

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

IVANA MARIA FOSSARI

**OFICINA COM JOGOS TEATRAIS: INSTRUMENTO AUXILIAR NA  
RESSIGNIFICAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO  
PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação do Prof. Dr. Reinaldo Matias Fleuri.

Florianópolis – SC, abril de 1999

IVANA MARIA FOSSARI

**OFICINA COM JOGOS TEATRAIS: INSTRUMENTO AUXILIAR NA  
RESSIGNIFICAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO  
PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Florianópolis –SC

1999

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho tornou-se possível graças a colaboração direta ou indireta de muitas pessoas. Gostaria de registrar o meu carinho e agradecimento a todas elas e de forma particular:

a compreensão da família, em especial a mãe Irene sempre tão presente, Tereza pelos esclarecimentos e força nesta etapa final, e para Giseli pela tradução do resumo;

aos companheiros de teatro do Grupo Pesquisa Teatro Novo, em especial a Carmen Lúcia, diretora, companheira e irmã também na arte, pela caminhada em conjunto;

ao Mestre Reinaldo Matias Fleuri pelo incentivo, apoio e orientação desta dissertação;

aos companheiros da Cia Teatral La Carreta do Chile, Victor Soto e David Musa pelo apoio e caminhada em conjunto;

aos colegas da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário pelo apoio e compreensão;

aos alunos das oficinas realizadas por compartilharem o sonho;

a Geraldina Burin e Nice Maestri que ultrapassaram o “profissionalismo” transmitindo muita tranquilidade com seus respectivos trabalhos de revisão gramatical de textos, e concepção e elaboração computadorizada deste.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I – AS CIÊNCIAS MÉDICAS NO CONTEXTO SÓCIO- ECONÔMICO E CULTURAL.....</b>	<b>07</b>
1.1. O passado e presente: duas realidades não muito diferentes..	07
1.2. O processo de formação do profissional de saúde .....	11
<b>CAPÍTULO II – OFICINA COM JOGOS E EXERCÍCIOS TEATRAIS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE .....</b>	<b>14</b>
2.1 – Desvendando os jogos e exercícios teatrais.....	14
2.1.1 - Proposta da Oficina com jogos teatrais.....	15
2.1.2 - A potencialização da capacidade de comunicação.....	18
2.2 - Relato e considerações de duas experiências.....	20
2.2.1 - Oficina: Teatro Educativo para a Saúde.....	22
2.2.1.1 - Descobrimos a própria capacidade de expressão corporal....	32
2.2.1.2 - Tocar e deixar-se tocar pelo outro .....	33
2.2.1.3 - Percepção de como o ser profissional determina algumas .. posturas corporais .....	36
2.2.1.4 - Emoção – Importância da emoção no processo educativo.	37
2.2.1.5 – O processo de elaboração e apresentação de uma criação coletiva .....	38
2.2.1.6 – Algumas observações e comentários finais .....	43
2.2.1.7 – Enfermeira e atriz .....	45
2.2.2 – Segunda experiência oficina de teatro e desenvolvimento pessoal para educação em saúde .....	47
2.2.2.1 – Descondicionamento dos movimentos corporais .....	52
2.2.2.2 – Comunicação corporal .....	53
2.2.2.3 – Importância de tocar e deixar se tocar .....	54

2.2.2.4 – Apresentação das criações coletivas e encerramento da oficina .....	56
2.2.2.5 – Considerações sobre os depoimentos finais do grupo.....	57
<b>CAPITULO III – PONTOS CONVERGENTES ENTRE AS DUAS OFICINAS: LIMITES DA EXPRESSIVIDADE CORPORAL MECANISMOS DE SUPERAÇÃO.....</b>	<b>68</b>
3.1 – Postura profissional mecanizada .....	69
3.2 – Superando as limitações da expressão corporal .....	70
3.2.1 – A ressignificação do olhar .....	71
3.2.2 – A ressignificação do toque .....	72
3.2.3 – A percepção da sua corporeidade .....	73
3.2.4 – A percepção da capacidade criativa .....	74
3.3 – Ampliando a comunicação .....	75
<b>CAPITULO IV – EM BUSCA DE UMA SAÍDA.....</b>	<b>77</b>
4.1 – Por uma Antropologia médica .....	77
4.2 - Considerações finais .....	79
<b>ANEXOS .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>

## **RESUMO**

A dissertação discute o potencial da oficina com jogos e exercícios teatrais como dinâmica no processo de ampliação da capacidade de comunicação. Possibilitando ao profissional da saúde a percepção e superação dos limites corporais. Focaliza e analisa de modo particular duas experiências com oficinas de teatro. Processo que poderá interferir numa nova dinâmica de trabalho ao profissional da saúde, nas relações interpessoais com a equipe, com o paciente e respectiva família e comunidade. Sugere como proposta para repensar as questões de saúde e doença o referencial abordado pela Antropologia Médica.

## **ABSTRACT**

The dissertation is about the potential of a workshop with games and theatrical exercises as help in the process of extension of the communication capacity. Helping the health professional in the perception of the body limits and to overcome them. Focalizing and analyzing in a specific way two different workshops. This process can interfere in a new dynamic of work, in the inter-professional relations with the group, the patient, the family and the community. It suggests a proposal to reflect the subjects related to health and disease through the Medical Anthropology.

## INTRODUÇÃO

Como profissional da saúde, vivenciei<sup>1</sup> de perto a grande dificuldade que este encontra nas relações interprofissionais, com o paciente e sua respectiva família e comunidade.

Reporto-me ao espaço hospitalar, berço desses quinze anos de prática. O hospital, por ser um espaço destinado à terapia, tem no paciente a razão de sua concretude. Ou, melhor, deveria. Existe uma rede invisível de determinantes distanciando os profissionais do paciente.

A equipe médica fecha-se em torno da razão diagnóstica. Em nome da causa – efeito da doença mantém rituais próprios de sua categoria profissional. Como por exemplo, o passar visita ao doente. Uma prática em que a equipe de saúde, com maior predominância de médicos, reúne-se ao redor do paciente para discutir o “caso”. E, assim, todos opinam e formulam hipóteses diagnósticas sobre aquele caso; o paciente é o portador da doença e também mostruário de sinais e sintomas que a determinam.

A equipe de enfermagem, cuida do paciente e de seu ambiente. Internamente está estruturada numa relação de trabalho em equipe, em que a divisão de funções também determina numa relação de dominação – subordinação. Cumpre o papel de mediadora dessas relações. Junto ao paciente e sua família, procura o bem-estar, conforme as orientações médicas.

---

<sup>1</sup> Procurando fugir da impessoalidade, o tratamento verbal neste trabalho é o da 1ª pessoa do singular (eu). Todavia, há ocasiões em que o uso da 1ª pessoa do plural (nós) torna-se imperativo, quando se trata de incluir outras pessoas ou situações vivenciadas em grupo.



E o paciente, assume seu papel de passivo. Confia plenamente no poder do profissional médico, cuja palavra é inquestionável.

Enfim, vivenciei as relações conflituosas de poder que se configuram no espaço hospitalar, entre *“os agentes da administração e aqueles detentores dos saberes assim como entre estes e os despossuídos dos saberes específicos (ALMEIDA, 1989, p. 18)”*.

No início dessa trajetória profissional minha percepção dessas relações, gerava uma inquietação acrescida de um sentimento de estar fora do mundo, como se eu precisasse me adaptar. Relacionava minhas inquietações com a formação pessoal e pelo ambiente artístico em que nasci. Filha de um artista plástico de grande sensibilidade, que sempre apoiou e incentivou as iniciativas criativas dos oito filhos, fui desde cedo estimulada a observar os pequenos movimentos da natureza: um raio de sol se infiltrando numa árvore, as flores, as rochas, o mar e sua magnitude. Meu pai muito nos envolveu com seu encanto e magia. E esta relação encontrava apoio na tranquilidade de uma mãe que, sempre atenta e aberta ao desenvolvimento dos filhos, era o fiel da balança nesse educar conjunto.

Assim, meu envolvimento com a arte definiu-se pelo teatro, desde a pré-adolescência, com duas das minhas irmãs mais velhas.

Quando ia entrar para o segundo grau, a Lei 5692/72 já vigorava. Tive que optar entre profissionalizar-me ou ter que sair do colégio onde estudava desde o jardim de infância. Fiz o curso Técnico de Enfermagem, em razão do qual ocorreu meu primeiro contato com os “hospitais”. Por ser muito jovem e sensível, sofria com o ambiente. Apesar de ter me identificado com

a possibilidade de colaborar para minimizar o sofrimento do outro, sentia que ainda não estava preparada.

Na graduação, fiz o curso de Letras (Licenciatura curta Português/Inglês). Não concluí a Licenciatura Plena porque estava dividida: sentia-me muito envolvida com a educação, mas queria voltar à enfermagem.

Quando ingressei na graduação em Enfermagem, junto com minha bagagem vivencial, trazia toda uma experiência de vida bastante diferenciada.

Sentindo-me atraída pelas artes cênicas, comecei no teatro em 1976, junto com o Grupo Pesquisa Teatro Novo – GPTN da UFSC. Foi aí que aprendi a importância do saber-se parte de um coletivo de luta, que é básico para o enfrentamento das diversidades, dificuldades e retrocessos do cotidiano, que mais tarde estariam tão presentes durante a minha formação profissional.

Nessa época, envolvi-me também em trabalhos junto às comunidades, através das pesquisas que fazíamos com o GPTN, em prol da defesa e preservação da Ilha e sua identidade cultural.

Ao ingressar no curso de enfermagem encontrei um grupo de pessoas recém-saídas do segundo grau, com todo um nível de expectativas distantes e “talvez” menos ousadas que as minhas. Essa diversidade me impulsionava, me instigava a observar minuciosamente as relações que se estabeleciam nos variados ambientes da universidade, hospitais, comunidades e postos de saúde.

Foi essa observação que sinalizou como estavam agindo na prática os profissionais, principalmente aqueles recém-formados, com limitações na comunicação com outros profissionais da equipe de trabalho e com o paciente. Observava que junto ao paciente assumiam uma postura de rigidez corporal, para provocar certo distanciamento. Suas ações, pouco criativas, tornavam-se

mecanizadas e impessoais. Demonstravam, enfim, dificuldades concretas para “ver” o paciente em sua totalidade, tratando-o de forma fragmentada, sob o rótulo de uma doença, descontextualizado e objetivado.

E todo esse desencontro de relações interpessoais gerado durante o processo de formação profissional, perpetuava-se nos campos de trabalho contribuindo para uma gradativa diminuição da capacidade de comunicação.

Essa realidade profissional não vem ao encontro das necessidades reais nem do profissional em si, nem da pessoa doente e da realidade presente. Reflete a crise que atravessa o setor de saúde como o descrédito da população que recebe os cuidados; a política excludente das medicinas de grupo e, entre outros sinais da crise, a grande oferta das terapias alternativas. Terapias que perpassam a ilusão do conhecimento total para todos. VASCONCELOS (1997), sinaliza que sendo o conhecimento necessário para o enfrentamento dos problemas de saúde, uma construção histórica, não é possível determinar-lhe um fim. Define que na atualidade a medicina tem a sua prática social determinada pela complexidade, cuja maior dificuldade é a *“capacidade de seus agentes se inter-relacionarem dialeticamente e negociarem os diversos saberes, interesses, procedimentos técnicos e recursos materiais disponíveis diante de problemas concretos (Ibid., p. 47).”*

Muitos profissionais vêm propondo alterações nos currículos da Medicina e da Enfermagem, que contemplem as mudanças na organização do atendimento em saúde a partir dos seus sujeitos, para repensar o cuidado em saúde.

Tais constatações me estimularam a questionar:

Qual a minha contribuição enquanto educadora em saúde e atriz? Como iniciar esse repensar conjunto? Parti da minha experiência pessoal, da

inquietação do sentir-me na “contramão”, da percepção de que o caminho que havia trilhado, junto com o teatro era o mais próximo para auxiliar-me nessa busca.

Procurei, então, estudar, aprofundando-me em alguns temas, e sugerir caminhos de investigação a outros profissionais, relativos aos questionamentos acima.

O auxílio teórico para desvendar a trama educacional busquei-o em Freire, que não só denunciou como apresentou uma saída para libertar o homem – ser de relações no mundo e com o mundo, *“isto o torna um ser capaz de relacionar-se; de sair de si; de projetar-se nos outros; de transcender* (FREIRE, 1981, p. 30)”.

Sendo um ser de relações, esse homem está delimitado por olhares disciplinares tão sutis e imperceptíveis que é preciso buscar apoio em FOUCAULT (1985, 1989) para decifrá-los e, em Marx, para entender as contradições próprias do sistema capitalista.

Procurando compreender historicamente a saúde e a doença e como o(a) profissional médico(a) assimilou a conceituação atual, busquei o apoio de LANDMANN (1983). Justifico que a opção por deter-me um pouco mais sobre o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da medicina, deve-se ao fato de que cabe ao médico o poder decisório das ações de saúde. Ele(a) representa o sistema de saúde da medicina ocidental. Quanto ao resgate da construção do saber em enfermagem e sua relação com a prática, as constatações e questionamentos de Maria Cecília Puntel de Almeida (1989). E com Raimunda Medeiros Germano (1983), uma perspectiva histórica do ensino e ideologia da enfermagem no Brasil.

As reflexões que esses autores todos me permitiram elaborar, se por um lado responderam a muitas de minhas indagações, por outro, impulsionaram-me à ação junto aos profissionais da saúde. O primeiro passo seria repensar sua formação, que se reflete em sua prática diária.

Pretendo utilizar oficinas com jogos teatrais para auxiliar o profissional da saúde no seu processo de aumentar a capacidade de expressão e comunicação. Perceber o teatro como um instrumento viabilizando o novo, o reconhecer-se, perceber no corpo as marcas de uma limitação social, definindo uma postura profissional. Através dos jogos auxiliar no processo de desbloqueio corporal, o contato com sua corporeidade, autoconhecimento, desenvolvimento de suas potencialidades e identificação das dificuldades para superá-las, ou compreendê-las.

Destaco o valor do Teatro como fator dinamizador da Educação, através da qual pode produzir sensíveis efeitos no desenvolvimento das pessoas. Da mesma forma pode contribuir no desenvolvimento da autoconsciência do profissional, o que implica o aperfeiçoamento das relações profissionais, mudança na organização do atendimento e do processo de cura do doente.

Sendo o meu interesse o de procurar entender como ocorre esse processo de diminuição da capacidade de comunicação, como se manifesta nas interações cotidianas, optei pela abordagem qualitativa de pesquisa, através do estudo de caso.

É possível delinear três etapas de discussão da pesquisa:

- Realização da oficina, engloba todo o processo de definição dos objetivos, programação de exercícios. Encontra-se relatado no segundo capítulo.

- Tomar as oficinas realizadas como objeto de pesquisa, estudo de caso. Consiste na descrição minuciosa de cada uma das oficinas. Com o objetivo de identificar através das falas dos(as) participantes, como esta prática formativa (oficina com jogos teatrais) pode colaborar para desenvolver e/ou aumentar a capacidade de comunicação interpessoal.
- Momento da investigação. Análise dos pontos mais significativos procurando formular e/ou sugerir possíveis inferências junto à prática profissional, sinalizar as possibilidades de mudanças.

Pontuando:

- Estarei descrevendo/narrando cada uma das duas experiências com Oficinas de Teatro. Na II Conferência Latino-americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde em 15 e 16/10/1996, Santiago – Chile; e a realizada em 01 e 02/08/97 para o curso de Especialização em Sexualidade Humana, Oficina de Teatro e Desenvolvimento Pessoal para Educação e Saúde em Concepción-Chile.
- Para cada oficina estarei refletindo o desenvolvimento, tomando como referência teorias pertinentes e depoimentos dos participantes com apoio dos técnicos do teatro Stanislavsky, Checkov, Boal, Brecht, Grotowsky e Moreno do psicodrama.

- As “fontes” dos exercícios realizados têm origem múltiplas, geralmente o mesmo exercício é apresentado com adaptações do autor ou do grupo que o realizou. Trata-se de um processo dinâmico. Mas para fins de orientação, os mais utilizados foram apresentados por Boal, Stanislavsky, Grotowsky, Thaís Bianchi e Chekhov. As obras encontram-se nas referências bibliográficas.

Na conclusão deste trabalho, apresento algumas idéias que poderão subsidiar estudos sobre as questões da saúde, sob a ótica de uma antropologia médica, proposta pelo italiano Túlio Seppilli. Essa proposta viria justamente preencher as lacunas que o atual processo de formação do profissional da saúde deixa em aberto por priorizar apenas um tipo de saber: o saber científico da medicina ocidental.

Entendo, como Seppilli, que uma proposta que procure abarcar as diferentes dimensões e modalidades de tratar a saúde, assumidas pelo homem em diferentes épocas e espaços, pode traduzir-se em maior eficácia nas ações com a saúde e nas relações interpessoais e interprofissionais.

## CAPÍTULO I

### AS CIÊNCIAS MÉDICAS NO CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO E CULTURAL

#### 1.1. O passado e o presente: duas realidades não muito diferentes.

O tratamento que a sociedade ocidental muitas vezes dispensa às questões de saúde e doença na atualidade, permite estabelecer algumas aproximações com o tratamento reservado ao doente em sociedades mais distantes no tempo. Como por exemplo, no Egito e Mesopotâmia por volta de 2.000 a. C. Segundo relatos escritos da época, sabe-se que a prática médica era relacionada à magia e prestidigitação. Os médicos eram sacerdotes e as doenças *“consideradas essencialmente como obra de demônios, ou potências mágicas ainda mais vagas (CHILDE, 1966, p. 213-214)”*. Este autor, em síntese, aponta que o tratamento era dirigido para expulsar o espírito maligno do corpo, através de rituais e administração de poções de gosto repugnante, algumas com efeito purgativo ou vomitório. Destaca, ainda, que a atribuição dos livros médicos a um deus, reprimia qualquer iniciativa dos médicos na investigação das causas objetivas das doenças, ou sobre o funcionamento interno do corpo. E, diferentemente, o cirurgião, usufruindo de maior liberdade, ao tratar do mal aparente, aproximava-se mais do artesanato e afastava-se do domínio das causas sobrenaturais.



Hoje, 4 mil anos após, certas situações parecem identificar-se à prática daquelas sociedades, como por exemplo: a relação que se estabelece entre o(a) paciente e a doença, ele(a) desconhece as causas e o tratamento, mas se submete sem questionar; a crença nos poderes sobrenaturais tanto para causar a doença quanto para tratá-la; o(a) médico(a) detém o conhecimento, o poder decisório sobre o(a) paciente e o carisma da profissão.

Por outro lado, não se pode negar que a inquietação para descobrir as causas das doenças provém de longa data. A conceituação de que *“não há doenças e sim doentes, e estes é que devem ser tratados* (LANDMANN, 1983, p. 32)”, está relacionada ao conceito aristotélico da crença na unidade orgânica dos seres vivos. Na Grécia Antiga, era comum relacionar a doença ao doente, enfatizando a necessidade de observar o doente, suas reações. Com o tempo, os gregos começaram a observar o meio ambiente como a água, o ar, o acúmulo de detritos nas ruas, estabelecendo uma relação causal destes, com as doenças. Escritos dessa época sobre doenças inter-relacionam fatores orgânicos e psíquicos e Landmann observa que talvez sejam as primeiras descrições sobre doenças psicossomáticas e faz algumas citações, como: *“Aquele em que predominam os líquidos biliares ficará zangado e aquele que ficar zangado produzirá excesso de líquidos biliares* (Ibid., p. 31)”. Segundo ainda esse autor, é a partir dessa época que se estabelece a relação de troca, no sentido comercial do tratamento médico. A medicina era exercida à beira do leito para uma clientela selecionada, que podia pagar os serviços prestados. Os pobres não recebiam atendimento, somente em casos de caridade. Tal quadro, não é diferente nos tempos atuais: essa característica da clientela diferenciada, aparece nos casos da clínica privada.

No entanto, com o advento da revolução industrial “*as doenças passaram a ser definidas como relacionadas somente com o corpo em consequência de alterações da máquina humana, em seus órgãos e aparelhos* (Ibid., p. 34)”. Era a presença do pensamento racionalista, que caminhava junto com o modo de produção capitalista. O autor destaca também, que a revolução industrial acelerou o processo de urbanização, criando grandes aglomerados humanos em espaços insalubres, aumentando a disseminação das doenças. Os hospitais abrigavam os pobres e doentes para restaurar-lhes a força de trabalho ao mesmo tempo em que isolavam a pessoa doente do restante da população produtiva.

Iniciava-se a disciplinarização dos hospitais, o médico assumindo a chefia destes, “*passa a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. As relações de dominação – subordinação se estabelecem, e a prática de enfermagem, de independente passa a ser uma prática dependente e subordinada à prática médica* (ALMEIDA, 1989, p. 40)”. Da mesma forma, a disciplina interna era controlada pela enfermagem, que “vigilava” ao controlar o espaço e as ações do paciente e da equipe de trabalho, conforme as ordens médicas, numa rígida hierarquia militar.

Estabelecendo uma aproximação dos relatos acima com a atualidade, observa-se: que o ato de dicotomizar o corpo humano em partes, buscando doenças/defeitos persiste no fracionamento do conhecimento em especialidades; a relação de dominação – subordinação permanece na dinâmica relacional entre os membros das categorias funcionais, conforme a organização hierárquica dos hospitais.

No começo do século dezenove nascia o movimento da medicina preventiva, a partir de estudos comparativos sobre a diferença de “*morbidade nas*

*diferentes classes, o que levou à avançada legislação sanitária da era vitoriana (LANDMANN, 1983, p. 36)*”. Após as descobertas de Pasteur e Koch, a atenção dos cientistas volta-se para a identificação das bactérias causadoras das doenças. Surge, assim, um novo campo na área: a bacteriologia, que *“fortificou a existência da medicina organicista porque achou uma causa objetiva e específica de doença (Ibid., p. 37)”* e impulsionou o surgimento da medicina laboratorial. Landmann prossegue com o desenvolvimento de outras áreas de estudo que o microscópio eletrônico propiciou, como a histologia e a fisiologia para auxiliar na compreensão da doença que *“passou a ser definida primariamente em termos de mau funcionamento de órgãos, tecidos e células, e sua resolução exigiria uma intervenção cirúrgica, química ou de radiação para restaurar a máquina de modo que ela pudesse voltar a exercer suas funções normais (Ibid., p. 37)”*.

É fato que o microscópio impulsionou grandes descobertas científicas no campo da medicina; células/bactérias/vírus e fungos microscopicamente analisados e cadastrados como **causa – efeito**; vacinas se personificam como responsáveis pela erradicação das endemias e epidemias, assumindo o papel sanitarista/preventivo. Contudo, a preocupação sanitária ainda não estava voltada às classes empobrecidas. O avanço tecnológico em pouco contribuiu para **erradicar** os altos índices de mortalidade infantil/mortalidade pela tuberculose e inúmeras outras determinadas pela fome, miséria, falta de saneamento básico, lazer entre outras necessidades. Enquanto isso, as indústrias farmacêuticas colaborando na formação de novos profissionais da saúde, oferecem patrocínios para cursos, jornadas, viagens e brindes, injetam capitais e idéias *“as pessoas só interessam na medida em que representam categorias econômicas, em que simbolizam relações de classes e interesses de classe (MARX, 1976, p. 6)”*.

Nesse universo, as categorias econômicas permanecem dirigindo/dominando as relações sociais entre as pessoas. A classe médica, como representante da classe dos(as) trabalhadores(as) da saúde, homogeneizou-se e, pelo impulso tecnológico, vêm gradativamente, transmutando o(a) profissional médico(a) numa extensão reflexa da erudição tecnológica.

Laboratórios, ultra-sonografias, ressonâncias magnéticas, tomógrafos entre outras tecnologias, dimensionaram o poder invasivo sobre células/átomos num avanço visivelmente favorável ao diagnóstico preciso/precoce e melhores prognósticos. O profissional, subjugado pela máquina, *“por mais que subjetivamente se julgue acima dela (ibid., 1976, p.6)”*, busca atualizar-se, tende a especializar-se, supra-especializar-se, em constante competição interna para dominar o conhecimento. O profissional poderá investir, por exemplo, num tomógrafo computadorizado “X” que se autocusteará com o uso de incentivos facilitadores do Estado, em determinado período de tempo, o necessário para reinvestir o capital inicial no tomógrafo computadorizado “Y” de última geração visando a maiores possibilidades de lucro.

Os incentivos facilitadores do Estado para a medicina individualista, de grupo ou empresarial, em detrimento do orçamento total destinado aos serviços básicos de saúde para a maioria da população, mostram claramente o real comprometimento do Estado em manter o sistema social dominante. Ianni comenta a concepção de Marx sobre Estado e Sociedade: *“Todas as contradições fundamentais do capitalismo envolvem o Estado, como expressão nuclear da sociedade civil (IANNI, 1984, p. 30)”*. Contradições que reproduzem no Estado Brasileiro atual, os ditames externos (através dos laços de dependência

econômica e conseqüentemente política) para a incrementação do Neoliberalismo.

*“Desde que a civilização se baseia na exploração de uma classe por outra, todo o seu desenvolvimento se processa numa constante contradição. Cada progresso na produção é ao mesmo tempo um retrocesso na condição da classe oprimida.”* (ENGELS, 1984, p. 325)

Como contraponto da evolução tecnológica na Ciência Médica, ocorre o sucateamento da saúde, pois a lógica do interesse privado não coincide com medidas preventivas que possam promover melhores condições de vida/saúde à população. Por isso, o avanço da biomedicina garante maior eficácia no diagnóstico e tratamento das doenças de caráter infeccioso, mas, em contraposição, perde sua eficácia em termos sociais (incorpora-se aos interesses elitistas do mercado), culturais (negando todas as outras práticas médicas “populares”) e subjetivas (o paciente é visto como objeto).

