

**OFICINAS TERAPÊUTICAS:
POSSIBILIDADES DE SUBJETIVAÇÃO DA PESSOA PSICÓTICA
INSTITUCIONALIZADA**

*Amanda Santos de Souza¹
Rui Maia Diamantino²*

RESUMO

A arte está entre as diversas modalidades de assistência resolutiva ao sofrimento psíquico e à desconstrução de estigmas sociais em torno da psicose por meio da Reforma Psiquiátrica. Este estudo teve por objetivo analisar a contribuição da arte como instrumento de expressão do inconsciente em sujeitos psicóticos e como caminho para a formação do vínculo terapêutico, a partir da experiência de oficinas realizadas na internação de um hospital psiquiátrico na cidade de Salvador, Bahia. A função da criação artística foi abordada como ferramenta de trabalho no manejo da psicose a partir do vínculo terapêutico. Como resultado, considerou-se que a arte pode ser uma ferramenta facilitadora da expressão subjetiva para as pessoas que vivem a experiência da psicose, tornando-lhes possível o alcance de novos lugares na relação com a sociedade e atenuando o sofrimento psíquico da experiência, por meio do vínculo com os profissionais que atuam na unidade de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: *Psicose; saúde mental; arte.*

¹ Psicóloga. Especialização em andamento em Residência Multiprofissional em Urgência, Universidade Federal da Bahia.

² Professor Assistente da Universidade Salvador, UNIFACS. Doutor em psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**THERAPEUTIC WORKSHOPS:
POSSIBILITIES OF SUBJECTIVATION OF THE INSTITUTIONALIZED
PSYCHOTIC PERSON**

ABSTRACT

Art is among the various modalities of resolute assistance to psychic suffering and the deconstruction of social stigmas around psychosis through brazilian psychiatric reform. The objective of this study was to analyze the contribution of the art as an instrument of expression of the unconscious in psychotic subjects and as a pathway to the formation of the therapeutic bond, from the experience of workshops performed in the hospitalization of a hospital psychiatric in the Salvador city, Bahia. The function of artistic creation was addressed as a tool of working in the management of psychosis from the therapeutic bond. As a result, it was considered that art can be a facilitating tool of subjective expression for people who live the experience of psychosis, making them possible the reach of new places in relation to society and mitigating the psychological suffering of experience, through the bond with the professionals who act in the health unit.

KEYWORDS: *Psychosis; mental health; art.*

INTRODUÇÃO

Dentre as diferentes vertentes teóricas que discursam sobre o entendimento psicológico da psicose, uma possível forma de compreensão parte do pressuposto psicanalítico de que há uma falta marcada pela ausência da figura que representa o saber e a lei social, ou seja, o significante Nome-do-Pai (LACAN, 2002). Este significante representa o “pai” enquanto função geradora e mantenedora das relações simbólicas na psique. Trata-se da metáfora paterna que se articula com a normatização da pessoa com o laço social por meio da fala ou discurso linguístico (QUINET, 2000).

Por permitir a entrada da pessoa na linguagem e, por sua vez, no discurso, tornando possível que a mesma relacione significados e significantes de forma normativa (ou léxica), o Nome-do-Pai, ou metáfora paterna, quando muito ineficaz no funcionamento psíquico, acarreta distúrbios severos da linguagem e da compreensão do sentido da fala produzida, caracterizados por Lacan como indicativos da psicose (LACAN, 2001). Isso implica que o sistema simbólico na psicose é fragilizado até ao ponto de a relação da pessoa com a realidade ser interpretada por meio de delírios e alucinações (LACAN, 2001), de fenômenos de códigos linguísticos (neologismos, intuição, etc.) e de fenômenos de mensagem (mensagens interrompidas).

Quando demandas de um recorte da realidade emergem sem que haja a eficácia simbólica, ou seja, a eficácia das significações para interpretar a realidade pela pessoa psicótica (CALLIGARIS, 1989; ZOSCHKE, 2008), surgem metáforas delirantes para recobrir a falta da significação possível para o recorte da realidade. Dito de outro modo, concebe-se que a ausência da metáfora paterna faz com que os sintomas psiquiátricos sejam desencadeados no momento em que o psicótico é levado a assumir um lugar ou papel que não foi passível de simbolização, passando a realizar uma tentativa de interpretação da realidade radicalmente indiossincrática (CALLIGARIS, 1989).

Nessa perspectiva, os sintomas psicóticos possuem grande valor em relação às terapêuticas empregadas. Para Franceschini e Fonseca (2017), a escuta e acolhimento dessa manifestação sintomática – em detrimento da sua simples contenção medicamentosa – é fundamental dentro do cuidado para com o paciente psicótico.

