

Juarez Pereira Furtado

Corpo e Loucura:

histórico das formas de intervenção sobre o corpo na psiquiatria

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade de Campinas, como exigência final para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, área de concentração Educação Motora, sob a orientação do Prof. Dr. João Batista Freire da Silva, em 29 de agosto de 1995.


Prof. Dr. João Batista Freire da Silva

UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FEF - FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	T/UNICAMP
	F 984c
V.	E.
TOMBO BC	27783
PROC.	667/96
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	30/03/96
N.º CPD	

CM-00086164-0

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA - FEF - UNICAMP

F 984c Furtado, Juarez Pereira
 Corpo e loucura: histórico das formas de intervenção sobre o corpo na psiquiatria / Juarez Pereira Furtado. -- Campinas, SP : [s. n.], 1995.

Orientador: João Batista Freire
 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.

1. Educação Física. 2. Psiquiatria. 3. Corpo e mente. 4. Loucura. I. João Batista Freire. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

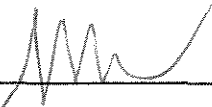
Comissão Julgadora



Prof. Dr. João Batista Freire



Prof. Dra. Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares



Prof. Dr. Egberto Gomes Turato



*À tia Elza, que, como já disse minha mãe,
é um raio de sol em nossas vidas.*

AGRADECIMENTOS

*“Cachoeira é barranco e água se retombando por cima dele. O senhor tira o barranco ou seca a água: sobra cachoeira alguma? Viver é muito perigoso.”
(Guimarães Rosa)*

Felizmente pude contar com o auxílio de muita gente no processo de encontrar o fio da meada. Agradeço a todas essas pessoas e, especialmente:

- ◆ a Carmem, minha mulher, que dá sentido a tudo isso;
- ◆ a Lilian Vieira Magalhães e Cenise Vicente, pelo interesse e dedicação com que indicaram bibliografias, discutiram, opinaram e acompanharam o desenvolvimento do texto;
- ◆ a Débora Kirschbaun, por importantes indicações bibliográficas;
- ◆ aos meus irmãos, Joaci e José Luis, pelas sugestões, leitura e correção dos originais;
- ◆ ao Serviço de Saúde Cândido Ferreira, pelo apoio logístico e estímulo à realização deste estudo;
- ◆ ao contribuinte brasileiro, que financiou o presente estudo através de bolsa administrada pela CAPES;
- ◆ ao orientador, que tornou possível a realização desta dissertação.

"C'est pourquoi le discours sur le corps ne peut jamais être neutre: parler sur le corps oblige à éclairer plus au moins l'un ou l'autre de ses deux visages, celui à la fois prométhéen et dynamique de son pouvoir démiurgique et de son avide désir de jouissance, et, par contre, celui tragique et pitoyable de sa temporalité, de sa fragilité, de son usure et sa précarité. Toute réflexion sur le corps est donc, qu'elle le veuille ou non, éthique et métaphysique: elle proclame une valeur, indique une conduite à suivre, et détermine la réalité de notre condition d'homme."

(Michel Bernard)

RESUMO

No presente trabalho realizamos análise das concepções teóricas e das formas de intervenção sobre o corpo do paciente psiquiátrico nas instituições manicomiais a ele destinadas, desde o surgimento destas no século XVIII até os nossos dias. São também objeto de nosso estudo as consequências, sobre a dimensão corporal do paciente, de sua reclusão nos asilos psiquiátricos. A manutenção de idéias pertinentes ao início do alienismo, assim como possíveis avanços na forma de conceber e intervir sobre o corpo do louco são discutidos durante a análise de dois trabalhos contemporâneos de abordagem corporal, realizados em dois diferentes hospitais psiquiátricos.

SUMÁRIO

Introdução	01
-------------------------	----

Capítulo I - O Corpo na História da Loucura

1 Os modelos de cura pré-asilares: a purgação do corpo	05
2 O surgimento do asilo e da Psiquiatria: o fim do <i>habeas-corporis</i>	11
3 O tratamento moral: o corpo como via para o espírito.....	16
4 A incorporação do modelo Europeu no Brasil	20
5 Do corporal ao bioquímico	23

Capítulo II - O Corpo Institucionalizado

1 Entre o físico e o moral	28
2 A expropriação da subjetividade.....	31
3 A interdição da sexualidade.....	36
4 Novos movimentos	40

Capítulo III - Algumas Experiências Contemporâneas

1 A reeducação corporal das funções mentais.....	46
2 O programa de terapia psicomotora	54

Observações finais	63
---------------------------------	----

Referências Bibliográficas	65
---	----

INTRODUÇÃO

No presente trabalho pretendemos identificar as concepções teóricas e as formas de intervenção concernentes à abordagem corporal nas instituições psiquiátricas, desde o seu surgimento no século XVIII, até os nossos dias.

Nos primórdios da Psiquiatria, a intervenção sobre o corpo do louco se apresentou como o modo mais evidente e imediato de tratar (e, em certas teorias, também de explicar) o processo da loucura. O corpo será, assim, submetido às mais diferentes formas de tratamento, a fim de que sejam dele expulsos os elementos causadores da doença. Curiosamente, em outros momentos, serão utilizadas as mesmas técnicas para atingir o metafísico: aqui se realizarão intervenções sobre o corpo para interferir no espírito em desvario.

Embora as concepções sobre o corpo e a justificativa do emprego de terapias físicas e corporais variem ao longo do tempo, o interesse pela dimensão corporal do insano como possibilidade de acesso e/ou cura de seu mal, permanecerá presente em quase todos os métodos preconizados pelos tratamentos de época. O corpo irá se configurar sempre como a dimensão do possível nessa entidade abstrata, intangível, que é a loucura.

Haverá também momentos de silêncio, em que as formas de conceber e intervir sobre a dimensão corporal do louco deverão ser procuradas justamente na ausência de referências da Psiquiatria às questões relativas ao corpo dos insanos: a omissão será aqui considerada, já que a forma como pronunciamos as inquietações

sobre o corpo ou submetemos o tema à interdição, constituem um discurso sobre o corpo (Foucault, 1985).

As questões levantadas nos parágrafos precedentes serão discutidas principalmente no primeiro capítulo, que trata do corpo na história da loucura.

O modo como são respondidas as demandas do corpo na organização do cotidiano da população institucionalizada será a principal questão desenvolvida no segundo capítulo. A estrutura asilar e seu inexorável processo de des-subjetivação do indivíduo, através de ritos e preceitos próprios, relativos ao cerceamento e aglutinação de grande número de pessoas em espaço próprio, terá por si só, conseqüências sobre a dimensão corporal dos internos.

No terceiro e último capítulo, analisaremos algumas experiências contemporâneas à luz de nossa hipótese: a de que os trabalhos de intervenção corporal em Psiquiatria são um apelo constante à concretude, ao retorno à uma realidade inequívoca a ser proporcionada pelo corpo, especialmente pelos sentidos. Aqui se fariam ainda presentes as idéias pertinentes ao início do alienismo, que buscavam nos meios físicos uma forma de resgatar o louco de seu estado de subjetividade pura, devolvendo-o para a normalidade do mundo exterior (Foucault, 1984). Nesse apelo, estaria implícita a noção de uma objetividade perdida, a ser recuperada pela reapropriação dos sentidos.

Seria oportuno, nesse espaço introdutório, clarear alguns conceitos que serão fundamentais no desenrolar do presente estudo. O conceito que nos parece mais próximo da complexidade representada pelo *corpo* é aquele que o considera como realidade histórica e socialmente construída em dada cultura, condição do ser no mundo de tal maneira que se caracteriza como sendo o próprio homem e tudo o que ele faz, sente e percebe (Pires, 1990). Corpo concreto, histórico e que estabelece relações: "nesse sentido o corpo é o próprio homem e como tal não pode ser só um objeto, mas sim o sujeito, o produtor e o criador da história." (Medina, 1990, p.24)

O contraponto ao conceito acima descrito - e que serve de referência à maioria dos modelos terapêuticos analisados no decorrer do presente trabalho - é o de

corpo objeto, que representa o campo de intervenção e estudo do biólogo e do médico, estando restrito à exterioridade e aos respectivos mecanismos corporais.

O termo "abordagem corporal", deverá ser entendido como designando técnicas que têm na intervenção direta sobre o corpo ou o movimento humano, seu instrumento terapêutico privilegiado. As diferentes formas de abordagem corporal caracterizam-se por uma intervenção global e não específica a um segmento do corpo em especial, como é o caso da massagem, dos exercícios físicos, do relaxamento e dos banhos, entre outros - o que exclui intervenções pontuais e específicas como a lobotomia e a quimioterapia.

O interesse por esta pesquisa é proveniente de nossa prática junto à clientela do setor de moradores de um hospital psiquiátrico. Ali, onde fomos admitidos para executar o trabalho de reeducação física da ala geriátrica, começamos a nos interrogar sobre a forma como um profissional de Fisioterapia - que tem no corpo o seu objeto de trabalho - poderia contribuir mais efetivamente nos cuidados em saúde mental, somando-se aos esforços de profissionais de outras áreas de saúde no tratamento dos diferentes quadros da nosologia psiquiátrica.

A Faculdade de Educação Física, que vem se firmando como espaço privilegiado de discussão sobre aspectos ligados ao corpo e movimento humanos, tem muito a contribuir na busca de resposta à questão sobre o lugar do corpo nas terapias das afecções psiquiátricas. Provavelmente esta área do conhecimento poderá também se beneficiar com a discussão de aspectos envolvendo as relações práticas e teóricas entre corpo e loucura.

Nosso objeto de pesquisa se identifica com a problemática relacionada aos aspectos da educação da corporeidade humana - principalmente no contexto da chamada reabilitação psicossocial do paciente psiquiátrico - o que torna o Departamento de Educação Motora o espaço específico para o desenvolvimento desta discussão.

O enfoque das terapias de abordagem corporal realizadas em instituições hospitalares destinadas aos pacientes psiquiátricos nos remete ao discurso médico oficial

de cada época. Não serão aqui considerados os diversos modelos de cura populares que precedem e são contemporâneos ao tratamento oficial.

Para a realização do presente estudo, fizemos pesquisa bibliográfica nos acervos do Hospital Juqueri e Serviços Thermais de Poços de Caldas e nas bibliotecas da UNICAMP e USP, além de estágio e observação assistemática nos dois serviços analisados no último capítulo.

CAPÍTULO I

O Corpo Humano na História da Loucura

1. Os modelos de cura pré-asilares: a purgação do corpo

O modelo de intervenção psiquiátrica asilar predominantemente utilizado na terapêutica dos doentes mentais é relativamente recente, datando sua origem de pouco mais de 200 anos, quando surgem, no final do século XVIII, na Europa, os estabelecimentos destinados especificamente ao asilo e tratamento médico desta população.

Até aproximadamente 1650, a loucura circulará livremente, podendo ser encontrada no cotidiano e mesmo na paisagem cultural da época. O desatino e suas figuras são expressos em espetáculos de dança, na iconografia (como nos quadros de Bosch) e em textos filosóficos ou de crítica moral (como n'O *Elogio da Loucura*, de Erasmo de Roterdã).

Porém, o desfrute de maior liberdade nesse período, não quer dizer que até então não se tenha observado o desatino e mesmo buscado a sua cura: desde a medicina grega já se tinha da loucura a noção de patologia. Já havia, na Espanha e Itália do século XV, os primeiros estabelecimentos destinados aos loucos, que empregavam tratamentos inspirados na medicina árabe. Também os hospitais da Idade Média comportavam alguns leitos para as formas de loucura julgadas curáveis. Mas trata-se ainda de ações isoladas, estando longe de representarem uma intervenção do porte da grande internação que se realizará no sec. XVIII. De modo geral, até 1650, o ocidente foi estranhamente hospitaleiro à experiência da loucura¹.

¹ Resende, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S., Costa, N. (Org.). Cidadania e loucura, p.25

Explicações sobre a que atribuir a relativa liberdade de que gozaram os insanos nesse período são formuladas por este autor

Nos séculos XVII e XVIII, período que antecede a intervenção hegemônica da medicina no domínio da loucura, o tratamento dos alienados estará entregue às mais diferentes formas de abordagens empíricas, conduzidas por médicos e também por uma grande diversidade de leigos.

Segundo Foucault, nesta época, a maioria dos antídotos a serem utilizados na loucura são do reino mineral e do "reino humano". Nos minerais, retirados das profundezas da terra (correlato das profundezas humanas de onde emerge a loucura) e no próprio corpo humano, serão procurados os remédios para a loucura: lápis-lazúli para a melancolia, esmeralda para a concupiscência, pó de crânio e sangue humano ainda quente para convulsões, tudo isso usado

"Como se os poderes inquietantes da alienação, que lhe abrem um lugar particular entre as formas da patologia, só pudessem ser reduzidos através dos segredos mais subterrâneos da natureza ou, pelo contrário, pelas essências mais sutis que compõem a forma visível do homem." (Foucault, 1991.p.301)

O mito medieval da panacéia (e o princípio de uma ação curativa geral sobre o organismo) irá conviver a partir de agora com terapêuticas que buscam uma ação localizada, um antídoto específico para cada mal.

Somente no final do século XVIII, terá início um diálogo (ao menos imaginário) entre médico e doente e uma reflexão sobre os processos de doença e cura, desaguando em uma conseqüente criação de modelos explicativos , lançando bases para o que será mais tarde o domínio clínico.

"(...) é a respeito das doenças nervosas que as curas do século XVIII conseguiram a maior quantidade de modelos variados e se reforçaram como técnica privilegiada da medicina.(...)Nessas curas, logo julgadas fantasistas, nascia a possibilidade de uma Psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar(...)." (Foucault, 1991, p.307)

Este procedimento está inserido e corresponde ao espírito de uma época em que o racionalismo, a observação através da experimentação e a classificação formam as três tendências básicas da ciência iluminista do sec. XVIII (Alexander, 1980).

O corpo e o movimento surgem sistematicamente como objeto de intervenção, segundo reconstrução feita por Foucault, nas idéias que organizaram as tentativas de cura da loucura no século XVIII. Ainda segundo este autor, a grande diversidade de curas propostas nesse período podem ser agrupadas em quatro categorias básicas: consolidação, purificação, imersão e regulação do movimento.

