavam ocorrer em todas as oficinas, mesmo em atividades em que a proposta era não incluir oralidade, com fins de trabalhar com silêncio, concentração e novas formas de se relacionar. As falas vinham, geralmente, no sentido de comentar os movimentos adotados por si e os dos colegas.

As práticas em que se buscou trabalhar o contato entre os participantes abrangiam tanto o toque como o olhar focado no outro. Notou-se que, quando o grupo era formado por pessoas com menor grau de intimidade, o toque, quando proposto, só era realizado na região das mãos e dos pés dos participantes – para ir além disso, foi necessária a proposição por parte do facilitador. A proximidade entre os participantes despertada por essas atividades suscitou comentários sobre a importância da comunicação das atividades realizadas - não só nas oficinas corporais, mas também foram trazidos exemplos do ambiente de trabalho. Foi mencionada, inclusive, a importância de estar atento ao outro para que a comunicação seja efetiva e, por isso, para o entendimento mútuo e o trabalho em equipe.

As atividades realizadas foram ou de cunho cooperativo ou individual, não havendo proposta de competição. Numa atividade em que se propôs o trabalho em equipe, os participantes comentaram, ao final, sobre a importância da cooperação, do respeito e da paciência no trabalho em grupo.

Ressalte-se, por fim, que mesmo o momento de ocorrência das oficinas serem de uma hora semanal e estas serem fixada desde o princípio, a inserção desse momento na organização dos horários dos técnicos configurou como uma dificuldade, por chocar, muitas vezes, com o período das escalas de trabalho.

## **DISCUSSÃO**

### **O lugar do corpo e da desinstitucionalização no contexto do hospital**

O manicômio é uma instituição total e, por seu posto, é gerido por normas rígidas, relações hierárquicas de poder e controle e centrada na realização de um tipo específico de atividade – seja ela corretiva, educativa, terapêutica, dentre outras (GOFFMAN, 2008). Além disso, ele concentra, no mesmo espaço institucional, a execução da atividade citada e da moradia e lazer das pessoas que são alvos desse trabalho.

Ou seja, pressupõe-se a separação da sociedade mais ampla para fins de condução de vida de maneira formalmente administrada, para que seja efetiva a absorção, por essas vidas, das regras que regem a instituição.



Goffman (2008) trabalha com a ideia de que, ao ser inserido na instituição, a pessoa passa por um processo de transformação devido à perda de aspectos que lhe caracterizavam singularmente e à submissão aos princípios e regras que regem o novo espaço. Esse processo, chamado de *mortificação do eu*, deve-se, por exemplo, a perda de papéis sociais, ruptura com o passado, enquadramento no formato homogêneo da instituição e o sentimento de ineficiência pessoal. Desse modo, é de se esperar efeitos no comportamento dos que passam a fazer parte desse universo, caracterizando uma ruptura, uma transformação, na história dos mesmos.

Registrou-se a marca da autonomia e independência comprometidas, além da perda de vínculos sociais - esperáveis, considerando a submissão às ordens institucionais e a limitação espaço-temporal e relacional do lugar em que vivem. Em Goffman (2008), a perda da autonomia é associada à constante submissão pessoal diante da realização de atividades básicas ou secundária, bem como à interferência dos que trabalham na instituição sobre as ações dos internados.

Segundo Amarante (1996), baseado nas reflexões de Basaglia, o louco, expropriado de seus direitos, de sua família, de sua comunidade de origem e do convívio com a sociedade, deve ter na cidade “o espaço real de sua reabilitação, ou melhor, de sua reabilitação social, ou, melhor ainda, dos processos de validação social dos sujeitos” (p. 97). A proposta basagliana passa, então, pela necessidade do encontro entre a loucura e a cidade, entendendo esta como território, ou seja, como uma “força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura e com as relações que se dinamizam e se transformam” (AMARANTE, 1994, p.145)

Para atingir o resultado da desinstitucionalização, as ações intramuros também são essenciais. Entretanto, faz-se necessário estar atento para até que ponto os trabalhos elaborados são coerentes com as necessidades e anseios dos moradores e com o processo de desinstitucionalização. Qual o sentido das atividades disponibilizadas? O que elas de fato estão produzindo?