Quanto ao aspecto social, o psicótico é frequentemente estigmatizado em sua identidade e papel social: é o "doente mental", o “louco” (RIBEIRO, 2007), alguém

destituído do lugar de sujeito, subjugado em seu pertencimento cultural e comunitário. Trata-se, portanto, de uma condição de existência que implica uma relação atípica do sujeito consigo mesmo e com o outro, no sentido de que as normas convencionais seguidas pelo não-psicótico são confrontadas diretamente, o que provoca desconforto e estranheza, bem como uma necessidade de afastamento do convívio social desse sujeito. Conforme Foucault (2008) e Jodelet (2005), essa estranheza está lastreada culturalmente pelas representações da loucura que são revestidas de ameaças, agressividade, imprevisibilidade e “contaminação do mal”. Em seu estudo sobre representações sociais da loucura em um vilarejo francês, Jodelet (2005) identificou que havia uma segregação entre os doentes mentais e os demais membros comunitários. Atribuía-se a estas pessoas a condição de outro, de alguém alheio à comunidade. Esses outros – não-semelhantes, diferenciados – eram excluídos e marginalizados no processo de socialização (JODELET, 2005).

De acordo com Jodelet (2005), tais representações frequentemente encontram-se mascaradas por um saber tácito, socialmente compartilhado, que emergem de forma cotidiana e, muitas vezes, sutil, por meio de gracejos e/ou pequenas inferências que perpetuam de forma contínua a concepção estereotipada da loucura: o louco agressivo, indisponível, decadente, imprevisível. Para Cetolin (2011), ultrapassar o consolidado senso comum de que o louco é, necessariamente, imprevisível e digno de desconfiança, para um entendimento cuidadoso de fundamento científico, é uma difícil tarefa ainda em construção.

Em função das representações e dos cenários de exclusões do louco, que lhe retira o caráter de cidadania e ocasiona a negligência nos cuidados de sua saúde, a Reforma Psiquiátrica se instaurou no Brasil ao final da década de 1970, buscando construir novas tecnologias de cuidado e uma política pública no âmbito da Saúde Mental de caráter mais humanizado, integral e inovador. Ao propor a implementação de uma assistência resolutiva e de amparo ao sofrimento humano, bem como a desconstrução de estigmas sociais em torno da loucura (SILVA, 2005), a Reforma Psiquiátrica se direcionou à tentativa de substituição do isolamento asilar por um tratamento de base comunitária, de acolhimento e inclusão (QUINET, 2011).

A partir da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e da Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), ocorreu uma reestruturação da assistência em Saúde Mental e emergiram estratégias de cuidado mais condizentes com as premissas trazidas pela Reforma Psiquiátrica. Tais estratégias têm como pilar as tecnologias leves (MERHY,

2005), as quais perpassam os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde (JORGE, 2011). Vínculo se refere àquilo que liga pessoas e estabelece relações, sugerindo interdependência.

No contexto da Saúde Mental, o vínculo se forma a partir da relação estabelecida entre cuidador e usuário, através do processo de acolhimento, que se dá por meio da escuta e valorização do saber do outro (JORGE, 2011). Enquanto tecnologia, o vínculo possibilita trocas, facilita a comunicação assertiva e torna a assistência em saúde mais humanizada na medida em que dá substrato para consolidação da confiança entre o sujeito e o profissional da saúde. Na lógica do vínculo, pautada no entendimento de que, onde há sintoma há sujeito (QUINET, 2006), o acolhimento do delírio e das alucinações como uma forma possível de laço humano convoca o que lida com o psicótico a ocupar o lugar de “secretário do alienado” (LACAN, 2002).

Embora o discurso psicótico busque nomear o inominável da significação, a arte produzida pela pessoa psicótica pode tornar-se um modo de linguagem fundamental em direção à experiência e à tentativa de reestabelecimento de vínculo com o outro (FRANCESCHINI e FONSECA, 2017). Nesse sentido, a relação entre arte e Saúde Mental se estabelece por volta do século XIX, através do uso de atividades artísticas no contexto dos hospitais psiquiátricos.

Inicialmente, a conduta da Psiquiatria Tradicional se dirigia à averiguação das produções artísticas no sentido de examinar elementos que facilitassem a compreensão da doença mental e dos sintomas que acometiam os pacientes. Na proporção em que o trabalho acontecia, tornou-se perceptível que as produções feitas pelos pacientes apontavam para resultados satisfatórios em termos de expressão subjetiva e efeito terapêutico. Por outro lado, a progressiva mudança em torno do trabalho em Saúde Mental, a redução da ênfase na doença e o resgate do sujeito, promoveram uma maneira diferente de trabalhar com a arte nesse contexto (MELLO, 2009).