Sob o nome de Consolidação se agrupam concepções que identificam na loucura um óbvio componente de fraqueza, segundo as quais as fibras sem robustez não garantem ao espírito a força suficiente para seguir seu curso natural. Mesmo a aparente violência da loucura delata uma secreta fraqueza e falta de resistência do espírito aos assaltos da insanidade.

Neste caso, procuram-se remédios que possibilitem aos espíritos resistirem às tormentas a que são submetidos contra a sua vontade.

Odores fétidos (couro, pena queimada, etc.) serão utilizados para que a sensação desagradável estimule o espírito, através da revolta, a reagir contra o assalto da loucura². Também a ingestão do ferro em estado natural contribuirá para a *consolidação* dos espíritos e dos nervos, pela assimilação por estes últimos, das qualidades ao mesmo tempo de robustez e flexibilidade inerentes ao metal (Foucault, 1991).

Purificação é a idéia básica também presente nas concepções terapêuticas da loucura no sec. XVIII. Aqui se aglutinam diferentes técnicas que têm em comum a tentativa de limpeza e purgação total do doente. Esta concepção torna-se explícita em métodos como o de substituição *"do sangue grosso e cheio de humores por*

² Segundo Montaigne apud Starobinski, J. Historia del tratamiento de la melancolia desde los orígenes hasta 1900. p.67 " *Las drogas no resultan eficaces pra quien las toma com apetito y gusto.* "

um sangue claro e leve cujo movimento novo dissiparia o delírio" (Foucault, 1991, p.310), chegando ao extremo de substituir parte do sangue dos doentes por sangue de bezerro.

Duas formas distintas de intervenção garantirão esta *purificação* ao paciente: a *derivação*, que agrupa métodos físicos que consistem em provocar feridas e chagas na superfície do corpo do doente, a fim de que os vapores escuros da loucura se liberem no exterior. Queimaduras, cauterizações e a inoculação de doenças de pele (sarna, eczema, varíola) produzirão o mesmo efeito. Já a *detersão* ou *dissolvência* das fermentações que produzem a loucura, será realizada através da ingestão de café amargo, quinina, sabão, saponáceos e tártaro, entre outros, havendo publicações da época contendo relatos de sucesso no emprego dessa terapêutica.

A purificação do doente poderá também ser atingida combinando-se a *derivação*, com suas pústulas, e a *detersão*, que dissolve as fermentações, através da aplicação de vinagre sobre a cabeça e os pés dos doentes previamente purgados.

O uso dos banhos com finalidades terapêuticas ressurgiu no fim do século XVII, e suas mais variadas formas de aplicação são aqui reunidas sob o nome de **Imersão**. Aqui, o valor simbólico da água como elemento de purificação e renascimento - propiciando como que um novo batismo - e suas propriedades físicas de fluido se fundem. Efeitos terapêuticos diversos e mesmo contraditórios são atribuídos a água:

"Paradoxalmente, a universalidade de seu uso [da água] no século XVIII, não provém do reconhecimento geral de seu efeito e de seu modo de ação, mas da facilidade com a qual se pode atribuir à sua eficácia as formas e modalidades mais contraditórias." (Foucault, 1991, p.315)

A utilização dos banhos poderiam ter efeitos completamente opostos, segundo diferentes terapeutas: um mesmo banho quente poderia umedecer, segundo um certo autor ou ressecar, segundo um outro ponto de vista.

O quarto e último conjunto de métodos utilizados no século XVIII, se baseia na constatação de que o doente mental pode se apresentar completamente

imóvel, numa inação que modernamente recebe o nome de catatonia, ou de um modo agitado, hipercinético. De qualquer forma lhe escapa a mobilidade equilibrada do mundo. Daí decorrem os métodos de Regulação do Movimento, no qual

“a idéia que anima esse tema terapêutico é a restituição de um movimento que se organiza segundo a mobilidade prudente do mundo exterior.(...)a cura consiste em suscitar no doente um movimento que seja ao mesmo tempo regular e real, no sentido de que deverá obedecer às regras do movimento do mundo.” (Foucault, 1991, p.318)

Assim, o andar a cavalo, o balanço regular do mar nas viagens marítimas e os passeios em geral são freqüentemente relatados como benéficos na recuperação dos melancólicos. A agitação da mania também poderia ser tratada através das viagens, desde que estas oferecessem a oportunidade de fixar a atenção do doente.

Outro método utilizado para *regular os movimentos* era a cadeira giratória: um pilar perpendicular é fixado no teto e no assoalho, amarra-se o doente numa cadeira ou numa cama suspensa a um braço horizontal móvel ao redor do pilar e imprime-se a velocidade desejada. A rotação é graduada de modo a tirar o melancólico de seu estado. Uma sobrecarga na dose poderá levar à agitação. Este método permite uma dosagem precisa e controlada (quase matemática) de sua aplicação pelo médico. Sua ação se dará sobre o sistema nervoso, a circulação e a atividade cardíaca, podendo ser também um vomitivo eficaz - era consenso da época o efeito benéfico do vômito para os alienados (Starobinski, 1962).

Se as técnicas de *imersão* traziam consigo valores éticos e religiosos do batismo e do renascimento, na terapia de *regulação dos movimentos*, o caminho era inverso, do etéreo para o concreto:

“(...) nessas curas pelo movimento é possível reconhecer um tema moral(...): voltar ao mundo, entregar-se à sua sabedoria, retomando um lugar na ordem geral e com isso esquecer a loucura que é o momento da subjetividade pura.” (Foucault, 1991, p.320)

Não se deve concluir que a presença constante de métodos de intervenção físicos seja indício de uma opção deliberada por formas exclusivamente de intervenção corporal nos distúrbios mentais, na era clássica, já que

“Estes tratamentos não eram nem psicológicos nem físicos: eram ambos ao mesmo tempo; (...) submetia-se o doente à ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras(...)” (Foucault, 1984, p.82)

Mais tarde, com a diferenciação entre o físico e o moral (ou psicológico) na compreensão e tratamento da loucura, as formas de intervenção sobre o corpo na terapêutica dos insanos estarão ainda influenciadas pelas técnicas decorrentes dessas quatro idéias básicas, ainda que revestidas de um novo discurso teórico.

Estas técnicas serão utilizadas nos séculos XIX e XX sob as mais diferentes teorias: seja para intervir nas causas orgânicas da loucura, seja como forma de punição (no *tratamento moral* de Pinel) ou ainda sob os argumentos da fisiopatologia das perturbações mentais de cada época.

De qualquer forma, o corpo será objeto das mais diversas intervenções e experimentos na clínica da loucura, começando pelas mais fantásticas aplicações de métodos originários em fabulações teóricas ou morais e prosseguindo em seu cerceamento nos espaços institucionais.

A loucura, confiscada à possibilidade de expressão com o advento de sua exclusão no internamento *“é despojada de sua linguagem; e se se pode continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma.”* (Foucault, 1984, p.79) O corpo permanecerá aqui como única possibilidade de intervenção: o possível, o palpável, dessa entidade abstrata, desse não-ser que é a loucura.

2. O surgimento do asilo e da Psiquiatria: o fim do *habeas-corpus*³

O surgimento da Psiquiatria e do asilo psiquiátrico são simultâneos e interligados, constituindo este último o espaço terapêutico privilegiado da terapia psiquiátrica.

Nesse estudo - que tem como objeto de pesquisa os métodos de abordagem corporal utilizados pela Psiquiatria desde os seus primórdios⁴ - a análise do surgimento do asilo psiquiátrico e dos métodos terapêuticos nele empregados terá especial interesse.

É nos meados do século XVII que surgirão instituições que vão anteceder o manicômio, tal qual o conhecemos em nossos dias. Nesse século, surgem na Europa grandes instituições destinadas a banir das ruas inválidos pobres, velhos na miséria, mendigos, libertinos, prostitutas e insanos.

Trata-se, no caso da França, do Hospital Geral, fundado por decreto Real em 1656. O Hospital Geral agrupará diversos estabelecimentos já existentes - entre eles a Salpêtrière e Bicêtre - que serão destinados a tirar das ruas os pobres de Paris⁵. Trata-se de um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça: é a terceira ordem da repressão (Foucault, 1991).

Na Inglaterra, surgem as *Workhouses*, através de um édito de 1670. Em poucos anos estas casas de correção estarão espalhadas por toda a Europa e terão entre seus muros condenados civis, vagabundos e insanos.

³ Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, p. 880. *habeas-corpus* [Lat., "que tenhas teu corpo"]

⁴ Isaías Pessotti, A loucura e as épocas, p. 145. Segundo o autor, a publicação do *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental* por Pinel, em 1801, "inaugura a Psiquiatria como especialidade médica."

⁵ Michel Foucault, Doença Mental e Psicologia, p. 78. afirma que em pouco tempo, na França, cada grande cidade terá seu Hospital Geral.

“Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas por que não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco juntamente com muitos outros recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença (...). No Hospital Geral como nas Workhouses, na Inglaterra, que lhe são contemporâneas, reina o trabalho forçado (...). É que, no mundo burguês em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a ociosidade.” (Foucault, 1984, p.79)

A população dessas casas de internação terá em comum a incapacidade de participar do sistema produtivo baseado na produção e acúmulo de riquezas que surge nesse momento - seja essa incapacidade voluntária ou acidental.

A partir de agora a loucura passará a integrar o mesmo universo das faltas morais e sociais de seus colegas de internação. Para a história do desatino, este período de internação geral com vistas a reestruturação do espaço social, terá um significado fundamental. Este procedimento de fusão entre loucura, miséria e ociosidade representado pelo internamento marcará

“(...)o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade.” (Foucault, 1991, p.78)

Desse modo, o louco passa a ser, como a pobreza e a ociosidade, um desvio a ser gerido pela polícia e sua presença física banida do cenário urbano.

Um século e meio irá separar a entrada dessa população nessas casas correcionais e a “libertação” dos loucos por Pinel e Tuke no final do século XVIII. É nesse instante que se evidenciarão os questionamentos sobre essa grande internação homogênea.

"O espanto pelo fato de doentes terem sido fechados, por ter-se confundido loucos com criminosos, surgirá mais tarde. Por ora, [sec. XVII] estamos diante de um fato uniforme." (Foucault, 1991, p.83)

A despeito da imagem de foco do mal e das denúncias de que era alvo, o Hospital Geral teve sua existência assegurada até a Revolução Francesa, quando os reformadores decidiram suprimir este símbolo da opressão do *ancien régime*. Foram proporcionados meios para que a população do Hospital Geral pudesse fugir a esse horror e fossem viver em suas próprias casas.

Mas havia um problema: os loucos poderiam tornar-se perigosos para sua família e para a comunidade:

*"É para resolver este problema que as antigas casas de internamento, sob a Revolução e o Império, foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez aos loucos apenas. Os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão."*⁶ (Foucault, 1984, p.81)

A transformação do Bicêtre em asilo exclusivo de loucos será uma tentativa da aplicação da lei de 1790 na França, que previa a criação de grandes hospitais para os insensatos.

Ao assumir sua direção, Pinel passará a ser o primeiro profissional conhecedor das doenças dos espíritos a dirigir uma unidade do Hospital Geral e sua designação para o cargo é um claro indicativo de que a loucura já é aí considerada um problema médico.

Philippe Pinel é o autor do *Traité Médico-Philosophique sur L'Aliénation Mentale*, publicado em 1801 e considerado o marco inaugural da Psiquiatria como especialidade médica. Antes disso, porém, já publicara extensos estudos classificatórios dos distúrbios mentais, algo bem ao gosto da ciência do século XVIII.

⁶ Grifos do autor.

Seu nome ficará também mitificado como o grande libertador dos insanos. Logo que assumiu a direção do Bicêtre, Pinel mandou que fossem desacorrentados os insanos daquela unidade do Hospital Geral. Esta imagem do grande libertador será imortalizada nos relatos da época e também nos da atualidade:

"(...) quando assumiu a administração do Bicêtre em 1793, o próprio Philippe Pinel foi considerado louco por seus contemporâneos - pois soltou os pacientes de suas correntes, abriu suas janelas, deu-lhes alimentação nutritiva e tratou-os com bondade." (Alexander, 1980, p.162-3)

A terapia a ser aplicada por Pinel será baseada em preceitos morais e por ele chamada de *tratamento moral*.

"A introdução do 'Traité' deixa claro que, de um modo geral, a causa da loucura é a 'imoralidade', entendida como excesso ou exagero. Daí a terapia ser chamada tratamento moral, de 'afecções morais' ou 'paixões morais'. A loucura é excesso e desvio, a ser corrigido pela mudança de costumes, mudança de hábitos (que lembra, forçosamente, a 'modificação do comportamento' enquanto projeto de correção de condutas inadequadas)". (Pessotti, 1994, p.156)

Métodos de coação e humilhação física e moral se juntam a fim de que cada doente se restabeleça para os papéis e virtudes sociais. Mesmo a cela e a reclusão permanecerão e serão utilizadas para aqueles que não se submeterem aos princípios que regem a instituição.

"O asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica Pinel, não é um livre domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado(...)." (Foucault, 1991, p. 496)

Na Inglaterra, contando com o apoio do Estado, que estimulava o surgimento da beneficência privada, Samuel Tuke, membro de uma sociedade religiosa protestante (os Quacres) dará início à construção do *Retiro* em 1795.

O *Retiro*, como se pode entrever pelo nome, será um asilo destinado aos insanos, localizado fora da cidade, onde a paz do campo aliada a uma moral calcada nos princípios da família e da religião nortearão o tratamento. Aqui a presença do médico se faz sentir, sendo mesmo valorizada.

O asilo concebido por Tuke submete o louco a um controle social e moral, tendo

"por modelo uma comunidade religiosa. Busca reconstituir para o doente uma quase família (...). Com efeito, a cura se dará pela inscrição no doente dos sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento (...). Para atingir esse objetivo, cabe ao médico recorrer a meios tais como ameaças e punições as mais diversas, privações alimentares, humilhações (...)." (Freyze-Pereira, 1993, p.84)

Os nomes de Pinel e Tuke estarão historicamente ligados ao surgimento do asilo psiquiátrico tal como ainda o conhecemos hoje. A seus nomes estará ligado também o adjetivo de libertadores dos insanos, porém

"É entre os muros do internamento que Pinel e a Psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá - não nos esqueçamos - que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos 'libertados'." (Foucault, 1991, p.48)

3. O tratamento moral: o corpo como via para o espírito

Se Pinel libertou parte dos loucos da coerção física representada pelas celas e correntes que os aprisionava, em contrapartida instituiu um cerco moral onde cada paciente será constantemente observado e julgado. Aqui o conceito dos "maus vapores" - e um conseqüente tratamento baseado na extração ou acréscimo de algum elemento ao organismo tomado pela loucura - será substituído por uma concepção evidentemente moral do desatino.