Em consonância com os dados sobre a participação, os técnicos da enfermaria masculina demonstraram um maior reconhecimento sobre os benefícios das atividades voltadas para a desinstitucionalização do que os da ala feminina. Essa aposta em bons resultados por meio das atividades extramuros pode ser encarada tanto como causa como conseqüência de uma realização freqüente desse trabalho. Ela ilustra a importância de que os profissionais envolvidos compreendam a que se prestam trabalhos nesse sentido, o que eles podem produzir e os efeitos que podem surtir.

Mas quando o foco é a desinstitucionalização, as propostas de atividades não devem ser pensadas apenas para os moradores do hospital. Os cuidadores, igualmente, permanecem parte de seus dias na instituição e, dessa forma, também vivem e incorporam as normas e os princípios que a regem. Assim, ações nesse sentido possibilitam que se preste um melhor atendimento aos pacientes, podendo também serem promotoras de qualidade de vida para o cuidador.

No caso do estudo em questão, quando se propôs que as oficinas corporais focassem nos trabalhadores, buscava-se, além desses aspectos, que os cuidadores conhecessem e experimentassem a proposta que se tinha, de vivenciar o corpo como possibilidade de exploração, criação, expressão e autoconhecimento – ou melhor, como dispositivo de desinstitucionalização.

A vivência da proposta de trabalho por aqueles responsáveis em implementá-la foi entendida como possível facilitador da adesão à ela e do entendimento do que se tratava. Ainda mais porque, no momento em que nos inserimos, não havia, no hospital, nenhuma atividade voltada para trabalhar a motricidade – fosse com os técnicos, fosse com os residentes - que ocorresse de forma sistemática.



### **A instituição e seus muros**

A inserção das oficinas corporais na organização do hospital esbarrou em dificuldades e desafios. Mesmo tendo sido firmado horário, duração e datas desde o início dos encontros, a participação de poucos trabalhadores revelou uma dificuldade em conciliar as escalas de trabalho com o momento das oficinas: muito dos técnicos que estavam no hospital encontravam-se em horário de expediente e, portanto, não compareciam à atividade por nós proposta. Isso sugere uma limitação do hospital enquanto instituição de cuidado, visto que, diante da possibilidade de se realizar um trabalho com os técnicos diferente dos de suas especialidades profissionais, as escalas de expediente foram majoritariamente escolhidas.

Entretanto, há que se considerar que o próprio cunho corporal das atividades propostas pode ter servido como inibidor da participação. Isso porque elas abrangem a possibilidade de submeter-se a movimentos que possam estar sujeitos à censura - por motivos diversos, como por parecerem inusitados diante de aparição social. Além disso, o pequeno número de participantes também pode se dever a pouca credibilidade dada à associação da motricidade ao processo de desinstitucionalização, por não se tratar de uma ideia/prática habitual.

Os profissionais encararam as oficinas como um trabalho de promoção do bem-estar, de “relaxamento”, para citar a fala de alguns. Elas foram associadas a momentos de refúgio do trabalho, em que se buscava um distanciamento das obrigações e dos pacientes, um período exclusivo para os técnicos.

As práticas corporais funcionaram como um momento de reflexão e crítica sobre as relações entre eles no cotidiano de trabalho. Estiveram em discussão, ao término das oficinas, assuntos como a atuação em equipe, a necessidade do respeito ao outro, da paciência, da compreensão e de relações de coleguismo para um cotidiano de trabalho saudável.

Compactuamos com a idéia de Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) de que o movimento da desinstitucionalização deva ocorrer de dentro para fora do hospital psiquiátrico. Dessa forma, apostamos no “trabalho homeopático”, em que as transformações institucionais são produzidas de dentro para fora, trabalhando-se a partir do já existente: “(...) a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema” (Rotelli; Leonardis; Mauri; 2001, p.29).