No Brasil, em particular, os esforços de Nise da Silveira em debruçar-se sobre os sentidos vivenciais expressos na arte produzida pelos pacientes, além do aprofundamento dos elementos inconscientes ali manifestos, deram a este trabalho um novo propósito e configuração (MELLO, 2009). Para Silveira (1992), as atividades artísticas possuíam efeitos terapêuticos associados à possibilidade de formatação dos afetos conflituosos e sua despotencialização mediante a expressão. No exercício

artístico, o indivíduo teria a chance de experimentar suas emoções de outro modo, de forma plástica e palpável, produzindo e criando algo a partir de sua vivência interior. Por possibilitar a construção de novos sentidos, a criação de realidades outras e o rearranjo de maneiras particulares de existir, a arte viabiliza ao psicótico o alcance de um estatuto de sujeito inserido na cultura, ou seja, um sujeito que vê, deseja e socializa (ZOSCHKE, 2008).

Entendidas como uma ferramenta complexa e plural de assistência à saúde, as oficinas se enquadram no leque das novas propostas terapêuticas advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica. Caracterizadas pela heterogeneidade e diversificação, promovem variadas linguagens a partir da estimulação da expressão subjetiva e interrelacional e podem contemplar diferentes temáticas e formatações a depender do objetivo terapêutico: oficina de arte, música, dança, artesanato, etc., o que possibilita intervenções mais consistentes e variadas (GALLETI, 2004). No âmbito da atenção psicossocial, as oficinas possuem valor prático em termos da flexibilidade instrumental e da construção diversificada; funcionam como possibilidade de reinserção social a partir da geração de renda e, também, da capacitação profissional mediante a aquisição e desenvolvimento de habilidades.

Partindo da premissa de que o fazer e a produção artística constituem tentativas de exploração da linguagem em seus outros desdobramentos, de forma mais ampla, singular e complexa, o presente estudo teve como objetivo discutir sobre o uso da arte como instrumento de expressão do inconsciente em sujeitos psicóticos e de estabelecimento do vínculo terapêutico. Com isso buscou contribuir para ampliar a discussão sobre a utilização cada vez mais intensiva das tecnologias leves como recurso nas unidades de saúde pública, à abordagem humanizada do sofrimento psíquico causado pela experiência das psicoses.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado em um hospital psiquiátrico público da cidade de Salvador-Bahia, no setor de internação psiquiátrica, local onde foram realizadas oficinas artísticas com os usuários do serviço. Os materiais e procedimentos são descritos a seguir.

Os dados foram obtidos por meio da observação participante, no qual o pesquisador estabelece uma relação multilateral no cenário natural do fenômeno para

desenvolver uma compreensão científica a partir da vivência pessoal dos eventos e de sua análise destes (MAY, 2001). Cabe ao pesquisador participar das relações sociais envolvidas no fenômeno, tornando-se parte do objeto de observação, para entender aquilo que emerge e ocorre no período em que a observação acontece (PROENÇA, 2007).

As oficinas foram conduzidas em uma sala de terapia ocupacional da unidade de saúde e os seus formatos foram construídos a partir da constituição dos grupos por demanda espontânea e participação livre. Desenvolveram-se 14 oficinas como descrito a seguir:

- a) Oficina de música: liderada pela psicóloga do setor de internação, músicas de variados estilos e ritmos foram tocadas no violão e cantadas em conjunto, por ordem de pedido dos participantes. De forma breve, solicitou-se que o sujeito relatasse seu interesse/gosto pela música, e, em muitos momentos, houve movimento de dança conjunta enquanto a música pedida era tocada. Este foi o tipo de oficina mais solicitado e preferido pelos participantes. Foram realizadas cinco oficinas de música.
- b) Oficina de construção de máscaras: foram ofertados moldes prontos de máscara, bem como folhas avulsas para a confecção de outros tipos de molde. Assim, os participantes poderiam pintar, desenhar e escrever o que quisessem em suas máscaras. Houve apenas uma oficina desse tipo.
- c) Oficina de pintura e desenho: ofertou-se materiais para pintura (giz de cera, lápis de cor, hidrocor) e os participantes poderiam desenhar, pintar e escrever livremente. Após a produção, estes eram encorajados a falar um pouco sobre sua produção. Ocorreram quatro oficinas nessa modalidade.
- d) Oficina de colagem: ofertou-se revistas e jornais para o recorte e colagem em folha em branco, bem como material para colorir e pintar. Os participantes ficaram livres para produzir aquilo que lhes interessasse, e, ao final da produção, foram convidados a falar sobre sua obra. Duas oficinas foram realizadas.