Tanto em Tuke como em Pinel a segregação será sempre o pano de fundo. Segregação moral e religiosa no primeiro, segregação em sínteses morais no segundo.

"O que se chama de prática psiquiátrica é uma certa tática moral, contemporânea do fim do século XVIII, conservada nos ritos da vida asilar e recoberta pelos mitos do positivismo." (Foucault, 1991, p.501)

Para alcançar uma mudança efetiva, segundo o tratamento moral, será preciso transformar paixões, hábitos e sentimentos de forma a torná-los distintos dos mesmos sentimentos, paixões e hábitos que causaram a enfermidade (Starobinski, 1962).

A relação do médico com o doente oscilará entre a generosidade indulgente e a severidade brutal. Entre os métodos mais suaves está o da *mentira piedosa*, onde o terapeuta finge crer na idéia delirante e, usando de certos ardis (que inclui até cenas teatrais), tentará destruir o objeto do delírio⁷.

⁷ Pinel apud Starobinski, Historia del tratamiento de la melancolia desde los origines hasta 1900, p.57:

"Um melancólico acreditava estar morto e portanto não queria comer. Após o fracasso de todos os métodos para que aceitasse algum alimento, estando já a ponto de morrer de fome, um de seus amigos teve a idéia de fazer-se de morto. Este foi colocado num caixão diante do melancólico e pouco depois lhe trouxeram comida; o melancólico, vendo o falso morto comer, acreditou que poderia imitá-lo, e assim o fez." (tradução nossa)

O "prazer animal" proveniente das sensações cinestésicas provocadas pelo calor do sol, a massagem, entre outros, podem ser bons estimulantes para o melancólico. Para Reil, médico alemão do início do século XIX, o ato sexual - sentimento corporal mais violento e agradável - deveria ser usado em doenças mentais causadas por problemas sexuais.

"Conviria, segundo Reil, empregar prostitutas para a satisfação dos homens. A situação das mulheres melancólicas é mais delicada, já que poderiam engravidar. Porém, a gravidez não pode prejudicar seu estado mental. Ao contrário: Os dois pólos do corpo, a cabeça e os órgãos genitais, estão ligados por uma notável reciprocidade. As excitações de uma das extremidades, pelo ato sexual ou a gravidez, liberam a congestão do extremo oposto." (Reil apud Starobinski, 1962, p.62 tradução nossa)

Os métodos terapêuticos usados no tratamento dos insanos no século XVIII - e analisados no início desse capítulo - serão retomados por Pinel dentro do contexto de seu tratamento moral⁸.

"(...)estas técnicas, que a fisiologia da época justificava, foram retomadas por Pinel e seus sucessores num contexto puramente repressivo e moral. A ducha não refrescava mais, punia; não se deve mais aplicá-la quando o doente está 'excitado', mas quando cometeu um erro; e, em pleno século XIX ainda, Leuret submeterá seus doentes a uma ducha gelada na cabeça e empreenderá, neste momento, com eles, um diálogo no qual forçá-los-á a confessar que sua crença é delírio. O século XVIII havia também inventado uma máquina rotatória onde se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa idéia delirante, fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. O século XIX aperfeiçoa o sistema dando-lhe um caráter estritamente punitivo: a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu.(...) Todos estes jogos médicos são as versões asilares de antigas técnicas fundadas numa fisiologia atualmente abandonada." (Foucault, 1984, p.82-3)

⁸ Segundo Amarante apud Resende, in Tundis, Cidadania e Loucura, p.57

"A grosso modo o tratamento moral é a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim."

A atitude de Esquirol - principal discípulo de Pinel - é bastante reveladora dos novos usos dados às velhas técnicas. Se esse seguidor de Pinel compartilha a opinião do mestre contra a imersão generalizada em água fria, abre, no entanto, exceções para alguns casos.

“Em que casos? A resposta não surpreende: ‘quando a melancolia vem provocada pelo onanismo.’ Quando se pode atribuir a depressão a ‘hábitos degradantes’ ou a uma vida relapsa, existem razões peremptórias para que se torture.” (Starobinski, 1962, p.64 tradução nossa)

Outros meios usados nessa mesma época eram as viagens, prescritas principalmente para os melancólicos, aqueles acometidos de *spleen*⁹. As estações *termais* terão a predileção da classe mais abastada no tratamento dos distúrbios mentais: aqui se encontra um meio-termo entre as viagens e a reclusão. E, finalmente, a música recebia dos praticantes do tratamento moral uma grande importância, embora freqüentemente sua técnica de aplicação e modo de ação fossem bastante imprecisos (Starobinski, 1962).

Com a instauração do tratamento moral, a loucura deixa de ser considerada fenômeno simultaneamente do corpo e da alma. A partir do mundo asilar - que observa, julga e pune - o desatino passa a ser algo concernente exclusivamente à alma humana, algo que habita o terreno da culpa e da liberdade, na dimensão da interioridade (Foucault, 1984).

Nesse novo contexto, os trabalhos de abordagem corporal serão coadjuvantes da tarefa de tornar os insanos mais receptivos às impressões que o tratamento moral deverá lhes impor. Essa ajuda será, na grande maioria das vezes, no plano da intimidação e da punição.

⁹ Leminski, P. *Vida*, p. 22

Spleen: palavra inglesa que significa “baço”, termo utilizado por Românticos e Simbolistas para designar a melancolia da época.

“O enfermo que se resigna a uma ducha não se resigna duas vezes; e se o previne do que o aguarda, se sabe, por experiência própria do que seja e que a ameaça será levada a cabo, então, na maioria das vezes será dominado sem que preciseis de nenhuma gota d’água.” (Leuret apud Starobinski, 1962, p.66 tradução nossa)

O método de tratamento instituído por Pinel pode ser expresso no binômio físico-moral, no qual as terapias físicas e de abordagem corporal estarão a serviço do adestramento de um espírito tornado rebelde pela loucura. Estas condutas influenciarão profundamente as formas de intervenção terapêutica em geral e sobre o corpo em particular, ao longo da história da Psiquiatria. Novas teorias virão justificar, mais tarde, o uso desses mesmos métodos.

Mais de um século depois Sivadon identificará, na memória dos métodos brutais utilizados ao longo da Psiquiatria, uma das causas da resistência ao desenvolvimento dos métodos de abordagem corporal na reeducação das funções mentais no final do século XX (Sivadon, 1969).

Tais considerações, serão, no entanto, convenientemente desenvolvidas ao final de nosso estudo. Por hora, vejamos como se instalou a Psiquiatria e seus meios de tratamento em nosso país.

4. A incorporação do modelo Europeu no Brasil

Em sua maior parte, os loucos circularão livremente na cidade de São Paulo até meados do século XIX, sendo reclusos em prisões e Santa Casas de Misericórdia somente aqueles considerados “furiosos” e “perigosos”.

“O crescimento rápido da cidade, no entanto, vai alterar fundamentalmente este quadro - e já na década de 1840, no Rio de Janeiro, como em São Paulo, a demanda e os reclamos de diferentes setores da sociedade com relação à loucura vão tornar-se mais prementes.” (Cunha, 1986, p.58)

Esses reclamos levarão ao surgimento dos hospícios nas grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, cinco décadas após o aparecimento de seus congêneres Europeus. A instituição paulista será fundada em maio de 1852, sob o nome de *Asilo Provisório de Alienados*, nas imediações da praça da República, sendo administrada por leigos (este asilo dará origem, décadas mais tarde e noutro local, ao hospício de Juqueri). Nove meses depois, será instalado o Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro (Cunha, 1986). Mais tarde, outras cidades de porte erguerão seus hospícios: Recife (1861), Salvador (1874) e Porto Alegre (1884).

Embora não tenha havido sincronicidade histórica com os europeus na construção dos asilos, a Psiquiatria brasileira apresentar-se-á atualizada com a literatura da época. Na realidade, os primeiros textos nacionais sobre a alienação mental caracterizam-se por maciças importações de teorias¹⁰, sendo “(...) *uma retomada da*

¹⁰ Esquirol apud Birman. *A psiquiatria como discurso da moralidade*, p.39

A influência francesa na Psiquiatria mundial é percebida por Esquirol: “(...) os estrangeiros traduzem as obras dos médicos franceses (...) e vêm visitar nossos estabelecimentos, assistir a nossas lições, seguir nossas prática. em uma palavra, aprender a tratar os loucos (...)”

produção francesa sobre doença mental, e em grande parte tendo Esquirol como referência básica (...).” (Machado, 1978, p.384)

Entretanto, o modelo instaurado na Europa irá se reproduzir no Brasil, com certas adaptações locais, como veremos adiante, embora aqui também os insanos terão seus corpos submetidos aos mesmos processos de cura anteriormente descritos, como afirma Machado em seu extenso estudo sobre o surgimento da Psiquiatria no Brasil:

“(...)o uso de sangrias, purgas, banhos, defensivos, etc. aparecerá, ainda no século XIX, como o essencial do tratamento físico da loucura, baseado nos autores tradicionais. Nessa subordinação, o tratamento físico é atravessado por uma preocupação corretiva da conduta: ele torna-se um tratamento moral indireto.” (1978, p.409)

O Asilo Provisório de Alienados de São Paulo, de que falamos acima, será administrado por leigos até 1896, quando Franco da Rocha assume a sua direção. Considerado o “Pinel brasileiro”, Franco da Rocha, sob o recém implantado regime republicano, dará início à fase científica de assistência aos alienados de São Paulo (Yalin, 1948).

Familiarizado com a obra de Charcot e Freud - Rocha será o pioneiro na publicação de textos sobre psicanálise em nosso país - caberá a ele a introdução da hidroterapia na seção de mulheres do hospício.

Será por ele concebida e coordenada a construção do Hospício de Juqueri, inaugurado em 1898, e que substituirá o Asilo de Alienados da Capital. Considerado o marco do início da Psiquiatria científica no país e concebido para centralizar o atendimento aos alienados do estado de São Paulo, o Juqueri não irá parar de crescer, atingindo em meados de nosso século mais de dez mil internos.

Em Porto Alegre será fundado, em 1884, o Hospício de São Pedro, sob a direção do Dr. Lisbôa. A conduta terapêutica deste jovem alienista atesta como a importação dos métodos europeus esteve sujeita às influências locais: embora atualizado com a literatura da Europa, em seus relatórios observa-se a mescla de noções de

medicina antiga (com resquícios da teoria dos humores e do temperamento) com a crença na eficácia da natureza e dos meios físicos na cura da loucura (Schiaveni, 1995).

É desse período também a luta pela legitimação da medicina no tratamento dos alienados, levada adiante principalmente pelas faculdades de medicina: ao médico deverá caber a condução do conjunto de ações terapêuticas que compõem o eixo do tratamento moral: das atividades físicas à laborterapia, passando pela própria recreação. Assim recomenda Teixeira Brandão¹¹:

“Os exercícios metódicos, as distrações e o trabalho, que constituem a base do tratamento moral, deveriam ser ordenados e presididos pelos médicos.” (apud Machado, 1978, p.457)

Porém, a medicina popular representará um constante foco de resistência à medicina científica, preservando os antigos saberes. As chamadas práticas curativas desviantes da ordem médica irão dificultar *“o processo completo de institucionalização, normalização e legitimação do saber médico científico.”* (Schiaveni, 1995, p.338)

Dentro do espaço asilar, no entanto, as terapias de abordagem corporal importadas da Europa, aliadas à laborterapia, prevalecerão durante o século XIX e começo do XX, quando serão progressivamente suplantadas pelos métodos de convulsoterapia e quimioterapia, que passarão a dominar o cenário terapêutico, sendo preferencialmente prescritas no tratamento dos insanos.

¹¹ Cunha, P., *O Espelho do Mundo*, p.64.

Teixeira Brandão, médico do Hospício Pedro II, é considerado o primeiro alienista brasileiro.

5. Do corporal ao bioquímico

No asilo pós-Pineliano do final do século XIX, a chamada medicação hidroterápica persistirá como indicação universal nos processos de insanidade. Assim, Luys e seu livro "*Le Traitement de la Folie*", editado em 1893, afirma que

"após o isolamento, considero os banhos mornos e prolongados, a medicação mais eficaz a ser empregada no tratamento das doenças mentais." (p.179 tradução nossa)

Segundo este autor, as banheiras deverão ter mecanismos para fixar o doente nas mesmas, garantindo que a cabeça fique fora d'água e o restante do corpo imerso todo o tempo necessário. A duração do banho deve ser de aproximadamente 4 a 6 horas consecutivas, a uma temperatura de 35°C, sendo a cabeça do doente molhada periodicamente e oferecida alimentação em determinados momentos.

Outro método exposto por Luys em seu livro é o da "*refrigeração cefálica*". Partindo do princípio de que o funcionamento mórbido do cérebro no delírio é acompanhado de calor local, que se eleva de 1º a 2º C de temperatura, o autor preconiza a refrigeração cefálica através de compressas de água fria ou pela passagem contínua de pequena corrente de água pela cabeça do paciente através de aparelhos concebidos para esse fim.

O valor da hidroterapia é reafirmado por Pacheco e Silva¹² em relatório de visitas por ele realizadas às instalações para alienados nos Estados Unidos e Europa.

¹² Cunha, P., O Espelho do Mundo. p.180

“Ao lado da labortherapia, a physioterapia tem larga applicação nos hospitaes para insanos da America do Norte. A therapeutica chimica e biologica occupa alli plano secundario no tratamento das doencas mentaes(...). Utilisada sob a forma de ablucções, compressas, fricções, duchas, banhos rapidos e prolongados e em diferentes temperaturas, os seus efeitos são excellentes.”
(1926, p.10)

Porém o acesso da população de internos do Juqueri a essa modalidade de tratamento será limitado. Parece haver aí indícios do que será mais tarde domínio da terapia química.