Amarante (1996), referindo-se ao pensamento de Basaglia, explica a desinstitucionalização como sendo (...) *um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades. E se hoje podemos assumir que a realidade é construída, podemos admitir ainda que pode ser desmontada para ser (permanentemente) reconstruída sobre novas bases.* (pg. 30)

O entendimento de que a desinstitucionalização não se resume a desospitalização, mas a um processo complexo de desconstrução de práticas, discursos e saberes tem como um ponto de resistência o reconhecimento de si como possível entrave para o processo. Assim, remetemo-nos aos “desejos de manicômio” existentes em todos nós, os quais são desejos de identidade, fixidez, controle e normatização que nos atravessam e “se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica” (Machado e Lavrador, 2001, p.46 *apud* Alverga & Dimenstein, 2005).

Cegos por esses “desejos de manicômio”, prendemo-nos a lugares e normas instituídos e deixamos de enxergar outras possibilidades e potencialidades de vida. E estar preso a um lugar fixo requer princípios, posturas e discursos que sustentem essa estrutura.



### **Expressão corporal e (des)institucionalização**

Quando pensamos nesses desejos de normatização, fixidez e racionalidade transpostos a nossos modos de ser, encontramos uma série de padrões que a sociedade classifica como normal e que devem ser seguidos por quem quiser ser assim reconhecido. Esses protótipos incluem, principalmente, maneiras de comportamento corporal que envolvem formas mecânicas e repetitivas de proceder, as quais encobrem a sensibilidade e possibilidades criativas.

Em consonância com o exposto e considerando as normas e censuras socialmente padronizadas, entendemos a preocupação com a fiscalização e com o julgamento do outro sobre o corpo como motivadores, nas oficinas realizadas, da dificuldade de concentração e de manutenção dos olhos fechados expressas por alguns. Dessa mesma forma também podem ser percebidas as necessidades de verbalização durante as atividades, que, em seus conteúdos, trazem como que justificativas daquele que fala sobre o que está fazendo, da forma como está fazendo. Isso mostra, também, a dificuldade na compreensão quando se utilizou de outras formas, que não a palavra, para comunicar-se - por exemplo, o corpo.

Quando da realização de práticas que envolvem movimentos randômicos e espontâneos, criados livremente por cada pessoa ou seguindo o som de uma música, nota-se, também, a estereotipia, ou melhor, a repetição de gestos, a não espontaneidade na criação de novas formas de fazer. Por vezes, inclusive, tomou-se o movimento de outro participante – principalmente o facilitador - como modelo a se seguir. Por trás disso, vemos uma tentativa de chegar a maior possibilidade de aceitação do movimento por outras pessoas, ou mesmo a ideia da escolha de movimentos que possam estar mais adequados que outros.

Tais fatos demonstram uma tendência à normatização dos corpos diante da possibilidade de julgamento sobre uma postura adotada. A tomada de movimentos como modelo pelos participantes ainda mostra uma indisponibilidade corporal que se dá devido a mecanização de movimentos, construídos no decorrer da vida de cada um e enrijecidos pela instituição e pelo cotidiano.

Conhecer o próprio corpo perpassa a compreensão das possibilidades de relações do mesmo - quer seja com o ambiente, com o outro ou consigo -, de maneira que ele seja vivido em sua totalidade, e não dicotomicamente. Dessa forma, relaciona-se a diversidade de movimentos que o corpo pode assumir e aos significados presentes neles. Tomando tal idéia como base, pode-se afirmar, no geral, a fragilidade na compreensão sobre o próprio corpo por parte dos participantes das oficinas, materializada na fragmentação corporal e na necessidade de cessar a movimentação de alguns membros para iniciar a de outros, quando fora solicitado o movimento simultâneo.

Aspectos relacionais foram também percebidos nas oficinas. As práticas que envolveram confiança no outro apresentaram dificuldades no manejo ou não foram realizadas por todos da forma como foi proposta. Quando da necessidade de sustentar-se apenas por meio do apoio de outra pessoa, houve uma resposta freqüente de rigidez corporal e contenção do peso para si.

Ademais, em atividades que abarcaram o toque, este ocorreu, no geral, em regiões do corpo em que o contato é trivial, como nas mãos e braços. Ao nosso entender, isso demonstra tanto uma repercussão do mecanicismo dos movimentos como uma não abertura a relações espontâneas entre os participantes.