- e) Oficina de confecção de cartas: ofertou-se vários materiais para pintura, colagem e desenho, além de envelopes. Os participantes foram convidados a produzir algo para entregar a qualquer pessoa que quisessem. Apenas uma oficina desse tipo ocorreu.
- f) Oficina de confecção e pintura de mandalas: foram entregues moldes prontos de mandalas retirados da internet, além de papeis e material para pintar e colorir. Os pacientes ficaram livres para pintarem as mandalas prontas ou para construírem as suas próprias. Foi realizada apenas uma oficina desse tipo.

Ao fim de cada oficina foram registradas em diário de bordo toda a sua execução: chegada no setor de internação, contato inicial com os pacientes, convite aos mesmos, preparação dos materiais necessários para a realização da oficina, início das atividades, condução, manejo de conflitos (quando ocorreram), exposição das produções, escuta, compartilhamento coletivo das produções e finalização.

Os dados analisados qualitativamente foram escolhidos dentre outros produzidos para atenderem aos objetivos deste estudo. As referências aos pacientes foram por iniciais fictícias, preservando, assim, o sigilo da identidade das pessoas citadas nas situações descritas no estudo.

No que concerne às oficinas, estas foram desenvolvidas como práticas de estágio profissionalizante do último semestre da primeira autora, sob a supervisão acadêmica do coautor do estudo, não carecendo, portanto, de apreciação por um comitê de ética institucional. Todas as oficinas foram submetidas à apreciação do corpo técnico do hospital e, especificamente, da psicóloga preceptora de estágio da unidade de saúde, tendo sido aprovadas sem restrições. Com estas considerações, os aspectos éticos para a realização das atividades de prática e observação para a obtenção dos dados, atenderam não somente aos princípios éticos da realização de atividades de estágios pelo Conselho Federal de Psicologia como aos requisitos da Resolução CNS 466/2012.

DISCUSSÃO

O setor onde as oficinas se processaram é, de forma geral, estigmatizado dentro da instituição hospitalar, sendo percebido por parte considerável dos

profissionais como um espaço temerário, como foi possível notar na fala de uma técnica de Enfermagem do ambulatório: “*you vai para a internação? Vixe! Cuidado, viu!?*”. O discurso sobre tal espaço, empregado através de um tom que, embora parecesse humorado, aponta, no entanto, para possíveis dificuldades na abordagem aos usuários e suas demandas. Evidencia-se, então, uma conduta que estaria permeada pela representação da psicose marcada pelo medo, desconfiança e estranhamento (JODELET, 2005).

Nesse sentido, é perceptível o quão destoante da realidade podem ser as atitudes e crenças de muitos profissionais de saúde mental quanto ao comportamento e às atitudes do sujeito psicótico (JODELET, 2005), demonstrando que os esforços advindos do projeto da Reforma Psiquiátrica ainda são insuficientes e precisam de ênfase contínua no tocante à desconstrução da estigmatização da loucura e à consolidação de uma nova prática em Saúde Mental.

Contrariando a expectativa inicial trazida por algumas pessoas da equipe, os pacientes demonstraram disponibilidade para participar das atividades propostas, além de grande interesse de vinculação e necessidade de escuta. As atividades se iniciavam a partir do convite direto feito aos pacientes que circulavam pelo setor da internação, os quais demonstraram entusiasmo para participar da atividade do dia.

Foram comuns frases como “*bom dia, doutora! Você disse que vinha ontem e veio mesmo!*” (V., 33 anos); “*you vêm muito pouco aqui! Demora demais... vão vir amanhã?*” (J., 32 anos); “*quando you não estão aqui, não tem nada pra gente fazer. Dá uma tristeza, yous nem sabem*” (M., 23 anos). Além de sugerir uma necessidade de proximidade e atenção, estas falas apontam para uma demanda em termos de afeto e vinculação, haja vista a frequente reação de surpresa dos pacientes acerca da presença ou do retorno da pesquisadora, o que pode ser entendido com um espanto diante da possibilidade de uma vinculação efetiva. Por outro lado, esse comportamento pode indicar um frágil vínculo com a equipe multidisciplinar, a partir inclusive de sua atitude de temores baseada nas representações negativas da psicose (JODELET, 2005).