“As installações hydrotherapicas do Hospital de Juqueri, sobre serem deficientes para attender ao numero de doentes alli recolhidos, estão já velhas e imprestaveis, o que nos obriga, muito a contra gosto, a lançar mão dos sedativos chimicos, sempre prejudiciaes á saude geral dos doentes.” (Pacheco e Silva, 1926, p.10)

Em artigo publicado quatro anos mais tarde, o autor ressalta os beneficios do banho morno para os psicopatas (Pacheco e Silva, 1930), o que é também preconizado por seu colega francês à mesma época (Gilbert, 1930).

A chamada ginástica médica é também utilizada como elemento terapêutico da insanidade. Em artigo publicado em 1894, *Un cas d'instabilité mentale avec impulsions morbides traité par la gymnastique médicale*, Tissié descreve um programa de ginástica associado à hidroterapia, utilizado como tratamento de um adolescente com quadro de instabilidade afetiva, durante um ano. O sucesso da terapêutica é afirmado pelo autor.

“Através da ginástica criteriosamente aplicada, a vontade de P. se firmou, o medo, senão foi suprimido, foi ao menos atenuado. P. aumentou a confiança em

Pacheco e Silva, psiquiatra brasileiro, foi “sucessor de Franco da Rocha no Juqueri, fundador das Ligas Brasileira e Paulista de Higiene Mental, deputado classista na constituinte de 1934” além de docente da USP e diretor de vários órgãos públicos. Possui vasta bibliografia sobre o tratamento de alienados.

si mesmo (...) e sua resistência ao sofrimento fez significativos progressos."
(p.21 tradução nossa)

O onanismo que figurava de modo relevante no quadro discutido foi "*felizmente combatido pela Educação Física.*" (Tissié, 1894, p.22 tradução nossa)

A laborterapia, largamente empregada no início deste século, principalmente através das colônias agrícolas, como as desenvolvidas por Franco da Rocha terão entre outros objetivos, submeter o corpo, proporcionando a "bonne fatigue."

"O papel do médico e de seu círculo se reduz, em última instância, a criar todas as diversões possíveis. Os trabalhos manuais agrícolas, que alia ao repouso do cérebro uma fadiga salutar, são os melhores derivados dessa idéia." (Alcan, 1909, p.187 tradução nossa)

Em palestra realizada para os atletas do Clube de Regatas Tietê, em 1929, intitulada "Esporte e Sistema Nervoso", Pacheco e Silva afirmava:

"A falta de memória, a lentidão do pensamento, a preguiça, a loucura são conseqüentes, não raro, a uma disposição viciosa do nosso corpo, que compromete a inteligência a ponto de nos fazer esquecer tudo quanto adquirimos com grande esforço." (1929, p.104)

Os métodos físicos representados pela hidroterapia bem como o emprego de exercícios e atividades físicas discutidos até aqui serão redimensionados com o advento da convulsoterapia na década de 30 e dos neurolépticos nos anos 50. O advento deste últimos reforçará a hipótese biológica da causa das doenças mentais, inscrevendo-se na "revolução farmacológica" (juntamente com os anestésicos, antibióticos, vacinas, etc.), tornando-se hegemônico dentre os métodos terapêuticos da psiquiatria e, em certa medida, permitindo o desenclausuramento¹³ (Sampaio, 1988).

¹³ Sampaio, J.C. Hospital Psiquiátrico Público no Brasil, p.20

Porém, ao contrário de outros países, o advento dos neurolépticos no Brasil reforçará o enclausuramento, principalmente nas classes baixas, devido a dificuldade econômica e cultural dos familiares em adquirir e administrar tais medicamentos aos pacientes.

A partir deste momento, as técnicas que vimos analisando serão utilizadas freqüentemente como paliativos, como intervenções em sintomas específicos apresentados pelos insanos.

Assim é que, com o início da era química no tratamento psiquiátrico, a hidroterapia persistirá timidamente nos escritos de estudiosos do termalismo (Dubois, 1955), sendo as atividades corporais reduzidas ao papel de entretenimento:

"(...) a finalidade dessas três atuações [esporte, jogo e hobby] é primordialmente a de proporcionar 'distração e alegria', 'distração honesta' e 'que fazer atraente', capazes de trazer paz e satisfação, serenidade e alegria, ao ser que as realiza."
(Mira y Lopez, 1959, p.591)

As contribuições do esporte, jogo e hobby são tão vastas quanto imprecisas. Além disso deverão ser equilibradas o suficiente para não interferir na psicodinâmica do alienado.

"Mas para isso será preciso conservá-las com as características psicológicas que as definem. Do contrário o jogo se transforma em paixão, o esporte, em combate, e o 'hobby' em trabalho, aumentando em vez de diminuir, o débito de saúde mental." (Mira y Lopez, 1959, p.621)

Se antes o corpo em sua totalidade e as técnicas de intervenção corporal decorrentes dessa idéia eram colocados em evidência respectivamente nas concepções etiológicas e de cura da loucura, a partir da terceira década desse século, o tratamento psiquiátrico passará a ser mais preciso e localizado - afinal o cérebro é aí já tido como a sede da insanidade¹⁴.

Tem início, então, a era do tratamento químico e da convulsoterapia. O corpo do louco será mais uma vez subjugado e silenciado, sua memória mais uma vez desconsiderada (Vicente, 1988). Se anteriormente o corpo foi tido como fonte originária e promessa de cura da loucura, agora silencia-se a seu respeito. O discurso sobre o corpo

¹⁴ T.Szasz, *A fabricação da loucura*, p.356

Em 1935, Egas Moniz, de Lisboa, introduz a lobotomia pré-frontal na Psiquiatria

deverá ser buscado a partir de sua omissão (ou de seu cerceamento) nas práticas médicas e institucionais, como veremos no capítulo seguinte.

Capítulo II

O Corpo Institucionalizado

1. Entre o Físico e o Moral

Para legitimar-se como campo da Medicina, a Psiquiatria deveria buscar o mesmo rigor clínico e o mesmo embasamento na fisiologia que caracterizavam as intervenções nos distúrbios somáticos, desde o século XVIII.

A busca da etiologia orgânica da loucura se mostrou, então, necessária para que a Psiquiatria conquistasse o seu status de ciência médica: somente a partir da identificação de possíveis bases anatomo-patológicas da alienação mental é que haveria justificação epistemológica para a apropriação da loucura pelo saber médico.

"Com efeito, não era absolutamente claro para a razão do final do século XVIII e início do século XIX que os loucos deveriam ser objeto de cuidados médicos. Eles foram assim transformados como muitos outros, na medida mesmo que foram constituídos como doentes. Esta foi uma batalha para os médicos da qual saíram vitoriosos, instaurando-se num campo absolutamente novo para a Medicina." (Birman, 1978, p.60-1)

Nesse momento, a identificação de causas somáticas do desatino configura-se como promessa de redenção da loucura e da própria Psiquiatria:

"Dessa maneira, o corpo afastado, negado, silencioso, deveria ser retomado, para que a Psiquiatria não se tornasse enigmática: corpo doente, palavra chave,

sem o qual se quebram as pretensões da Psiquiatria de querer pertencer à instituição médica.” (Birmam, 1978, p.59)

Duas escolas travam, no início da Psiquiatria, polêmicas a respeito da origem da loucura: a escola *somático* afirma a causalidade orgânica do desatino, enquanto a escola *psicológica* defendia as questões morais como causadoras dos distúrbios mentais.

A estas duas veio somar-se uma terceira escola, a *interacionista*, que reconhecia a base orgânica e também psicológica como causa da insanidade mental. Esta escola era uma tentativa de resolver a polarização entre o físico e o moral, dando coerência ao discurso Psiquiátrico que afirmava a causalidade orgânica da loucura - como forma de justificar-se como ciência médica - e ao mesmo tempo estabelecia uma intervenção social, através do asilo, onde implantava o tratamento moral. A concepção interacionista daria sustentação aos dois procedimentos (Birman, 1978).

Porém a discussão entre o físico e o moral¹⁵ não promoverá repercussões significativas nas práticas terapêuticas. Estas apresentarão pequenas variações em suas formas de aplicação, mesmo entre autores de diferentes escolas. Independente da concepção teórica, no momento da aplicação dos métodos terapêuticos prevalecerá o tratamento moral. Como já vimos anteriormente (Foucault, 1984), mesmo os trabalhos de intervenção corporal e as terapias físicas serão, em última análise, usados como métodos de reeducação moral do paciente.

“Em verdade, o tratamento a que se submetia o alienado era fundamentalmente o moral. O tratamento físico era tão somente destituído de especificidade, sem qualquer consistência teórica que o validasse, como principalmente se incluía como um dos meios possíveis do tratamento moral. Os alienistas se interrogavam sobre a eficácia de seus agentes físicos, acreditando

¹⁵ Para Resende, in Tundís, Cidadania e Loucura, p.26 . o termo ‘moral’, nesse momento, deve ser entendido na sua acepção ética e disciplinar, mas também segundo a filosofia do século XVIII, referindo-se “às ciências do espírito, em oposição às ciências naturais.”)

freqüentemente que seu sucesso era dependente de seus efeitos morais nos pacientes.” (Birman, 1978, p.59)

Todo esse processo levará à transformação do corpo dos insanos em um substrato anatômico, um corpo objeto ou anátomo-patológico, destituído de individualidade no qual virá fixar-se a alienação mental e cujos sinais e sintomas serão tratados pela disciplina das paixões. *“O corpo é o suporte concreto da disciplina, sendo o objeto onde opera a pedagogia asilar .” (Birman, 1988, p.170)*

E, a despeito de não se encontrarem lesões que identifiquem causas orgânicas, a busca da origem somática da loucura prosseguirá.

“(…)as afirmativas prosseguem apesar das negativas dos corpos dos alienados de falarem a linguagem do método anátomo-clínico. Esquirol continuará a postular o substrato corporal da loucura, atribuindo-a a uma alteração cerebral desconhecida, cujas causas imediatas não seriam delimitadas com os métodos de investigação de então (...).” (Birman, 1978, p.57)

A exclusão da subjetividade dos loucos e a transformação de seus corpos em necessários substratos anátomo-patológicos - de modo a justificar à Psiquiatria o seu caráter médico desde os seus primórdios - certamente irão influenciar sobremaneira as formas de lidar com a dimensão corporal dos pacientes nas instituições psiquiátricas. É o que veremos a seguir.

2. A expropriação da subjetividade

O asilo psiquiátrico se enquadra na categoria de *instituição total*, conceito criado por Goffman (1987, p.11) e por ele definido como

"(...)um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada."

O espaço físico nessas organizações é projetado de modo a favorecer o andamento coletivo dos trabalhos da instituição, acabando por impedir a possibilidade de manifestação das singularidades, que vão sendo inexoravelmente suprimidas nos grandes dormitórios coletivos, no refeitório impessoal, no controle dos deslocamentos pelo grande número de portas (a maioria trancadas) além de celas destinadas ao isolamento total dos mais rebeldes.

"Todos iguais, estes alojamentos traduzem a quebra absoluta e radical da individualidade e da privacidade que caracterizava este tipo de instituição, assim como denuncia a própria origem remota de sua concepção espacial: semelhante ao claustro, lugar de anulação do 'eu', do recolhimento, do silêncio, da vigilância, que se apresenta como antídoto e 'remédio' para a loucura que abriga entre suas paredes." (Cunha, 1986, p.83)

O desenrolar das atividades cotidianas seguirá rigoroso horário, na maioria das vezes adaptado às necessidades burocráticas e administrativas da própria instituição, sendo realizadas sempre em grupos relativamente grandes de pessoas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazerem as mesmas coisas em horários estipulados e em conjunto (Goffman, 1987).

Nesse contexto, a concepção de um corpo anátomo-patológico, reificado, desprovido de significação, se explicita nos ritos da instituição asilar: nos uniformes, na nudez coletiva dos banhos diários, na privação do contato cotidiano com a própria imagem - uma vez que, considerados potencialmente perigosos, os espelhos são retirados - na proibição dos deslocamentos e da sexualidade, entre outros.

A privação do espelho, num contexto de várias outras privações e sua consequência para a auto-imagem e memória dos indivíduos internados é relevada por Vicente (1988, p.52-3):

“Para o homem internado, a ausência de espelho é apenas parte de um despojamento a que está submetido pela instituição, é um acréscimo a um estado carencial, é um ‘não-ter’ tão radical, que não chega a ter a si mesmo, à sua própria imagem, e ao que ela possa remeter.”

O próprio ato de quebrar os espelhos que eventualmente são colocados, tem aí uma outra reflexão:

“(...)o quebrar manifestado está relacionado com a estranheza diante da própria imagem, mantida durante tempo inacessível (...) podendo ser compreendida como tentativa de fazer uma anulação explosiva da imagem deteriorada.”
(Vicente, 1988, p.53)

A fragmentação do corpo do louco é também evidenciada na forma como se compreende e se intervém em sua motilidade quando este assume novas formas de comportamento, diferentes daquelas esperadas de seu diagnóstico e do lugar que lhe foi atribuído no hospital. Na grande maioria das vezes, ao ultrapassar os padrões disciplinares, ou manifestar novas formas de comportamento, o sujeito será rapidamente contido (mecânica ou quimicamente), no sentido de restabelecer a normalidade da ala. Tais condutas serão quase sempre descritas nos prontuários médicos e de enfermagem como intervenção na agitação motora do paciente.

Não será aí interrogado o sentido da referida ação para o paciente naquele momento. Sua ação será reduzida a um mero ato motor, isolado e completamente autônomo, desarticulado de outras instâncias do indivíduo (Birman, 1988).

As manifestações motoras terão sempre especial relevância na avaliação psiquiátrica e nas anotações cotidianas através da vigilância da enfermagem. Afinal, as

desordens da motilidade se configuram, em última análise, como a materialização da loucura.

Assim, o movimento do paciente será freqüentemente caracterizado como "distúrbio de motilidade" - ficando a sua conduta motora destituída da intencionalidade que precede e acompanha cada gesto humano (Freire, 1991). Esta desvinculação entre o movimento e sua intenção, esta caracterização imediata das condutas motoras como "agitação motora" é, na realidade, a des-subjetivação do indivíduo e tentativa "*de tornar biológicas as produções da subjetividade*" (Birman, 1978, p.55).