Entendemos que o fato de o grupo de participantes não ter sido o mesmo em todas as oficinas realizadas dificultou a possibilidade de realizar um trabalho gradual, já que todas as etapas pensadas para o processo não foram vividas por cada uma das pessoas. Entretanto, acreditamos nos efeitos que o



encontro com as práticas corporais, mesmo que pontual, puderam surtir, considerando os comentários obtidos ao final de cada oficina.

Isso revela não uma falha na pesquisa ou no modo de conduzi-la, mas uma demonstração de quão árduo é o trabalho de desinstitucionalização no hospital psiquiátrico e que se trata mesmo de um processo gradual e cheio de desafios. Demonstra também o caráter imprescindível, para a desinstitucionalização, de que os interesses internos convirjam com a proposta - ou seja, que a aposta, assim como as transformações, partam principalmente de dentro da instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que já estejamos próximos dos dez anos de sanção da Lei 10.216, que definiu novos rumos para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, encontramos ainda fortalecida uma cultura que sustenta o manicômio e as relações, saberes e práticas que o constituem. Da mesma forma, no hospital psiquiátrico em que nos inserimos muitos desses aspectos ainda vigoram e estão materializados na disposição física do espaço, no entendimento sobre cada trabalho e atividade ocorrida na instituição, na forma de relacionar-se com os outros.

Percebemos ser possível a desconstrução dessa cultura pelas vias do corpo, instigando as reflexões, os desejos e a sensibilidade possíveis de aflorar a partir da expressão do mesmo, de diversas formas, sendo estas maneiras encontradas quando se restaura a criatividade e a espontaneidade corporal. Resgatar essa sensibilidade repercute nas formas de ser e agir, podendo despertar novos devires. As reflexões suscitadas a partir das oficinas corporais apontaram para esse sentido. Esperamos que elas sejam de fato transpostas e operacionalizadas no cotidiano do hospital.

Notamos também que essa forma de transformação através da motricidade, além de ser um processo gradual e que requer tempo, só pode ser efetivo se contar com a convergência de interesses internos à instituição. Daí a importância de acessar todos aqueles que compõem a instituição, inclusive, e principalmente, os cuidadores.

## REFERÊNCIAS

Alverga, A. R. e Dimenstein, M. D. A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

\_\_\_\_\_ (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Basalia, Franco, 1924. *Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336p.

Goffman, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 8ª edição, 2008.



Gonçalves, S. et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):105-113, 2001

Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Medeiros, S. M.; Guimarães, J. Cidadania e Saúde mental no Brasil: Contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):571-579, 2002.

Paulon, S. M. (2005). A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), 18-25.

Rodrigues, D. (Org). *Os valores e as atividades corporais*. São Paulo: Summus, 2008.

Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. (pp. 89-99). 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

Sant'Anna, D. B. (Org.) *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

Maria Aparecida Dias  
Rua Antônio Mor, 2812 - Ponta Negra  
Natal/RN, CEP: 59090-43  
[cidaufn@gmail.com](mailto:cidaufn@gmail.com)

Mackson Luiz Fernandes da Costa  
Rua São Sebastião, 302 – Cidade Nova  
Natal/RN, CEP: 59072-490  
[macksonluiz@gmail.com](mailto:macksonluiz@gmail.com)

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim  
Rua nival camara, 602, apartamento – Tirol  
Natal/RN, CEP: 59020630  
[akarraes@gmail.com](mailto:akarraes@gmail.com)

Recurso Tecnológico: Data Show.

Allana de Carvalho Araújo  
Graduanda em Psicologia na UFRN  
Bolsista de iniciação científica/REUNI

Ana Karenina de Melo Arraes Amorim



Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Deyze da Silva Ferreira  
Graduanda em Psicologia na UFRN  
Bolsista de iniciação científica/REUNI

Mackson Luiz Fernandes da Costa  
Graduando em Educação Física na UFRN  
Membro do Grupo de Pesquisa Corpo e Cultura de Movimento – GEPEC

Maria Aparecida Dias  
Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>ª</sup>. Adjunto I da Universidade Federal Do Rio Grande do Norte  
Membro do Grupo de Pesquisa Corpo e Cultura de Movimento – GEPEC