Construído gradativamente, com auxílio e mediação da psicóloga do setor, o vínculo (JORGE, 2011) com a pesquisadora foi facilitado através do que se poderia denominar de “ritual” de apresentação inicial, feito no momento da abertura das oficinas. Nesse momento, todos os participantes do grupo, incluindo a psicóloga e da pesquisadora, tinham a oportunidade de se apresentarem, podendo falar brevemente

sobre si mesmos. Considera-se que o emprego dessa estratégia foi especialmente importante devido ao fato de a pesquisadora somente se fazer presente no hospital durante dois dias na semana – o que, possivelmente, favoreceria o sentimento de estranheza em relação a quem ela seria, caso as apresentações pessoais não fossem feitas de forma contínua. Além desse aspecto, observou-se uma rotatividade de usuários no percurso das oficinas.

É importante referir que, apesar dessa rotatividade e dos poucos e espaçados encontros para construção das oficinas, a experiência aqui relatada possibilitou afirmar que é possível estabelecer vínculos entre o profissional de saúde mental e quem ele acompanha. Para ilustrar, tem a situação vivida por meio da produção artística de L., 48 anos, paciente que iniciou seu tratamento na unidade em 1998, quando foi internado pela primeira vez.

Com história pregressa de traumatismo cranioencefálico (TCE) e histórico de doença mental na família, L. tem como diagnóstico principal, pela CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997), “Estado Catatônico Orgânico” (F061) com a presença de sintomas produtivos de cunho alucinatório e delirante, insônia, risos imotivados, embotamento afetivo e falta de iniciativa. Seu processo, isento de comorbidades clínicas, é considerado crônico e processual e tem caráter incapacitante em termos de realização de atividades cotidianas. Por isso, L. é aposentado por invalidez e totalmente dependente do seu genitor. Nesta internação de caráter involuntário por motivos de humor exaltado e episódio psicótico, L. veio acompanhado de sua irmã.

Ao ser convidado para a oficina de confecção de máscaras, L. prontamente aceitou participar, tendo construído a sua máscara de forma colaborativa, pedindo a opinião da pesquisadora com frequência e mostrando os resultados de sua produção em seguida. Em certo momento, apoderou-se da sobra de um molde de máscaras, na qual inseriu repetidas variações do nome da pesquisadora. Separou tais variações com traços verticais e em colorações diferentes, em forma de degradê, indo do violeta ao amarelo, seguido do laranja, vermelho e azul. Na produção, notou-se que cores frias iniciaram e finalizaram o *degradê*, cujo interior se constituiu por cores quentes e progressivas em sua tonalidade. Intercalado às repetições do nome da estagiária, L. desenhou uma figura geométrica arredondada (semelhante a imagem de um coração), em tom violeta, com quatro pares da inicial do nome dela. Um dos pares, de coloração laranja, instituiu novamente a cor quente em meio a tonalidade fria.

Neste ponto torna-se importante considerar que a gradação de cores possivelmente estaria representando as muitas tonalidades do seu afeto projetados no vínculo, desde que as cores, via de regra, representam estados de sentimento e contemplam significados de base contextual, de modo que cores e sentimentos não podem ser entendidos como uma combinação aleatória haja vista seus efeitos sobre as pessoas em termos subjetivos (HELLER, 2013). Da expressão atenuada das bordas e a intensidade do centro onde estão as cores fortes, L. parecer revelar o seu mundo interior carregado de desejos. Porém, a ancoragem interpretativa da produção de L. não é possível, pelo fato de ser um discurso de natureza psicótica (LACAN, 2002), permanecendo opaco o seu significado real para os autores do estudo.

A produção referida mostra a possibilidade de construção de vínculos por meio do uso da arte como instrumento de trabalho em Saúde Mental (JORGE, 2011). Nesse caso, em particular, desde o momento em que confeccionava a primeira obra artística (a máscara), pode-se entender que L. autorizou a pesquisadora a fazer parte de sua produção através da solicitação de suas opiniões e do questionamento sobre sua aprovação daquilo que produziu, apontando para uma complementaridade entre discurso e produção artística. Depois, na produção em que repetiu o nome da pesquisadora, ele a inscreveu na própria obra com variações de cores e formatos.

Na tentativa de escrever o nome da estagiária de modo correto ortograficamente, fica sugerido que há uma expressão afetiva marcada pela variação das cores e tons utilizados, o que evidencia o vínculo e sua ligação com o processo de criação artística. Outro ponto a considerar na relação com L. é o aspecto dialógico entre ele e a pesquisadora, onde o manejo dos significantes relacionados ao seu fazer reforçam o vínculo por meio da fala (JORGE, 2011; THOMAZONI e FONSECA).