A concisão das anotações da evolução e prescrição médica, retrata de modo preciso o que foi dito até aqui:

"M.P.S. - pela manhã, muito excitado, falando muito alto, foi aplicado Haloperídol 2 amps. + Fenérgan 1 amp. intravenoso" (anotação de prontuário apud Birman, 1988, p.170)

A partir de sua inclusão no espaço asilar, o sujeito é destituído de seu papel de agente da própria história, esvaziado na sua vontade de sujeito, seu corpo sendo conduzido pela vontade da equipe, onde o corpo biológico, corpo animal é o que restará como centro dos cuidados, ou mais frequentemente, da vigilância.

Porém, a idéia de um corpo desprovido de significação será colocada em questão no estudo dos casos de histeria no final do século XIX.

"A histeria, ponto originário da Psicanálise (...) é a reinstauração histórica da problemática do corpo no campo da loucura, se bem que numa direção oposta à tradição Psiquiátrica. Com efeito, o corpo da histeria não se apresentava lesado no plano de sua anatomia, mas alterado na sua representação." (Birman, 1988, p.156)

Com a Psicanálise, no corpo anátomo-patológico do louco será resgatado o corpo simbólico, desvelando-se não um corpo para a morte, mas um corpo para o prazer.

“A demanda de prazer e a sexualidade adquirem o estatuto de verdade, na medida em que postulados como estando no centro da loucura, como o que deve ser restaurado pela cura. A loucura se desloca do lugar que lhe fora designado pela instituição psiquiátrica, se impondo como poder pelo apagamento das marcas da morte que pretendiam lhe depositar.” (Birman, 1988, p.156)

A incorporação do saber psicanalítico em certos setores da Psiquiatria terá como desdobramento a introdução de mudanças por esta última no campo do saber médico. O desenvolvimento da medicina psicossomática e o redimensionamento da relação médico-paciente serão as positivities¹⁶ mais significativas da Psiquiatria para a medicina.

O surgimento da psicanálise, da fenomenologia, da gestalt e outras formas de conceber e tratar a loucura serão absorvidos parcialmente pela Psiquiatria, criando diferentes tendências no interior desta.

“No interior destas reordenações institucionais e no deslizamento dos saberes, se inicia um novo período histórico que vai marcar o corpo da loucura com um conflito entre potências inconciliáveis. A morte e o prazer vão disputar sua dominação no interior da loucura. Neste confronto cada qual tenta reduzir o outro aos seus pressupostos, procurando a regulação por suas regras. No desdobramento desta questão, a morte tende a ocupar seus antigos lugares, silenciando a demanda do prazer.” (Birman, 1988, p.156)

A relação entre o corpo e a loucura será posta em evidência também por Reich - mas numa concepção bastante particular. Terá início aí um movimento que se

¹⁶Positividade aqui entendida como saber e contribuição efetiva dessa área do conhecimento.

fortalecerá na contracultura dos anos 60 e que recolocará o corpo no centro da discussão¹⁷, porém tratar-se-á aqui do corpo significante, do corpo “loquens”.

No entanto, a influência dessas linhas de trabalhos psicológicos será cerceada pelos muros dos asilos, onde prevalecerá a lógica institucional, com seu rigor e métodos próprios. Nesse embate se misturarão técnicas antigas, advindas do tratamento moral, da ordem disciplinar institucional com tentativas de compreensão do discurso e das singularidades dos internos. Estes últimos tentarão, na medida do possível, salvaguardarem-se do processo de despersonalização, resistindo às investidas do poder instituído.

Apesar de reduzido e expropriado, será através de sua dimensão corporal que o paciente irá confrontar a hegemonia institucional. O corpo representará a última possibilidade de resistência e crítica aos significados oficiais (Burke, 1992).

“Resistindo às disciplinas e à desindividualização, os internos buscam freqüentemente recuperar sua identidade. Enfeitam as roupas uniformizadas do asilo com plantas e flores, o que puderem encontrar ou conservar de sua vida anterior. Apegam-se a velhos objetos que conseguem obter, criam trejeitos e comportamentos próprios e inconfundíveis, marcas registradas de sua presença, que os médicos resgatam em seus prontuários como sinais evidentes da doença.” (Cunha, 1986, p.83)

¹⁷ Russo, J. O Corpo contra a palavra.

A retomada de Reich nos anos 60 e o surgimento dos terapeutas corporais nos anos 80 são analisados detalhadamente por Russo no livro citado.

3. A interdição da sexualidade

O interdito da sexualidade sempre foi norma entre todos os hospitais psiquiátricos, cabendo à equipe vigiar constantemente a fim de garantir essa proibição. A separação dos sexos por alas, a vigilância ostensiva e a punição daqueles que transgredirem a proibição às relações sexuais se somam na tentativa de minimizar a manifestação do sexo na instituição.

“O corpo complexo, efeito da participação plena no espaço social, suporte do sujeito, é retirado do louco no momento em que este é legalmente destituído do seu lugar de sujeito no espaço de trocas sociais, sendo a sua des-sexualização uma das dimensões marcantes desse processo.” (Birman, 1988, p.101)

Instituição e internos travarão infundável embate, buscando esses últimos obstinadamente estabelecer sua sexualidade através das chances de transgressão oferecidas pela primeira.

“Manter a possibilidade de afirmação sexual é uma das formas, talvez a mais importante, de positivação do internado como sujeito das trocas sociais, oposição sistemática à estratégia asilar mais ampla de mortificação do corpo da loucura.” (Birman, 1988, p.101-2)

A prática do homossexualismo e da masturbação são também proibidas, mas recebem uma vigilância menor do que a dispensada aos possíveis encontros entre sexos diferentes.

Segundo Birman (1988), a instituição em seu intento de controlar a sexualidade de sua população, lança mão de quatro estratégias básicas para a regulação da sexualidade: Desvalorização, Culpabilização, Sintomatização e Exclusão Institucional.

A *desvalorização* da sexualidade se efetiva na subtração, feita pela equipe, de qualquer singularidade do desejo do paciente, que se afigura como exigência desmedida sendo reduzido a um componente de reafirmação do seu estado patológico. Em outros momentos, a busca de satisfação sexual pelo interno será classificada como "agitação motora", que implicará freqüentemente no uso de meios de contenção.

A *culpabilização* se dará de duas maneiras: imprimindo um caráter negativo ao comportamento sexual do paciente através do olhar, gestos e palavras da enfermagem (que deverá levá-lo ao reconhecimento da culpa), ou através de castigos que vão da contenção (no quarto ou no leito) à medicação sedativa da "agitação".

A *sintomatização* está presente como forma de justificativa dos procedimentos tomados nas quatro estratégias gerais aqui analisadas. Assim, na medida em que as demandas ligadas à sexualidade são transformadas em sinais e sintomas de um quadro nosológico, tem-se aí justificado o uso do arsenal terapêutico da psiquiatria.

Como última estratégia, caso o paciente mantenha irreduzível o seu comportamento sexual, a *"instituição psiquiátrica rompe o contrato de tutela estabelecido com a família devolvendo a tutela para o seu espaço originário"* (Birman, 1988, p.140), tutela essa que será novamente delegada pela família a uma instituição "efetiva" nos meios a serem empregados.

A sexualidade surgirá na Psiquiatria como objeto de uma prática pedagógica, imbuída de valores já ultrapassados em outros meios, desprovida de qualquer significação, reduzida à animalidade de um corpo a ser silenciado.

"O suporte básico da repressão sexual era o corpo internado, atingido de forma quase sempre direta, pela imobilidade e pela dor, com uma simbolização mínima. Paralisado virtualmente pelo olhar da enfermagem, restringido concretamente na sua mobilidade pelo estreitamento espacial, restringido na sua mobilidade pelo efeito sedante dos medicamentos, machucado na sua superfície pela aplicação dos injetáveis, impossibilitado na sua mobilidade pela contenção mecânica, o corpo era então o suporte sempre atingido pela repressão sexual." (Birman, 1988, p.116)

A comida e o cigarro são também fonte de grande prazer para os internados, que expressam seu interesse pela avidez com que aguardam o horário de distribuição dos mesmos - distribuição essa sempre regulada, conquanto se deve evitar excessos. Nas anotações de enfermagem há sempre registros sobre a reação do paciente frente a sua alimentação.

O uso de medicação é subvertido pelo paciente, que passa a demandar por certos remédios que de alguma forma lhe proporcionam efeitos agradáveis. Porém, quando *“o remédio é percebido pela equipe como sendo uma fonte de prazer para o paciente, passa a ser regulado ou suspenso.”* (Birman, 1988, p.124)

Várias formas de contra-poder serão desenvolvidos pelos pacientes para satisfazerem seus desejos e se afirmarem como sujeitos. Entre elas está a “confissão”, por parte do paciente, das infrações cometidas. Assim o paciente K. relata à própria enfermeira que conseguiu enganá-la mantendo relações sexuais com a paciente V.:

“Nesta situação o contra-poder se exerce de forma precisa. (...) O afrontamento da equipe se faz de forma absoluta. (...) o que está em cena nesta quebra da regra não é uma mera questão de orgasmo (...) Dizer que conseguiu, nos ouvidos de quem proíbe, é uma forma evidente de afirmar o seu corpo, a sua atividade, face ao poder mortificante. O sujeito apagado pela exclusão se restaura.” (Birman, 1988, p.134)

Por mais embotado que esteja o paciente, a sexualidade não será por ele relegada, sendo revivida a cada batalha com a instituição, permanecendo

“(...)como uma demanda essencial de seu corpo, como a fome, a sede e outras demandas básicas. Esta demanda essencial é um bem precioso, porque antes de mais nada é uma fonte de prazer, interminável e inesgotável, e por isso mesmo vai ser zelada e mantida com muito cuidado.” (Birman, 1988, p.146)

Movimentos de crítica e propostas de alternativas à institucionalização do paciente psiquiátrico se somarão à frágil resistência destes últimos à sua completa descaracterização, como veremos a seguir.

4. Novos movimentos

A convergência de fatores sociais e econômicos, surgidos após a Segunda Guerra Mundial, levou ao aparecimento de movimentos críticos e/ou alternativos ao tratamento psiquiátrico centrado nos asilos e nos ritos institucionais analisados até aqui. Tais movimentos ampliaram-se significativamente nos anos 60 na Europa e América do Norte, alguns ainda prosseguindo até os nossos dias (Bandeira, 1991) e, em sua maior parte, apontam para a necessidade de desinstitucionalizar os internos e a terapêutica da doença mental, chegando mesmo a colocar em questão o conceito de loucura.

Dentre eles, a Comunidade Terapêutica, surgida no final dos anos 40, na Inglaterra, implantada no Brasil em 1960 (na clínica Pinel, em Porto Alegre), aparece como concretização das idéias alternativas à psiquiatria tradicional e serviu de matriz fértil para a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Comunitária e a Psiquiatria Democrática (Sampaio, 1988).

O termo "Antipsiquiatria" foi criado por Cooper para designar o movimento surgido em 1964, de crítica às práticas psiquiátricas. Segundo Laing, um dos formuladores do movimento, a psiquiatria

" é a única que pode tratar fisicamente, mesmo na ausência de patologia física conhecida; é a única que pode tratar conduta, mesmo na ausência de sinais e sintomas corriqueiros de doença; é a única que pode tratar pessoas contra suas vontades, sem que gostem ou achem necessário; é a única que pode encarcerar pessoas segundo seu julgamento próprio." (Laing apud Sampaio, 1988, p.22)

Também nos anos 60 surge, na Itália, a chamada Psiquiatria Democrática, tendo como seu principal articulador o psiquiatra Franco Basaglia. Este movimento, que pressupõe a extinção do hospício, a inserção (ou reinserção) dos doentes mentais na

comunidade e seu acesso a trabalhos reais e úteis, alcançará seu ponto máximo com a aprovação, em 1978, pelo Parlamento Italiano, da lei nº 180, na qual

"(...) o hospital psiquiátrico é reconhecido como não terapêutico; o doente mental é reconhecido como não perigoso per si; a prática psiquiátrica é reconhecida como exigindo técnicas diferentes do resto da medicina; a internação é restrita aos institucionalizados." (Sampaio, 1988, p. 24)

Tais movimentos catalisarão as discussões sobre a loucura e suas formas de tratamento, estimulando a busca por novas formas de atenção em saúde mental. Porém este não será um processo linear, mas permeado de fluxos e refluxos, em que a lógica asilar e seus ritos ainda prevalecem e são simultâneas às novas experiências de modelos não segregadores do doente mental - como os que vêm sendo desenvolvidos pioneiramente nas cidades de Santos, Campinas, Porto Alegre e Belo Horizonte, entre outras.

Nos avanços e retrocessos que permearão o processo das discussões e das práticas em psiquiatria, haverá a possibilidade de que sejam lançados, no bojo dos modelos inovadores, um novo olhar e a introdução de novas práticas concernentes a abordagem corporal dos internos (Digelman, 1989. Castro, 1992). Nesse sentido, a analogia feita por um membro da Psiquiatria Democrática, toma aqui sentido de caracterização:

"Imaginem um homem mumificado há muitos anos. Quando abrimos sua tumba ele ainda não nos oferece sinal algum. Ao retirarmos suas ataduras, sua pele gradualmente começará a respirar. Surgirão as primeiras alterações na sua cor, pois sua circulação sanguínea está se ativando. Grupos musculares passam a querer atuar, demonstrando sinais de possibilidade de movimento. Sua mímica facial é despetrificada, seus olhos recuperam um brilho. E assim a cada passo que a equipe, de forma otimista, dá em relação à atenção às suas necessidades e às suas possibilidades, maior é a complexidade de respostas e de alterações que este paciente demonstrará em direção à vida." (Mario Reali apud Castro, 1992)

No capítulo seguinte analisaremos duas experiências contemporâneas, significativas para os trabalhos de abordagem corporal em instituições psiquiátricas, por motivos que veremos a seguir. Os dois trabalhos são permeados por aspectos que, por um lado representam avanços e por outro ainda preservam concepções encontradas nos primórdios do alienismo. Tal fato é coerente com o processo não linear e histórico do desenvolvimento das práticas terapêuticas na psiquiatria.

Capítulo III

Algumas Experiências Contemporâneas

Embora centradas em seus próprios ritos de funcionamento e pouco permeáveis às influências externas, as chamadas instituições totais acabam por incorporar, mesmo que parcial e lentamente, movimentos e mudanças ocorridos na sociedade em geral, até porque, como já afirmou Cunha (1986), tais instituições são “o espelho do mundo”.