Esse breve relato histórico permitiu-nos lançar várias pontes, ligando-nos ao presente. E o que vemos é um país comprometido com o interesse privado, com uma biomedicina do lucro, em detrimento da imensa maioria da população. Essa, vê-se privada não somente de seus direitos básicos – entre eles, aquele relacionado à sua saúde – como despersonalizada pela absorção das diferenças, fenômeno típico das sociedades capitalistas, quando lhe são negados seus valores culturais. Enfim, sente-se apenas um número a compor uma perversa estatística de exclusão social.

Sabemos que a lógica que produz essa realidade perpassa por todas as instituições sociais, mas parece estar na educação o seu veículo mais poderoso. Na próxima seção, abordaremos sucintamente como se reproduz, através das instituições de formação, a ideologia sobre a qual se sustenta o sistema de saúde em nosso país.

### ***1.2. O processo de formação do profissional de saúde***

Nos últimos anos, com o avanço das ciências sociais, muitos(as) educadores(as) vêm chamando a atenção para o papel assumido pela escola tradicional, qual seja, o de transmissora dos valores das classes dominantes, e, assim, no meio educacional, parece ser consenso a crítica a essa escola reprodutivista.

No entanto, na prática pedagógica cotidiana, dado o conservadorismo de raízes históricas, há forte tendência em manter a estrutura tradicional. E o que vemos então? Não raro, uma educação centralizada na figura do(a) professor(a), que detém o conhecimento e vai “doá-lo” ao(a) aluno(a) que “nada sabe”. Todo conteúdo programático é repassado de forma a inculcar, demonstrar e informar verdades inquestionáveis. Por essa característica de “depósito” informativo, Paulo Freire a denominou de “educação bancária” ou “concepção bancária da educação”, por induzir o(a) aluno(a) a receber as “doações” sem questionar o conteúdo. É um instrumento de repressão ideológica, não permitindo ao(a) aluno(a) o desenvolvimento do pensamento crítico, do seu papel social como cidadão(ã). Para FREIRE, o(a) aluno(a) tende a adaptar-se ao mundo.

*“Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhe são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos.”* (FREIRE, 1987, P. 60)

Por adaptar-se em aceitar idéias e conceitos prontos, é provável que esse(as) aluno(as), em múltiplas situações do seu viver cotidiano, ao defrontar-se com realidades conflitantes tenha dificuldades para imaginar e criar soluções alternativas. Enquanto se especializa em “arquivar depósitos”, sua visão de mundo e desenvolvimento convergem ao seu próprio mundo.

No caso específico da área das ciências médicas, o apregoamento da neutralidade científica, somado à ausência de disciplinas paralelas às tecnicistas, como Filosofia, Antropologia e Sociologia na grade curricular, promovem um afastamento do(a) aluno(a) da realidade social. Dificultam o desenvolvimento do pensamento crítico do(a) aluno(a), que apoiado pela neutralidade coloca-se isento em frente a valores e ideologias (DEMO, 1997).

Um outro dado muito importante diz respeito ao saber médico, fragmentado em especialidades e supra especialidades. Dessa maneira, o progressivo fracionamento e disciplinarização do conhecimento científico *“faz do cientista um ignorante especializado acarretando efeitos negativos* (SANTOS, 1993, P. 46)”, como a excessiva divisão do paciente em partes ou sistemas corporais.

E mais: o(a) aluno(a) tende a desenvolver um distanciamento que pode inibir sua espontaneidade, capacidade para observar o outro e perceber a realidade de onde provém. Acostumado ao pensamento racional e lógico, é possível que tenha sérias dificuldades para usar a imaginação e a criatividade.

As instituições de saúde (escolas e hospitais) em que o(a) aluno(a) está inserido induzem o comportamento deste(a), para que adquira a postura profissional do seu professor(a), formal e impessoal. Além disso, conduzem-no a aceitar como verdade absoluta, toda conduta diagnóstica, terapêutica e de assistência ao paciente que lhe for transmitida.

*“O aluno é um efeito do poder, o que o transforma, ao mesmo tempo, em efeito e em transmissor do poder.” (FOUCAULT, 1985)*

Outro fator importante a considerar é a separação do ensino por blocos teóricos e práticos. Em vista disso, a teoria fica dissociada da prática e muitas vezes sem adequação para a realidade. A interdependência da teoria com a prática é necessária para se repensar e refazer a prática pedagógica. Conforme a conceituação elaborada por DEMO, a prática não deve se resumir a “estágios”, para que o aluno possa aplicar a teoria, mas deve *“atingir o papel de **retroalimentação permanente do espírito crítico**, o que a torna também motivação essencial da reconstrução do conhecimento* (DEMO, 1997, p. 144)”.

De modo particular, nos cursos de ciências da saúde, a disciplina Fundamentos de Enfermagem, que engloba as técnicas de procedimentos com o(a) paciente (execução de um curativo, sondagem nasogástrica, verificação dos sinais vitais, entre outras), da mais simples à de maior complexidade, é transmitida pelo(a) professor(a) através da demonstração. Demonstração que inclui, além da técnica, a postura corporal a assumir.

O(A) aluno(a) acompanha atentamente as primeiras repetições, devendo, após, repetir o procedimento (na maioria das técnicas, o treinamento é feito em



laboratórios) tantas vezes quanto for sua necessidade ou tempo determinado, até que esteja condicionado(a), adaptado(a).

A robotização dos procedimentos técnicos, associados à postura profissional, induzem o(a) aluno(a) a perceber o corpo como instrumento de trabalho. Esta forma de condicionamento corporal a que o(a) aluno(a) é submetido, permite-nos uma aproximação aos relatos de FOUCAULT (1989), de como se instituiu o poder disciplinar sobre o corpo, nos séculos XVII e XVIII, para torná-lo mais útil e dócil ao trabalho. *“A disciplina dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma ‘aptidão’, uma ‘capacidade’ que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso (Ibid., p. 127)”*.

Este tipo de procedimento pode levar o(a) aluno(a) a perder o contato com sua corporeidade.

Observa-se ainda, que o processo de formação acadêmica, e a prática desse(a) profissional é pontuado por uma rede de influências, interesses, limitações e contradições, próprias da cultura universitária, cuja força de auto-reprodução, é *“um dos apoios fundamentais do aparelho tecnocrático do Estado, enquanto a Universidade não cessa de produzir pessoal habilitado para as carreiras burocráticas ou burocratizáveis do país (BOSI, 1985, p. 143-144)”*. Estas carreiras, ao servirem à manutenção do poder instituído, favorecem o aparecimento de pontos de desencontros na relação entre teoria e prática profissional, e uma inadequação da prática às necessidades reais da população assistida.

Enfim, todas as situações descritas acima contribuem para a gradativa diminuição da capacidade de comunicação interpessoal: do(a)

profissional com o(a) paciente/família e comunidade, com a equipe de trabalho inter e multiprofissional e do(a) profissional consigo mesmo.

## CAPÍTULO II

### OFICINAS COM JOGOS E EXERCÍCIOS TEATRAIS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

#### 2.1. Desvendando os jogos e exercícios teatrais.

Foi observado que o processo de formação e a política do(a) profissional da saúde tendem a dificultar o processo de comunicação, à medida que a visão tecnicista sobre os determinantes de saúde e doença persistem, induzindo o(a) profissional a afastar-se da realidade social em que está inserido(a).

Para que esse (a) profissional possa reconhecer-se como um ser de relações, faz-se necessário que transcenda suas limitações e anseios pessoais, através dos contatos, trocas, relações com as pessoas e o meio. Ele(a) progride interiormente na medida em que enfrenta as contradições e percebe que pode *“libertar-se de sua insuficiência individual, como estava libertando, com sua técnica, suas mãos e seu cérebro (KÜHNER, 1975, P. 56)”*.

Essa abertura à vida, envolve igualmente educação e arte: *“como educadores, olhamos o processo do lado de fora; como artistas, o vemos por dentro; e ambos os processos, integrados, constituem o ser humano completo (READ, 1986, P. 12)”*.

Os jogos e exercícios teatrais promovem a expansão das capacidades de expressão do indivíduo - relacionamento, espontaneidade, imaginação, observação e percepção – que segundo REVERBEL (1993, p. 60) são inatas ao ser humano, mas necessitam de estímulos para seu desenvolvimento. Antes de procurar elucidar os jogos e exercícios teatrais, serão feitas breves considerações sobre o teatro, enquanto estímulo ao processo de conscientização e liberação. Para Brecht, a arte é uma aptidão para *“confeccionar reproduções da vida comum dos homens, reproduções suscetíveis de engendrar uma certa maneira de sentir, de pensar e de agir, que simplesmente o olhar e a experiência da realidade não conseguem engendrar com a mesma intensidade. Do exame e da experiência da realidade, o artista faz uma reprodução destinada a ser examinada e a ser experimentada, a que restitui sua sensibilidade e seu pensamento (PEIXOTO, 1974, p. 344)”*.

O teatro transporta o homem/a mulher para além das ações e atos do cotidiano, abre fronteiras, amplia horizontes ao despertar-lhe a capacidade de sonhar. E é neste momento de transcendência e transgressão que pode ocorrer mudanças. O retorno do homem/da mulher que reaprendeu a sonhar, para a sua cotidianidade é conflitivo. Observa-se ciosamente e percebe não ser o sujeito de sua história, questiona sua relação consigo / com o outro e seu papel social.

Esse é o papel do teatro comprometido com o seu tempo. Em oposição àquele teatro elitista que, dentro da sociedade neoliberal, está atrelado ao mercado artístico como mais um bem de consumo, apregoando o culto aos mitos televisivos em peças teatrais que visam ao lucro. Descompromissado com o desenvolvimento social, serve de veículo para a perpetuação da ideologia dominante.

*“Sabe-se que através da arte pode-se, então, despertar a atenção de cada um para sua maneira particular de sentir, sobre a qual se elaboram todos os outros processos racionais (DUARTE, 1991, p. 65-66)”*. Sensibilizar e despertar numa primeira etapa, também é a prática da Educação Problematizadora, que vê o homem/a mulher como um ser em constante transformação, capaz de tornar-se sujeito de sua história. Mas, como afirma FREIRE, é preciso nutrir-se de esperança, mantendo a consciência crítica de seu tempo histórico: *“Enquanto necessidade ontológica a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica (1997, p. 11)”*.

O processo de conscientização do papel social, através do qual os sujeitos do coletivo se fortalecem mutuamente, é lento, progressivo e em constante renovação. Essa é a esperança que nos sugere FREIRE.

### **2.1.1. Proposta da oficina com jogos teatrais**

Retornando aos jogos teatrais, torna-se necessário distingui-los do fazer teatral. O fazer teatral supõe o desempenho de um(a) ator ou atriz cujo processo de formação demanda “alguns” anos ou toda uma vida. Os jogos teatrais utilizam-se de elementos básicos do fazer teatral, para auxiliar no processo de potencialização da capacidade de comunicação.

A oficina assume, portanto, como objetivo geral:

Interagir junto ao grupo de profissionais da saúde, através de técnicas/noções e jogos teatrais, que mediatizados pela ludicidade e potencial mimético, visam o despertar coletivo das energias individuais para a espontaneidade criadora.

E, como objetivos específicos, fruto da interação coletiva, cada integrante do grupo possa:

- Identificar suas barreiras e/ou dificuldades no processo de comunicação.
- Identificar suas potencialidades e/ou possibilidades no processo de comunicação.
- Estar consciente das diferentes sensações do seu corpo.
- Descobrir o potencial expressivo do corpo.
- Trabalhar a respiração como inibidora de processos ansiogênicos.
- Trabalhar a respiração na expressão oral, descobrindo novas possibilidades.
- Utilizar os conhecimentos vivenciados, num jogo dramático a partir de um tema que envolva educação e saúde.

### **Metodologia do trabalho**

A interação, por sua característica de troca mútua e reciprocidade entre os membros, permite maior fluidez nas relações interpessoais. Condição necessária para tornar o ambiente fértil, agradável, confiável e descontraído, onde cada integrante possa permitir-se o contato com o seu corpo, perceber sua corporeidade, limitações e possibilidades. O autoconhecimento geralmente confronta-se com a auto-imagem, durante os exercícios e jogos realizados. O eixo central dessa proposta procura, então, responder à questão: Que corpo é esse? Bertherat o define como casa em que não moramos. E, apropriando-se do dito popular: “*se as paredes ouvissem (...) (BERTHERAT, 1991, p. 11)*”,<sup>2</sup> busca um diálogo com as “paredes” desse corpo, com os músculos, os quais, diferentemente daquelas (paredes), ouvem.

---

<sup>2</sup> Muito utilizado quando o dono da casa teme que sua intimidade se exteriorize e lhe cause algum dano.

Se os músculos definem os limites do corpo com o meio exterior, eles não só ouvem, como também **selecionam, interpretam, reagem e registram** ataques e defesas, “(...) *tudo ouviram e nada esqueceram (...) na rigidez, crisão, fraqueza e dores dos músculos das costas, pescoço, diafragma, coração e também do rosto e do sexo, está escrita toda a sua história (...) sem perceber, desde os primeiros meses de vida, você reagiu a pressões familiares, sociais, morais* (Ibid., p. 11)”.

A interação junto ao grupo objetiva que, a partir dessa confrontação e autopercepção do seu corpo, os integrantes passem a **recriar, criar** movimentos, descobrindo outras possibilidades de comunicação com o outro. A não utilização da palavra falada até esse momento impulsiona essa descoberta: **o corpo fala**.

No desenvolvimento do trabalho, vamos apresentando jogos de inter-relação para que, além da expressão corporal, comecem a surgir sons. É o momento para soltar a voz. Descobrir os tipos de respiração e a capacidade do seu aparelho fonador. O tom, ondulação, impositação são fundamentais para que ocorra uma boa **comunicação verbal**. Da mesma forma, a utilização do controle sobre sua capacidade respiratória, inibindo os momentos de ansiedade.

A preocupação em viabilizar ao grupo o reencontro com sua corporeidade justifica-se uma vez que, segundo Bianchi:

*“o homem ainda não conhece as suas possibilidades vitais, nem contactou completamente com todas as partes de que é composto, o que dificulta a sua sensibilização, unificação e integração (...) através de técnicas e métodos científicos e artísticos esta possibilidade esta aparecendo.”* (BIANCHI, 1984, p. 13)

Agora, conscientes de sua plasticidade, os integrantes do grupo vão se utilizar dos exercícios, dos conhecimentos apreendidos, para desenvolver o processo de criação. Através da livre improvisação, complementada por um ou outro elemento, vão delimitando/exercitando o potencial criativo, o jogo dramático em si.

O trabalho deve ser concluído com a apresentação de uma obra que envolva questões/problemas da saúde.

Num plano mais amplo e abrangente, tem-se como meta possibilitar a cada um individualmente, e ao nível da coletividade grupal, o autoconhecimento necessário para potencializar a capacidade de comunicação.



### 2.1.2. A potencialização da capacidade de comunicação.

Sabe-se que o relacionamento pessoal tem como base a comunicação.

Na comunicação artística utiliza-se a linguagem para “*estabelecer uma relação pela qual dois sujeitos se debruçam juntos em um mesmo ato de compreender, ver e sentir a significação de algo: um objeto, uma experiência vivida, a própria existência, o mundo* (KÜHNER, 1975, p. 66 – 67)”. A representação do real apreendido, desperta na pessoa a consciência do seu papel social, amplia “*sua percepção e visão. Marca original que lembrará sempre, ao teatro, seu caráter de transgressão e consciência* (Ibid., p.62)”.

Ao aprimorar sua capacidade de expressão verbal e corporal, a pessoa pode transmitir com maior clareza seu pensamento ao outro. Sendo compreendida e aceita pelo outro, terá a auto-estima reforçada. A pessoa aumenta a autoconfiança, o que lhe possibilitará maior amplitude para observar a pessoa do outro. Amplitude que vai estimular o desenvolvimento da criatividade, para solucionar situações conflitivas.

A potencialização da capacidade de comunicação segue alguns passos dentro da proposta metodológica da oficina – apresentada na seção anterior. Vale lembrar que, ao optar pela linguagem interativa, cada oficina terá sua própria dinâmica, o que se traduz em maleabilidade e flexibilidade, sem perder seu eixo central, o caminho a percorrer. E, sendo um processo de comunicação, os exercícios sofrem alterações na dinâmica relacional de cada grupo.

Na seqüência, algumas sugestões de atividades que poderiam ajudar a compor a “espinha dorsal” de uma Oficina, cuja filosofia vise a desenvolver capacidades de comunicação.

Vale lembrar que, para cada item sugerido, estão descritos, em anexo, alguns exemplos de jogos que ajudarão a compor o quadro da dinâmica desse processo.

**a) Apresentação.** Fazer uma roda com todos os integrantes de mãos dadas, propiciando o contato através do olhar. O animador apresenta-se e fala de forma sucinta, mas clara e objetiva, sobre a proposta da oficina. Enquanto fala, vai olhando nos olhos de cada integrante.

Propõe que as pessoas se apresentem, aqui poderá ou não utilizar um jogo de apresentação.

Após, o animador sugere que as pessoas fiquem à vontade, tirando sapatos, meias, colares, anéis, relógios, gravatas, enfim, qualquer acessório que possa dificultar a execução dos movimentos.

À medida que vão se “desarrumando”, iniciam uma caminhada pela sala, em silêncio, vão reconhecendo o espaço. Aos poucos, todos estão caminhando, muito lento e suave, buscando “desacelerar” e sempre que se cruzam, devem trocar o olhar. Isso permite que o grupo crie uma certa expectativa em relação ao desenvolvimento da oficina.

O animador propõe que refaçam a roda para iniciarem novas atividades.

**b) Integração do grupo.** Esta etapa tem por finalidade promover a união entre as pessoas do grupo, despertar a cumplicidade e o interesse individual e coletivo, para o trabalho em conjunto. Para tanto, busca-se envolver todas as pessoas do grupo em alguns exercícios, distribuindo-as em subgrupos ou aos pares. Deve-se evitar qualquer exercício que possa expor individualmente a

pessoa. Assim todos sentem-se parte da coletividade. Facilita o vínculo grupal, na medida em que todos estão no mesmo nível exercitando juntos a espontaneidade. (Ver anexos, números 1, 2 , 3)

c) **Sensibilização**. Tem por função auxiliar a pessoa no resgate da corporeidade, através de exercícios que possibilitem a percepção da unidade corporal formada por segmentos diferenciados; desenvolver a sensibilidade para cada bloco muscular envolvido no mais simples movimento; alongar e flexibilizar cada articulação do corpo; a expansão e o relaxamento corporal; a fluidez dos movimentos no espaço; despertar as sensações superficiais; aprimorar o contato entre as pessoas.

É importante que o animador durante a condução dos exercícios mantenha o tom da voz nivelado e suave, facilitando o momento de introspecção individual. É recomendável que as pessoas permaneçam com os olhos fechados para ajudar na autoconcentração.

Orientar e reforçar sempre que necessário, que os movimentos devem ser feitos com prazer, caso a pessoa sentir dor ou desconforto deve parar, respeitar o seu limite. Quanto mais lentos, mais fácil de percebê-los. (Anexos números 4 a 8)

d) **Expressão corporal**. Esta atividade pretende auxiliar, através de exercícios e jogos, a pessoa no reconhecimento dos pontos de equilíbrio, mecânica, energia e expressão do seu corpo. Possibilita, outrossim, a desestruturação de ações mecanizadas. (Ver anexos, números 10 a 17)

e) **Exercícios respiratórios**. Têm por objetivo ampliar a consciência e o controle respiratório, lembrando que o ato de respirar envolve todo o corpo. Durante os exercícios é importante que cada pessoa procure sentir os efeitos da inspiração e da expiração na própria musculatura corporal. (Ver anexos, números 18 e 1997)

f) **Improvisação**. Nesse tipo de atividade, são utilizados exercícios que propiciam a livre expressão e estimulam o desenvolvimento do potencial criativo que é inerente a todas as pessoas. Nessa etapa, as pessoas já se fortaleceram umas às outras, estão mais espontâneas e autoconfiantes.

Os exercícios de improvisação vão conduzi-las ao processo criativo. Consiste em improvisar uma cena a partir de alguns elementos iniciais que servirão de estímulo. Cada participante vai estar desenvolvendo sua fonte de expressão. Ultrapassando sua identidade pessoal para elaborar no seu corpo a forma de ser e a personalidade de outro. É importante que um preste atenção no outro, para dar continuidade e unidade à ação. (Ver anexos, números 22 e 23)

Na seqüência, para concluir a oficina, as pessoas vão estar desenvolvendo uma criação coletiva, em torno de alguma situação conflitiva na área da saúde.

## **2.2. Relato e considerações de duas experiências.**

A idéia de montar uma oficina para profissionais da saúde – englobando todos os profissionais, não apenas médico(a) e enfermeiro(a) – surgiu como consequência de um encadeamento de “fatos”, numa definição mais objetiva.

O projeto inicial de pesquisa no mestrado em educação era procurar demonstrar o potencial educativo do teatro nas ações de saúde, tendo como fonte de pesquisa as intervenções teatrais, junto às comunidades, com quem convivi como integrante do Grupo Pesquisa Teatro Novo – GPTN, nos seus vinte anos de existência e resistência política.

Em janeiro de 1995, o GPTN vai pela primeira vez a Santiago (Chile) participar do 8º Encontro de Teatro Popular Latino-americano – ENTEPOLA.

O GPTN entrava no circuito latino-americano de teatro. Tinha como meta o estreitamento das relações interpessoais que, permeadas pelo intercâmbio cultural, buscam o conagraçamento dos irmãos latino-americanos, o fortalecimento da expressão de sua cultura de forma livre e soberana, através do fazer teatral.

Em janeiro de 1996, o GPTN retorna ao Chile, para participar do 9º ENTEPOLA. Na ocasião, um dos coordenadores do Projeto Entepola, o diretor e ator David Musa, conhecendo a minha proposta de pesquisa no mestrado em educação, providenciou um contato com o médico Ivan Silva López, diretor do Serviço de Saúde Metropolitano Sul de Santiago, a quem Musa prestava assessoria teatral. Lopez, como responsável pelas ações preventivas de saúde, viu no teatro um excelente veículo de acesso à população e procurou os diretores da Companhia de Teatro de La Carreta (responsável pelo ENTEPOLA) – David Musa e Victor Soto, para comporem juntos com ele e sua equipe, um trabalho de educação para a saúde através do teatro.

Nesse primeiro encontro, em que trocamos opiniões, experiências, López e Musa comentaram sobre a possibilidade de incluírem uma oficina de teatro na II Conferência Latino-Americana de Promoção e Educação para a Saúde, que

aconteceria no mês de outubro daquele ano, na cidade de Santiago, para a qual eu seria convidada.

Fato consumado com o convite oficial, meses após, para participar, junto com López, Musa e Soto da oficina. Esta seria, de fato, a primeira oficina em que estaria participando como animadora. Somente após essa experiência, comecei a dar aulas para a primeira fase da Oficina Permanente de formação Teatro - OPT<sup>3</sup>, na UFSC.

Para montar o conteúdo “esquemático” da oficina, a orientação recebida foi no sentido de desenvolver as noções básicas do fazer teatral: sensibilização, expressão corporal, expressão verbal e criação de uma “obra”; num espaço de tempo de quatro horas.

Parti da experiência com o GPTN, resgatando: oficinas, cursos, laboratórios, pesquisas para compor um personagem, princípios para interpretação, participação de peças como atriz. O intercâmbio constante com a diretora do GPTN – Carmen Lúcia Fossari e com os colegas do grupo favoreceu significativamente o aperfeiçoamento do trabalho.

Outro feito significativo, durante meu trajeto profissional, foi trabalhar com nomes da importância de Stanislavsky, Chekov, Brecht, Boal, Grotowski, Peter Brook, Moreno, entre outros.

Das oficinas que administrei, apenas três foram específicas para o profissional da saúde. As duas primeiras serão relatadas na seqüência como

---

<sup>3</sup> A OPT foi criada em 1974 pela diretora de teatro Carmen Lúcia Fossari. Sediada no teatro da UFSC, a oficina, sob sua coordenação, oferece cursos à comunidade em geral. Tendo a duração de dois anos, ou quatro semestres letivos, o curso articula teoria e prática teatral. A primeira fase do curso, que vai introduzir a pessoa no teatro, tem como filosofia “conhecer o ser individual para poder interpretar outro ser”. Essa filosofia aproxima-se dos objetivos da oficina com jogos teatrais para o profissional da saúde

fonte de pesquisa para esta dissertação. A terceira oficina ocorreu durante o I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde.<sup>4</sup>

A opção por relatar as duas oficinas realizadas no Chile obedeceu a uma seqüência lógica. Enquanto se realizava a primeira oficina em Santiago, já nascia a segunda (por iniciativa de duas integrantes) a ser realizada no ano posterior em Concepción.

É importante registrar que a limitação de tempo impôs uma seleção redutora ao relato e discussão da terceira oficina realizado em Florianópolis/Brasil. Perde-se momentaneamente, na interculturalidade, fato que apresenta-se como desafio a novos projetos de pesquisas.

Ressalto ainda, que preservadas as particularidades e diversidades sócio-econômicos e culturais entre Brasil e Chile, nos referimos a um mesmo continente latino-americano, cujo destino é ser palco para que a economia globalizante se fortaleça, mas que também é arena de lutas na conquista da identidade e da autodeterminação de seu povo.

Na seção seguinte, serão apresentados os principais passos das oficinas, em forma narrativa, conforme o desenrolar das mesmas. Durante esses relatos estaremos estabelecendo pequenas pausas, para analisar o desenvolvimento das mesmas, tendo como indicadores os depoimentos dos participantes quanto às suas percepções individuais.