Também se pode que na produção de L. a inscrição do nome da pesquisadora, propõe o suscitador da metáfora Nome-do-Pai, desde que a pesquisadora ocupa para os pacientes um lugar de saber, pois, no imaginário do paciente, ela é uma “doutora” (QUINET, 2000; ZOSCHKE, 2008), lugar de autoridade e, portanto, de lei simbólica. Nesse caso, também se pode pensar que por meio do desenho e do uso do significante de um nome, L. manejou o campo simbólico, muito embora precariamente.

É importante salientar ainda que, durante toda a condução da oficina, L. demandou escuta pessoal e trouxe no discurso importantes elementos de suas vivências. Em atividades seguintes, a inserção literal de elementos metafóricos sobre o cuidador emergiu novamente, tanto em pinturas quanto em colagens, e ainda a

solicitação de que a pesquisadora escrevesse seu nome nas obras, ao lado do nome do paciente, ou que pintasse desenhos feitos por ele. A função de “secretária do alienado”, assim, explicita-se por meio dessas demandas (LACAN, 2002).

O movimento de apelo do paciente à metáfora paterna, aventada pelo lugar de poder atribuído à “doutora” endereça à uma figura que delimita e estabelece regras perante a organização do espaço e o manejo das atividades (LACAN, 2002). Em paralelo, se estabelece uma relação colaborativa, na qual a pesquisadora acolheu os atos, rabiscos, traçados, falas e sons no intuito de legitimar o discurso de L., bem como reafirmar o sentido atribuído do que foi dito através dessas linguagens (LIMA, 2008). Ao assumir este lugar, a pesquisadora executou solicitações oriundas das demandas do paciente consideradas como produção subjetiva e expressiva da sua pessoa, enfatizando os efeitos do vínculo na relação estabelecida (LACAN, 2002).

Por este relato é possível compreender o quão simbólicas e expressivas as produções artísticas podem ser, sobretudo quando se trata de pacientes que estão em privação de liberdade e sob tratamentos invasivos que restringem seu contato com os laços sociais, a comunidade e a cultura (QUINET, 2000).

Postos em um ambiente com grades, portões, vestimenta padronizada, sem variações e a identificação por etiquetas de pulso e uniformização contínua, a identidade pessoal se vulnerabiliza e perde espaço de expressão, em um movimento de enquadre do sujeito à “instituição total” (GOFFMANN, 1996), no qual sua bagagem cultural é tolhida e sua história renegada, anulando as subjetividades individuais. Nesse sentido, a massificação facilita a objetividade prática da assistência (GOFFMANN, 1996; WICKERT, 1998), gerando a carência de expressões afetivas dos usuários, sua valorização e cuidados apropriados, o que foi possível observar nos contatos mantidos nas oficinas.

Nesse contexto, não há elementos que lhes favoreçam o sentimento de pertença, ou que lhes ofereçam a possibilidade de sentirem que algo lhes pertence além das pequenas sacolas plásticas onde armazenam seus fumos, alguns alimentos e, eventualmente, algumas das obras artísticas que produzem nas oficinas. Trata-se, portanto, de um não-lugar, de um espaço de despersonalização que trata o indivíduo como um “doente” e não como cidadão. Assim, na medida em que se impede ao usuário sua autoafirmação enquanto um Eu, o seu sofrimento psíquico é mantido, resultando na dificuldade de enfrentar adversidades e manejar seus desejos, frustrações, medos e inseguranças (GOFFMANN, 1996; WICKERT, 1998) quando

fora dos muros hospitalares. Nesta perspectiva, pode-se perceber a ampla repercussão e adesão significativa que as intervenções terapêuticas oportunizaram quanto à expressão e a escuta da pessoa psicótica, colocando-a no laço social com sua linguagem própria e idiossincrática, porém, sempre linguagem de um sujeito humano que integra o quebra-cabeças social e a sua diversidade.

Na pequena sala das oficinas pareceu caber mais sujeitos do que em todo o setor da internação. Naquele espaço, foi possível conhecer maridos, filhos, irmãos, namorados e amigos silenciados pela vestimenta hospitalar, invisíveis em seu Eu. Em cada pequeno momento de escuta, foi possível conhecer histórias íntimas e vivências sobre trabalhos feitos, lugares conhecidos, perdas, vitórias, dificuldades e medos (LIMA, 2008).