As formas de lidar com a dimensão corporal do paciente psiquiátrico também ficará exposta à influência das mudanças político-culturais iniciadas nos anos 60, em especial de dois movimentos que, embora distintos entre si, se somarão ao levantar questões relativas ao corpo e à loucura - sendo um específico à psiquiatria e outro de caráter mais amplo, tendo repercutido no conjunto de valores da sociedade.

A primeira influência ficará a cargo dos movimentos críticos ao modelo psiquiátrico hegemônico e segregador - vistos no capítulo anterior - caracterizados pelas propostas de desinstitucionalização dos pacientes e resgate de seus direitos civis, o que pressupõe, entre outras coisas, novos modos de lidar com as demandas do corpo dos internos.

Por outro lado, questões relativas ao corpo serão recolocadas em discussão pelo movimento de contracultura dos anos 60, quando as idéias de Wilhelm Reich, a respeito das couraças musculares e das técnicas de tratamento que utilizam o corpo como instrumento terapêutico (Russo, 1993) serão retomadas. Nesse mesmo contexto, a importação de práticas orientais como o ioga e o tai-chi-chuan, aliada às críticas ao paradigma Newtoniano-Cartesiano de ciência, farão contraponto às concepções dualistas a respeito de corpo e mente e apontarão para a interação dinâmica entre psique e soma.

Portanto, no presente estudo, temos que considerar que os movimentos de contracultura dos anos 60 e de crítica aos manicômios se somaram no sentido de propor mudanças, além de outras coisas, nas formas de conceber e intervir nas relações entre corpo e loucura. Isto seu deu através da recolocação em questão de temas ligados ao corpo, pelo primeiro e da busca, pelo último, de terapêuticas que considerem as singularidades do indivíduo.

As questões relativas à relação entre mente e corpo estão longe de serem resolvidas, porém a crise de paradigmas decorrentes dessas formulações¹⁸ vêm apresentado como positividade, o surgimento de novas formas de conceber e intervir em áreas que têm no corpo humano seu objeto de estudo e trabalho.¹⁹

Novas formas de lidar com a dimensão corporal do paciente começam a se esboçar em algumas instituições psiquiátricas (Castro, 1992) e um novo discurso é esboçado, fazendo-se presentes expressões como "imagem" e "consciência corporal" - o que demonstra certa preocupação com aspectos da subjetividade presentes no corpo e no movimento.

Alguns autores darão subsídios a esta nova concepção a respeito da inter-relação entre corpo e loucura ao relevar a interação entre corpo, mente e psique. Além de Reich, já citado, autores como Sami-Ali (1993), Dolto (1988), Pankow (1989) e Anzieu (1980), ressaltarão esta interação a partir do ponto de vista psicanalítico; a correlação entre distúrbios da psicomotricidade infantil e alterações na psicodinâmica será apontada sobretudo por Lapierre (1988) e Le Camus (1988).

A aproximação entre uma linha de trabalho corporal dita "alternativa" e o tratamento psiquiátrico é feita por Digelman (1989) ao discutir a aplicação da Eutonia em pacientes com problemas mentais. A adaptação de técnicas clássicas da fisioterapia,

¹⁸ Chalmers, A.F. O que é ciência afinal? p. 123

Crise de paradigma aqui entendida segundo o sentido proposto por Thomas Kuhn.

¹⁹ O que pode ser constatado nas obras de Freire (1989, 1991), Manuel Sérgio (1987), Jean Le Boulch (1987), entre outros.

como a massagem, o relaxamento e a eletroterapia ao tratamento psiquiátrico, é relatada por Dacos (1984) e Joud (1988).

Em nosso país, a utilização da dança, da Eutonia e do método Laban na psiquiatria é relatada por Castro (1992) em sua dissertação de mestrado, que constitui-se num dos raros relatos sobre esse tipo de intervenção no Brasil contemporâneo.

Neste capítulo iremos nos deter especialmente na análise das propostas de intervenção corporal desenvolvidas na França, por Paul Sivadon, e na Bélgica, pelo Prof. H. Van Coppenolle. Os trabalhos desses dois autores, que tivemos a oportunidade de acompanhar através de estágio realizado junto às equipes que aplicam seus métodos, são realizados nas respectivas instituições psiquiátricas onde originaram e caracterizam-se por significativa produção bibliográfica a respeito do tema. Ambas instituições possuem uma perspectiva de de curto prazo para a internação de seus pacientes.

Dessa forma, a importante produção bibliográfica desses dois autores - num universo de restritas publicações sobre o assunto - bem como a continuidade dos respectivos programas - que já duram mais de duas décadas - nos levaram a elegê-los como foco de nossa análise dos trabalhos contemporâneos de abordagem corporal em instituição psiquiátrica.

1. A Reeducação Corporal das Funções Mentais

A publicação de “La Rééducation Corporelle des Fonctions Mentales”, de Sivadon, em 1969, na França, constitui-se num dos únicos (senão o único) livro específico sobre trabalhos de abordagem corporal desenvolvido dentro de um hospital psiquiátrico.

Seu método iniciou-se de forma empírica, a partir de seu trabalho de remodelação terapêutica no hospital de Ville-Evrard, mas foi no Institut Marcel Rivière, localizado próximo a Versalhes, também na França, fundado e dirigido por ele, que suas técnicas se desenvolveram de forma sistematizada, sobretudo nas décadas de 60 e 70.

Baseado na constatação de que muitos esquizofrênicos crônicos eram incapazes de realizar trabalhos ou mesmo de se expressarem verbalmente, mas em contrapartida, se mostravam capazes de fazê-lo corporalmente, Sivadon desenvolveu um conjunto de técnicas de intervenção junto a essa clientela, privilegiando a abordagem corporal, que parecia ser a única possibilidade de contato com esses pacientes.

Segundo Sivadon, no desenvolvimento normal do indivíduo, as funções mentais²⁰ são construídas progressivamente, permitindo à criança apreender um mundo cada vez mais heterogêneo e complexo, que vai sendo desvelado. No caso da doença mental, ocorre uma perda dessa capacidade adquirida de relação com o mundo, que faz com que o paciente permaneça num nível anterior à aquisição dessas funções.

O psicótico se apresenta, então, regredido à fase pré-objetal, na qual a distinção entre sujeito e objeto é ainda inexistente. Resgatar o doente mental desse estado - caracterizado no desenvolvimento normal pela sensação de fusão com a mãe -

²⁰ Segundo Sivadon, *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, p.25.

função mental pode ser definida como aquilo que permite ao organismo perceber a situação na qual se encontra e reagir (ou interagir) com essa situação. Assim, as funções mentais envolvem os processos ligados aos sentidos, à consciência, à capacidade de significação e de comunicação do indivíduo com o mundo e com o outro.

de forma a possibilitar uma gradual aquisição de autonomia, num ambiente que proporcione um clima de segurança, será buscado por Sivadon através de seu método.

A evolução esquemática do programa terapêutico de reeducação corporal das funções mentais é assim colocada pelo autor:

"(...) o doente [mental] passará de uma relação dual que lhe dá bastante segurança (do tipo maternal), representado pela massagem, para uma relação dual na piscina (...) onde o contato manual é intermitente e onde intervém a participação ativa do sujeito que executa os movimentos na água. Em seguida o paciente deverá deixar a água, elemento reconfortante, para iniciar a ginástica individual, onde deverá se mover à imagem dos semelhantes e tomar consciência de seu próprio corpo, deparando-se com sua "existência". O paciente não estará mais ligado ao corpo do fisioterapeuta pelo contato direto, mas cada vez mais pela intermediação de um objeto. Assim se dará o distanciamento. Após adaptar-se a esta situação, serão oferecidas situações em grupo; inicialmente pequenos grupos com três pessoas e depois grupos maiores com sete ou oito integrantes." (Sivadon, 1971 p. 411-2 tradução nossa)

A seguir faremos um breve resumo das técnicas de hidroterapia, massagem, relaxamento e educação física, utilizadas na prática do método esquematizado por Sivadon acima.

Dentre as técnicas de hidroterapia estão a piscina e diferentes tipos de duchas. A "piscina" utilizada por Sivadon é, na verdade, uma grande banheira em forma de trevo de quatro folhas, medindo 3m de diagonal, que permite uma extensão completa do paciente e um contato contínuo do fisioterapeuta com o mesmo. Segundo o autor, além do contato manual, o fisioterapeuta deverá criar um clima de tranquilidade e segurança através de seus gestos e de sua fala.

A indicação da piscina deriva das propriedades reguladora do tônus e sedativa da água, mas também pelo meio acolhedor e que, de alguma forma, rememora a fusão mãe-filho no útero materno, imprimindo um caráter regressivo à essa abordagem (Sivadon, 1969).

A imersão do paciente será feita em etapas, ficando este inicialmente agachado, depois sentado, até deitar-se encobrendo os ombros, em água a 32° C. Progressivamente os suportes como a bóia e as mãos do terapeuta serão abolidos, na medida em que o paciente vai adquirindo autonomia, quando então começará a flutuar, mergulhar e a exercitar-se das mais diferentes formas na água.

A ducha vertical ou horizontal, bem como os banhos serão utilizados pelo seu caráter sedativo, eutrófico ou tônico, devendo ser considerado o que é efetivamente vivenciado pelo doente durante a aplicação desses cuidados, através do acolhimento, pelo fisioterapeuta, dos relatos do paciente a respeito de sua experiência subjetiva durante este processo.

A massagem, assim como a piscina, representa uma forma de contato direto e um nível terapêutico regressivo (sic), oferecendo ao paciente a possibilidade de perceber melhor seus limites corporais, representado pela pele e, conseqüentemente influenciando positivamente sua consciência e imagem corporal.

A eletro e a vibroterapia, por seus efeitos sedativo, eutrófico e analgésico sobre os músculos e articulações, são considerados pelo autor métodos coadjuvantes à massoterapia.

Como ressalta Sivadon, tanto os trabalhos na piscina, como a massagem, proporcionam uma forma de fusão terapeuta-paciente que deverá ser habilmente conduzida pelo fisioterapeuta, de forma progressiva em direção a atividades que proporcionem cada vez mais independência ao paciente.

As diversas formas de relaxamento, concebidas em sua maioria sob uma perspectiva psicossomática, possuem particular indicação no tratamento de distúrbios mentais, sendo que os diferentes métodos - treino autógeno de Schultz, técnica de Jacobson, de Ajuriaguerra, etc. - permitem uma adequação dos mesmos ao paciente. Estes poderão ser aplicados individualmente ou em grupo, sendo que a possível emergência de material cenestésico, fantasmático ou associativo deverá encontrar

tranqüila aceitação pelo terapeuta, uma vez que "(...) a acolhida tranqüila (...) desse material é já para nós - excluída toda interpretação por parte do terapeuta - um ato não negligenciável de reestruturação" (Sivadon, 1969, p. 157 tradução nossa).

A educação física, através dos jogos lúdicos e esportivos utilizados de forma particularmente adaptada aos doentes mentais, possibilitará atingir o objetivo último do tratamento, qual seja o do "estabelecimento e afinamento de um diálogo sensório-motor com o meio, através do domínio e controle do próprio corpo" (Sivadon, 1969, p.164).

Dentro do que o autor chama de educação física, serão realizadas atividades que promovam:

- *Controle do corpo em relação ao outro*, através de imitação de gestos do monitor pelo paciente, da continuação de um movimento qualquer iniciado por um dos integrantes do grupo ou mesmo através da oposição ao movimento de um de seus pares.
- *Controle do corpo em relação aos objetos* será conseguido através da manipulação e/ou troca dos mesmos (por exemplo a bola) e do uso de objetos aos quais se faz necessário adaptar-se (como por exemplo na corrida "vestindo" sacos de linhagem).
- *Controle do corpo nos deslocamentos* poderá ser desenvolvido durante a transposição de obstáculos ou na imposição de um ritmo sonoro para os movimentos a ser seguido pelo grupo.
- *Controle do corpo em relação a si mesmo* se fará através da educação das sensações cinestésicas e da tomada de consciência das tensões musculares, através de técnicas de relaxamento e percepção corporal.

As atividades supracitadas, segundo o autor, devem ser realizadas em grupo e em espaços cada vez mais abertos, sendo a duração de cada sessão variável

entre vinte minutos (para esquizofrênicos mais comprometidos) e 1 hora (para doentes menos regredidos).

Os jogos esportivos se seguirão aos trabalhos de controle do corpo e terão importante papel reeducativo e socializador para a clientela aqui considerada.

O conjunto de atividades até aqui descrito deverá concorrer para restaurar a capacidade relacional do sujeito. Assim, ele será resgatado, na primeira fase do tratamento, de seu estado de autismo através da fusão terapeuta-paciente (correlato da fusão mãe-filho) representado pela massagem e/ou atividades na piscina. Na próxima fase e segundo o caráter progressivo preconizado pelo tratamento, essa relação simbiótica entre paciente e terapeuta será rompida por iniciativa deste último, que assumirá novos papéis nas próximas etapas: passará inicialmente a guia e depois monitor das atividades subseqüentes, até se fundir no grupo, quando, findo o tratamento individual, o paciente estiver inserido nos jogos lúdicos e esportivos.

As atividades com bola ganham importância na medida em que "(...) a troca de bola entre os jogadores representa as trocas inter-humanas (...)" (Sivadon, 1969, p.40). Jogos utilizando a bola, em que dois grupos são separados por uma cortina opaca terão a função de estimular a capacidade de representação dos pacientes. O vôlei e o basquete proporcionarão ao paciente, já nas últimas etapas desse tratamento, a experimentação de situações simultaneamente de disputa e colaboração.

A introdução de atividades intermediadas por um objeto, principalmente a bola e o rodízio dos técnicos na condução do tratamento abolirão, segundo Sivadon, o risco de que haja vinculação exclusiva a algum terapeuta em particular por parte do paciente.

O caráter gradual e progressivo do método é sempre ressaltado pelo autor. Assim, as etapas são elaboradas de modo a propiciar ao paciente um percurso do simples ao complexo:

"A passagem do objeto ao símbolo simples, depois ao símbolo complexo é o caminho que conduz ao pensamento simbólico antes de chegar ao pensamento conceitual." (Sivadon, 1969, p.77 tradução nossa)

Assim, na escala proposta pelo autor, existem três grandes estágios ascendentes: o primeiro comporta a série progressiva de atividades corporais - e que são objeto de nossa presente análise; do segundo, fazem parte as atividades laborativas e de criação (ergoterapia); o terceiro e último estágio, situado mais alto, é constituído pelas atividades de linguagem. Ao atingir esse nível, as funções mentais estarão cumprindo integralmente seu papel *"de funções intermediadoras, permitindo a comunicação inter-humana e ao mesmo tempo preservando a autonomia individual"* (Sivadon, 1969, p.65 tradução nossa).