### **2.2.1. Oficina: “Teatro Educativo para a Saúde”**

---

<sup>4</sup> O Encontro foi promovido pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular e Saúde – NEPEPS (Departamento de Enfermagem e de Saúde Pública – CCS/UFSC) e pelo Núcleo Universidade e Movimentos Sociais – MOVER (Departamento de Estudos Especializados da Educação – Centro de Ciências da Educação – CED/UFSC).

**A II Conferencia Latino-Americana de Promoción de la Salud y Educacion para la Salud**, que ocorreu no período de 13 a 17 de outubro de 1996, na cidade de Santiago/Chile, ofereceu aos participantes oito oficinas. Os cursos tinham quatro horas de duração, divididos em dois dias. De maneira geral, abordaram diferentes temáticas, mas todas centradas na Promoção e Educação para a Saúde <sup>4</sup>. As oficinas transcorreram nos dias 15 e 16 de outubro de 1996, na sede da Conferência - Centro de Convenções Diego Portales.

Como foi colocado anteriormente, fui convidada a participar como docente da Oficina Teatro Educativo para a Saúde, objeto de nossa análise, junto com mais três coordenadores.

Nossa equipe: Dr. Ivan López – Diretor do Serviço de Saúde Metropolitano Sul de Santiago, Vice-presidente do Comitê Científico da Conferência e Organizador da Oficina de Teatro/Chile; Ator David Musa – Diretor e Promotor Cultural da Sociedad Cultural Teatro “La Carreta” y compañía/Chile; Ator Victor Soto – Diretor e Promotor Cultural da Sociedade Cultural Teatro “La Carreta” y compañía/Chile e Enfermeira Ivana Fossari – Atriz Enfermeira Ivana Fossari – Atriz do Grupo Pesquisa Teatro Novo/GPTN – UFSC, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Educação na Universidade Federal de Santa Catarina.

A primeira etapa do desenvolvimento desta Oficina constituiu em reunir todos os inscritos num grande grupo junto aos quatro docentes. O organizador López apresentou as bases filosóficas da oficina, destacando a importância da educação para induzir mudanças nos paradigmas da saúde. Argumentou que junto ao desenvolvimento de bases filosóficas, do avanço tecnológico, das habilidades e competências identificáveis, é necessário adotar uma nova metodologia para a educação. Chamou a atenção também para a necessidade de



buscar formas de despertar a energia, a emoção, sensações e sentimentos inerentes em cada pessoa, para transformar-se. E, que o teatro concentra, desde os mais remotos tempos, esse potencial educativo. O ritual, a mímica, a projeção da vida cotidiana envolvida pela magia levam o homem a transcender-se . Isto o leva a compreender melhor sua realidade, atuando sobre ela.

---

<sup>4</sup> As oito oficinas propostas nessa conferência abordaram os seguintes temas.

“Ontología del Conversar”; “Educación para la vida: salud y desarrollo personal”; “Teatro Educativo en Salud”; “Participación Comunitária y Promoción de la Salud”; “Los Cambios Político-Sociales y su impacto en la Salud Mental”; “Programación Local Participativa (PLP), Herramienta Metodológica”; “Investigación Educativa en Promoción” e “Guias de Aprendizaje desde los temas Transversales de la Educación para la Salud”.

Falou ainda que lado a lado a outras funções sociais, o teatro se constitui em importante ferramenta de comunicação junto às comunidades: *“Comunicación creída, apreciada y valorada. Cambios en las conductas, actitudes, prácticas y percepciones”*.<sup>5</sup>

Descreveu, após, os conteúdos que seriam abordados na Oficina, apresentando os três docentes/animadores, deixando em aberto para que prosseguíssemos.

Era o momento de dividir o grande grupo em três subgrupos: denominados 1,2 e 3. Cada docente facilitador – Musa, Soto e eu – ficaríamos responsáveis por um desses subgrupos, desenvolvendo simultaneamente e em espaços distintos, as atividades previstas pela Oficina.

Dividir/distribuir um grupo de pessoas pode induzir, às vezes, a certos constrangimentos. Então, optamos para executar tais tarefas com um “toque teatral”.

Juntamo-nos ao centro do palco, cada um assumindo uma postura corporal “exageradamente” competitiva, alternando olhares entre os três e a platéia. Fomos nos aproximando, unimos as cabeças e deixando o corpo para trás, íamos girando e gesticulando mãos e braços como se estivéssemos no auge de uma discussão. Foi um “movimento” rápido, o suficiente para provocar o riso da platéia, superando a formalidade inicial do ambiente e do grupo. E também para decidirmos entre nós, que número (1, 2 ou 3) corresponderia a cada um de nós.

Pedimos que as pessoas fossem se enumerando em seqüência de 1, 2, 3; 1, 2, 3; 1, 2, numa constante. Começando pela primeira pessoa à direita da primeira fila em direção à esquerda, cada pessoa deveria “dizer” seu número bem alto. Ao final, dividimos a sala em três pontos, formando um triângulo. Ao canto da sala, à esquerda, deveriam se encaminhar as pessoas de número 1; as de número 2, ao canto da sala à direita e bem à frente e ao meio, as de número 3. Ao final, cada um de nós foi para junto do seu subgrupo. Aqui, nos separamos. Assumi a coordenação dos trabalhos do subgrupo nº 1.

Nosso grupo era integrado por pessoas de diferentes profissões, procedências e faixa etária: duas estudantes para Educação Sanitária de Catamarca (Argentina) ; um médico, professor da Faculdade de medicina de Valparaíso (Chile) ; um médico, professor da Faculdade de medicina de San Juan (Porto Rico); um médico de Santiago (Chile);

---

<sup>5</sup> Folder Taller Teatro & Salud II Conferencia Latino-Americana de Promoción y Educación <sup>para la</sup> Salud.

duas psicólogas de Buenos Aires (Argentina); uma assistente social de Santiago (Chile); uma estudante de medicina Santiago (Chile); uma estudante de psicologia de Santiago (Chile); duas enfermeiras obstetras de Concepción (Chile). Em relação ao fator idade, uma variante de 19 a 67 anos, sendo a idade média de aproximadamente 35 anos. Total de participantes onze pessoas.

Como as pessoas estavam participando de uma Conferência Latino-americana, excetuando-se alguns estudantes, seus trajes eram bastante formais. As mulheres de saia justa, meias finas e saltos altos e os homens de terno e gravata.

Nossa sala era acarpetada, ampla, com boa luminosidade. Nela havia algumas cadeiras que deixamos num canto para que não interferissem nos movimentos.

Convidei a todos para formarmos uma roda e iniciamos a apresentação individual através de um Jogo.

Durante o jogo, ocorreram duas situações que causaram um determinado “impacto” nos integrantes do grupo. Ambas necessitaram de um manejo diferenciado.

A primeira, quando C.V.<sup>6</sup> se apresentou: professor de medicina, participava da Conferência porque seria homenageado pelas inúmeras contribuições dadas ao ensino em Saúde Pública. Tinha 67 anos e estava aposentado, vítima de um derrame cerebral. Há mais ou menos dois anos, encontrava-se hemiplégico e caminhava com bastante dificuldade. C.V. disse que seu interesse na Oficina era o de mero espectador, gostaria de assistir apenas, não se achava em condições para acompanhar o grupo.

A segunda, quando L.U.G. chegou na sala no meio das apresentações, também professor de medicina, 62 anos, (havia parado no caminho para conversar com um colega). Impecável em seu terno, uma postura totalmente ereta, ombros retesados para trás e cabeça “empinada”, com olhos instigadores observava-me de cima abaixo. Com ar desconfiado, L.U.G. não justificou ao grupo o porquê de seu atraso (o fez num outro momento), expôs sua titulação de Pós- Doutorado, olhando para o alto e a seguir declarou que só estava na Oficina por indicação de um colega. Provavelmente acompanharia somente aquela primeira parte, seu tempo era muito restrito.

---

<sup>6</sup> Identificaremos os participantes da experiência por siglas, correspondentes as iniciais dos nomes

Nas duas situações, o grupo manifestou reações diferenciadas: compaixão para com C.V. e hostilidade em relação a L.U.G. Foi perceptível a “leitura” de suas reações individuais formando um coletivo, através dos olhares e da postura corporal que assumiam. Buscavam em mim, na minha condução, alguma reação que não “apareceu”.

Creio ser necessária uma pausa na narração para destacar alguns pontos que considero bastante significativos para o desenvolvimento do grupo na oficina, surgidos a partir das apresentações de C.V. e de L.U.G.

Acredito que ambos procuraram destacar-se do coletivo grupal. No sentido de “busca”, pareciam-se neste aspecto. Não procuravam libertar-se junto ao grupo? C.V., com sua limitação física, testando limites para superá-los? L.U.G., com sua postura auto-suficiente, não procurava cumplicidade para romper com a máscara social?

Indagações e percepções iniciais que serviram de âncora pela riqueza de dados que nos permitem a reflexão.

### **A . Quando da Apresentação de C.V.**

Ele iria receber uma homenagem por sua contribuição ao Ensino em Saúde Pública, toda uma vida profissional dedicada às ações preventivas. No momento em que sua produção intelectual é reverenciada publicamente, a dicotomia *corpo/mente* provocada pela doença aparece **redimensionada** à sua frente. E ele diz. *“quero ser mero espectador... acho que não posso acompanhar o grupo”*.

Quais suas razões reais? Por que C.V. nos procurou?

Ao observar sua expressão corporal e ao confrontá-la com suas “palavras”, eu percebia <sup>7</sup> muito claramente sua mensagem oculta: *“Eu quero participar... sei que posso, apesar das minhas limitações”*.

Segundo Augusto Boal, *“Teatro é conflito, luta, movimento, transformação... os seres humanos são capazes de emitir muito mais mensagens do que as que têm consciência de estar emitindo (BOAL, 1980, p. 48)”*.

Acrescento que muitas dessas mensagens passam despercebidas, quando o outro estiver apenas ouvindo, sem observar a totalidade de quem as emite, por exemplo a posição do seu corpo confirma suas palavras? Sclavi lembra que *“Foi apurado que a comunicação não – verbal (que compreende o contexto, as posturas, o tom de voz) determina em cerca de 75% a construção dos significados, enquanto as palavras, em sentido escrito, representam cerca de 25%”*

---

<sup>7</sup> A percepção e observação representam valiosos instrumentos de trabalho para o(a) animador(a) entender a linguagem do corpo.

*do potencial comunicativo* (SCLAVI, 1996, p. 53)”. Sob essa perspectiva, é possível confirmar nossa “leitura” inicial de postura de C.V.: 75% de sua totalidade buscava o reconhecimento do seu corpo, tomar consciência da unidade do seu ser.

Thérèse Bertherat (1991), afirma: *“Nosso corpo somos nós. É a nossa única realidade perceptível. Não se opõe à nossa inteligência, sentimentos, alma. Ele os inclui e dá-lhes abrigo. Por isso tomar consciência do próprio corpo é ter acesso ao ser inteiro... pois corpo e espírito, psíquico e físico, e até força e fraqueza, representam não a dualidade do ser, mas sua unidade* (Ibid., p. 14)”.

### **B - Quando L.U.G. interrompe a atividade em andamento e depois ao se apresentar**

Ao chegar atrasado no grupo não se justificou. Ficamos sabendo o motivo num outro momento. Assume uma postura “arrogante” ao definir sua titulação (ombros retesados para trás, cabeça empinada, corpo ereto). Comunica que “talvez” não prossiga com o grupo. Questiono: o que L.U.G. veio “buscar” no grupo? Entre oito ofertas, um amigo lhe indica o Teatro, ele aceita. Existiria mesmo tal “amigo”? Existindo: por que sugeriu a oficina? Por que L.U.G. aceitou? Alguém tão cheio de compromissos conforme se autodefinia, não aceitaria “perder” tempo.

L.U.G., em sua vida profissional, provavelmente foi corporificando seu trabalho: *“O cuidado médico é um processo de trabalho em que o profissional com sua própria ação impulsiona, regula, controla e transforma funções vitais do organismo humano[...] em seus termos mais gerais[...] atividade geradora de*

*valores de uso, reafirmando a vida contra o sofrer e a morte, presente portanto em todas as relações sociais entre os homens (POSSAS, 1981, pp. 287-288)*”.

A formação do profissional médico induz à onipotência, a ele é dado o “direito” decisório perante um corpo. L.U.G., com tantos anos de exercício profissional enquanto docente, pesquisador muito se afastou da prática clínica.

Em sua postura, ele estava assumindo o “papel social” que lhe foi destinado: *“Um papel... uma resposta tipificada a uma expectativa tipificada. A sociedade pré-definiu a tipologia fundamental. Usando a linguagem do teatro, do qual se derivou o conceito de papel, podemos dizer que a sociedade proporciona o script para todos os personagens... O papel oferece o padrão segundo o qual o indivíduo deve agir na situação (BERGER, P. E LUCKMAN, 1994, pp. 108-109)*”.

Creio que um de seus impulsos iniciais ao procurar o grupo, foi o de buscar essa “descorporificação”. Ele também procurava se reencontrar.

A verdade é que ele estava lá. E não poderíamos pensar que o atraso havia acontecido em função de seu conflito interior? Gostaria de destacar que frente a esse impacto da “primeira impressão” houve uma reação do grupo:

*“Quantas vezes geramos e recebemos primeiras impressões errôneas que nos trazem dificuldades e aborrecimentos desnecessários, porque não nos dispomos a rever e, portanto, confirmar ou modificar aquela impressão...É muito cômodo jogar a culpa no outro pela situação equívoca, mas a realidade mostra a nossa parcela de responsabilidade nos eventos interpessoais. Não há processos unilaterais na interação humana: tudo que acontece no relacionamento*

*interpessoal decorre de duas fontes: eu e outro(s).”*  
(MOSCOVICI, 1985, p. 25)

Segundo a definição de Moscovici, a postura inicial que L.U.G. assumiu ao chegar no grupo, pode também ter sido uma “resposta”. Estávamos bem “adiantados” nas apresentações, C.V. já havia falado. O grupo iniciava uma proximidade na “Fase da Inclusão”<sup>8</sup>. Como terá ocorrido nossa *acolhida* ao novo integrante? Que olhares lhe foram dirigidos?

É claro que essa última hipótese levantada, de que o seu comportamento seja uma reação à maneira como ele foi acolhido, não invalida as anteriores, ou seja, de que L.U.G. desempenhava um “papel social” e havia corporificado seu trabalho, como médico “onipotente e onipresente”. Sentia-se “amarrado”, procurando reencontrar sua corporeidade, mas temia expor-se em demasia.

As hipóteses coadunam-se, porque dentro de um contexto do grupo que estava se formando, provavelmente interagiam pessoas com histórias, percepções, formas de acolher diferentes, estruturadas segundo lógicas diferentes. É o que podemos hipotetizar com base no conceito de dialógica que, segundo Morin:

*“significa que duas lógicas, duas “naturezas”, dois princípios são coligados em uma unidade, sem que, com isto, a dualidade se dissolva na unidade. [...] A noção de dialógica não é*

---

<sup>8</sup> SCHUTZ, W. em Profunda Simplicidade, fala sobre o Processo de Formação do grupo, que compreende três momentos básicos: Inclusão, Controle e Afeto. Em relação à inclusão diz: “O comportamento de inclusão, se refere à associação entre as pessoas: exclusão, inclusão, pertinência, proximidade. O desejo de ser incluído manifesta-se como desejo de atenção, de interação, de ser distinto dos demais. Ser completamente identificável implica que alguém está tão interessado em mim que descobre minhas características singulares... Na testagem inicial de um relacionamento, geralmente me apresento aos outros



*uma noção que permita evitar os vínculos lógicos e empíricos, como freqüentemente aconteceu para a noção de dialética. Não é um termo que sirva para todas as ocasiões, que elude todas as dificuldades como os fatores da dialética têm feito por muito tempo. O princípio dialógico, ao contrário, tende a enfrentar as dificuldades, a combater com o real.”(1985, pp. 57-58)*

Antes de retomar a narração; ainda um comentário: Por que eu, como animadora das relações no grupo, não interfeiri verbalmente nesse momento? Uma intervenção dispensa “palavras”, ao manter certa “passividade”, os demais se acalmaram. Assim minha intervenção caracterizou-se por respeitar as diferentes formas de acolhidas, conforme conceituou Morin, e não “tomar” uma das partes do conflito.

Senti que o próximo exercício, deveria facilitar às pessoas, a liberação de suas tensões. Também poderia possibilitar ao grupo, trabalhar “corporalmente” com situações conflitivas. Elaboramos a “roda trançada”: na roda e de mãos dadas fomos lentamente “nos trançando” sem soltar as mãos até estarmos totalmente emaranhados, todos falando ao mesmo tempo e buscando alternativas para retornar à posição inicial. Agora tudo era motivo para boas risadas. Várias tentativas frustradas, até conseguirmos. A euforia foi geral.

Propus que, a partir daquele momento, tirássemos os sapatos para os próximos exercícios e que cada um tentasse ficar o mais confortável possível com suas vestimentas, retirando excessos. Brincos, anéis, relógios, casacos foram deixados de lado.

---

*para descobrir quais de minhas facetas irão lhes interessar. Se não estou certo de que os outros acharão importante o que tenho a dizer, posso ficar em silêncio.” (p. 105)*

C.V. solicitou uma cadeira para retirar os sapatos e novamente falou de suas limitações. Então lhe disse que a limitação existia, era real, como também era real a possibilidade de ir trabalhando os exercícios dentro dessas limitações. Ele não havia, há pouco, participado de um exercício?

L.U.G retirou os sapatos, mas permaneceu de paletó e gravata.

No último exercício de integração do grupo, para “fechar” esse compromisso com o coletivo através da sensibilização, L.U.G. já estava sem gravata e paletó. Voltamos para a roda, todos deitados de costas no chão com os pés voltados para o centro. C.V. pediu para ficar fora, sentado na cadeira. Nenhum problema. Fiquei ao seu lado e, enquanto conduzia o exercício, íamos os dois, estabelecendo a nossa comunicação. A proposta era que, mantendo os olhos fechados, as pessoas procurassem dialogar com seus companheiros, através dos pés. Indicava a intenção do “toque”, alternando sentimentos contraditórios. Por último, que esses pés trocassem apenas carinho e conforto entre si. (Ao final desse exercício, C.V. precisou sair. Vieram buscá-lo para acertar detalhes da homenagem à noite).

Levantamos do chão e ficamos de pé, distribuídos em roda. Pedi que permanecessem nos seus lugares, fechassem novamente os olhos e voltassem toda concentração para o seu **corpo**. Corpo que se encontrava relaxado, descontraído, sendo sustentado por uma base, **os pés** que, no instante anterior, buscaram dialogar coletivamente através do toque. Solicitei que continuassem descobrindo/percebendo e diferenciando as sensações que cada sentimento provocava no seu corpo como um todo. Neste momento, cada um, na sua individualidade, deveria relembrar as sensações despertadas e observar qual o contato que os seus pés estabeleciam com o chão. Sentiam-se confortáveis?

Como estavam posicionados os dedos, articulações, planta, calcanhar, enfim, que buscassem em cada parte a totalidade do seu ser.

Na seqüência, solicitei que, mantendo os pés fixos no chão, balançassem o corpo com movimentos suaves, buscando pontos de equilíbrio. Concomitantemente, abrissem os olhos, olhando as pessoas, o espaço. Iniciassem uma caminhada livre, que foi sendo conduzida com variações em duplas, no coletivo.

Estabelecendo uma relação entre o caminhar e o deslocar-se no espaço, fomos introduzindo exercícios mais específicos de desmecanização do corpo. Eles deveriam buscar outras formas de “deslocamento”, utilizando os três planos<sup>9</sup>. Prosseguimos, aumentando gradativamente a complexidade dos exercícios.

Já ao final dessa seqüência, quando se tornou visível o processo de desmecanização das ações do corpo, da sua postura cotidiana, pedi que cada um deixasse o seu inconsciente libertar os movimentos contidos, que fluíssem sem censura.

E fluíram: estava na frente de alguns “bebês” rolando no chão (entre eles, L.U.G.); uma mulher bem alta era um pássaro cantando e tentando voar; outra, que chegou tímida e retraída, desfilava pela sala cheia de sensualidade, contorcendo o corpo como uma tigresa, os demais criaram movimentos totalmente diferentes. Todos buscaram, enquanto animais, personagens ou não, experimentar outras formas de comunicação com o seu corpo.

Durante os exercícios respiratórios, o grupo já estava bem integrado e descontraído; optei, então, por conduzir a maior parte dos exercícios em duplas. Um ajudava o outro e vice-versa.

Para abordar a respiração como terapia/prevenção dos processos ansiogênicos, trabalhamos, com o grande grupo, os tipos de respiração recomendados pelo psicoterapeuta Gaiarsa.

Ao definir **ansiedade**, GAIARSA, utiliza como sinônimos, o **medo** e a **angústia**: “Toda angústia é um desejo de fazer alguma ação, tomar uma decisão ou assumir uma atitude – que eu não faço, não tomo, nem assumo” (1996, p.

---

<sup>9</sup> Plano baixo: movimento realizado com todo o corpo em contato com o solo, p. ex.; arrastar e rolar.  
Plano médio: movimento realizado com partes do corpo em contato com o solo, sem erguer o corpo, p. ex.: andar de quatro, engatinhar, andar com o corpo curvado

312). Esse processo ansiogênico vai atuar sobre a respiração; a pessoa quando estiver contendo um desejo, por não poder realizá-lo, contém igualmente a respiração, pára de respirar. Agora, o que antes era desejo, transformou-se em angústia.

E GAIARSA ensina como assumir o controle sobre a sua respiração: a pessoa deve inspirar de forma ampla e pausada. Conter a respiração completamente, até o seu limite máximo. Expirar ou respirar rápida e superficialmente várias vezes.

Para GAIARSA, quando a pessoa “segura” a respiração de propósito, ela está assumindo o controle. Sendo a respiração uma função vital, em poucos segundos o corpo começa a enviar sinais de angústia e a pessoa volta a respirar. Ela vivenciou conscientemente a necessidade de respirar, trocar os gases.

Fechamos nossas atividades daquela tarde (15/10/96), relacionando a respiração com parte do aparelho fonador, a comunicação oral.

Dentro dessa atividade, prosseguimos com alguns exercícios coletivos. As pessoas procuravam comunicar-se primeiro com os sons apreendidos e depois criando sons.

Finalmente, chegou a hora de avaliar o desenvolvimento das atividades até o momento ou seja, no encerramento das atividades do primeiro dia. A maioria demonstrou estar surpreendida com sua capacidade de expressão corporal; do sentido de tocar e deixar-se tocar pelo outro; alguns falaram sobre o constrangimento que sentiram no início; de como o ser profissional “determinava” algumas posturas sem que percebessem, L.U.G. fez um sinal com as mãos de

---

Plano alto: movimento realizado com uma ou duas partes do corpo em contato com o solo e o corpo na vertical, por ex.: saltar com um pé, andar com a mão, pular.

que não conseguiria falar, *estava emocionado*. Nesse momento, o grupo se despediu com um grande abraço.

Três integrantes comunicaram que estariam indo viajar no outro dia pela manhã, portanto não concluiriam a oficina.

Vamos à segunda (e necessária) pausa na narração. O objetivo é tecer alguns comentários, sobre as avaliações/depoimentos do grupo, procurando relacioná-los às propostas da Oficina.

#### **2.2.1.1. Descobrimo a própria capacidade de expressão corporal.**

O corpo humano engloba uma série de estruturas complexas, que se inter-relacionam anátomo – fisiologicamente em perfeita harmonia. Essas estruturas possuem grande capacidade de adaptação/compensação perante situações de risco, o que sem dúvida é reconfortante. Mas, ao retratar as estruturas externas – músculos/pele – desse corpo, é possível observar que muitas vezes esta capacidade de adaptação pode levar a pessoa ao extremo da alienação. Isto acontece quando, ao assumir o seu corpo como instrumento de trabalho, tende a personificar características próprias da postura profissional. Esquecendo gradativamente sua corporeidade, a pessoa, induzida pelas repetições constantes, vai mecanizando as ações básicas do corpo, requeridas pelo cotidiano profissional.

No momento em que a pessoa se permite romper com tais ações mecânicas, num grupo que busca novas formas de expressar-se pelo corpo, ela está reencontrando sua *corporeidade*. Lembrando SCLAVI (1996), ela está

recuperando “em cerca de 75% a construção dos significados (Ibid., p. 53)” da sua expressão.

A partir desse reconhecimento da expressividade pode alcançar outros conhecimentos, como a percepção dos condicionamentos e limitações impostos à sua ação e aos mecanismos corporais que possui para superá-los. E transgredir conscientemente a passividade, transformando-a em atividade e reflexão crítica.

*“E é aquele mesmo corpo, antes um amontoado de nervos e músculos agora se faz abertura a um tempo e a um espaço imensuráveis, para tornar presentes e encarnar as tramas de um universo social e ideológico [...] Corpo também que se abre ao fluxo criativo do imaginário [...] faz-se espontaneidade e criação para encontrar-se no confronto com outros corpos [...] faz-se interioridade para realizar o encontro, a troca [...] nessa dialética do reconhecimento de si e do outro, reencontram sua verdadeira dimensão: ser – no – mundo, dimensão que implica pertencer ao meio social, fazer parte dele, sendo fundamental conhecer a realidade para inserir-se nela como ser participante.” (NAFFAH, 1980, p. 46)*

### **2.2.1.2. Tocar e deixar-se tocar pelo outro.**

Durante a avaliação das atividades daquela tarde , com a oficina, o grupo verbalizou estar surpreendido com uma nova significação para o tocar e deixar-se tocar pelo outro. Tal observação permite um questionamento: o ato de tocar o outro, não é inerente à profissão? Qual o significado do toque para o profissional da saúde?