Além disso, o espaço das oficinas se configurou enquanto território cultural, no sentido de que permitiu compartilhamentos, encontros e socialização, principalmente pelo enfoque no trabalho em formato de grupos. Embora as produções tenham sido construídas individualmente, o cenário grupal e as interações daí decorrentes resultaram na produção de linguagens e códigos plurais cujos efeitos transpuseram o espaço físico do ateliê (LIMA, 2008), o que pode ser evidenciado pelo movimento dos pacientes tanto no início quanto após a finalização das atividades: em todos os encontros, eles seguiam a pesquisadora pelos corredores e pelo rol do setor da internação, proferindo diálogos mesmo perante as grades da enfermaria, perguntando sobre a atividade do dia ou sobre a realização do encontro seguinte.

As produções artísticas trouxeram à tona imagens indizíveis, um retrato vivo do arcabouço subjetivo e inconsciente daquelas pessoas. Sem pretensões quanto a avaliação da veracidade do discurso ou da cronologia dos eventos, a oferta de um espaço de escuta e expressão permitiu às produções dizerem de si mesmas por meio de variados códigos (ritmos, pinturas, colagens, etc.). Encaradas como uma linguagem própria, essas produções funcionaram como uma espécie de tradução das imagens e símbolos que constituem a psique, cuja manifestação trouxe efeitos de significação e experimentação da realidade para além dos sintomas (SILVEIRA, 1992). Com isso, revela-se o objetivo terapêutico de encontrar o sujeito por trás da doença e do diagnóstico.

Através das pinturas, músicas, danças, colagens, mandalas e máscaras, esses sujeitos puderam expressar de forma fértil e única suas intimidades, desejos e anseios, além de construir significados, percepções e entendimentos sobre si mesmos. As

obras, imagens e movimentos desenvolvidos “falaram” muito dos autores, de encontros consigo mesmos em suas maneiras particulares de existirem no mundo (SILVEIRA, 1992). Além disso, oportunizaram a mobilização de afetos que careciam de outras formas de expressão, bem como o acolhimento da manifestação dos significantes e do material subjetivo em função da necessidade de tecer novas linguagens e confeccionar significados a serem apropriados, permitindo, assim, uma ampliação do significado da existência a partir da experiência da psicose (SILVEIRA, 1992; LIMA, 2008).

Desse modo, compreende-se que o uso da arte enquanto instrumento de trabalho não perpassa a lógica da cura, nem da reabilitação, embora possa ser um recurso terapêutico. É, por outro lado, uma ferramenta que possibilita uma linguagem direcionadora das experiências, levando o sujeito de um não-lugar de existência para um outro em que sentidos são possíveis e que o delírio é, também, uma maneira de existir, experimentar e viver (FRANCESCHINI e FONSECA, 2017). Logo, trata-se de um instrumento que potencializa o sujeito a ser quem ele é, na sua condição de existência – psicótica – permitindo que, através da expressão de seus traços, rabiscos, pinturas e imagens, ele possa legitimar-se enquanto um Eu.

Em sua produção artística, o louco – tido socialmente inútil, inválido e incapaz (FOUCAULT, 2008) – traz uma linguagem própria impossível de ser interpretada ou traduzida a partir dos parâmetros estéticos ou sentidos convencionais. Suas produções, por outro lado, trazem em sua constituição uma profundidade que vai além das belas artes e que refletem uma expressão disforme: ora um grito, ora um sussurro, mas, sobretudo, um dizer único cujo sentido é plural e indecifrável (JODELET, 2005).

Finalmente, é possível considerar que as produções artísticas desses pacientes dizem sobre forças interiores, desprovidas de visibilidade, selvagens em seu silenciamento. Apenas os sintomas têm vez, ao passo que provocam estranhezas que lhes garantem atenção e intervenções imediatas. Não mais apartado do convívio social como fora no período manicomial de assistência, o louco segue privado da confiança social e fadado a segregação quanto aos parâmetros de existência do não-louco. Embora esforços tenham sido empregados no sentido humanizá-lo e resgatar o sujeito da doença mental que ainda o define enquanto ser humano, o dito louco não apenas ainda habita os espaços institucionais de tratamento psiquiátrico, mas ainda habita o próprio mundo representacional e de louco que pode haver em cada um dito “normal” (FRANCESCHINI e FONSECA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho descreveu uma experiência de vinculação e intervenção terapêutica em uma unidade psiquiátrica. O processo ocorreu por meio de diversas oficinas de natureza artística.