No quadro teórico citado por Sivadon, figuram Wallon e Piaget e seus respectivos estudos sobre a importância do corpo na formação do pensamento, enquanto Merleau-Ponty e a idéia do corpo "como condição do ser no mundo" respaldam as práticas psicomotoras.

Numa perspectiva teórica pode-se dizer que simbiose, relação pré-objetal, depois objetal, serão os estágios evocados pelas técnicas de Sivadon. Segundo o criador do método de reeducação corporal das funções mentais, a dificuldade está em tornar os elos inter-humanos recriados simultaneamente elementos de separação, que favoreçam a autonomia e um fator de união, preservando a autoconfiança. Somente a partir da garantia destes dois elementos é que poderá haver o resgate das funções mentais comprometidas pela doença mental.

O trabalho de Sivadon tem o inegável mérito de, de certa forma, reintroduzir na psiquiatria, no final dos anos 40, as práticas de abordagem corporal como parte do tratamento dos internos, enfrentando o desprestígio das mesmas, proveniente da memória dos métodos utilizados nos asilos dos séculos XIX e começo do XX - e hoje consideradas brutais - além de introduzir nesse âmbito a discussão sobre o que chama de *"significação da situação corporal do paciente"* (Sivadon, 1971, p.405).

Se, para Sivadon, função mental é o que permite a interação do organismo com o meio e com os outros seres, então a reeducação corporal dessa função deverá necessariamente resgatar a capacidade interativa e expressiva da corporalidade do paciente. Ou seja, diversamente das técnicas utilizadas até as primeiras décadas do nosso século, seu método enfocará especialmente os aspectos relacionais da dimensão corporal, tornando essa idéia o eixo central do tratamento a ser estabelecido.

Dessa forma se faz presente a concepção de corpo que vai muito além da idéia de um substrato anatomopatológico, sendo ressaltado o fato de que *“toda percepção, toda ação supõe uma referência subjacente à corporeidade”* (Sivadon, 1969, p.90).

Porém, o trabalho de Sivadon caracteriza-se em toda a sua extensão, pelo cumprimento de etapas pré-estabelecidas, seqüenciais e lineares que deverão culminar no resgate da interação do paciente com o seu meio.

“A restauração das funções mentais supõe o restabelecimento de uma dialética entre si e o real, mais tarde com o virtual. Aqui [em Sivadon], tudo se passa como se o ato de agir respeitando escrupulosamente um ordem de ações cada vez mais complexas, conduzisse inexoravelmente ao retorno da lucidez.”
(Fauché, 1993, p.121 tradução nossa)

A linearidade dos procedimentos deste método, do simples para o complexo e do corporal para o simbólico, é evidenciado pelo autor quando este preconiza a introdução de atividades laborativas e a expressão pela linguagem verbal após o trabalho de reeducação corporal. Estes dois últimos, chamados pelo autor de “estágios superiores” deverão ser introduzidos tão logo tenha sido realizada a reeducação corporal.

O autor desconsidera assim, a interação entre esses três “estágios”, pressupondo o preenchimento de requisitos em cada um, para que só então se possa ter acesso às etapas subseqüentes.

O corporal, a capacidade laborativa e, finalmente, o simbólico expresso na linguagem verbal, estão seqüencialmente dispostos, ocupando o corpo a função de veículo e suporte de outras funções consideradas mais complexas.

Se, em Sivadon, ao contrário de seus antecessores, o corpo é visto como algo dotado de capacidade de interagir e relacionar, o faz, no entanto, de modo estanque e desvinculado de outras instâncias do ser humano. O corpo aqui é ainda desprovido da capacidade de expressão e significação, devendo o tratamento levá-lo a um patamar que permita ao paciente a apreensão e a interação com o mundo externo através de outros estágios a serem desenvolvidos mais tarde.

Nesta concepção "ascendente" de tratamento, está implícita uma relação mente-corpo de mão única, onde um corpo adestrado e cujos sentidos foram reabilitados para a apreensão do mundo objetivo, servirão de base definitiva ao resgate da sanidade mental perdida. Não são considerados aqui a outra via existente nesta relação, em que os processos mentais e afetivos interagem de diferentes formas com o aspecto corporal do indivíduo.

Inexiste, no método de reeducação corporal das funções mentais, formas estabelecidas de avaliação que permitam o acompanhamento e aferição da efetividade do tratamento proposto, bem como não se encontra nos relatos do autor, análise qualitativa ou quantitativa dos resultados obtidos.

Uma outra proposta de trabalho, desenvolvida por Coppenolle e colaboradores, utiliza essencialmente elementos do que o autor denomina "aplicação da psicomotricidade em psiquiatria" e que analisaremos a seguir.

2. O Programa de Terapia Psicomotora

Desenvolvido pelo setor de Terapia Psicomotora e Fisioterapia com os pacientes internados na clínica Psiquiátrica St. Josef, da Universidade Católica de Louvain, Bélgica, sob a coordenação do prof. H. Van Coppenolle e colaboradores, este programa possui três diferentes linhas de abordagem, adaptadas às especificidades dos três subgrupos de pacientes, a saber: esquizofrênicos, portadores de distúrbios depressivos não psicóticos e pacientes com anorexia nervosa.

Este trabalho, em sua maior parte, se caracteriza pelo desenvolvimento de jogos esportivos e lúdicos, exercícios de condicionamento físico e de percepção corporal, atividades essas denominadas “psicomotoras” pelo autor - o que expande a abrangência tradicional do termo.

A seguir analisaremos os trabalhos desenvolvidos com portadores de distúrbios depressivos não psicóticos e pacientes com anorexia nervosa.

2.1 - O Treino de Aptidão Física para Deprimidos, destinado a pacientes deprimidos não psicóticos, combina o desenvolvimento de força e resistência física, ao longo de um programa de condicionamento muscular e cardiovascular, tendo como objetivos:

- melhorar a percepção objetiva e subjetiva que o paciente tem de sua aptidão física;
- reduzir a ansiedade e a tensão;
- proporcionar experiências de sucesso ao paciente de forma a estimular a melhora da auto-imagem;
- ensinar o paciente a procura ativa de soluções para os problemas propostos durante o treinamento;
- estimular os pacientes com baixa capacidade de verbalização;
- prevenir a recorrência de depressão.

Estes objetivos irão de encontro às características normalmente apresentadas pelos deprimidos, quais sejam: mal condicionamento físico, percepção

negativa do próprio corpo e de suas habilidades físicas, descrença em sua capacidade geral e baixa auto-estima. Os objetivos propostos por Coppenolle neste programa são consonantes aos relatados por outros autores (Deimel, 1990).

O treino possui freqüência de três vezes por semana, sendo executado durante dez semanas. São realizados exercícios em bicicleta, caminhadas, corridas e diferentes exercícios para o desenvolvimento de força muscular e capacidade aeróbica, com duração de 1 hora. Após a décima semana, é mantida uma sessão semanal até a alta do paciente, que será orientado a participar de atividades esportivas regularmente fora do hospital.

A aplicação prática desse programa tem como princípios o treino intensivo de 60 a 80% da capacidade máxima de esforço do indivíduo (conforme mensuração prévia). Podemos afirmar que o conjunto de procedimentos aqui realizados em muito se assemelha aos programas de condicionamento prescritos para a reabilitação de certos tipos de cardiopatias e no pós-cirúrgico de determinadas patologias cardíacas, estando aqui adaptado a uma clientela específica.

Este tipo de intervenção se baseia na literatura especializada, que aponta correlação positiva entre depressão e sedentarismo, além de significativas mudanças biológicas que acompanham o exercício, tais como o aumento na concentração de β -endorfinas e monoaminas no organismo em indivíduos que se submetem a programas de condicionamento físico (Martinsen, 1990).

Os resultados colhidos por Coppenolle em um estudo-piloto desse método mostra que os pacientes participantes apresentaram melhoras significativas com relação aos indicadores de depressão, quais sejam a estima com relação ao próprio corpo, o uso de estratégias na solução de problemas²¹ e aumento da força muscular, velocidade nas corridas e consumo máximo de oxigênio²².

²¹ Estes dois itens foram medidos com o uso de questionários aplicados aos pacientes.

²² Medido segundo o teste de Astrand.

2.2 - O programa psicomotor, nessa clínica, é também desenvolvido com grupos de pacientes com anorexia nervosa²³, cujo distúrbio da imagem corporal é considerado, pelos terapeutas e estudiosos da referida clínica, como sendo o núcleo do problema (Probst, 1987).

Os principais objetivos a serem alcançados através de um programa de intervenção psicomotora no tratamento desse quadro patológico e as técnicas utilizadas, são descritos abaixo:

- *Controle da Hiperatividade* - para atingir esse objetivo são utilizadas técnicas de relaxamento, ginástica para a aquisição de boa postura corporal e a aplicação de exercícios de bioenergética²⁴. Somadas, espera-se que essas técnicas proporcionem uma bem equilibrada distribuição da tensão muscular nas várias partes do corpo, permitindo também ao paciente o controle adequado dos extremos tensão-relaxamento corporal, o que poderá aumentar sua auto-confiança.
- *Restruturação Realista do Auto-conceito* - partindo-se do pressuposto de que o anoréxico possui uma auto-imagem deturpada em todos os níveis, serão realizados trabalhos que potencializem a consciência dos sentidos, a cinestesia e a propriocepção. A estes serão acrescentados exercícios de relaxamento e massagem, além da utilização do espelho e o *vídeo-feedback*, de forma a, segundo Probst, fazer com que o paciente se depare com sua verdadeira imagem, reconstruindo um auto-conceito o mais próximo possível da realidade.
- *Ensinar o paciente a habitar o seu corpo* - a livre expressão através da dança, dos exercícios de bioenergética e de formas ativas de relaxamento, serão utilizados de forma a oferecer ao paciente experiências corporais positivas e prazerosas, permitindo novas formas de expressão pelo movimento e estimulando-o a "apropriar-se" de seu próprio corpo.

²³ Anorexia nervosa: Síndrome comportamental, caracterizada por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente (Segundo Classificação de Transtornos Mentais da CID-10)

²⁴ O autor não esclarece ao longo do texto, sob que princípios e quais exercícios de bioenergética são utilizados.

- *Desenvolvimento de Habilidades Sociais* - Segundo Probst, os pacientes com anorexia necessitam aprender a expressar-se corporalmente, como parte do processo de construção realista do auto-conceito e forma de maior interação com o meio. Para isso serão utilizadas atividades que facilitem a expressão dos sentimentos como a dança e alguns exercícios de grupo, através dos quais os pacientes deverão interagir de modo não verbal, lançando mão de diversas formas de expressão corporal.

Os trabalhos de Psicomotricidade com pacientes deprimidos e anoréxicos, discutidos acima estão alinhados aos objetivos gerais do Setor de Terapia Comportamental da clínica St. Josef, onde estão inseridos. São características essenciais das terapias desse setor:

- a relevância dada a ações concretas (evitando somente explicações, passando a uma ação real);
- o engajamento pessoal do paciente quanto à responsabilidade das mudanças (participação ativa na terapia);
- uma definição clara e precisa da evolução no tempo (objetivos a curto e longo prazo).²⁵

O modo como são avaliados os pacientes no início do programa e mensurado sua evolução, será descrito a seguir.

2.3 - Métodos de avaliação - Visando a avaliação inicial e o acompanhamento sistemático dos pacientes, foi desenvolvida uma escala de avaliação a ser empregada nesse programa de terapia psicomotora, a *"Louvain Observation Scales in Psychomotor Therapy"*, designada também de forma abreviada como "LOFOPT".

Para a elaboração dessa escala os autores fizeram um levantamento dos principais objetivos preconizados em terapia psicomotora, postulados por diferentes autores na literatura especializada de vários países. Os duzentos e treze objetivos encontrados nesse levantamento foram agrupados, segundo suas semelhanças, em

²⁵ Extraído do documento "Principes Généraux du Fonctionnement Medico-Psychiatrique - Centre Universitaire Psychiatrique St. Josef" - Kortenberg, 1992, p.35)

nove categorias gerais, que nada mais são que aspectos a serem avaliados antes e durante o programa. São elas:

- confiança em si mesmo;
- relações afetivas;
- atividade (ou passividade);
- descontração;
- controle dos movimentos;
- capacidade de atenção às situações;
- expressividade dos movimentos;
- comunicação verbal;
- capacidade de submeter-se às regras.

Os pacientes são avaliados segundo cada uma destas categorias, geralmente durante atividades grupais lúdicas ou esportivas. Cada categoria recebe, na escala Lofopt, gradações que vão de +3 a -3, conforme o excesso ou a falta apresentado pelo paciente com relação ao aspecto avaliado. Assim, a categoria "confiança em si mesmo" pode ser avaliada num extremo como "o paciente se superestima fortemente" (+3) ou noutro como "o paciente se subestima fortemente" (-3), passando por graus intermediários (+2, +1, 0, -1, -2), sendo o equilíbrio representado pela avaliação de número zero (neste caso "o paciente tem confiança em si mesmo").

Outra técnica de avaliação é a *vídeo-distorsão*, utilizada especificamente para avaliar e também tratar pacientes com anorexia nervosa. Esta técnica permite, através de artifícios tecnológicos, projetar a imagem do paciente em dimensões naturais sobre uma tela. A partir daí, o próprio paciente poderá mostrar de forma objetiva, a imagem que tem de si próprio, alterando, através de dispositivos concebidos para esse fim, as dimensões da imagem inicialmente projetada até o ponto em que considere que esta esteja realmente correspondendo à idéia que faz de si mesmo.

Além de poder "construir" e mostrar a imagem que tem de si próprio, o paciente também pode, através dos mesmos artifícios descritos acima, alterar a imagem, indicando as dimensões corporais que gostaria de atingir.

Possíveis discrepâncias existentes entre a imagem “construída” manualmente pelo paciente através do referido artifício e aquela captada pela câmera naturalmente são registradas, sendo a diferença entre uma e outra apontada em dados percentuais.