Ciente da diversidade de profissionais que atuam na área e da heterogeneidade do grupo que estamos analisando e de todas as variáveis implícitas, é importante estabelecer uma “aproximação” entre os seus integrantes, contextualizando-os como representantes dos sistemas sociais burocráticos em que estão inseridos (escolas e instituições de saúde).

Primeiro alguns dados relacionados à estrutura dos sistemas sociais burocráticos.

Em relação à forma de organização dos sistemas sociais: existem os inorganizados (classe social, nação, público, cidade, outros); os semi-organizados (família, tribo, feudo, empresa familiar, outros) e, os organizados ou burocracias.

O motivo que leva as pessoas de um sistema social a obedecer o comando de alguém, conferindo-lhe poder define a “*legitimidade da dominação*” (MOTTA, 1986, p. 26)”. Sendo que a dominação burocrática tem sua legitimidade baseada “*em normas legais racionalmente definidas*” (Ibid., p. 29)”. Observa-se que o poder não está centralizado em uma pessoa, mas em normas.

As normas determinam a racionalidade deste sistema social, que possui, conforme conceituação de Motta, três características básicas, são sistemas sociais: formais, impessoais e, dirigidos por administradores profissionais.

Acompanhando as definições do autor, apresentamos, de forma resumida, cada uma dessas características.

No sistema social formal, o poder é conferido a um sistema de normas racionais – legais. Essas normas, escritas e exaustivas, definem as relações de autoridade, diretrizes, padrões de comportamento e uma seqüência minuciosa de normas que objetivam tornar previsível o



comportamento de todos dentro da organização. Encontram-se registradas em estatutos, regulamentos e regimentos.

Como as organizações possuem objetivos a alcançar, delegam o poder de coação às pessoas que ocupam cargos de chefia, para garantir a disciplina e atingir seus objetivos. A configuração hierarquizada de autoridades, em forma de pirâmide, permite a supervisão de funções, divide as responsabilidades verticalmente. Pode ainda, conforme os objetivos a atingir, ocorrer a departamentalização, ou seja, a divisão horizontal do trabalho.

Já o sistema social impessoal expressa sua racionalidade ao desconsiderar a pessoa. Quem governa é o cargo. A pessoa que está ocupando o cargo tem um poder impessoal. O cargo e as atribuições foram definidos por uma norma racional –legal.

Há, ainda, o sistema dirigido por um administrador profissional. Este é um especialista. Administrar é sua principal fonte de renda. Não possui os meios de produção, administra em nome de terceiros. É fiel ao cargo que ocupa. Recebe um salário por seu trabalho. É nomeado por um superior hierárquico, com um mandato por tempo indefinido. Segue uma carreira e, ao final, tem direito à aposentadoria.

Diante do exposto, vamos tecer alguns comentários, cuja intenção, é procurar concretizar a “aproximação” dos profissionais da área da saúde, como representantes dos sistemas sociais burocráticos em que estão inseridos.

As articulações internas da racionalidade burocrática, na estrutura acadêmica, de que falamos no capítulo anterior, também estão presentes

nos sistemas de saúde. Enquanto a estrutura acadêmica cria o “produto” o sistema de saúde o fortalece e segue em constante processo de retroalimentação. Ou seja, o formalismo profissional é básico para a manutenção do sistema organizacional.

O formalismo induz a pessoa a assumir uma postura profissional preestabelecida. Vai seguir normas de comportamento. A divisão de cargos e funções define relações formais entre as pessoas. A obrigatoriedade de seguir normas racionais, limita a capacidade criativa e os impulsos para o novo.

Nesse contexto, toda a multiplicidade de sentimentos, emoções e percepções da pessoa, a sua história de vida, não importam. Ela tem que manter a impessoalidade. A função ou cargo que ocupa não permite envolvimento pessoal.

No entanto, na prática do(a) profissional da saúde, o “tocar” o corpo do outro – o paciente – é fundamental. Isso desperta uma relação de contradição, às vezes conflitiva entre sua dimensão pessoal e a dimensão profissional.

O sentido do toque na dimensão pessoal (mesmo sendo profissional), envolve uma reação de troca de energias, traduzida por sensações variadas (receio, segurança, repulsa, afeto, e outras).

Na dimensão profissional, o formalismo e a impessoalidade não permitem qualquer envolvimento e determinam como deve ser o toque.

Para ilustrar, destacamos, por ser prática comum ao(a) médico(a) e ao(a) enfermeiro(a) (nossos representantes do profissional da saúde) o exame físico do paciente.

A orientação para o “toque”, segundo BRUNNER, define quatro processos fundamentais para o exame do paciente: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

A inspeção é utilizada para uma observação geral e externa do paciente. A palpação possibilita sentir estruturas internas do corpo (por exemplo, o: fígado, baço, bexiga, útero). A percussão tem como princípio fazer vibrar a parede torácica ou a parede abdominal, através de pequenos golpes do dedo médio da mão direita sobre a falange distal do dedo médio da mão esquerda, que se encontra em contato com a região a ser percutida.

E, assim, para cada segmento corporal a ser examinado, serão utilizados um ou mais “processos”. Por exemplo: para a cabeça e pescoço, a palpação; tórax e pulmões, a inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Voltando ao profissional da saúde, é importante refletir sobre como ocorre essa ressignificação do “tocar”, como ele(a) administra o “pessoal” e o “profissional”. Ele(a) está diante de uma pessoa e sabe que não é só um corpo a examinar, essa pessoa está com alguma doença, sente dor, desconforto. É quase impossível não se deixar envolver, muitos se escondem na impessoalidade para evitar o sofrimento, tornam-se formais e racionais tendem a desenvolver, com o tempo, uma rigidez afetiva. Outros, num movimento contrário, tendem a ser só emoção e se entregam à dor alheia.

Surgem, assim, vários mecanismos conscientes ou inconscientes para administrar essa relação conflitiva. Todavia, o imprescindível é que o profissional consiga mediar razão e emoção. Ser suficientemente profissional, para tomar decisões e agir com precisão, sem esquecer sua subjetividade e a subjetividade da pessoa do paciente.

Ao assumir essa nova postura, de compromisso com a pessoa do outro – o paciente - esse “toque” poderá ser amistoso, transmitindo confiança, esperança e carinho, sendo extremamente ético.

Torna-se fundamental, então, que o profissional da saúde perceba um novo significado no “tocar” e se “deixe tocar pelo outro”, superando a impessoalidade, como resultado do seu processo de formação profissional.

### **2.2.1.3. Percepção de como o ser profissional determina algumas posturas corporais.**

O profissional da saúde estando consciente de suas possibilidades e dificuldades, consegue perceber a presença do **ser profissional** no seu corpo. Percebe-a nas estruturas musculares, condicionamentos físicos, rigidez, enfim no papel social que representa.

Desde a forma mais simples de trabalho, que Marx define como um:

*“[...] processo de que participam o homem e a natureza; [...] o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.[...] Põe em movimento as forças naturais de ser corpo, braços e pernas, cabeças e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.”*  
(MARX, 1976, p. 202)

O homem precisa adaptar sua complexa estrutura corporal ao trabalho que vai realizar.

Após essa breve reflexão, passemos a analisar a postura corporal que assumem durante o trabalho, uma telefonista e uma digitadora de textos, buscando pontos em comum: ambas trabalham sentadas e *utilizam as mãos*. Poderíamos dizer que ambas desenvolvem, em termos de estruturas corporais, maior habilidade com os braços/mãos e toda parte superior do tronco, pescoço e cabeça. E que, pelo fato de estarem sentadas da cintura para baixo seus corpos servem de “apoio”. Mas, seriam afinidades se estivéssemos falando em postura profissional? Certamente que não, cada gesto/ação depende da intenção. Até a constatação: “ambas estão sentadas “ as difere. Mesmo na ausência da ação, há intenção.

Conforme diz Stanislavsky:

*“[...] a imobilidade exterior de uma pessoa sentada em cena não implica passividade. Pode-se estar sentado sem fazer movimento algum e, ao mesmo tempo, em plena atividade ... Muitas vezes a imobilidade física é resultado direto da intensidade interior e são essas atividades íntimas que têm muito mais importância, artisticamente.”* (1996, p. 65)

Desta forma, a “atividade interior” de ambas vai depender do papel profissional que assumem, no caso: telefonista ou digitadora de textos.

#### 2.2.1.4. Emoção – Importância da emoção no processo educativo.

Retomemos a evolução dos momentos vivenciados por L.U.G. no decorrer da Oficina. Ao se apresentar, a indecisão entre fazer ou não fazer parte do grupo, e, seguindo um processo de “desformalização” aparente; primeiro tira os sapatos, depois livra-se do paletó e gravata, na seqüência é um bebê que rola pelo chão, e; ao final das atividades do dia está emocionado, não consegue falar.

É importante, aqui, destacar a autopercepção e autoconsciência de L.U.G., procurando compreendê-la sob a ótica da Educação Dialógica de FREIRE.

Quando chegou ao grupo, L.U.G. demonstrava, através da postura corporal, uma auto-suficiência que provavelmente era uma “máscara social”, sua defesa inconsciente. As relações estabelecidas dentro do grupo, favoreceram esse movimento de interiorização, e L.U.G. permite-se refletir:

*“como posso dialogar se me sinto participante de um gueto de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são ‘essa gente’, ou são ‘nativos inferiores’?” (FREIRE, 1987, p. 80)*

Essa recusa de “pronunciar o mundo” não seria uma “faceta” da impessoalidade, do formalismo profissional?

Observando o seu desenvolvimento, a forma como permitiu-se expressar corporalmente, é possível concordar que este foi seu processo de aprendizagem: romper a rigidez da postura profissional, o perceber-se cidadão do mundo e para o mundo. Apreendemos, então, nos ensinamentos de FREIRE (1987), no que se

refere à libertação do homem através do diálogo, que, para conduzir a uma nova prática, terá que ser amoroso:

“Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.” (FREIRE, 1987, p. 81)

Lugar de encontro, representado por um grupo que soube o valor da troca. Quantos profissionais da saúde, encontram-se amarrados numa prática que os leva à rigidez afetiva? Que continuam ignorando a riqueza do relacionamento interpessoal, em nome da competitividade?

#### **2.2.1.5. O processo de elaboração e apresentação de uma criação coletiva**

Retomando o relato da oficina Teatro Educativo para a Saúde, vamos ao segundo dia, 16/10/96. Vale assinalar que, ao reiniciarmos as atividades com a oficina, estávamos cientes de que seria a etapa final e conclusiva dos trabalhos, quando nossa atenção estaria voltada ao processo de elaboração e apresentação de uma criação coletiva.

Nosso reencontro foi afetuoso, e logo percebi o quanto todos estavam inquietos e eufóricos para essa etapa. Uma desistência, o grupo agora estava com dez integrantes.

Para acalmá-los, baixando o nível de euforia instalado, iniciei com um relaxamento. E no momento em que estavam deitados, em posição confortável, fui repassando suavemente os passos da oficina – de forma esquemática – até aquele momento. Tinha a intenção de tranquilizá-los, reforçar os vínculos estabelecidos e, finalmente, orientá-los para a continuidade. Foram levantando, caminhando pela sala e iniciamos uma série de exercícios de improvisação: dava um tema e o grupo desenvolvia a ação; logo, sugeri trabalharmos com situações conflitivas, relacionando os problemas com a educação para a saúde.

Aquecido o grupo, partimos para a criação coletiva de nossa obra. A partir de uma animada discussão, o grupo escolheu o tema: “A violência familiar”. Pretendia-se abordar o alcoolismo, a falta de comunicação e o desrespeito aos idosos.

O grupo optou pela ausência de texto falado. Criou-se então uma seqüência de acontecimentos para a definição do conflito. Uma família composta por um pai alcoolista, mãe grávida do quarto filho, três filhos (dois adolescentes e um menor), avô idoso que ficaria sentado o tempo todo em frente a um aparelho de televisão.

Para compor o cenário, duas integrantes colocadas uma à frente da outra e segurando uma faixa de panos com as mãos, dariam a forma do tubo de imagem da televisão. A imagem seria representada por outra integrante. Uma cadeira para o avô e a capa de uma máquina fotográfica seria o controle remoto da televisão.



Quanto aos personagens, L.U.G. imediatamente se candidatou para ser o pai alcoolista; C.V. seria o avô, personagem que ele mesmo havia criado porque fazia questão de estar na obra; a imagem da televisão também ficou com sua criadora (a moça alta que virou passarinho cantando, num exercício) ela possuía bom domínio da voz e gostava de diferenciar sons. Todos acharam que ela deveria usar esse recurso. Ela estaria variando o som da televisão e também a imagem gestual, dependendo do personagem que acionasse o controle remoto: avô, imitação de noticiário; adolescentes, novela; criança, desenho animado e, para a mãe, propaganda.

Cada integrante improvisou seu “figurino”: L.U.G. desabotoou a camisa até metade do peito, deixou apenas uma parte atrás para dentro das calças; pediu emprestado para uma colega a “meia fina” que deixou jogada sobre os ombros; amarrou um blusão na cintura; uma perna da calça enrolada; para completar seu “desleixo” pediu às colegas que deixassem na testa e faces, marcas de batom e desmanchou totalmente os cabelos. C.V. pediu que arrumássemos um pano para servir de coberta, e também um boné; a mãe ajeitou uma barriga enorme, um pano amarrado à cabeça; adolescentes com bolsas tipo mochila e a criança fez um laço enorme nos cabelos, umas pintas na face.

As apresentações dos três subgrupos ocorreram naquela tarde de 16.10.97, às 16:00 horas. Foi destinado um salão de festas por falta de auditório ou anfiteatro disponível.

O público era constituído pelos integrantes das três oficinas, além dos três docentes animadores e do docente organizador. Delimitamos – os docentes – um

espaço que seria o palco e, à sua frente, o público distribuiu-se pelo chão para assistir às apresentações.

Relato sucintamente as duas apresentações que antecederam a nossa, por seqüência:

No “palco”, primeiramente, o subgrupo nº 3, que apresentou uma fila de espera para atendimento num posto de saúde. Várias situações conflitivas ocorrendo ao mesmo tempo, ninguém se entende, brigam pela vaga e enquanto isso, vão se entrelaçando. Até que uma pessoa sai do emaranhado e começa a organizar a fila, todos demonstram satisfação.

A seguir, o subgrupo nº 2 apresentou a visita de um educador sanitário a um grupo de jovens, para repassar orientações sobre a prevenção da AIDS. No início, os pequenos grupos formados não prestam atenção, mas lentamente vão se agrupando para ouvi-lo.

Finalmente, o subgrupo nº 1 entra em cena.

### **Cena 1:** (montando o cenário)

- Alguém leva a cadeira com o controle remoto e a coberta; entram as duas que formam a TV: posicionam-se uma de frente para a outra compondo a TV com os braços e uma tira de pano; entra o avô, senta enrolado na coberta e pega o controle remoto e “liga” a TV; entra a “criadora” da imagem e som da TV que logo inicia com o NOTICIÁRIO.

### **Cena 2 :**

- entram adolescentes, uma vai para o quarto ouvir música outra fica na sala, tira o controle do avô e aciona para NOVELA.



**Cena 3:**

- entra a criança que pega o controle e aciona para DESENHO ANIMADO; avô retoma e liga no NOTICIÁRIO, a criança chora e um adolescente briga.

**Cena 4:**

- mãe entra com um copo de leite para a criança, tira controle do avô e liga na PROPAGANDA; adolescente que estava no quarto sai e as três filhas iniciam uma briga; avô retoma controle acionando o NOTICIÁRIO.

**Cena 5:**

- pai chega em casa, bêbado tropeçando nas pernas, mãe tenta um diálogo, está indignada, mostra-lhe a barriga e as outras filhas, se desespera (nesse meio tempo o som da TV continua alternando e aumentando o volume).

**Cena 6: FINAL**

- o pânico formado: pai e mãe se confrontando, as filhas correm para eles ao perceberem o tumulto, congelam a cena, permanecem estáticos até que o avô se levanta, desliga a TV e gestualmente pergunta ao público: O que fazer? - FIM.

Como já foi dito, nosso grupo foi o último a se apresentar. Optou por montar o conflito de uma forma progressiva, em que os personagens encadeavam-se através do isolamento individual, até alcançar o ponto máximo conflitual que impulsiona uma reação de transformação. O avô foi o personagem

que concretizou a ligação entre os outros de forma passiva e que ao final transforma sua ação. Ele é quem toma uma atitude – desliga a TV; e deixa o questionamento em aberto, para que as pessoas pensem no assunto.

- O primeiro grupo trabalhou o conflito encadeando as dificuldades individuais em torno de um problema comum a todos, a longa espera para um atendimento de saúde. Tanto o clímax conflitual, quanto sua resolução, foi transmitida corporalmente, através da “roda trançada”, em que se emaranharam até comporem uma massa (massificação), momento em que surge uma pessoa para ajudá-los a se libertar. A transformação é visível nas expressões individuais que vão apresentando.

- O segundo grupo centralizou o conflito no personagem educador sanitário, que vai fazendo várias tentativas infrutíferas junto aos grupos formados em separado. Tentativas que, lentamente vão se concretizando, até o momento em que todas as pessoas estão reunidas para ouvi-lo falar sobre a prevenção da AIDS. Também houve uma mudança de comportamento nas pessoas. Lenta e gradual, mostrando a persistência do educador sanitário.

Todos os subgrupos atingiram os objetivos da oficina ao apontarem em suas “criações” situações conflituvas em relação à saúde, sinalizando, ao final, uma mudança de comportamento.

Enquanto López fazia o encerramento oficial da oficina, era visível a “mudança de comportamento” que todos os participantes (dos três subgrupos)

apresentavam. Todos sentados no chão, brincando um com o outro, apertavam-se as mãos, abraçavam-se, trocavam beijos, riam e cochichavam.

Encerrada “oficialmente” a oficina, fui juntar-me ao “nosso grupo”. Todos estavam eufóricos e queriam falar.

Permaneciam com seus “figurinos”, enquanto falavam de todo o processo até chegar na criação em si - a obra recém-apresentada, que foi o grande momento para todos nós. Cada um conseguiu manter seu personagem, estavam bem concentrados. C.V. totalmente dentro do personagem avô, recriou a cena final – é bom lembrar que no início só queria participar sentado. Uma ação, que aumentou a intenção do personagem.

Começamos a nos despedir, quase todos haviam saído. Restavam duas pessoas - as enfermeiras da Faculdade de Medicina de Concepción/Chile. Estavam encantadas com a Oficina, mas, principalmente, pelo fato de encontrarem uma *colega de Profissão sendo Atriz*; nunca imaginaram que seria possível conciliar as duas profissões. Uma delas, a diretora do curso de Especialização em Sexualidade Humana, aproveitou para formular um convite: que eu fosse ministrar essa Oficina no encerramento do Curso em julho de 1997.

Aceitei, mas no íntimo pensei ser uma empolgação momentânea. Não era, foi o “começo” da segunda Oficina.

#### **2.2.1.6. Algumas observações e comentários finais.**

Alguns fizeram avaliações por escrito, das quais, vou destacar duas, que permitem alguns questionamentos em relação ao desenvolvimento da oficina.

1º. L.U.G.: *“Te agradezco la oportunidad que me brindaste en tu “Taller Educativo en Salud”. Siendo un profano en los aspectos que tienen que ver con la actuación me hiciste sentir un actor. Fue una linda experiencia [...]”* .

2º. L.E.V.: *“Me pareció muy bueno el taller, o contacto com nuestro y otros cuerpos en el sentido de mejorar la comunicación entre las personas. Felicito tu participación. Aunque parte de mi deformación intelectualizante, aché de menos algun material de apoyo que nos permitiera entender com mayor fundamento cómo y porqué el teatro es una herramienta tan útil como se apreció. Gracias.”*

Primeiro quanto ao depoimento de L.U.G. *“Me Fizestes Sentir um Ator”*.

É muito significativo: responde aos objetivos propostos pela Oficina. Ele tem consciência de não ser um ator, mas sentiu-se ator. Através dos jogos teatrais, exercícios de desbloqueio e sensibilização corporal, ele foi se encontrando consigo e com o outro. Ampliou sua capacidade de expressão e entregou-se com espontaneidade ao personagem que criou.

E, ao criar um personagem que era exatamente o *seu contrário*, lhe deu vida interior; tornando a ação/interpretação desse personagem bastante real e convincente. No entanto, esse feito fez surgir um dado que nos permite questionar: Por que L.U.G. criou um personagem que era o seu contrário?

Vejamos as opiniões de Stanislavsky e de Moreno, mestres do Teatro Contemporâneo e do Psicodrama:

*“Todo aquele que é deveras um artista, deseja criar em seu íntimo uma outra vida, mais profunda mais interessante, do que aquela que realmente o cerca.” (STANISLAVSKI, 1996, p. 71)*

No *“método de improvisação espontânea, o protagonista desempenha papéis com os quais não se identifica, como, por exemplo, [...] e procura reprimir suas características pessoais e deixá-las tão distantes, quanto possível, do papel a ser desempenhado (MORENO, 1983, p. 131)”*.

Ambos concordam quanto à importância da representação do seu contrário: no teatro para o ator ou no psicodrama para o paciente; é uma ação que, centralizada no autoconhecimento, permite à pessoa “viver” uma outra vida, personificar-se num outro ser oposto ao seu.

Retornando ao personagem de L.U.G., poderíamos supor que, ao criar o seu contrário, ele estava liberando suas amarras. Essa hipótese de “libertação”, recebeu um reforço com o depoimento da esposa de L.U.G.: *“[...] em trinta anos de casamento, nunca tive um marido tão solto.”*

É de supor que a partir dessa aprendizagem vivencial, em que L.U.G. desenvolveu seu potencial criativo ativando a imaginação, o papel social que representava não lhe serve mais. Ele agora expandiu seu mundo interior, viveu um outro ser, lhe é mais fácil enxergar o outro, colocar-se no seu lugar, para compreendê-lo em sua totalidade. Dessa maneira, é bem provável, que sob essa nova percepção de si e do outro, L.U.G. venha a mudar a sua prática junto aos pacientes e alunos.



Segundo o depoimento de L.E.V. *“O contato com o seu próprio corpo e com o Corpo do outro pode ajudar a melhorar a comunicação entre as pessoas”*.

L.E.V., uma das participantes de nosso grupo, é psicóloga. Sua área de atuação é dirigida à parte clínica. Que tipo de “análise” L.E.V. vem fazendo do seu paciente? Ela observa sua postura, seus gestos e expressões? Ou sua atenção está na palavra falada?

Ela mesma responde aos questionamentos quando afirma: “[...]parte de minha deformação intelectualizante [...]” e pede uma comprovação de “[...] como o teatro pode ser uma ferramenta tão útil [...]”.

Observações e conclusões de uma pessoa que acabou de vivenciar, junto a um grupo, o desenvolvimento de sua capacidade intrapessoal, L.E.V. permitiu-se o autoconhecimento, que é o princípio básico para todo processo de comunicação entre as pessoas.

É possível deduzir que L.E.V. constatou, na prática, o que os livros de psicologia tentavam lhe ensinar sobre a linguagem do corpo. Os mecanismos de defesa expressos na postura corporal.

A amplitude do olhar sobre a pessoa do outro é imprescindível para captar, através da expressão facial, *“da intensidade do olhar e do tom da voz, o estado de espírito daqueles com quem conversamos (STANISLAVSKI, 1996, p. 197)”*.

A partir do desenvolvimento da capacidade intrapessoal, em que L.E.V. sentiu-se bem no próprio corpo, pode admitir, perceber e desenvolver suas próprias sensações. Estar bem consigo mesma, com sua corporeidade, pode ajudá-la a observar a totalidade da pessoa no paciente.

### 2.2.1.7. Enfermeira e Atriz.

Faz-se necessário contextualizar o “impacto” que a associação **enfermeira e atriz** causou para que possamos prosseguir em nossa análise e buscar uma compreensão plausível.

Esta observação surgiu ao término de uma oficina de teatro, durante a II Conferência Latino-americana em que eu, como atriz e enfermeira, fui docente animadora. A oficina aconteceu num ambiente onde a formalidade era o “natural”, mas, no espaço criado pelo grupo para realizar a oficina, a espontaneidade suplantou a formalidade, e os primeiros gestos tolhidos se abriam em graciosos movimentos expressivos. Resumindo, o momento era de encantamento consigo mesmo e com a pessoa do outro. Convém ressaltar que no Chile, a enfermagem não alcançou um rompimento com muitos “padrões”, seja na forma de se vestir, de caminhar, de se expressar é perceptível certo comportamento mais reprimido.

Isso pode justificar o impacto e encantamento das duas enfermeiras obstetras de Concepción (Chile). O fato de sermos colegas de profissão, enfermeiras e vendo-me também como atriz, para elas, até aquele momento, seria inconciliável.

É possível, também, que o impacto causado pela associação enfermeira “e” atriz, resida nos papéis estereotipados que permeiam muitas profissões. E, que se formos tentar aproximá-las sob essa ótica, talvez não nos cause espanto tal “impacto”. Vejamos o que significa ser enfermeira:

Permanece no imaginário popular a “imagem” do enfermeiro “estereotipada”: pessoa calma, caridosa, benevolente, resignada, obediente,

disciplinada, dedicada, que respeite a hierarquia, voz mansa, piedosa com seu paciente e que se abstenha das críticas sociais.

Já ser atriz, pode significar o extremo oposto, algo até paradoxal. O estereótipo “atriz” lembra uma pessoa cheia de expressão, de vivacidade, contestadora, corpo solto, gestos espontâneos e muitas vezes exagerados ou mesmo escandalosos, voz bem empostada, observadora, que segue seus instintos, avessa às imposições de horários e regras sociais enfim, uma revolucionária.