Pelo que aqui foi relatado, pode-se conceber que a arte é capaz de potencializar o processo criativo e a expressão subjetiva dos sujeitos submetidos ao tratamento institucionalizado em saúde mental. Em um contexto limitador e limitante, os processos criativos, por meio da arte, podem funcionar como um veículo de perseveração do sujeito enquanto um Eu, ofertando-lhe um estatuto de ser social e cultural, rompendo com a disseminada representação do louco improdutivo, incapaz e sem utilidades. Verificou-se que essa representação pode persistir entre profissionais de saúde mental, muito embora os esforços da Reforma Psiquiátrica e da humanização do Sistema Único de Saúde no sentido de desmontá-la socialmente.

Apontou-se a necessidade de as práticas de atenção em saúde mental incluírem e construir espaços que permitam aos sujeitos tidos como loucos criar, produzir e, a partir disso, reinventarem-se como sujeitos sociais. A arte, portanto, é um instrumento de cuidado em saúde mental de efeito terapêutico, expressão subjetiva, aquisição e/ou potencialização de habilidades relacionais do sujeito consigo mesmo e com o outro. Trata-se de um instrumento que impulsiona o sujeito a ocupar um lugar de legitimação pessoal e social, no qual poderá ser Eu em detrimento de ser “louco”.

Constatou-se ainda o efeito terapêutico do uso da arte como um instrumento possível para o manejo da psicose e para o estabelecimento de vínculos efetivos entre o usuário e os integrantes da equipe multiprofissional. Além disso, a escuta e a condução dos processos grupais implicados na vivência das oficinas apontaram que ambas podem servir de base para a construção de um olhar mais ético e humano direcionado aos usuários, partindo da ideia de que há mais demandas do que aquelas manifestadas pelo sintoma psicótico a ser medicalizado.

Tendo em vista a complexidade desta temática e a sua relevância, esperou-se com o presente estudo, contribuir para a temática aqui abordada, originando novas produções não somente no âmbito acadêmico, mas, também, no âmbito da gestão das políticas de saúde mental pública. Com isso, futuros trabalhos direcionados pelas considerações acima poderão ser efetuados para aprofundar o que foi suscitado por esta experiência.

Sobre o artigo

Recebido: 14/04/2018

Aceito: 16/07/2018

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 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. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>. Acesso: 12 de nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 12 de nov. 2017
- CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- CETOLIN, S. K. **Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia-HCT/BA**, 2011, 135f. Dissertação (mestre em Psicologia). Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador: 2011. Disponível em: <https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone_cetolin.pdf>. Acesso em: 12 de nov. 2017.
- FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- FRANCESCHINI, E.; FONSECA, T. M. G. Arte e loucura como limiar para outra história. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 14-22, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v28n1/1678-5177-pusp-28-01-00014.pdf>>. Acesso em 27 de out. 2017.
- GALLETI, M. C. **Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: Ed. da UCG, 2004.
- GOFFMANN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- HELLER, E. **A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão**. São Paulo: Gustavo Gili, 2013.
- JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental-tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, 2011.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 3: as psicoses**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- LIMA, E. A. Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria; 2008.

MAY, T. **Pesquisa social. Questões, métodos e processos.** Porto Alegre, Artemed, 2001.

MELLO, L. C. **Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatria rebelde.** Curitiba: Museu Oscar Niemeyer, 2009

MERHY E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; v.2, 1997.

PROENÇA, W. L. O método da observação participante: contribuições e aplicabilidade para pesquisas no campo religioso brasileiro. **Revista Aulas.** São Paulo, n. 4, p. 1-24, 2007. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/Conjunto%20III/4_23.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2017

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

QUINET, A. **Psicose e laço social.** Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

RIBEIRO, M. A. Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. **Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho.** São Paulo, v. 10, n. 1, p. 75-91, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 de out. 2017.

SILVA, M. B. B. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 303-321, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v8n2/1415-4714-rlpf-8-2-0303.pdf>>. Acesso em: 09 de nov., 2017.

SILVEIRA, N. **O mundo das imagens.** São Paulo: Ática, 1992.

THOMAZONI, A.R., FONSECA, T. M. G. Encontros Possíveis entre Arte, Loucura e Criação. **Mental.** São Paulo, v.9 n.17, p. 605-620, 2011.

WICKERT, L. F. Loucura e direito a alteridade. **Psicologia, Ciência e Profissão.** Brasília, v. 18, n. 1, p. 38-45, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000100005>. Acesso em: 16 de nov., 2017.

ZOSCHKE, C. **A arte e a loucura: uma aproximação histórica.** In: V Fórum de Pesquisa Científica em Arte, 2006/2007, Curitiba. Anais. Curitiba, 2008.