E, se analisarmos sob essa ótica, a atriz levando ilusão/sonho, a enfermeira apoiando/ensinando o autocuidado; ambas contribuindo para o desenvolvimento do ser, não estariam muito próximas?

Partindo do princípio de que a enfermagem presta assistência ao homem na sua totalidade, pode-se deduzir que seu objeto de trabalho ultrapasse a promoção, restauração e manutenção da saúde. Assumindo o papel social de contextualizar esse homem, então a sua *meta “pode ser definida como a promoção, a manutenção e a restauração da saúde com preocupação pelos fatores biológicos e psicossociais da saúde e da doença, e com atenção às necessidades e os direitos da pessoa para quem os cuidados de enfermagem são prestados* (BRUNNER e SUDDARTH, 1982, p. 10)”.

Este seria um papel pouco adequado ao modelo estereotipado de submissão e obediência, uma vez que, ao caminhar com o paciente no ensino do autocuidado, estará auxiliando no desenvolvimento da sua autoconsciência.

Assim, também o artista, ao desenvolver a verdadeira função da arte, vai estar comprometido com seu tempo.

Parte-se do princípio de que a arte *“capacita o homem para compreender a realidade e o ajuda não só a suportá-la como a transformá-la, aumentando-lhe a determinação de torná-la mais humana e mais hospitaleira para a humanidade (FISCHER, 1987, pp. 57-58)”*.

A imagem estereotipada, nesse caso, seria suplantada ante o papel social que o artista desempenha, limitando-se os “estereótipos”, àqueles artistas que fazem da arte mais um bem de consumo nas malhas da sociedade globalizante, em que a “postura escandalosa” seria o estrelismo com que vendem sua imagem.

Retornando à comparação entre as profissões: excetuando-se as contradições próprias do ser humano, e centralizando-a na função de auxiliar o desenvolvimento da pessoa, de forma integral, para que possa restabelecer a condição de sujeito de sua história, não seria possível afirmar que existe muita proximidade entre ambas, sob essa ótica?

### **2.2.2. Segunda experiência. oficina de teatro e desenvolvimento pessoal para educação em saúde.**

A Oficina de Teatro e Desenvolvimento Pessoal para a Educação em Saúde foi programada para finalizar o curso de Especialização em Sexualidade Humana. Ocorreu nos dias 01 e 02 de agosto de 1997, na Faculdade de Medicina da Universidade de Concepción/Chile, com uma carga horária de 16 (dezesseis) horas.

O curso de Especialização em Sexualidade Humana surgiu da constatação de que o índice de gravidez precoce vinha aumentando

gradativamente nos últimos anos em Concepción. Nesse país. Com duração de dois anos, as aulas ocorrem em dois finais de semana/mês. O objetivo do Curso é instrumentalizar os profissionais da saúde, com trabalhos junto às comunidades, na área da sexualidade humana. Esses profissionais serão os multiplicadores nas comunidades em que atuam. Também são responsáveis pela formação de grupos de estudo e divulgação dos temas que abrangem sexualidade humana, entre os leigos.

Ao formalizar o convite, Elena Fierro<sup>10</sup> solicitou que eu desenvolvesse o mesmo tipo da primeira oficina de que havia participado, com um enfoque à Educação em Sexualidade.

---

<sup>10</sup> Enfermeira obstetra, é Diretora do Curso Especialização Sexualidade Humana. Participou, junto com sua colega Matilde Torvella P., da Oficina de Teatro em 1996, na II Conferência Educação e Promoção/Saúde. As duas, Matilde e Elena, estavam organizando essa Oficina.

### **Início da Oficina - 01/08/1997 – manhã**

Uma sala ampla, iluminação adequada, algumas cadeiras e duas mesas encostadas numa parede, uma delas com aparelho de som e vários colchonetes empilhados ao fundo da sala.

Elena proferiu algumas palavras iniciais sobre a Oficina, apresentou o grupo genericamente e logo nos deixou.<sup>11</sup>

O grupo era formado por vinte pessoas com diferentes idades e profissões, provenientes de Concepción e outras cidades próximas nove enfermeiras obstetras, duas enfermeiras; três médicos gerais; dois médicos cirurgiões; uma estudante de psicologia; um médico obstetra; uma professora e um dentista. Quanto ao fator idade situa-se entre 26 a 60 anos, sendo a faixa etária média de 40 anos.

Todos vestindo trajes soltos, os participantes foram tirando os sapatos sem que eu precisasse falar. Estavam bem orientados e dispostos.

Fizemos uma roda, sentamos no chão e começamos as apresentações. Propus que, a partir da minha esquerda, alguém apresentasse o seu colega, dizendo o nome e alguma característica pessoal boa, e assim sucessivamente os outros. Como todos já se conheciam, foi um processo muito descontraído. Às vezes alguém contava uma anedota do colega e o riso era geral.

O clima instaurado era de expectativa e sentia-se alguma dispersão no ar. Optei por iniciar com alguns jogos de integração para envolvê-los num clima que requer atenção, observação e percepção. Fui adaptando os exercícios, até sentir que o grupo estava “presente”.

---

<sup>11</sup> Elena e Matilde ficaram assessorando o curso, mas fizeram questão de participar de vários exercícios e também da criação da obra ao final.

Fizemos uma roda bem espaçosa para iniciarmos o processo de sensibilização. Utilizamos os exercícios n<sup>os</sup> 7 e 8 que se encontram descritos nos anexos.

Na seqüência, foram orientados a caminhar lentamente pela sala, procurando sentir o deslocamento do seu corpo no espaço, a harmonia do movimento, a presença das pessoas do grupo.

Após uma volta completa pela sala, propus um intervalo de quinze minutos.

Terminado o intervalo, reiniciamos nossas atividades com uma roda. Estaríamos trabalhando com as formas de incluir uma pessoa no grupo direcionadas às relações interpessoais de um grupo. Utilizamos os exercícios de n<sup>os</sup> 3, 10, 14 e 15 descritos nos anexos.

Dividimos o grupo em duas filas, dispostos frente a frente em lados opostos da sala. Simulamos dois grupos rivais, que deveriam caminhar lentamente, em direção ao centro da sala, acompanhando a sua “fila”. A cada passo deveriam enrijecer mais a musculatura, endurecendo o olhar, sentindo a raiva tomar todo o seu corpo.

Quando as duas filas “rivais” estavam bem próximas e seus corpos já em posição de “ataque”, tencionados para a frente, pedi que congelassem todos os movimentos, olhassem dentro dos olhos um do outro, por alguns segundos. Então, pedi que entregassem seus corpos num abraço bem forte com seu companheiro da frente.

Em seguida, voltamos à roda. Coloquei um “canção de ninar”. Orientei que fechassem os olhos e, sentindo a música, procurassem embalar seu corpo.

E depois imaginassem estar embalando uma pessoa muito especial. Terminada a música, todos se olharam, trocando energia.

Para encerrar as atividades da manhã, realizamos um exercício de ritmo. Um integrante ficava no centro da roda determinando um ritmo com as mãos ou pés. Ao perceber que todos haviam “respondido”, trocava de lugar com outro. Quando todos do grupo já haviam comandado o ritmo, terminamos as atividades para o intervalo do almoço. (duas horas).

É importante, aqui, estabelecer uma pausa na narração, para tecermos algumas considerações sobre a abordagem do grupo:

Verificamos que o conjunto de participantes era bastante diversificado. Mas o fato de pertencerem ao coletivo do Curso de Sexualidade Humana (CSH) ligava-os objetivamente.

Nesse sentido, é possível imaginar que cada integrante do CSH estará servindo de elo de ligação/mediação entre a comunidade em que trabalha e as instituições de Educação para a Saúde.

Às atividades que cada profissional desempenha junto à comunidade, irá somar-se – a partir deste seu processo de formação - a função de multiplicador. Este será responsável pela formação de grupos de facilitadores constituído por pessoas da comunidade, garantindo, dessa forma, uma maior abrangência dos espaços para debates/discussões, assim como das ações preventivas em torno do alto índice de gravidez precoce, entre as adolescentes de baixa idade.

O Curso de Especialização em Sexualidade Humana propõe-se a oferecer instrumentalização teórica necessária, para desempenhar essa nova função de multiplicador. Portanto, nossa abordagem junto aos integrantes do CSH, orientou-se no sentido de facilitar a apreensão dessa nova função na prática e promover o



processo de desbloqueio corporal, sensibilização e ativação do potencial criativo, ampliando a capacidade de comunicação.

Consideramos que, ao permitir-se o autoconhecimento, cada profissional poderá desenvolver: percepção do outro, observando suas necessidades; manter o distanciamento necessário para observar, avaliar o desenvolvimento; conduzir o grupo de forma segura, sem considerar ações e reações do grupo como ofensa pessoal, ou elaborar julgamentos em nível pessoal; sensibilidade para adequar/alterar os exercícios sempre que houver necessidade de fazê-lo. Isto significa que o multiplicador estará sendo preparado para compreender e conduzir o processo de formação do grupo.

Retomando a narração da 2ª experiência com a oficina de teatro, vale dizer que outro ponto tratado foi a desestruturação das ações mecanizadas do corpo. Ao reiniciarmos as atividades, agora, à tarde, fizemos um relaxamento corporal para diminuir a agitação do reencontro. Terminei o relaxamento, propondo uma caminhada livre e suave, fui aumentando o ritmo, até que estavam todos correndo pela sala com movimentos amplos.

Na seqüência, trabalhamos alongamento e flexibilidade de todas as articulações do corpo. E, para cada parte, eu ia estabelecendo a conexão daquele movimento com o corpo todo, dos pés, nosso primeiro “movimento” estudado, até o último, cabeça/pescoço.

Com o corpo solto, pedi que cada um sacudisse ou chacoalhasse seu corpo por duas vezes.

Iniciamos com os exercícios de movimentos descoordenados. Seguimos inicialmente os de número 12 e 13, descritos em anexo, e outros. Em cada etapa, eles deveriam perceber os pontos de equilíbrio do corpo e principalmente as

possibilidades de variação dos movimentos. Ao final, pedi que cada um procurasse se inter-relacionar com o outro, utilizando movimentos descoordenados livremente. Antes de iniciar a próxima seqüência de exercícios, orientei para que sacudissem o corpo.

Voltamos nossa atenção para o deslocamento do corpo no espaço. Buscando novas formas e possibilidades. Descobrimos pontos adormecidos no corpo. Sentindo o ponto de apoio utilizado para impulsionar o movimento e descobrimos pontos de equilíbrio do corpo.

Durante os exercícios, minha orientação era de sinalizar esses pontos, estabelecendo uma relação com o corpo inteiro, para que cada um sentisse as alterações do seu corpo, desencadeadas por um movimento diferente ou não-usual.

Ao final da seqüência, orientei para que cada pessoa procurasse relaxar o seu corpo livremente, buscando harmonia interior. Permanecemos assim, por cinco minutos antes do intervalo.

Ao reiniciarmos, coloquei uma música de forró, orientando para que, individualmente, procurassem expressar com o corpo movimentos contrários ao impulso.

Depois, em duplas, dançar uma valsa. Quando senti que estavam conseguindo, tirei a música. Expliquei que, apesar da dificuldade, era possível não seguir o impulso. Eles haviam acabado de experimentar na prática. Tornei a colocar a música, para que procurassem expressá-la com movimentos amplos, redondos e livres, sem utilizar movimentos estereotipados e/ou convencionais, como os passos de dança.

Na seqüência, começamos ativar a imaginação com os jogos teatrais. Iniciamos com as sensações de frio/calor, relacionando-as com ações simples: esperando o ônibus na rua, sentindo muito frio; trocando um pneu de carro sem ajuda e sob um calor de quarenta graus. Segui alternando sensações ou sentimentos contrários, e aos poucos, fui acrescentando algumas variações mais complexas. O ponto básico era que cada um procurasse desenvolver sua imaginação para melhor expressá-la com o corpo. Depois, trabalhamos com alguns exercícios de improvisação. Propunha um tema, alguém iniciava a ação e os outros iam se envolvendo na ação. Trocava o tema, sendo que agora deveriam dar um começo, desenvolver o conflito e dar um final. Todos deveriam estar muito atentos para perceber a ação e continuá-la.

Para finalizar nosso primeiro encontro, trabalhamos com a observação minuciosa, dividindo o grupo em duas filas paralelas, um de frente para o outro. Determinamos qual a fila iria “observar” em primeiro lugar, enquanto a outra fila deveria permanecer imóvel.

Iniciamos. Durante um minuto, a fila dos observadores, cada um deveria observar a pessoa à sua frente, com todos os detalhes de expressão do corpo. Depois, os observadores, de costas, deveriam contar tudo o que perceberam na pessoa à sua frente. Eu fui interferindo em cada uma das duplas, fazendo perguntas sobre “detalhes” que não haviam surgido. As pessoas que foram observadas alteravam algum detalhe em si. Então, os observadores voltavam a observar, cada um deveria identificar o detalhe alterado. Trocamos os papéis e reiniciamos o exercício.

Voltamos à roda e fizemos um exercício de relaxamento. Sentamo-nos no chão para avaliar as atividades da Oficina até aquele momento. Como estavam se sentindo?

Todos manifestaram seus sentimentos e percepções. Apresento-os agrupados, por terem se repetido em torno dos itens a seguir:

- a) Sentiram muita dificuldade no exercício do movimento contrário ao ritmo da música. Mas, ficaram contentes quando conseguiram.
  
- b) Estavam surpresos com a mobilidade do seu corpo. Gostaram de rolar no chão. Sentiram harmonia e se emocionaram no exercício do “nascimento”; sentiam-se mais jovens.
  
- c) Acharam importante tocar o corpo do outro e deixar-se tocar .

À medida que as percepções foram surgindo, fomos conversando. Cada um deu sua opinião. Dei alguns esclarecimentos em relação aos exercícios. Manifestei também minha opinião em relação às percepções.

#### **2.2.2.1. Descondicionamento dos movimentos corporais.**

Cabem, aqui, vários questionamentos: por que a maioria sentiu dificuldade em realizar uma “ação” contrária ao estímulo sensorial? Qual a relação existente entre o condicionamento e o processo de aprendizagem?

Ao ouvir uma música alegre com ritmo forte, como o samba/forró, o corpo é despertado para movimentos livres, amplos e sensuais. Seguir o estímulo é um ato – reflexo.

Sabemos que o corpo humano percebe o meio ambiente em que está inserido, através dos cinco sentidos. São os sensores do corpo, que tendem a adaptar o corpo conforme a sua seleção.

No caso do nosso grupo, após a confusão inicial na seleção dos sentidos, foi possível realizar o exercício. Dançar uma valsa ao som de um forró. Este foi o objetivo do exercício: possibilitar que a pessoa, ao tomar consciência de que é possível determinar-se, moldar seu corpo, torná-lo mais sensível aos movimentos que realiza, entre em contato consigo mesma. Com sua corporeidade, um encontro, que para Grotowski, traduz a essência do teatro:

*“O homem que realiza um ato de auto-revelação é, por assim dizer, o que estabelece contato consigo mesmo. (GROTOWSKI, 1968, p.41)*

Aprendizagem é justamente isso: o permitir-se o novo, apreender, trocar e transformar. Contudo, nem sempre é tarefa simples ou fácil. Como afirma Bianchi:

*“(...) vivenciar na medida do possível o mundo interno e externo na tentativa de compreendê-lo. Tal busca porém nem sempre é conseguida sem esforço, pois significa mudança. Acomodar-se, às vezes parece melhor.” (BIANCHI, 1984, p. 15)*

### 2.2.2.2. Comunicação corporal

Por que as pessoas gostaram de “rolar no chão”? Qual a relação entre rolar no chão e sentir-se em harmonia e mais jovem?

Nesse ponto, é bom lembrar BERTHERAT (1991), quando fala do corpo como se fosse uma casa, cujo proprietário “perdeu as chaves”. Por isso, *“fica de fora, só vendo a fachada. Não chega a morar nela [...] que abriga suas mais recônditas e reprimidas lembranças (Ibid., p. 11)”*. A autora faz uma alusão aos mecanismos de defesa que a pessoa vai formando, que acabam por afastá-la de sua corporeidade.

Estabelecendo uma aproximação da sua analogia às percepções do grupo, torna-se possível deduzir que as pessoas haviam resgatado naquele momento a espontaneidade. Tão própria da criança, que é livre.

Vale lembrar que a infância funciona como uma espécie de reservatório individual, em que estão registradas as primeiras impressões e descobertas da criança com o mundo que a cerca. Vai desenvolvendo seu potencial criativo, transformador e atemporal. Na fase pré-escolar principalmente, uma criança, ao brincar do “faz-de-conta”, reproduz a realidade dentro da sua percepção e, nesse momento, ela consegue transcender a si mesma. Por exemplo: uma menina com sua boneca representa o papel de mãe, imita o jeito que sua mãe a trata, acreditando-se mãe da boneca. Ela se vê representada pela boneca. E deixa-se absorver. Nada importa, a não ser a relação que ela está tendo com a sua “filha”, na qual ela ensaia novas possibilidades e demonstra com clareza como gostaria de ser tratada pela mãe. Enquanto vivencia o momento em que transcende a si

mesma, a criança faz sua crítica espontânea aos adultos. Está desenvolvendo seus primeiros conceitos.

É possível que o exercício de rolar no chão, como comentávamos anteriormente, realmente facilite essa aproximação do adulto com a “sua criança”, seu reservatório de imaginação, de abertura perante o novo. Através desse “resgate”, o adulto poderá romper com as limitações que o impedem de expressar-se abertamente. Poderá tornar-se acessível ao novo e sentir-se mais jovem. Isto porque, ao ativar seu potencial criativo, tende a se desligar da passividade mental a que estava condicionado, podendo reconectar-se ao aprender a aprender.

### **2.2.2.3. Importância do Tocar e Deixar-se Tocar.**

No decorrer da primeira oficina de Teatro Educativo para a Saúde, surgiam considerações acerca da importância do significado do toque para o Profissional de Saúde. Nossa abordagem centralizou-se nos mecanismos adotados pelas organizações burocráticas (escolas e instituições de saúde), para desenvolver o formalismo e a impessoalidade no profissional. Agora, vamos procurar deslocar nossa atenção sobre a pessoa. Como ela processa, em nível consciente, essa resignificação do tocar? Quais os mecanismos utilizados pela Oficina que facilitam esse processo?

Logo após os jogos de integração do grupo, começamos a trabalhar com a sensibilização do corpo, quando as consignas utilizadas foram conduzindo o processo de interiorização de cada um em si, na percepção consciente do seu corpo. É um momento importante, a pessoa sente a totalidade de cada pequeno

movimento do seu corpo. Isso acontece de uma forma lenta, para que possa assimilar a complexidade de estruturas que envolvem o movimento, em todas as etapas do exercício. Todo o exercício de sensibilização permite a pessoa perceber seu corpo no espaço, cujo “filtro” entre o meio exterior e o interior é a pele, esse extraordinário órgão do nosso corpo: “*é o mais extenso órgão do sentido de nosso corpo* (MONTAGU, 1988, p. 21)”.

Sabemos que uma das funções da pele, através do sistema tátil, é o de conduzir as sensações exteriores até o sistema nervoso central que, após decodificá-las, envia “respostas” à pele: quente, frio, áspero, suave, agradável, e todas as sensações que alcançamos perceber.

Com todo processo de sensibilização vivenciado em busca da corporeidade, *a pele - nossa “fonte organizadora e processadora de informações* (Ibid., 1988, p. 22)”, estará muito mais perceptível ao toque.

Comentávamos anteriormente que o corpo humano percebe e reconhece seu meio ambiente através dos sentidos, que selecionam e decodificam os estímulos, estabelecendo uma relação com a natureza e as pessoas. Na sua essência contraditória, tanto pode selecionar somente o “conhecido” e promover uma adaptação, como também o “desconhecido” e promover um despertar.

Sendo a pele o maior e mais extenso órgão do nosso corpo, o sentido do tato é o maior selecionador e decodificador de estímulos para conectar o homem ao seu meio ambiente. Partindo desse princípio, permitimo-nos elaborar uma interpretação.

A percepção do grupo, após o processo de interação, foi de “surpresa” quanto ao significado do tocar e deixar-se tocar. Isso nos leva a deduzir



que a pele esteve selecionando o “desconhecido”, despertando as pessoas. No coletivo, essa percepção é reconhecida e reforçada. Aumenta a auto-estima. Melhora a comunicação entre as pessoas.

Retomemos a narração da oficina. Estamos na manhã do segundo dia (02/08/97).

Reiniciamos nossas atividades com exercícios respiratórios e também com a respiração para auxiliar a controlar a ansiedade. Passamos para os exercícios de expressão vocal, tentando associar alguns movimentos aos sons.

Fizemos nossa roda, sentamos para iniciarmos o processo criativo.

Optamos por dividir o grupo em quatro subgrupos.

Para definir os temas, primeiro elaboramos uma lista, seguindo a seqüência da roda. Cada um deveria dizer um *palavra* relacionada à sexualidade humana; após a primeira “rodada”, surgiram mais algumas palavras que acrescentamos à nossa lista.

Dividimos o grupo, separando os subgrupos nos quatro cantos da sala.

Cada subgrupo deveria:

1. A partir da listagem elaborada, escolher uma ou mais palavras para definir um tema.
2. Tendo como base os exercícios realizados, criar uma ação: começo, desenvolvendo conflito, final.
3. Definir personagens, cenário, figurino.

4. O uso da palavra falada ou não, ficou ao critério do grupo.

5. Obra com duração de quinze minutos.

Foi estabelecido que as apresentações seriam no salão de Eventos da Faculdade de Medicina, onde estava acontecendo a oficina, ao final da tarde.

Durante os trinta minutos restantes, cada subgrupo envolveu-se com sua criação. E eu estive à disposição para auxiliá-los, até o horário estabelecido para o intervalo de duas horas.

#### **2.2.2.4. Apresentação das criações coletivas e encerramento da oficina.**

Ao reiniciarmos as atividades, à tarde, o clima era de muita agitação. Cada um trouxe seu figurino, umas mulheres se encarregaram da maquiagem. Estavam eufóricos. Fizemos nossa roda e um relaxamento seguido de alguns exercícios de interiorização. Após, pedi que caminhassem muito lentamente pela sala, sentindo toda harmonia presente; que sentissem o deslocamento do corpo no espaço.

Quando percebi que estavam tranquilos, pedi que voltássemos à roda para um abraço coletivo. Nesse momento nos desejamos sorte.

Elena havia destinado mais três salas para que cada subgrupo trabalhasse em sua obra. Seguiram com seus pertences. Eu percorria as quatro salas, auxiliando-os com detalhes técnicos do ponto de vista da encenação.

Quando faltavam trinta minutos para o início das apresentações, fomos para o salão. Cada grupo organizou seus pertences. Observaram o ambiente, caminharam pelo palco, deixando organizado o cenário para a primeira encenação. Combinamos que entre cada apresentação, daríamos um intervalo breve, o suficiente para a troca de cenário.

A seqüência das apresentações foi definida por eles através de um sorteio.

Os grupos apresentaram suas obras conforme segue.

<i>Nome do Grupo:</i>	<i>Nome da Obra:</i>	<i>Tema:</i>
1º Ecogrupo	<i>Desencuentro</i>	Engano
2º Los Fanáticos	<i>Es Un Sueño</i>	Fantasias Sexuais
3º Los Estudiantes	<i>Cuando El Amor Muere</i>	Separação
4º Doce Milliones	<i>Mañana Es Demasiado Tarde</i>	Gravidez Precoce

Após a última apresentação, dedicamos um tempo especial para essa troca de energia que sentíamos, a satisfação de haver concretizado o processo criativo.

Sentamos para fechar o Encontro, fazendo uma avaliação da Oficina. Todos fizeram questão de prestar o seu depoimento. Percepções que vinham reforçar as elaboradas na primeira avaliação. Como resultado dessa última etapa, em que estiveram concluindo o processo criativo através das apresentações de suas obras, surgiram duas percepções novas ao grupo:

**A.** Perceberam a importância da observação minuciosa, o quanto a falta dessa observação, prejudica o dia-a-dia do profissional da saúde, e,

**B.** Estavam surpreendidos com um potencial criativo que não imaginavam possuir.

#### **2.2.2.5. Considerações sobre os depoimentos finais do grupo**

Ao tecermos comentários sobre o primeiro ponto destacado acima, vamos retomar um exercício de observação minuciosa, realizado durante a oficina, para tentar elucidar os objetivos específicos que poderão ser desenvolvidos através da observação minuciosa. Procuramos, com isso, buscar uma aproximação junto ao processo de criação coletiva, pelo fato deste ponto ter surgido após a apresentação das obras.

##### **A . Observação e criação coletiva**

Quais os caminhos que o grupo percorreu junto à Oficina, para destacar e associar ao seu cotidiano profissional, a importância da observação minuciosa? Como o processo de criação coletiva contribuiu para essa percepção?

Vejamos do princípio. Desde os primeiros jogos de integração, fomos pontuando a importância da observação, que esteve presente em todo o desenvolvimento da Oficina: auto-observar-se e observar o outro.

Mas, vamos partir dos exercícios de observação minuciosa. Destacamos o primeiro, que se encontra descrito em anexo número 16.

A partir de uma dupla:

- “A” observou “B” → agora “A” está de costas para “B”, fazendo uma descrição de tudo que viu em “B”.

Nesse momento, deverá responder a uma série de perguntas que são elaboradas a partir do que ele não observou. Vamos aprofundando: ele disse a cor da camisa, *mas*: tem botões? como são? qual o tecido? parece nova? e seguimos como expressão do rosto / corpo / cabelos, etc.

O que está acontecendo nesse exato momento, com eles?

“A” → percebe a infinidade de detalhes que não observou; sente-se um pouco decepcionado consigo mesmo.

“B” → percebe a infinidade de detalhes que forma a sua “imagem”, desperta para quais os detalhes que deverá observar na sua vez; sente alegria quando “A” acerta suas observações e decepciona-se igualmente quando não acerta.

“B” → muda algum “detalhe”, por exemplo vira o pé esquerdo para o lado.

“A” → volta a observar “B” → primeira coisa é “olhar” em “B” tudo o que deixou de observar.

Se: “A” → acerta, ambos ficam contentes.

“A” por ter acertado;

“B” por ter sido bem observado.

Se: “A” → não acerta, ambos decepcionados, mas sentem-se desafiados.

E o exercício continua, invertendo as posições. Vamos acrescentando algumas variações, para que a pessoa sinta a partir de si, o que significa observar e ser observado, os sentidos que envolvem e a abrangência que assume. Vejamos o que diz Chekov com relação à perspicácia de quem observa:

*“Quanto mais assídua e penetrante for a observação, melhor a receptividade.[...] o valor real do exercício está no esforço para abrir o próprio eu aos outros e para intensificar no ator a capacidade de observar seus parceiros o tempo todo, robustecendo assim a sensibilidade em relação ao conjunto.” (CHEKOV, 1996, p. 51)*

Essa sensibilidade ao conjunto que Chekhov cita, viabiliza o processo de improvisação, porque cria uma unidade no grupo: a partir de um tema estabelecido, um integrante do grupo começa uma ação, outro estará complementando e depois outro, até que o tema, ou o tempo estabelecido tenha se esgotado. Esse mesmo tema poderá se repetir para que o grupo vá aprimorando a seqüência, testando possibilidades.

No nosso caso, e enquanto eles estiveram envolvidos nesse processo, foram resgatando em suas memórias, muitos exemplos da vida pessoal e do cotidiano profissional, para associarem aos seus personagens. É provável que cada um dos integrantes, ao trazer sua contribuição individual ao coletivo do grupo, esteve processando em nível do inconsciente para o consciente, as mais variadas formas de expressão de seus pacientes. Expressões que adquirem

agora um novo significado, mais abrangente, com requintes de detalhes favorecidos pelo estímulo à observação. Como observa Moreno :

*“A produção no presente é a única instância decisiva. Todo o passado se exprime de alguma forma na produção atual.” (MORENO 1983, p. 126)*

## B. Processo criativo e prática profissional

Durante a abordagem do segundo ponto destacado, vamos procurar entender como ocorreu a apreensão do processo criativo. A partir do relato de cada uma das obras apresentadas, vamos elaborar comentários relacionados aos três aspectos prioritários que estabelecemos à Proposta da Oficina:

- a) Tema central e subtemas envolvidos.
- b) Desenvolvimento do tema central dentro do processo criativo. possíveis implicações com a prática profissional.
- c) Como resolveram o conflito?

Antes de começar a descrição relativa a esses pontos, cada obra será apresentada sucintamente. A descrição detalhada encontra-se nos anexos.

- **“Desencuentro”**

O primeiro grupo, **Ecogrupo**, apresentou **“Desencuentro”**, abordando o engano amoroso de uma jovem que, totalmente apaixonada pelo namorado, não escuta o que os amigos lhe dizem quanto ao comportamento falso dele. Ao final,

quando está arrasada pelo engano, os amigos a amparam fazendo com que olhe para si, resgatando a autoconfiança.

### **I - Tema central e subtemas envolvidos**

Para focar a questão central do engano amoroso, o grupo delineou o caráter individual dos personagens, através de suas ações e reações emocionais.

Dessa maneira, deixaram transparecer os subtemas, que, entremeados por relações de concordância, contradição e causalidade, formaram a trama que possibilitou o desenrolar do conflito.

Assim, percebemos os subtemas: autoconhecimento, amizade, harmonia, alcoolismo e esperança. Uma das causas das reações agressivas de Paulo é o alcoolismo, mas também há o jogo de sedução com a garçonete e com Glória, o duplo comportamento. Contraditoriamente, sentia desejo e demonstrava carinho por Glória.

A amizade entre Glória, Maria e Carlos revela uma relação de concordância, e de contradição no momento de despertar a desconfiança e indignação de Glória. A mesma amizade que vai causar o reencontro de Glória consigo mesma.

A harmonia entre Maria e Carlos estabelece a concordância do casal, ao mesmo tempo em que destaca a relação contraditória de Paulo e Glória. A garçonete deixa entrever uma relação de causalidade, ao irritar-se com a investida de Paulo.

A esperança, uma relação contraditória com a desilusão, e de concordância com a amizade e o auto-reconhecimento.





## **II - Desenvolvimento do tema central dentro do processo criativo.**

### **Possíveis implicações com a prática profissional.**

Os atores desenvolveram o tema dentro de uma seqüência lógica “começo - meio e fim”; a situação do conflito foi delineada; utilizaram os recursos apreendidos durante a oficina para expressar com o corpo seus diálogos. Durante toda encenação, apenas a verbalização de uma frase: “Vocês tinham razão. Eu estava iludida!”, que foi “falada” para aumentar e confirmar o que o corpo da atriz dizia naquele momento.

Além de utilizarem a técnica de congelar a cena enquanto outra cena se desenrola, em que uma mesa vira um balcão de bar ou um banco de Jardim, por exemplo, eles utilizaram a imaginação e a observação minuciosa para dar vida e veracidade à ação. Desenvolveram um processo mental anterior à encenação em que os cinco integrantes do grupo estiveram envolvidos em torno de um tema. Cada um resgatou suas imagens pessoais, conceitos, relacionamentos amorosos que viveram ou presenciaram, idéias que foram somando para delinear o perfil de seus personagens. Nessa etapa da criação coletiva, torna-se mais perceptível a cada integrante/criador a riqueza de detalhes e sentimentos que envolvem uma pessoa/personagem, perante um conflito amoroso.

Ao abordarem cada um dos subtemas citados, estiveram praticando duas técnicas: observação minuciosa e linguagem gestual. Toda a vida interior sentimentos e estado de espírito de um personagem sendo exteriorizado.

Enquanto desenvolviam o processo criativo e , mesmo durante e após a apresentação da obra criada, eles estiveram ampliando seus próprios conceitos sobre “engano”, houve uma alteração em nível da subjetividade de cada um,

perante o tema estabelecido. É provável que esse novo olhar através da subjetividade do outro, vivenciada entre o grupo, permaneça permeando as atividades profissionais de cada um dos integrantes do grupo, em suas futuras inferências em relação ao paciente/família/comunidade permitindo colocar-se no lugar do outro para compreendê-lo melhor, sob a sua percepção/sua ótica do problema vivenciado.

### **III - Como resolveram o conflito?**

Numa das cenas finais, os criadores/atores fizeram com que a jovem desiludida, olhasse para si mesma. Ela olha, observa e depois abraça seu corpo com carinho, enquanto vai sorrindo, olha para os amigos e sorri agradecida.

- **“És un sueño”**

O grupo Los Fantásticos, com o tema fantasias sexuais, apresentou “Es un sueño”. Uma mulher que durante o sonho tem uma fantasia sexual, é surpreendida pelo marido que chega em casa e se espanta com seu ar de malícia. Ela permanece uns instantes entre a culpa e o desejo, até que assume o desejo e se insinua para o marido, que continua espantado e desconcertado pela iniciativa dela mas aceita.

#### **I Tema central e subtemas envolvidos**

Para abordar a questão da fantasia sexual, os atores delinearam o caráter individual dos personagens, através de suas ações e reações emocionais.

Deixaram, assim, transparecer os subtemas que, entremeados por relações de concordância, contradição e causalidade, formaram a trama que possibilitou o desenrolar do conflito.

A relação de causalidade com a fantasia sexual surge para a mulher que sonha: inquietação, culpa, vergonha e, contraditoriamente, o desejo, a satisfação. Estes sentimentos induzem a estabelecer uma relação de concordância com o marido na hora da entrega, surge também malícia, cumplicidade, sensualidade.

O estranhamento, surpresa e dúvida do marido pelo comportamento “ousado” da mulher, também resulta numa relação de concordância através do desejo e da entrega.

O casal que ilustrou o sonho estabelece uma relação de causalidade que une o tema central ao conflito vivenciado pela mulher. E, de concordância com a sensualidade vivenciada pelo casal 1, ao final.

## **II Desenvolvimento do tema central dentro do processo criativo.**

### **Possíveis implicações com a prática profissional.**

Os quatro integrantes do grupo, durante o processo de criação, envolveram-se em torno do tema fantasia sexual, em que cada um contribuiu a partir de seus próprios conceitos, de sua imaginação. O tema escolhido envolve um fator bastante conflituoso: o tabu. No caso, o grupo associou mais outro: o fato de uma mulher estar protagonizando a fantasia sexual.

Esse momento oportunizou aos integrantes do grupo, uma confrontação dos seus valores, na medida em que precisaram delinear o perfil de seus personagens.

Utilizaram vários dos exercícios vivenciados durante a oficina, recriando-os a partir de suas próprias percepções para a concepção da obra. Assim como observamos no grupo anterior com a obra “Desencuentro”, este grupo, também passou pelo mesmo processo de reformulação mental. Ou seja, na prática eles estiveram utilizando a observação minuciosa para exteriorizar as sensações/sentimentos dos seus personagens, a partir de um resgate individual para somar num coletivo.

Eles estiveram reforçando a importância do autoconhecimento para saber situar-se perante as mudanças da vida, desenvolvendo a autoconfiança.

Estarão mais alertas à subjetividade do outro, ou seja: como o outro vê, percebe seus tabus, desejos, sensualidade, satisfação, enfim, tudo o que envolve as fantasias sexuais. Esse colocar-se no lugar do outro, tende a evitar julgamentos a partir de idéias pré-concebidas.

### **III - Como resolveram o conflito?**

Quando a mulher respira profundamente - tomando consciência de seu controle sobre a respiração, olha para o marido enquanto solta a expiração, abre um sorriso, olha com malícia e cumplicidade para o público - no caso seu *ego*; ela assume o poder de estimulação que a fantasia sexual tem sobre a sua pessoa, tratando de “consumir” suas necessidades sexuais.

- **“Cuando el amor muere”**

O grupo **Los Estudiantes** trata sobre a separação de um casal com a obra “Cuando el amor muere”. Um casal em vias de separar-se, já sem condições de diálogo. As filhas procuram o auxílio de uma psicóloga que tenta conversar com o casal. Ao final, eles se separam mas todos resgatam a tranqüilidade.

### **I - Tema central e subtemas envolvidos.**

Para abordar a separação de um casal, eles delinearam o caráter individual dos personagens, através de suas ações e reações emocionais.

Com isto, deixaram transparecer os subtemas que, entremeados por relações de concordância, contradição e causalidade, formaram a trama que possibilitou o desenrolar do conflito.

A ausência de amor entre o casal estabelece uma relação de causalidade através do desinteresse, solidão, tristeza, irritação e cansaço que demonstram um com o outro. É também causa de tristeza, solidão e, ao mesmo tempo, de compreensão para as filhas; para a psicóloga, a causa do atendimento, ao mesmo tempo em que estabelece uma relação de concordância, envolvendo-se cordialmente com o casal e suas filhas.

O amor do casal para as filhas e destas para os pais configura uma relação de concordância.

Entre o casal, carinho e falta de amor constitui uma relação de contradição; concordância e causalidade na separação e resgate da tranqüilidade entre os dois e destes com as filhas.



## **II - Desenvolvimento do tema central dentro do processo criativo.**

### ***Possíveis implicações com a prática profissional.***

Os participantes do grupo desenvolveram o tema dentro de uma seqüência lógica, definindo o conflito familiar a partir da falta de amor entre o casal, em que a “explosão” do pai por causa de uma comida serve para sinalizar o desgaste da relação conjugal. Utilizaram recursos de congelar a ação para delimitarem as cenas e também o exercício respiratório para controlar a ansiedade.

Em todo processo de criação, os cinco integrantes do grupo voltaram sua atenção ao relacionamento de um casal. Foram definindo os personagens de forma a situar o conflito estabelecido. Aí aparece a figura de um profissional da saúde, a psicóloga, assumindo uma postura de entrega aos clientes, ouvindo-os atentamente. Observa-os, toca-os, aproxima-se fisicamente e é a única personagem que faz uso da palavra verbalizada.

Nessa entrega individual de percepções, conceitos, experiências vivenciadas, de rompimentos, de harmonia, cada um foi reelaborando sua abrangência sobre o tema separação e sobre o perfil ideal de um profissional.

Eles também estiveram desenvolvendo coletivamente um novo olhar sobre a subjetividade das pessoas/personagens envolvidas na questão da separação e na postura desse profissional, cuja subjetividade permitiu o desenrolar do conflito. Essa prática, que foi impulsionada pelo processo de criação, poderá acompanhar cada um dos integrantes/criadores, no seu dia-a-dia de profissionais da saúde, futuros especialistas em sexualidade humana.

### III - Como resolveram o conflito?

Perante a psicóloga, o casal vai permitindo-se ouvir um ao outro, e nasce o diálogo entre os dois. A separação surge como uma saída para resgatar a paz interior de cada um, a harmonia e a amizade na família.

E por último, ficou o grupo **Doce Miliones** com “Mañana és demasiado tarde”, para abordar a gravidez precoce. Uma adolescente apaixonada por seu primeiro namorado procura o diálogo com a família para conversar. Ninguém leva a sério sua angústia. Ela decide sozinha que já é hora de transar com o namorado. Ao final, por passar mal em casa, a família chama a médica, que numa postura rígida declara que a adolescente está grávida, despertando um mal geral entre todos.

### I - Tema central e subtemas envolvidos

Para abordar a gravidez precoce, delinearão o caráter individual dos personagens, através de suas ações e reações emocionais.

Isto possibilita que os subtemas transpareçam, entremeados por relações de concordância, contradição e causalidade, formando a trama que possibilitou o desenrolar do conflito.

A adolescente e o namorado estabelecem entre si uma relação de concordância quanto ao desejo, sensualidade e cumplicidade. Surge a relação contraditória com o rompimento do namoro. Dos pais com a filha adolescente,

surge uma relação contraditória com a falta de comunicação e culpa, indiferença e amor.

Da irmã mais velha para a adolescente, estabelece-se uma relação contraditória entre a ironia e a vergonha, falta de observação e a culpa, a indiferença e o carinho da médica com a adolescente e família, a relação foi permeada pela causalidade; com a paciente, mantém uma postura de distanciamento e impessoalidade, revelando uma relação de contradição, no momento em que julga a situação e, ao mesmo tempo, uma relação de concordância com a falta de comunicação existente entre os membros da família.

Entre a adolescente, os pais e a irmã, estabeleceu-se uma relação contraditória entre o amor e a tristeza, confiança e abandono, sonho e indiferença. Com o namorado uma relação contraditória em que, amor, paixão, ilusão somam-se às sensações de solidão e abandono, estabelecendo uma relação de causalidade na entrega e gravidez.

Sua relação com a médica é pura causalidade, apenas responde ao interrogatório.

## ***II - Desenvolvimento do tema central dentro do processo criativo.***

### ***Possíveis implicações com a prática profissional.***

Desenvolveram o tema dentro de uma seqüência lógica, delimitaram os espaços e utilizaram pequenos diálogos falados. Os personagens bem definidos auxiliaram para estabelecer o conflito em torno da adolescente que engravida precocemente. Paralelo ao despertar da sensualidade, desenvolvem toda uma trama de desencontros.

Surgem as críticas quanto ao comportamento dos pais, da irmã mais velha e da médica. O casal de namorados que também se “desencontrou” esteve permeando e possibilitando tais críticas. Para focalizar sob esse ângulo a gravidez precoce, cada integrante/criador precisou deslocar-se de si para o personagem, sentir suas razões, impulsos, toda sua subjetividade, enfim, foi dando vida aos personagens criados para o tema.

### **III - Como resolveram o conflito?**

No momento em que surge a comprovação da gravidez, eclode o conflito e a peça termina com várias “ilhas”: os pais se culpando; a irmã mais velha se esquivando; a impessoalidade profissional da médica e a solidão da adolescente. Conforme observamos anteriormente, a gravidez precoce foi o “elo” para desenvolver a trama de desencontros dos personagens. A falta de comunicação entre as pessoas foi o impulso criador dessa obra.

## **CAPÍTULO III**

### **PONTOS CONVERGENTES ENTRE AS DUAS OFICINAS: LIMITES DA EXPRESSIVIDADE CORPORAL - MECANISMOS DE SUPERAÇÃO**

A oficina com jogos teatrais tem, como proposta inicial, a finalidade de auxiliar o profissional da saúde na potencialização da sua capacidade de comunicação.

Ao tornar-se realidade vivida, uma oficina assume, para o animador, uma outra função: transforma-se naquele momento, em campo de pesquisa.

Assim, na mesma configuração espacial e temporal em que uma oficina encontra-se contextualizada, estará exercendo dupla função.

A oficina vai oferecer ao grupo de profissionais da saúde, através dos jogos e exercícios teatrais, elementos de experimentação. E, durante o seu desenvolvimento, vai possibilitar que o animador possa observar as relações intra e interpessoais com o elemento de experimentação sugerido.

Muito há para discutir no universo de uma oficina. No nosso caso em questão, no transcorrer das duas oficinas, muito aprendemos e apreendemos do comportamento humano, das relações interpessoais e das atitudes do profissional da saúde consigo mesmo e com o outro, numa abertura para aceitar o outro.

Essa abertura ao processo de comunicação foi observada através dos depoimentos de seus integrantes no decorrer das oficinas. À medida que foram sugerindo esses depoimentos, procuramos abordá-los, com apoio de vários

teóricos, sob aspectos diversos e complementares, para ampliar as possibilidades de análise, cientes de que, a compreensão total, em termos de “conclusão”, é inviável pela proposta de trabalho.

Ao resgatar, no capítulo anterior, esses depoimentos, observamos pontos de convergência entre a primeira e a segunda oficina, relacionados à prática do profissional da saúde.

Através desses pontos, tornou-se possível visualizar qual a percepção desse profissional em relação às causas de sua limitação corporal e aos mecanismos de superação dos limites. Ele define, como causa da limitação corporal e conseqüente diminuição do seu potencial de comunicação interpessoal, a postura profissional formal e impessoal.

### **3.1. Postura profissional mecanizada**

Na primeira oficina, a percepção quanto às causas da limitação corporal foi verbalizada pelo grupo através da observação “de como o ser profissional induzia à determinada postura profissional sem que percebessem”; e, na segunda oficina, o grupo relacionou-a com a dificuldade “do movimento corporal contrário ao ritmo da música” .

Para abordar o primeiro depoimento, procuramos acompanhar a conceituação de MARX sobre a adaptação do corpo humano às exigências do trabalho.

Para o segundo depoimento, seguimos STANISLAVSKY no preparo do ator que vai interpretar um personagem. Segundo esse autor, mesmo estando

sem ação em cena, o personagem possui a intenção da ação, que significa ter vida própria.

A partir da verdade interior do personagem, estabelecemos uma comparação entre duas profissões diferentes (digitadora de textos e uma telefonista, anteriormente apresentadas). Os trabalhos de uma e outra, utilizam o mesmo grupo muscular na execução de seus trabalhos. Mas, cada um possui uma intenção de movimento diferenciada do outro. Desse modo, observamos que a postura profissional que tendem a assumir, será diferente.

A repetição das ações corporais de forma mecanizada e carregadas de intenção do movimento pode auxiliar a delinear a postura profissional.

No primeiro capítulo, observamos que o processo de formação profissional contribui para a gradativa diminuição da capacidade de comunicação interpessoal do profissional. As instituições de ensino e de assistência à saúde conduzem o aluno para que assimile não apenas o conteúdo disciplinar, mas a postura formal e impessoal do corpo. Utilizando meios como o apregoamento da neutralidade científica; a divisão do conhecimento em saúde por especialidades e supra especialidades; o ensino das técnicas de procedimentos junto ao paciente mediante repetições; divisão do ensino por blocos teóricos e práticos; ausência de disciplinas curriculares que possam auxiliar o aluno a desenvolver-se como cidadão.

A utilização desses meios proporciona que o profissional seja formado dentro dos moldes preestabelecidos, desenvolvendo sua prática de acordo com as necessidades de retroalimentação do poder.

O profissional não desenvolve a condição de cidadão e sujeito da sua história. A tendência é tornar-se objeto do trabalho. Gradativamente vai



corporificando limites na capacidade de expressão do corpo e assumindo a mecanização da postura profissional.

Na tentativa de superar esses limites interiorizados ao longo da formação e do trabalho do profissional da saúde é que se busca na oficina um meio eficaz de promover o descondicionamento corporal, mediante jogos teatrais de sensibilização (ver anexo, números 04 a 08), de expressão corporal (ver anexo, números 11, 12 e 13), e exercícios de improvisação (ver anexo 21, 22 e 23). Durante a realização de cada exercício, a pessoa vai resgatando as sensações do seu corpo perante o movimento; descobrindo os pontos de equilíbrio e procurando novas formas para deslocar-se no espaço.

Percebe seus limites corporais e também os mecanismos para superá-los.

### **3.2. Superando as limitações da expressão corporal.**

Partindo do princípio de que percepção é a consciência de uma sensação, a autopercepção dos limites corporais pode ser traduzida como a consciência das sensações do seu corpo em interação consigo, com as pessoas e o meio.

Para Grotowski, com o Teatro Laboratório de Wrocław – Polônia, o ator/atriz passam por um ato de desvendamento *“baseado num esforço de total sinceridade, que exige do indivíduo a aceitação de uma renúncia a todas as máscaras, mesmo às mais íntimas e necessárias ao seu equilíbrio psíquico (ROUBINE, 1998, p. 192)”*. Nessa busca, vai encontrar no próprio corpo toda fonte de energia e recursos para compor seus/suas personagens.

O exercício grotowskiano *“serve para a pesquisa. Não se trata de uma mera repetição automática ou de um tipo de massagem muscular. Por exemplo, durante os exercícios deve-se investigar o centro de gravidade do corpo, o mecanismo de contração e de relaxamento dos músculos, a função da coluna nos diversos movimentos violentos, analisar qualquer desenvolvimento complicado e relacioná-lo ao conjunto de cada junta e cada músculo (GROTOWSKI, 1968, p. 88)”*.

Através da “pesquisa corporal”, torna-se possível também para o(a) não ator/atriz, reconhecer os mecanismos internos do corpo em conexão consciente da pessoa com os estímulos do meio, possibilitando uma ampliação da autopercepção corporal.

À medida que os integrantes das duas oficinas estabeleceram conexão com a autopercepção corporal, apontaram para uma ressignificação do toque e do olhar. Isso significa tomar consciência dos seus limites corporais e a capacidade de valer-se de mecanismos de superação desses limites, no reencontro dos profissionais da saúde com sua corporeidade.

### **3.2.1. A ressignificação do olhar**

Os exercícios de observação minuciosa propiciam uma ampliação do campo da visão, à medida que a pessoa passa a enviar estímulos para captar pequenos detalhes na pessoa a sua frente, ou no objeto e meio ambiente.

Na primeira oficina, isso foi verbalizado através de vários depoimentos, tais como: “o contato com o próprio corpo e com o corpo do outro pode ajudar

a melhorar a comunicação entre as pessoas”; e, na segunda oficina, a “importância da observação minuciosa e o quanto a falta dessa observação prejudica o dia a dia do profissional da saúde” .

Para abordar o primeiro depoimento, acompanhamos STANISLAVSKY, que, ao orientar o ator, destaca a importância de olhar a totalidade da pessoa do outro ou seja, do interlocutor, para captar-lhe a intenção da expressão gestual e verbal.

No segundo depoimento foi utilizada a descrição de um exercício de observação minuciosa. Procuramos seguir os passos do exercício, relacionando-o com os sentimentos que pode gerar nas pessoas durante sua execução.

Como apoio teórico, CHEKHOV, para destacar a abrangência da observação, em que uma pessoa ao observar o outro na sua totalidade, está sendo receptiva para que o outro a observe também.

Vimos, no primeiro capítulo, como o processo de formação e, conseqüentemente, a prática do profissional da saúde vai diminuindo e, acrescento aqui, embotando sua capacidade de observar “o outro” na pessoa do paciente.

Da mesma forma, o apregoamento da neutralidade científica, a educação bancária, enfim, a divisão do saber e a visão estanque e fragmentada do mundo e das coisas que é transmitida a esse profissional, durante todo seu processo de formação, podem conduzir à fragmentação do olhar, impedindo-o de apreender a realidade vivenciada pelo paciente.

O descondicionamento dessa limitação do olhar pode ocorrer mediante os exercícios números 15, 16 e 17 (vide anexo), que são mais específicos

para trabalhar com a observação. Mas, durante todo o processo da oficina, o animador sinaliza para os integrantes a importância de estarem trocando o olhar uns com os outros. E a ressignificação do olhar tende a solidificar-se no desenvolvimento da oficina. Movimento que vai ocorrer em conjunto com a totalidade das sensações corporais, como o toque, que também foi destacado pelos dois grupos.

### **3.2.2. A ressignificação do toque**

A importância do tocar e ser tocado no processo de comunicação foi verbalizada nas duas oficinas como se estivessem surpreendidos com o “sentido do tocar e deixar-se tocar pelo outro” . Vários depoimentos surgiram como uma exclamação.

Para discutir esses depoimentos, buscamos o apoio teórico de MOTTA, objetivando contextualizar o profissional da saúde no interior das instituições burocráticas (escola e instituições de saúde). Como sobejamente frisamos no decorrer deste trabalho, essas instituições podem contribuir para desencadear situações de conflito no(a) profissional da saúde em sua relação com o(a) paciente.

Procuramos, ainda, abordar o toque em relação à pessoa. Como o seu corpo recebe as sensações de interação com o meio, a partir da descrição de um exercício de sensibilização. Também utilizamos a conceituação de MONTAGU para situar a importância do sentido tátil da pele humana

No entanto, sabemos que, durante sua formação, o(a) aluno(a) futuro(a) profissional da saúde, dificilmente terá oportunidades de tocar no(a)

paciente, vendo-o(a) como um ser em sua totalidade. Em sua formação prática, por exemplo, durante um exame físico, ele(a) toca um “abdômen timpânico” e não uma pessoa que naquele momento está apresentando uma distensão e endurecimento na região do abdômen e que provavelmente sente dor e desconforto por estar exposta ante os olhares curiosos de vários estudantes.

Bertherat, alerta sobre a possibilidade de *“aguçar as percepções tácteis tocando outra pessoa e deixando-se tocar por ela. Enfim, pode-se receber de si mesmo e do outro novas informações, informações básicas que melhorem a saúde, a inteligência, e que abram o domínio da imaginação (1980, p.149)”*. Não há regras fixas para educar a sensibilidade, é necessário munir-se de coragem e tentar romper essa limitação.

O descondicionamento dessa limitação é a ressignificação do toque e assim como ocorreu com a visão, vai surgindo em todos os momentos da oficina. Através de exercícios como por exemplo: em que ao suprimir o sentido da visão, exacerba-se o tato; ritmos corporais coletivos; conduzir e deixar-se conduzir pelo(a) companheiro(a); moldar e ser moldado pelo(a) outro(a).

Os participantes vão tornando-se mais perceptíveis às suas reações e as reações do outro. Todos em busca do reconhecimento do próprio corpo, sua corporeidade.

### **3.2.3. A percepção da sua corporeidade.**

Este foi outro ponto de convergência, entre as duas oficinas relatadas, conforme depoimentos dos seus participantes: o reencontro com um potencial corporal que se escondia sob as limitações da postura profissional mecanizada. Conforme vimos durante os relatos da primeira oficina, os depoimentos verbalizaram-se como se estivessem “descobrimo a própria capacidade de expressão corporal” e, na segunda, “estavam surpresos com a mobilidade do seu corpo e sentiam-se mais jovens” .

No primeiro caso, utilizamos como apoio teórico SCLAVI ao pontuar, para a expressão corporal, 75% da capacidade de significado num processo de comunicação.

Na segunda oficina, utilizamos a conceituação de BERTHERAT em relação aos mecanismos de defesa da pessoa que a afastam de sua corporeidade. Nesse particular, o retorno a si própria traduz-se em momento de euforia, a liberdade dos movimentos transfere a pessoa para a infância. E, para abordar esse resgate da espontaneidade na criança, valemo-nos de VIGOTSKY como apoio teórico.

Vale destacar que a primeira palavra do vocabulário teatral é o corpo humano, que BOAL (1980, p. 131) define como principal fonte de som e movimento esta conceituação foi sendo incorporada no contexto do grupo mediante os exercícios de sensibilização, que possibilitam a percepção da unidade corporal formada por segmentos diferenciados; expressão corporal que possibilita o reconhecimento dos pontos de equilíbrio e expansão do corpo no espaço, o descondicionamento e a desestruturação das ações mecânicas do corpo. Podemos acrescentar, também, a dinâmica respiratória e os exercícios de improvisação.

### **3.2.4. A percepção da capacidade criativa**

O contato com sua corporeidade, ao reforçar o autoconhecimento, permite que o profissional da saúde expresse de forma mais espontânea seus sentimentos e sensações, ampliando suas possibilidades de expressão. Torna-se mais criativo. Assim como ocorreu com o processo de superação dos limites corporais para desenvolver gradualmente maior expressividade corporal, o ato de criar também foi assimilado pelo grupo, através do uso constante da observação, percepção e imaginação no decorrer da oficina.

Ao final, e na seqüência, são introduzidos os exercícios de improvisação, em que grupo é estimulado a desenvolver uma ação em torno de circunstâncias conflitivas variadas, ou de um tema proposto. Enfim, estará buscando respostas expressivas mediante um impulso elaborado. Os exercícios 21, 22 e 23, descritos em anexo, são alguns exemplos para improvisar; e, o próprio grupo vai sugerindo outros temas, a partir da experiência pessoal ou profissional dos seus integrantes.

Nas duas oficinas, as pessoas participantes expressaram verbalmente, em seus depoimentos, estarem surpreendidas com o potencial criativo que não imaginavam possuir. E, estas mesmas pessoas, expressaram na prática o potencial criativo, ao recriarem situações conflitivas da realidade social através da linguagem mágica de transposição, que foi sugerida pelos jogos teatrais.

Torna-se importante retomar na proposta da oficina a função social do teatro, que estará sendo concretizada, entre outras situações, no momento da criação coletiva. Conforme a conceituação de FISCHER (1987, p. 19),

*“a arte jamais é uma mera descrição clínica do real. Sua função concerne sempre ao homem total, capacita o EU a identificar-se com a vida de outros, capacita-o a incorporar a si aquilo que ele não é, mas tem possibilidade de ser”*. Isso equivale dizer que a arte proporciona o reencontro da pessoa com sua capacidade de sonhar, para compor um novo pensar e agir sobre a sociedade.

Ao expor suas idéias sobre a educação e o processo de mudança social, FREIRE (1981, p. 27), aponta que a consciência de ser inacabado, leva o homem a *“refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais”* e, nessa busca, reside o princípio da educação. Nesse sentido, podemos perceber uma estreita relação da arte com a educação, ou seja, no nosso caso, a oficina com jogos e exercícios teatrais proporciona que a pessoa libere sua expressividade no contexto do grupo, potencializando a capacidade de comunicar-se consigo mesma e com o outro. E, acima de tudo, libere o impulso transformador e educativo que auxilia a pessoa na busca de soluções criativas para os seus questionamentos.

### **3.3. Ampliando a comunicação**

Durante a discussão anterior em torno da capacidade criativa despertada nos profissionais da saúde que participaram das duas oficinas realizadas, elaboramos uma aproximação da arte com a educação popular pelo elo da transformação. Entendemos, aqui, que o impulso gerador reside na auto-reflexão e autoconhecimento.



O profissional da saúde, ao ressignificar sua relação consigo mesmo e perante o mundo que o rodeia, torna-se consciente de seu potencial criativo; terá maior amplitude para mudar sua prática profissional na relação com o outro.

Junto ao paciente, se antes ele direcionava o olhar a uma particularidade da doença; realizava o toque formal e impessoal a uma parte doente de um corpo desconhecido, é possível que ele, munido de seu potencial criativo, redimensione o olhar e o toque sobre a pessoa do paciente. É possível que, redimensionando o próprio “eu”, consiga ver no “outro” alguém que como ele próprio possui uma história de vida, conceitos, medos, tabus, incertezas, certezas; provém de uma família com valores próprios dentro de um contexto cultural; possui um determinado poder econômico e social; e um corpo que abriga características biológicas próprias.

Ao ampliar seu olhar sobre essa pessoa à sua frente, com todas as características citadas, ele estará em inter-relação com o outro e fortalecendo seu potencial de comunicação. Ao assumir uma postura de abertura, permitindo-lhe ouvir as queixas do paciente e estabelecendo uma comparação entre as palavras por ele articuladas e a expressão do seu corpo, o profissional da saúde estará estimulando o constante desenvolvimento da própria capacidade de observação.

Isso tudo em oposição ao olhar que a escola lhe ensinou e faz parte da postura profissional mecanizada, ou seja, o olhar tipo “*unidirecional, unissensorial e unifocal* (FLEURI, 1998, p. 129)”, que limita sua capacidade de perceber o outro. Segundo esse autor, “*privilegia-se de tal maneira um tipo objetivista de percepção visual, que se reduzem ou excluem outros*

*possíveis significados do olhar, assim como sua relação com a percepção auditiva, palatal, olfativa e táctil, que constituem estruturas diferentes de inter-relação e comunicação (Ibid., p. 128)”.*

Esse tipo objetivista de percepção visual pode inibir a capacidade criativa do profissional da saúde em situações emergências ou inesperadas de atendimento, delicadas situações em que ele precisará ativar o máximo de suas potencialidades. Esse é apenas um exemplo de tantas outras situações nas quais irá precisar valer-se de estruturas diferentes de comunicação das que comumente desenvolveu em sua formação, ou seja, ele necessitará trabalhar com as múltiplas dimensões humanas de que se constituem as relações sócio comunicativas.

É provável, assim, que esse profissional de saúde, liberto de tantas amarras e condicionamentos mude sua prática na relação com a família do paciente, com a comunidade e junto aos outros profissionais da equipe de trabalho. Pois, na medida em que ele estiver em inter-relação com a pessoa do outro, ele estará retroalimentando seu potencial de comunicação.

## CAPITULO IV

### EM BUSCA DE UMA SAÍDA

#### 4. 1. Por uma Antropologia Médica

Medicina alternativa é um rótulo que abrange uma diversidade de mecanismos de cura, tais como a prática de curandeiros (envolvendo poções vegetais), procedimentos de sistemas médicos orientais, cromoterapia, terapia de florais, entre outros. No entanto, apesar da ampla diversidade das práticas de medicina alternativas, elas, em síntese, têm em comum o fato de se apoiarem no contexto da crença a que o grupo e o doente aderem, estando aí a possibilidade de “cura terapêutica”.

O que se observa hoje é que os processos de emigração acabaram resultando em “*vastas áreas multiétnicas nas quais, por consequência das dinâmicas de aculturação e assimilação, se instauram situações complexas de multiculturalismo* (SEPPLLI, 1996, p. 10)”. Esse fato concorre para o surgimento de uma clientela diversificada, que se encontra afastada do seu espaço cultural, com seus códigos de compreensão do meio, das causas da doença e formas de comunicação próprias de seu país de origem e/ou de sua etnia. Essa clientela vai confrontar-se com os valores culturais do país em que se encontra.

*“Assim, além da notável heterogeneidade das medicinas alternativas e, ainda das suas específicas matrizes de origem, estas características convergentes parecem de qualquer maneira constituir um efetivo terreno comum de autoridade do conjunto de tais medicinas em relação à medicina ocidental ou, se queremos, das concretas modalidades com as quais se apresenta hoje a larga faixa de clientela da medicina oficial.” (Ibid., p. 9)*

Essa diversidade de contextos de medicinas alternativas que está se apresentando em oposição à medicina oficial, engloba uma série complexa de fatores, que atualmente servem de pesquisa a muitos estudiosos.

Mas, por outro lado, com a globalização, a medicina ocidental vem ampliando seu campo de comunicação para além dos espaços convencionais e, através de várias redes de cooperação internacional, busca a troca e o intercâmbio de procedimentos diversos. Anseia melhor compreender quais os mecanismos do indivíduo, em relação com o seu meio cultural, que interferem no processo de cura. Sente-se mesmo que *“alguns dos segmentos mais expostos da ‘nossa’ medicina parecem começar a fazer seriamente as contas com a existência de outros sistemas médicos (Ibid., p. 10)”*.

Já não é sem tempo. A medicina ortodoxa, sentindo perder terreno sob seus pés, parece estar descendo do seu pedestal, procurando pelo menos reconhecer outras formas de cultura, outras formas de saber medicinal, transmitidas através dos tempos e que têm salvo inúmeras vidas em sociedades afastadas do saber tecnológico, por exemplo.

É preciso, então, que os profissionais da saúde em geral, lado a lado à aquisição do saber científico – tecnológico busquem o resgate dessas

formas alternativas de cultura e atente para seu significado, como entende Bernardi:

*“No significado da cultura estão incluídos igualmente os aspectos teóricos do pensamento que derivam da atividade mental do homem: o esforço de interpretação das coisas e dos seres, a sistematização dos conhecimentos adquiridos para tirar conseqüências precisas na definição das relações humanas com toda a realidade cósmica dentro da qual se envolve a sua vida.”* (BERNARDI, 1974, p. 35)

Esta variedade de interpretações culturais entre os homens, incide na organização dos grupos sociais.

Dentro dessa abrangência ontológica das culturas, o grupo de pesquisa, reflexão e de empenho civil que o médico italiano TÚLIO SEPPILLI (1996, p. 21) coordena, propõe uma antropologia médica entendida como *“uma contribuição crítica para a construção de uma nova medicina, científica e humanitária, capaz de colher em um quadro epistemológico coerente a herança das numerosas tentativas através das quais o homem procurou enfrentar as ameaças à sua saúde”*.

Esta nova concepção do saber em saúde poderá preencher as lacunas abertas por uma biomedicina comprometida com o lucro de que falávamos no Capítulo I e possibilitar maior eficácia no âmbito social, ao voltar-se para os reais interesses da população; na dimensão cultural, à medida que respeitar as outras práticas médicas existentes na percepção dos códigos de compreensão e aceitação da doença, que constituem a subjetividade do paciente, como ele decifra sua patologia – a dimensão biológica.

Sabe-se que a tarefa não é simples, mesmo dentro da sociedade em que se vive, há diversidades culturais; para a realização de um planejamento sanitário, por exemplo, destinado a determinada comunidade, existe a necessidade de adequá-lo sob esta perspectiva. E, procurar, dessa forma, aumentar o índice de participação e envolvimento da comunidade em questão nos programas de saúde.

#### **4.2. Considerações finais**

Procurei, ao longo deste trabalho, destacar a importância dos jogos teatrais no processo de potencialização da capacidade de comunicação. Quanto à eficácia desses jogos, acredito poder ser avaliada através da participação, dos depoimentos e, acima de tudo, pelo engajamento dos profissionais da saúde como partícipes/atores nas atividades das duas oficinas aqui relatadas.

Quanto aos resultados a longo prazo? Não posso mensurá-los, mas desejá-los, sim. E esse desejo nasce, por acreditar no potencial inerente ao ser humano, ser de relações, que luta por melhores condições de vida, por igualdade de direitos e oportunidades, que necessita, às vezes, de um impulso para despertar, para trilhar seu caminho, deixando as marcas de sua identidade, como sujeito de sua história. Por acreditar nesse homem, continuarei investigando.

Por ora, ao término desta etapa, vislumbro a possibilidade de organizar um grupo interdisciplinar, através do qual se possa desenvolver outras oficinas

de teatro junto a hospitais ou comunidades, viáveis de serem acompanhados, visando ao aprofundamento e aprimoramento do trabalho.

Enfim, creio que para alcançarmos um atendimento como o proposto pela antropologia médica, precisamos de muitos seguidores. Que bebam desse ideal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- BELAND, Irene & PASSOS, Joyce. **Enfermagem Clínica**. 3ª ed., Tradução de Beti Raquel Lener , São Paulo: EPU-Ed. da Universidade de São Paulo, vol.1, 1978
- BERGER, P. & LUCKMAN, T. **A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento**. 13ª ed., Rio de Janeiro: 1994.
- BERNARDI, Bernardo. **Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos**. Lisboa, Edições 70, 1974.
- BERTHERAT, Thérèse & BERNSTEIN, Carol. **O Corpo tem suas Razões**. 14ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- \_\_\_\_\_. **O correio do corpo: novas vias da antiginástica**. 8ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BIANCHI, Thaís. **Seu Corpo - Sua História. Dramintegração: Técnica Sensibilizante**. Rio de Janeiro: Vozes, 1984.
- BOAL, Augusto. **Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- \_\_\_\_\_. **200 Exercícios e Jogos para o Ator e o Não-Ator com Vontade de Dizer Algo Através do Teatro**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- BOSI, Alfredo et. al. **Filosofia da Educação Brasileira**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1995.
- BRUNNER, Lillian Sholtis & SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 4ª ed., Rio de Janeiro: vol.1, 1982.
- CHEKHOV, Michael. **Para o Ator**. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- CHILDE, Gordon V. **A Evolução Cultural do Homem**. 4ª ed., Tradução de Wantensir Dutra, Rio de Janeiro: Zahar, 1966.
- DEMO, Pedro. **Conhecimento Moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento**. Petrópolis, RJ: 1997.



- DUARTE, Júnior, JOÃO Francisco. **Por quê Arte-Educação?** Campinas: Papirus, 1991.
- ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado.** 5ª ed., Tradução de José Silveira Paes, Apresentação de Antônio Roberto Bertelli, São Paulo, Global, 1984.
- FISCHER, Ernest. **A Necessidade da Arte.** 9ª ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1987.
- FLEURI, Reinaldo Matias. **Para Além dos Processos de Sujeição Disciplinar.** In: **Educação Brasileira.** vol. 20, n. 20, Brasília: Conselho de Reitores das Universidades Brasileira (CRUB), Jan/jul. 1998
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 5ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- \_\_\_\_\_ **Vigiar e Punir.** 7ª ed., Petrópolis: Vozes, 1989.
- \_\_\_\_\_ **A Arqueologia do Saber.** 5ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança.** 4ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981
- \_\_\_\_\_ **Pedagogia do Oprimido.** 23ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GAIARSA, José Ângelo. **Respiração Angústia e Renascimento.** 3ª ed., São Paulo: Ícone, 1996.
- GROTOWSKI, Jerzy. **Em busca de um teatro pobre.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- IANNI, Octávio. **Marx, Sociologia.** São Paulo, 1984.
- LANDMANN, Jayme. **Medicina não é Saúde: As Verdadeiras Causas da Doença e da Morte.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- MARX, Karl. **O Capital.** 4ª ed., Rio de Janeiro: tomo1, vol.I, 1976.
- MONTAGU, Ashley. **Tocar. O Significado Humano da Pele.** 3ª ed., Tradução de Maria Sílvia Mourão, São Paulo: Summus, 1988.
- MORENO, J.L.. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama.** 2ª ed., São Paulo: Editorial Psy, 1983.
- \_\_\_\_\_ **O Teatro da Espontaneidade.** São Paulo: Summus, 1984
- MORIN, Edgar. **Le Vie Della Complessità.** in: Bocchig Ceruti M. (a Cura Di). La Sfida Della Complessità, Milão: Feltrinelli, 1985. p.49-69.

- MOTTA, Fernando C. Prestes & PEREIRA, Luiz C. Bresser. **Introdução à Organização Burocrática**. 5ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1986.
- MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal**. 3ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1985
- NAFFAH NETO, Alfredo. **Psicodramatizar**. São Paulo: Ágora, 1980.
- PEIXOTO, Fernando. **Brecht: vida e obra**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- READ, Herbert. **A redenção do robô. Meu encontro com a educação através da arte**. São Paulo: Summus, 1989.
- REVERBEL, Olga Garcia. **Jogos Teatrais na Escola**. 2ª Ed., São Paulo: Editora Scipione, 1993.
- ROUBINE, Jean Jacques. **A linguagem da encenação teatral**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 6ª ed., Porto, 1993.
- SCLAVI, Maria Nella. **L´arte di Nassare e L´emergere di una Rappresentazione Interculturale del Mondo**. *in*: Animazione Sociale, n.º. 3: março/1996. p. 50-57.
- SCHUTZ, William C. **O Prazer. Expansão da Consciência Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- SEPPILLI, Tullio. **Antropologia Médica: Fondamenti per una Strategia**. *in*: Rivista Della Società Italiana di Antropologia Médica. Fondazione Angelo Celli per una Cultura Della Salute, Perugia: Argo, outubro/1996. p. 07-22.
- STANISLAVSKY, Constantin. **A Preparação do Ator**. 13ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

## ANEXO I

### Exemplos de exercícios utilizados

1. **Jogo do assassino** – todos os integrantes caminham, sem falar, pela sala, sabendo que entre eles existe um assassino (foi previamente designado pelo animador). Devem descobri-lo o mais rápido possível para não “morrer”. O assassino vai matando as pessoas com uma piscada de olho (por exemplo), durante 10 minutos. Quando alguém recebe sua “piscada” , deve aguardar um pouco para não deixar pistas, antes de “morrer” (sair do jogo).

Caso alguém tenha um suspeito, poderá denunciar, mas se estiver errado, os dois saem do jogo.

O exercício termina quando o assassino tiver “matado” todos, ou se for descoberto, ou ainda quando o tempo esgotar. As pessoas são orientadas para permanecerem todo o tempo caminhando e sem desviar o olhos uns dos outros.

→ Ativa a observação e a percepção. O clima criado é de suspense, o que deixa as pessoas com os sentidos em alerta, devem observar uns aos outros tentando perceber quem é o assassino.

2. **Fila de cegos** – divide-se o grupo em duas filas; uma fila ficará com os olhos vendados procurando sentir, com as mãos, o rosto dos da outra fila, cada qual o rosto da pessoa a sua frente. Depois, todos separam-se e os “cegos” tentarão descobrir, tocando os rostos de todos, qual a pessoa que estava na sua frente.

→ Ativa percepção: ao suprimir um dos sentidos, a pessoa necessita ampliar os outros, no caso o tato e também o olfato. Além de proporcionar o toque entre as pessoas.

3. **Movimentos complementares** – divide-se o grupo em duplas, caso falte uma pessoa o animador participa. As duas pessoas, em sintonia, sem falar, vão procurar realizar movimentos complementares a partir das imagens sugeridas pelo animador. Depois, trocam de papéis.

Imagina-se martelo e prego; chave de fenda e parafuso; barbante e rolo.

→ Ativa a imaginação: as pessoas devem imaginar-se objetos variados em uma relação de harmonia com seu par.

4. **Andar** – as pessoas caminham com suavidade pela sala, procurando sentir todas as estruturas do corpo envolvidas nesse movimento.

5. **Corrida em câmara lenta** – o último a chegar é o ganhador. Dado o sinal para a “largada”, as pessoas devem manter a continuidade do movimento. A abertura das pernas em cada passo, com bastante amplitude.

É um exercício que estimula todos os músculos do corpo e necessita de grande equilíbrio.

6. **Seqüência de flexibilidade, alongamento e relaxamento** – procurar a amplitude a articulação, alongar e relaxar a musculatura de cada segmento corporal.

Exemplo de uma seqüência:

pescoço; flexão e extensão, inclinação lateral à direita e à esquerda, soltar a cabeça e girá-la sob o pescoço numa volta completa à direita e à esquerda.

Ombro; flexão e extensão do ombro, trazer os ombros para a frente e depois para trás, realizar um círculo com o ombro – um lado, o outro, os dois. Para frente e para trás.

Braços; extensão dos braços acima da cabeça, extensão dos braços atrás do corpo, extensão dos braços ao lado do ombro, com mãos flexionadas, extensão dos braços ao lado do ombro dobrando a articulação do cotovelo, deixando o antebraço solto.

Mãos; extensão de cada dedo e posteriormente do punho, flexão e extensão do punho, esticar ao máximo os dedos e fechá-los após, deixar as mãos soltas na altura do punho.

Tronco; flexão do tronco com rotação, flexão das pernas e tronco, com coluna reta e braços estendidos à frente, flexão lateral do tronco com braços acima da cabeça, rotação do tronco sobre o quadril para a direita e para a esquerda, flexionar o tronco e os joelhos e fazer a rotação do tronco para a direita e para a esquerda deixando os braços totalmente soltos.

Coluna; levantar os braços acima da cabeça, esticando-os para o alto e na ponta dos pés segure e relaxar; soltar a cabeça sobre o peito e flexionar a coluna, vértebra por vértebra (deixar os joelhos semiflexionados), com os braços totalmente soltos continuar flexionando até ficar de cócoras sobre os calcanhares; deixar a coluna abaulada e lentamente retornar à posição inicial, (braços soltos e cabeça pendida) sentindo o encaixe de cada vértebra sobre a outra, alinhando-se verticalmente e tracionando junto a cabeça e os braços.

Quadril; projetar o quadril para a frente, para os lados, atrás, fazer um círculo para a direita e para a esquerda, elevar o quadril de um lado levantando também um pouco o calcanhar, soltar e repetir do outro lado.

Pernas; flexionar uma perna de cada vez, com o tronco flexionado e mãos no chão, fazer círculos para a direita e para a esquerda com uma perna, relaxar e fazer com a outra, fazer movimentos pendulares com uma e outra perna.

Pés; tirar um pé do chão e fazer movimentos de extensão, flexão, rotação para a direita e para a esquerda, relaxar e repetir com o outro pé.

Estes são os movimentos básicos. Podem ser realizados com a pessoa na posição sentada ou deitada. Existe uma grande variedade de opções para estes exercícios.

→ Auxilia no desenvolvimento da autoconsciência corporal, na medida em que a pessoa está buscando o prazer de mobilizar cada segmento corporal em harmonia e integração com o todo.

## **7. Transformando-se em “semente” para semear a terra.**

Em pé, com os pés paralelos, braços ao longo do corpo, fechar os olhos e voltar todo pensamento/sentimento/sensação e intuição para o seu corpo. Pensar na força da gravidade, sentir essa força puxando seu corpo para a terra todo o peso do corpo resistindo. A sensação de peso nas pálpebras/cabeça torna-se forte. As pernas dobram-se. O corpo vai cedendo. Cabeça, ombros, braços, mãos, tórax, começam a tocar a terra à medida que o corpo é “puxado pela” terra, ele vai se fechando, lentamente. Torna-se uma bola, sem movimento, dentro da terra. Imóvel. Sentir, então, o peso, o volume dessa bola que lentamente vai se transformando numa semente. Imaginar que semente gostaria de ser. Essa

semente vai começar a nascer. Lentamente um dedo da mão consegue romper a proteção da semente e se estica, tocando a terra. Sentir todas as estruturas que possibilitam esse movimento – músculos, articulações. Sentir o prazer desse movimento, a sensação de tocar a terra. Lentamente, outro dedo vai rompendo.

#### **8. Brotando da terra, a “planta” em busca do sol.**

E, assim, segui com as consignas parte por parte do corpo, que agora era convidado a executar o movimento contrário, de expansão, sempre estabelecendo um elo entre o movimento do corpo e o crescimento/desenvolvimento da árvore. Aqui, os membros superiores eram imaginados como troncos, galhos, folhas, frutos; o tronco e as pernas, como tronco dessa árvore; os pés e os dedos, como as raízes na terra. Por último a cabeça é conduzida para cima, como se fosse o topo mais alto dessa árvore, buscando o sol. Nesse momento, sugeri que sentissem o vento balançando de leve a árvore, depois a chuva caindo. Esses dois exercícios ajudam a ativar a imaginação e a observação, primeiro imagina o seu corpo sendo “recolhido” transformando-se semente, sua percepção auxilia nesse processo. A pessoa busca na memória sensorial os estímulos para ampliar a entrega. Quando a planta vai crescendo, outros estímulos são resgatados. Ao final, um observa no outro as transformações que seu corpo também vivenciou.

9. **Massageando o rosto do outro** – as pessoas formam duas filas cada uma em frente a outra, que lhe massageia o rosto: primeiro com movimentos em cruz, enérgicos, sobre cada sobrancelha, de cada lado do nariz, no queixo, no

pescoço e sobre os ombros. Depois, suavemente, com movimentos circulares, nos mesmos locais. Trocam os papéis.

→ Estimula o relaxamento da musculatura facial, propicia o toque entre as pessoas, uma troca mútua de relaxamento.

10. **Soltando o corpo** – formar um círculo, uma pessoa fica no centro, com os pés fixos no chão e o corpo endurecido, fecha os olhos e deixa-se cair sobre os companheiros, que a vão amparando e devolvendo ao centro, volta a cair para um lado, outro.

→ Estimula a confiança no grupo, na medida em que a pessoa permite-se entregar, sem medo, também está fortalecendo sua autoconfiança.

11. **Buscando pontos de equilíbrio** – De pé, pés paralelos, dividir o corpo, com uma linha imaginária passando pela cintura, em duas partes. Fazer movimentos paralelos ao solo com a parte superior do corpo, enquanto a parte inferior permanece imóvel. Trocar.

De pé, pés paralelos, dividir o corpo, com uma linha imaginária passando pelo eixo central, em dois lados, esquerdo e direito. Fazer movimentos retilíneos com todo o lado esquerdo, enquanto o lado direito permanece imóvel. Trocar os lados.

Ou, enquanto o lado esquerdo faz movimentos redondos, o lado direito faz retilíneos. Trocam.

**24** Repetir a mesma seqüência de exercícios na posição de quatro (apoiando-se com os joelhos e as mãos).

**24** Repetir a mesma seqüência de exercícios no chão, deitado.



→ Ativa a percepção – à medida que realiza os exercícios, vai observando as reações do seu corpo, principalmente ao seguirem “comandos” diferentes. Auxilia a pessoa a perceber outras possibilidades de movimentos do corpo.

12. **Expansão e retração** – caminhar pela sala separando as partes do corpo, esticando braços, mãos, dedos. Quando atingir seu limite de expansão, continuar caminhando, encolhendo o corpo, aproximando todas as suas partes até formar uma bola. Rolar suavemente pelo solo à medida em que vai esticando o corpo novamente, sem reforçar.

→ Ativa a percepção da relação corpo – espaço.

13. **Deslocando o corpo no espaço** – procurar outras formas não “convencionais” de deslocar-se, ir de um lugar ao outro, utilizando os três planos: alto, médio e baixo.

- Alto → caminhar com as bordas exteriores dos pés, sentindo seu ponto de equilíbrio, como o seu corpo sente esse deslocamento.

- Médio → caminhar utilizando como pontos de apoio os pulsos e os dedos dos pés, sentindo o pulso impulsionando o caminhar.

- Baixo → arrastar para a esquerda, utilizando apenas o apoio/impulso das costas.

→ Ativa a percepção, observação e imaginação – a pessoa percebe as diferentes reações e sensações do seu corpo, ao mesmo tempo em que é levada a imaginar outras possibilidades de locomoção, observando o seu corpo e o corpo

dos companheiros em transformação. Resgatar na memória sensitiva imagens para que possa reproduzi-las corporalmente (como um animal, um bebê, etc.).

14. **Buscando o ritmo** – em pares, segurando pela cintura, vão caminhando devagar, rápido, em câmara lenta (conforme indicação do animador), procurando o mesmo ritmo. Depois, juntam-se três pessoas e repetem a seqüência.

Com exercício de uma música, as pessoas vão caminhar buscando um ritmo comum a dois, a três e a quatro.

→ **Facilita a percepção e observação** – durante o exercício, observam-se individualmente, buscando perceber os ritmo de cada pessoa.

15. **Hipnotizar** – em pares, um de frente para o outro, uma pessoa mantém a mão a alguns centímetros do rosto da outra, hipnotizando-a . Conduz seus movimentos com a mão. Depois, invertem-se os papéis.

→ **Amplia a observação e a percepção** – este exercício, e outros do mesmo gênero, relacionados ao controle de uma situação, em que um comanda e depois é comandado, reflete as relações de poder entre as pessoas. Pode encaminhar para relações interpessoais mais igualitárias. Enquanto transcorre o exercício, ambos observam a si e ao outro, e, cada um, percebe em si as sensações diferenciadas em uma e outra situação.

16. **Descobrir a alteração** – duas filas, uma pessoa frente a outra, observando-se; viram de costas uma para a outra e alteram um determinado

detalhe nas suas próprias roupas ou seus cabelos; voltam a olhar-se e cada uma deve descobrir a alteração da outra.

→ Ativa a observação – as pessoas são estimuladas a observar melhor o outro, detalhes, aspectos que geralmente passam despercebidos; auxilia no reforço da auto-imagem.

17. **Trabalhando com emoções contraditórias** – divide-se o grupo em duas filas, posicionadas em paralelo, uma a frente da outra, porém distantes.

Uma fila representa os sem-terra, a outra representa os latifundiários. As duas filas se movimentam no mesmo espaço de tempo, que será quase em câmara lenta, cada pessoa deve procurar sintonizar-se com os ideais do grupo (fila) que representa.

Os dois grupos “avançam” para o centro da sala, não se confrontam, todos os corpos estão preparados, olhares se cruzam num desafio progressivo.

Ao chegarem bem próximos, quase ao ponto de se tocarem, devem permanecer congelados por alguns segundos, relaxam. Repete-se o exercício trocando os papéis.

→ Ativa a percepção e a observação – durante o exercício, cada pessoa vivencia o antagonismo dos dois papéis, percebe as diferenças entre um e outro, observa-se no papel que está representando naquele momento, podendo ampliar sua autoconsciência, ao sentir que cada pessoa tem muitos sentimentos diferentes guardados em si. Por não utilizá-los com frequência, imagina-se isenta dos “maus” sentimentos.

Os sentimentos contraditórios fazem parte da natureza do homem, que racionalmente opta por um ou outro. A dominação de um sentimento em relação ao seu contrário resulta da sua autoconsciência.

18. **A respiração abdominal ou diafragmática** – consiste em: inspiração profunda: o ar vai empurrando o diafragma para baixo, enquanto o abdômen se expande para frente; segurar o ar; lentamente deixar o ar sair – colocando as mãos no abdômen e exercendo uma leve pressão ao final do movimento expiratório. Existem variações. Mas, o princípio é aumentar a expansão pulmonar, deslocando o diafragma para baixo, os pulmões acompanham o movimento e conseqüentemente aumentam a reserva de ar.

19. **Deitado em decúbito dorsal** – corpo totalmente relaxado no chão, colocar as mãos sobre o abdômen fazendo leve pressão para expelir o ar dos pulmões, iniciar a inspiração sentindo a pressão do abdômen sob as mãos, até a máxima capacidade de expansão pulmonar. Reter o ar por uns segundos, expirar lentamente.

→ Este mesmo exercício pode ser feito com a pessoa sentada no chão e a coluna reta, coluna inclinada para a frente ou para trás, sentada numa cadeira; deitada de um lado e do outro; de bruços; agachada; em duplas um auxiliando o outro.

Depois, as variações quanto à inspiração: bloqueando uma narina, depois a outra e ambas para inspirar pela boca e expirar pelo nariz. As variações quanto

à expiração; rápida, com violência, soprando, forçando ao final para sair todo ar. Os exercícios, podem associar movimentos individuais ou coletivos.

**24 Respiração e produção de sons** – junto com os exercícios respiratórios, trabalha-se a possibilidade de dominar, moldar e projetar a voz.

- Durante o movimento de soltar o ar, emitir uma vogal, procurando identificar os pontos de maior ressonância (cavidade oral, nasal ou garganta); qual a altura que o som alcança e testar outras possibilidades.

- Ainda dentro dessa atividade, prossegue-se com a emissão das consoantes, observar também a posição assumida pelos músculos faciais, dos lábios, queixo, véu palatino.

- Promover exercícios livres, onde as pessoas vão se comunicar por sons.

**24 Desinflando** – um grupo de pessoas num círculo, com os braços apoiados nos ombros uns dos outros, inspiram lentamente ao mesmo tempo em que vão contraindo todos os músculos, como se formassem juntos, uma grande bola que alguém está “enchendo”. Depois, lento, expiram fazendo um ruído tipo “UF”, vão relaxando os músculos, como se estivessem desinflando e o corpo “murchando”, os braços escorregam e todos relaxam completamente sob o solo.

→ Ativa a imaginação e percepção – a associação do ato respiratório com a bola formada por seus corpos, é uma imagem “sentida” que aumenta a percepção sobre o seu corpo e sobre o coletivo dos corpos.

**22. Alterando o tempo** – peça que todos se dirijam a um canto da sala.

**24** Vocês estão aguardando o mesmo ônibus num ponto. A marquise está quebrada e há apenas um banco. É meio dia. Sol escaldante de quase quarenta graus. Sentem fome e calor, o suor escorre pelo corpo. De repente cai uma chuva torrencial. Começa a inundar a calçada. Alguém sobe no banco. Todos querem subir também. Não é possível. Vem o vento gelado. A chuva continua. O desespero aumenta.

O ônibus chega.

→ Ativa a imaginação, observação e percepção – as pessoas são levadas a formar uma imagem coletiva. À medida que, individualmente, vão vivenciando as reações no seu corpo provocadas pelas alterações climáticas, estão desenvolvendo a percepção. Observam-se umas às outras, e também resgatam em suas memórias observações e percepções de situações semelhantes.

**23. Acabou a festa** – imaginar uma cerimônia de casamento, sem falar.

**24** A noiva não gosta do noivo, casa-se por interesse. Os pais da noiva precisam desse casamento, estão falidos. O noivo é apaixonado e nada percebe. Os pais do noivo detestam a futura nora. São esnobes e queriam que o filho casasse com outra moça, que está presente na festa e profundamente despeitada. Padrinhos e convidados da noiva e do noivo, em separado, não se conhecem e pertencem a diferentes posições sociais.

A cena inicia durante a cerimônia na igreja.

Durante a festa, a noiva e a ex-namorada do noivo deverão se confrontar. Arma-se a confusão. Ao final, todos vão parar na delegacia.

→ Ativa imaginação, observação e percepção – são levados a imaginar como seria o comportamento de seus personagens, observam o desenrolar da ação para prosseguir e dar unidade, o que os leva a ativar a percepção de seu comportamento e ação em relação ao conjunto.

Para este tipo de exercício, é recomendável a utilização de rituais conhecidos: velório, batizado, comício político, formatura entre outros.

**24 . Aguardando na fila** – imaginar que está uma fila, indicando um ponto da sala como referência, todos voltados para esse ponto. O comportamento, sentimento e expectativa de cada pessoa da fila, vai seguir a “condição” sugerida, como vocês estariam aguardando na fila:

- se estivessem doentes, aguardando atendimento; se estivessem aguardando para receber uma verdadeira fortuna; se estivessem com muita fome, aguardando para receber um prato de sopa, que está quase acabando, não será suficiente para todos.

→ Ativa a imaginação – para que a expressão corporal de cada pessoa traduzisse (com maior fidelidade) diferentes expectativas e sentimentos, perante as condições variadas, foi utilizada a partícula “se” como auxiliar. Porque o “se” conduz a uma resposta ativa, e a pessoa, é levada a imaginar uma ação interior, antes de exteriorizá-la.





## **ANEXO II**

### **Folder Taller Teatro & Salud II Conferência Latino-americana de Promoción y Educación para la Salud**

La Salud es un estado, una cualidad de vida. Es algo como un enigma que desafía a ser definido en cualquier sentido preciso, medible. Afectada por una multitud de factores físicos, mentales, sociales y espirituales que ninguna profesión en sí, disciplina académica, puede supervisar y estudiar con eficacia. La salud tiene su meta final en la educación, donde se pretende, a través de un proceso de información y de experiencias educacionales, influir conductas y estilos de vida beneficiosos para la salud. Así, junto con el desarrollo de bases filosóficas, tecnologías complejas, habilidades y competencias identificables, se requiere de muchas formas de enseñanza, de nuevos métodos educativos para despertar los impulsos primarios y que esa energía básica que hay en toda persona, pueda finalmente volcarse en emociones, sentimientos, sensaciones para transfigurarnos o proyectarnos con otra fuerza a inducir al cambio.

Transfiguración, proyección de fuerzas educativas, de cambios, energías básicas, emocionalidad. Palabras que podemos encontrar en una metodología que el hombre conoce de antaño. En efecto, desde los tiempos más remotos, la existencia de un arte ha podido concertar esas palabras: EL TEATRO. El rito, la mimesis, la capacidad de transformarnos en otros seres, ha sido parte de la vida del ser humano.

Las sociedades más sofisticadas y complejas, los seres más pobres y los más ricos y opulentos, siempre han reflejado su mundo a través del teatro. Desde la niñez a la ancianidad, sea mostrando la vida cotidiana o un mundo mágico inimaginable, el hombre siempre ha intentado transformarse, proyectarse y trascender. ¿Por qué?, ¿para qué?, tal vez para explicar mejor sus realidades, sueños o problemas. Para influir en otros, para participar jugando. Rito de conmemoración o sacrificios. Conexión con la magia. Para hacer tangible lo inalcanzable de la vida (...¿Aunque, existe algo que sea inalcanzable en la vida?). Si analizamos las fuentes de inspiración para hacer teatro, de una manera bien primaria, vemos que, por lo general, se inician desde 3 ópticas distintas.

- a) La puesta en escena de la obra escrita por alguien (dramaturgo),
- b) la recreación de experiencias cotidianas a las que se da una estructura dramática y,
- c) el tomar cualquier material no dramático y convertirlo en espectáculo teatral.

Los últimos puntos nos han motivado para intentar el encuentro Teatro y Salud, Y es así, que la conjunción de frases y palabras adquieren su propia magia: transfiguración, energías básicas, emociones, experiencias cotidianas, drama, espectáculo teatral, juegos, aprendizajes lúdicos. Animación sociocultural.

Utilizaremos el teatro para que, a través de la recreación en espectáculo, mediante textos que intenten cambios en los paradigmas de la salud, se transforme en herramientas de comunicación persuasiva para que nuestras comunidades crean en el mensaje y actúen al respecto.

Comunicación creída, apreciada y valorada. Cambios en las conductas, actitudes, prácticas y percepciones.

Queremos compartir nuestro propio aprendizaje, nuestro propio camino en este apasionante Encuentro Teatro y Salud.

## ANEXO III

### Descrição das obras apresentadas na segunda oficina (02/08/97).

#### A. Desencuentro”.

- Tema → Engano
- Local → boate/jardim
- Personagens → Casal 1: Geória e Paulo

Casal 2: Maria e Carlos

Garçonete

→ Cena 1: Boate - uma mesa ao centro do palco é o balcão do bar - garçonete fica atrás.

Os dois casais dançam na boate, não se vêem. As mulheres se dirigem para a toailete (à frente do palco), os homens vão ao bar.

Maria e Glória se encontram e trocam um abraço, são conhecidas. Retocam o batom enquanto Glória, eufórica e feliz, conta à Maria sobre o novo namorado (congelam a cena).

No bar, Carlos observa o comportamento de Paulo: bebe exageradamente, faz gestos grosseiros, mexe com as mulheres que passam, se insinua para a garçonete que se mostra irritada com ele. Carlos fica indignado e se afasta.

As mulheres vão ao encontro dos homens. Paulo larga rapidamente o copo no balcão e vira-se muito gentil e educado para Glória, que lhe apresenta Maria, Carlos se esquiva e puxa Maria. Glória e Paulo se abraçam e vão dançar (congelam a cena).

Carlos conta para Maria o que viu de Paulo; ela fica triste e vai ao encontro da amiga. Faz sinal para que a acompanhe, como se estivesse passando mal. Glória vai.

Na toalete, Maria tenta contar para Glória sobre Paulo, mas Glória mostra-se furiosa e incrédula com a amiga, não quer ouvir; sai ao encontro de Paulo.

Glória abraça Paulo e continuam dançando.

Maria chega perto de Carlos e os dois saem tristes.

Glória e Paulo saem rindo(Paulo vira e dá uma pescada para a garçonete que reage com um gesto de indignação).

Fim da primeira cena.

A atriz/garçonete retira a mesa do palco e traz um banco, deixando-o ao lado direito do palco e à frente.

→ Cena 2: Jardim

Glória caminha pelo jardim, cabisbaixa, triste, até que se deixa ficar no banco, cabeça jogada para o lado e olhar vago, como se estivesse sem forças.

Maria e Carlos entram no jardim, alegres caminham um pouco até que encontram Glória - correm ao seu encontro.

Glória diz: Vocês tinham razão, eu estava iludida!

Maria e Carlos a abraçam, fazem-na levantar do banco. Depois levanta sua cabeça e pedem que olhe para si mesma - Glória vai se observando e lentamente começa a abraçar seu corpo com carinho, enquanto sorri. Olha para os dois amigos, sorrindo agradecida. Os três olham para a frente

como se estivessem olhando um futuro melhor. Congela a cena por alguns segundos e saem. FIM.

## **B. “Es Un Sueño”**

- Tema → Fantasias sexuais
- Local → Quarto
- Personagens → mulher 1: que dorme

mulher 2: mulher do sonho

Homem 1: marido

Homem 2: homem do sonho

→ Cena 1: Quarto → uma mesa grande mais ao centro do palco em posição diagonal, coberta por um lençol grande. Sob o lençol, uma mulher dorme, está inquieta, revira-se na cama, até que em seu rosto começa a esboçar uma expressão de satisfação e ela permanece com essa expressão como se estivesse hipnotizada.

→ Cena 2: O Sonho

Enquanto a mulher está “congelada”, sai debaixo do lençol uma outra mulher, com movimentos quase em câmara lenta sai da cama e vai bailando pelo quarto, enquanto um homem com os movimentos também lentos, vai ao seu encontro. Os dois se abraçam de forma sensual e lenta, trocam olhares de desejo e seguem caminhando em direção à cama até desaparecerem.

→ Cena 3: Acordando

A mulher que dormia volta a remexer-se sob os lençóis até que desperta. Seca o rosto com o lençol, abana-se com as mãos e bastante ofegante diz: Que sonho! E sua expressão é de vergonha e culpa. Fica parada pensando.

→ Cena 4: Marido chega no quarto

O marido entra no quarto e pára assustado com a expressão de sua esposa. Os dois se olham por um instante, até que a mulher respira profundamente e lhe sorri, depois, olha para o público, com uma expressão de malícia e com ar de cumplicidade dá uma piscada. Depois, cheia de desejo olha para o marido e o abraça enquanto o puxa para a cama. O marido a segue sem entender, mas bem satisfeito. Os dois se cobrem totalmente com o lençol enquanto vão revirando braços e pernas exageradamente. Congelam a cena. A mulher põe a cabeça para fora do lençol e pisca novamente para o público, entra no lençol. FIM.

### C. “Cuando El Amor Muere”

- Tema → Separação
- Local → Cozinha/consultório da psicóloga
- Personagens → pai; mãe; filha 1; filha 2; psicóloga.

→ Cena 1: Cozinha de uma casa: uma mesa com duas cadeiras no canto à esquerda e mais a frente do palco.

A mãe está na cozinha arrumando a mesa, espalha os talheres e pratos (todos imaginários). Apresenta os ombros fletidos para a frente. No rosto, uma expressão de angústia e sofrimento. Coloca a comida na mesa.

Entra o pai, tem um ar de cansaço, não olha para a mulher, apenas esboça com a mão uma saudação, dirige seu olhar para a panela e sua reação é de explosão, como se não gostasse daquela comida. Procura discutir, a mulher faz um gesto de profunda irritação e procura apoiar-se na cadeira enquanto inspira profundamente, vai deixando seus braços soltos ao longo do corpo. Olha para o marido e tenta um diálogo.

Chegam as duas filhas do casal, olham para os pais (estes param a discussão quando entram as filhas), depois trocam um olhar entre si, a filha 1 abraça a mãe enquanto a filha 2 abraça o pai - trocam, e saem cabisbaixas.

Quando as filhas saem, pai e mãe tentam retomar o diálogo, mas o pai mostra-se esgotado como se não suportasse mais a situação. Empurra a cadeira e sai de casa.

A mãe senta, segura a cabeça e deixa seu olhar vago. Congela a cena.



→ Cena 2: Consultório: uma escrivaninha, três cadeiras ao fundo e a direita do palco.

A psicóloga está sentada atrás da mesa mexendo em papéis, quando chegam as duas filhas. Levanta-se, circunda a mesa, as recebe cordialmente, indica-lhes as cadeiras para que se sentem enquanto as observa. Encosta-se na mesa, ficando mais próxima das “clientes” que começam a expor a situação. Ambas estão ansiosas e tristes, vão intercalando suas “falas”, uma acrescentando o que a outra diz, sob o olhar atento da psicóloga.

Ao final do relato, a psicóloga segura os ombros das duas e pede: tragam seus pais aqui, os dois juntos. As filhas olham-se um pouco incrédulas. Congelam a cena.

→ Cena 3: Na cozinha, as filhas conversam com a mãe que aceita a sugestão e sai. Chega o pai, as filhas conversam e ele também aceita. Congelam a cena.

→ Cena 4: No consultório, o casal é recebido com a mesma cordialidade pela psicóloga, os três conversam. No início, o casal está muito agitado e aos poucos, a psicóloga vai conversando com um, com outro e eles vão ficando mais tranquilos. Congelam a cena.

→ Cena 5: Na cozinha, as filhas aguardam a chegada dos pais. Quando eles chegam, parecem mais tranquilos, o pai sai e retorna com uma mala na mão, abraça cada uma das filhas e depois a mulher. Os quatro se olham e o clima entre eles é de tranquilidade. O pai sai de casa. FIM.

**D. “Mañana És Demasiado Tarde”.**

- Tema → gravidez precoce
- Local → quarto da adolescente/sala de visitas
- Personagens → adolescente; uma mais velha; pai; mãe; médica;

namorado da adolescente.

→ Cena 1: Quarto da adolescente: uma mesa grande coberta com um lençol é a cama e situa-se no canto a esquerda do palco.

A adolescente está sozinha no seu quarto, sentada na cama. Tem um livro aberto nas mãos mas não o lê, olha para o alto em atitude de sonhar acordada, sua expressão é de alegria.

→ Cena 2: Sala de visitas: uma mesa pequena, três cadeiras colocadas lado-a-lado configurando um sofá, situadas ao centro do palco, ficando a “porta” de entrada e saída da casa, no canto à direita.

Os pais vêm do fundo do palco para a sala de visitas, a mãe caminha visivelmente preocupada com sua aparência, arrumando alguns detalhes no cabelo, o pai faz sinal que estão atrasados enquanto ajeita a gravata.

→ Cena 3: Ao ouvir seus pais, a adolescente corre para a sala, está radiante, olha para os pais que não a vêem e diz: Eu estou apaixonada!

- Mãe - Que bom. (vira-se para o marido). Coisas de criança!
- Pai - É.(olha o relógio, balança a cabeça e acha graça).

Os dois saem rindo.

A adolescente permanece estática no meio da sala. Está um pouco desolada. Chega em casa a irmã mais velha, carrega alguns livros e aparentemente parece estar bem irritada. Quando vê a irmã chegando, a adolescente corre para ela feliz, pega seu braço e confidencia: Estou namorando!

- Irmã mais velha - (puxa o braço com força) Vai brincar de boneca que é melhor, não me chateia! (joga os livros na mesa e torna a sair de casa).

A adolescente senta no sofá totalmente angustiada. A campainha da porta toca algumas vezes, até que a adolescente resolve reagir, vai abrir a porta.

→ Cena 4: Abre a porta e leva um susto, é seu namorado! Ela se joga nos seus braços, ele a rodopia no ar e depois começa a abraçá-la mais insistentemente. Ela recua indecisa. Ele insiste, até convencê-la. Os dois vão em direção ao quarto dela e saem de cena.

→ Cena 5: Os pais e a irmã mais velha estão na sala conversando, chega a adolescente da rua, tem um ar abatido.

- Irmã mais velha - E o tal namoradinho, já faz uns três meses que não fala nele.

- Adolescente - (vira-se para a irmã, sua expressão é de tristeza)

Acabou! (vai saindo para o quarto, mas desmaia no caminho).

Todos correm para socorrê-la, os pais a deitam na cama, enquanto a irmã chama a médica por telefone.

→ Cena 6: Na sala, os pais e a irmã aguardam, enquanto a médica está no quarto fazendo um interrogatório à adolescente. Mal toca seu corpo, apenas escreve e faz sinal como se a estivesse recriminando. Sai do quarto, todos dirigem o olhar para ela.

- Médica - Só gravidez! (entrega uma receita à mãe e dirige-se para a porta).

Os pais trocam acusações mútuas, a irmã mais velha abaixa a cabeça e vai saindo devagar. No quarto, a adolescente sozinha, sentada na cama chora. Congelam a cena. FIM