Assim é que uma imagem não alterada, aquela normalmente captada pela câmera, corresponde a cem por cento da altura e largura do indivíduo. No entanto, em quase todos os casos onde foi utilizado este método, houve diferença entre a primeira imagem projetada e aquela “moldada” pelo paciente e segundo a imagem que tem de si. Na maioria das vezes a imagem construída pelo paciente possui dimensões bem maiores do que se pode constatar objetivamente. É justamente a diferença entre a primeira e segunda imagens que será fornecida em dados percentuais.

Segundo os autores, a combinação da confrontação consigo mesmo através da técnica de *vídeo-distorção* e com outras pessoas portadoras do mesmo problema no grupo

“ (...) acelera o processo de motivação, quebrando resistências, possibilita ao paciente uma correta percepção corporal (diminuição da discrepância entre sua percepção e sua real aparência física) e facilita o desenvolvimento da imagem corporal real e positiva (...).” (Vandeyrecken, 1987, p.257-8 tradução nossa)

Embora no programa de terapia psicomotora de Coppenolle sejam utilizados conceitos modernos como o de imagem e consciência corporal, além de pesquisas sobre o papel das endorfinas no organismo e sua relação com o sedentarismo e a depressão, pode-se entrever, pelos procedimentos preconizados, um projeto de reabilitação do paciente a ser garantido pela retomada de uma objetividade perdida.

Aqui a concepção da loucura como erro a ser corrigido pela confrontação com uma verdade externa, se evidencia principalmente no tratamento dos anoréxicos, quando se espera que a comparação entre a imagem “real”, captada pela câmera e a outra, subjetiva, montada pelo paciente a partir da primeira, possa, enfim, lhe revelar a *verdade*.

Nesta conduta encontra-se ainda presente a idéia - identificada por Foucault (1991) na terapêutica de "regulação do movimento" (ver cap. I) - de resgatar o paciente de um estado de subjetividade pura que caracterizaria a loucura, de modo a reinseri-lo na normalidade prudente do mundo exterior. A objetividade perdida pela doença deverá ser recuperada através da reeducação dos sentidos e da confrontação entre o *erro* e a *verdade*.

Mesmo a utilização de outras técnicas, como alguns exercícios da bioenergética e de relaxamento, já têm um papel também definido *a priori*, qual seja o de proporcionar uma "reestruturação realista do auto-conceito", realidade esta vinda do mundo objetivo e, por premissa, consensual.

O trabalho aqui analisado carece de técnicas que considerem outros aspectos da complexidade da dimensão corporal do paciente psiquiátrico. Afinal, a imagem corporal está ligada sobretudo aos aspectos psicológicos da história singular do indivíduo, podendo até preceder o próprio nascimento deste, como na imaginação (ou desejo) dos pais com relação ao filho, antes mesmo de seu nascimento (Anzieu, 1993).

Porém o trabalho de Coppenolle contribui de modo significativo com as formas de trabalho corporal na psiquiatria, ao introduzir métodos de avaliação dos resultados obtidos nesse tipo de intervenção - embora sejam bastante discutíveis as categorias escolhidas, assim como a mensuração quantitativa de aspectos subjetivos. Mas em que pese essas questões, a escala Lofopt trouxe para dentro do universo das técnicas de abordagem corporal na psiquiatria, a preocupação em acompanhar a efetividade das mesmas, que até então prescindiram desse tipo de monitorização.

Há que ressaltar também a grande diversidade de jogos esportivos e lúdicos oferecidos à clientela da clínica St. Josef, geralmente ligados à tradição cultural belga e o acompanhamento contínuo e atento por parte dos coordenadores dos grupos (os psicomotricistas)²⁶, o que parece garantir a boa taxa de adesão dos pacientes às atividades propostas.

²⁶ Tais observações foram feitas a partir de nosso estágio realizado no referido setor.

Como dissemos anteriormente os métodos utilizados por Coppenolle são ligados aos objetivos mais gerais de um setor que utiliza a linha Behaviorista (ou comportamentalista) como referencial teórico mais amplo das terapêuticas ali ministradas. Embora o referencial utilizado vá influenciar diretamente as práticas aqui discutidas, fugiria ao objeto do presente trabalho uma discussão dessa natureza.

Observações finais

Já foi dito que o discurso sobre o corpo jamais será neutro, uma vez que falar sobre o corpo significa ressaltar, por um lado, sua fragilidade, concretude e temporalidade ou, por outro, relevar sua complexidade, seu aspecto simbólico e demiúrgico.

A consequência, nas formas de tratamento que utilizam a abordagem corporal, decorrente do privilégio de um ou outro dos referidos aspectos inerentes ao corpo humano, foi por nós apontada e discutida ao longo do texto.

O corpo em seu aspecto concreto, anatomo-patológico, foi referência obrigatória e predominou entre os modelos de explicação e intervenção sobre as causas da insanidade. Sua concretude foi, durante a maior parte do tempo, a única possibilidade de acesso a uma entidade abstrata, ao não-ser, representado pela loucura. Aqui encontraremos métodos de tratamento que buscavam a assepsia, o fortalecimento e a purgação de um corpo tomado pelo erro e a ilusão: ferimentos sobre a pele do louco, imersão em água gelada, entre outras coisas, foram empregados na tentativa de reabilitar o espírito em desvario. Nesta concepção, o corpo reificado, destituído de significação e singularidade tornou-se, ao mesmo tempo, explicação e promessa de redenção dos males do doente mental.

Tal forma de conceber e tratar a loucura foi apropriada mais tarde pelo tratamento moral, surgido com o advento da psiquiatria pineliana. Aqui o corpo se transformará no suporte concreto da disciplina, sobre o qual irá se operar a pedagogia asilar (Birman, 1988). Os velhos métodos, acima citados, sobre um corpo-objeto estarão agora a serviço dos princípios norteadores do tratamento moral.

Neste contexto, os velhos métodos serão utilizados na coação e humilhação dos internos, para o seu disciplinamento. À expropriação da liberdade do indivíduo pela internação se somarão infindáveis ritos de anulação do paciente psiquiátrico que terá seu corpo cerceado e suas demandas fundamentais, como a sexualidade, reduzidas à condição de confirmação de um suposto diagnóstico.

Os movimentos de crítica ao manicômio e da contra-cultura dos anos 60 terão influência significativa na forma de conceber e intervir sobre a dimensão corporal do doente mental. Surgirão a partir daí novas concepções relativas às formas de explicação e intervenção sobre a loucura.

Os dois trabalhos contemporâneos aqui analisados representam avanços em direção a um tratamento que considere a complexidade da dimensão corporal do paciente psiquiátrico. Porém, em alguns aspectos, ainda se faz presente nesses trabalhos, a idéia de que a reeducação do corpo e dos sentidos propiciaria a apreensão da *verdade* objetiva do mundo exterior pelo insano.

Após duzentos anos de psiquiatria e de longas e fracassadas tentativas de abordagem sobre o corpo anátomo-patológico, faz-se necessário caminhar, cada vez mais, na direção de métodos que considerem a complexidade da dimensão corporal e da motricidade do paciente psiquiátrico. Afinal,

“O gesto humano não é um gesto qualquer: é esse gesto impregnado de símbolos, de história, de cultura, que temos que nomear muito particularmente e por isso eu o estou chamando de motricidade humana.” (Freire, 1992, p.119)

Mais do que em quaisquer outros, nos trabalhos de abordagem corporal com pacientes psiquiátricos é fundamental uma concepção de movimento que considere os aspectos psicológicos, organizativos e subjetivos presentes em cada ato motor (Sérgio, 1987), devendo tal referencial dar sustentação a todas as intervenções dessa natureza.

Os trabalhos de abordagem corporal em geral e na psiquiatria em particular, devem considerar a apropriação do corpo pela cultura e sua transformação, a todo momento, num suporte de signos sociais (Medina, 1990) e pessoais. A contribuição dos trabalhos de abordagem corporal à re-subjetivação e reabilitação psicossocial do paciente psiquiátrico se dará na medida em que propicie a este a

"(...) compreensão a respeito dos signos tatuados em seu corpo, pelos aspectos sócio-culturais de momentos históricos determinados. É fazê-lo sabedor de que seu corpo sempre estará expressando o discurso hegemônico de uma época e que a compreensão do significado deste discurso, bem como de seus determinantes, é condição para que ele possa vir a participar do processo de construção do seu tempo e, por conseguinte, da elaboração dos signos a serem gravados em seu corpo." (Castellani, 1988)

As atividades ligadas ao corpo e ao movimento, do jogo ao esporte, passando pelos trabalhos de origem oriental e pelas recentes linhas de consciência corporal deverão ser contextualizadas, para se tornarem efetivas, no universo de significações culturais e subjetivas de uma população tradicionalmente expropriada em todos os níveis, ao longo da história da psiquiatria.

A história do corpo na psiquiatria é, também, a história do fracasso em silenciar o corpo dotado de significação.

Summary

In the present work we analyze theoretical concepts and intervention forms utilized on the *body* of patients from psychiatric institutions, from the XVIII century up to day. The reclusion in these psychiatric asilum consequences, over the patient's body dimensions is also showed. We analise two psychiatrics asilii contemporary works on body approach; we show the maintenance of the first alienism ideas, and the advances into madmem body intervention.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCAN, F. Les folies raisonnantes: le délire d'interprétation. Paris, Paris Éditeurs, 1909.
2. ALEXANDER, G.F. SHELDON, T.S. História da Psiquiatria. São Paulo, Ibrasa, 1980.
3. ANZIEU, D. "Représentation, présentation du corps: un entretien avec Didier Anzieu". Rev. de Méd. Psychosom. v. 33, p.19-30, 1993.
4. BERNARD, M. Le Corps. Paris, J.P. Delarge éditeur, 1976
5. BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
6. BIRMAN, J. Os descaminhos da subjetividade: um estudo da instituição psiquiátrica no Brasil. Niterói, EDUFF, 1988.
7. CASTELLANI FILHO, L. Educação Física no Brasil: a história que não se conta. Campinas, Papirus, 1988.
8. CASTRO, E. A apropriação de si mesmo através da dança. Dissertação (Mestrado) - Escola de Comunicação e Arte, USP, 1992.
9. COPPENOLLE, H. et al.. *Fitnessstraining as Psychomotor Therapy in Depressive Patients*. (mimeo).
10. COPPENOLLE, H. et al.. "*The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy*". Adapted Physical Quarterly, v6, p.145-153, 1989.
11. CUNHA, M.C.P. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
12. DACOS, J.P. *Afecciones Psiquiátricas y Psicossomaticas*. In XHARDEZ, I. Vademecum de kinesioterapia. Buenos Aires, El Ateneo, 1984.
13. DIGELMAN, D. La Eutonía de Gerda Alexander. Buenos Aires, Paidós, 1989.
14. DOLTO, F. L'image inconsciente du corps. Paris, Seuil, 1984.
15. DUBOIS, J.C. *Cures Climatiques et Thermales*. Enciclopedie Chirurgie-Psychiatrique, v. 3, fev., 1955.
16. -----, J.C. *Indications del Traitements physiothérapiques en psychiatrie* : Enciclopedie Chirurgie-Psychiatrique, v. 3, fev., 1955.
17. DUROZOI, G. Dicionário de Fislosofia. Campinas, Papirus, 1993.

18. FAUCHÉ, S. Du corps au psychisme. Paris: Press Universitaire de France, 1993.
19. FOUCAULT, M. A história da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1991.
20. - - - - - Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.
21. FREIRE, J.B. De corpo e alma: O discurso da motricidade. São Paulo: Summus, 1991.
22. - - - - - Métodos de confinamento e engorda (como fazer render mais porcos, galinhas, crianças...). In: MOREIRA, W. (Org.). Educação Física & Esportes - perspectivas para o século XXI. Campinas, Papirus, 1992.
23. FREYZE-PEREIRA, J. O que é loucura. São Paul,: Brasiliense, 1993.
24. GILBERT A. FOURNIER, L. Manual de psiquiatria. Calle de Malorca: Salvat, 1930.
25. JOUD, B. "Kinésithérapie en psychiatrie". : Anna. kinésithérapie, v.15, n. 9, 1988.
26. LAPIERRE, A. Fantasmas Corporais e Prática Psicomotora. São Paulo, Manole, 1984.
27. LE CAMUS, J. O corpo em discussão: da reeducação psicomotora às terapias de mediação corporal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
28. LUYSS, J. Le traitement de la folie. Paris, 1893.
29. MACHADO, R. et al.. Da nação da Norma. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
30. MARTINSEN, W.E. *Benefits of Exercise for the Treatment of Depression*. Sports Medicine. v.9, n. 6, 1990.
31. MEDINA, J.P.S. O brasileiro e seu corpo. Campinas, Papirus, 1990.
32. MIRA Y LÓPEZ, E. Psiquiatria. Rio de Janeiro, Científica, 1959.
33. PESSOTTI, I. A Loucura e as épocas. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1994.
34. PIRES, A.G.M.G. A Educação Física e o corpo: concepções de mestrandos. Dissertação de Mestrado (Educação Física), Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1990.
35. PORTER, R. História do corpo. In: BURKE, P. A escrita da história. São Paulo, UNESP, 1992.
36. PROBST, M. e COPPENOLLE, H. *Evaluating the body experience of patients with eating disorders trough vídeo confrontation : an evaluation protocol*. | Adapted Physical Activity, p. 308-371, 1990.
37. REICH, W. A função do orgasmo. São Paulo, Brasiliense, 1992.
38. REICH, W. A revolução sexual. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

39. RESENDE, H. *Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica*. In: TUNDIS, S., COSTA, N. (Org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1990.
40. ROTERDÃ, E. Elogio da loucura. São Paulo, Novo Horizonte, 1979.
41. RUSSO, J., O Corpo contra a palavra. Rio de Janeiro, UFRJ, 1993
42. RUSSO, J., *Terapeutas corporais no Rio de Janeiro: relações entre trajetória social e ideário terapêutico*. In: Alves, P.C, Minayo, M.C.S., Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro, Zahar, 1995.
43. SAMI-ALI. Corpo real/Corpo imaginário. Porto Alegre, Artes-Médicas, 1993.
44. SAMPAIO, J.C. Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Dissertação (mestrado em Medicina Social) UERJ, 1988.
45. SCHIAVONI, A. *Corpo e Loucura na Porto Alegre do Final do Século XIX*. In: LEAL, O.F. (Org.). Corpo e significado : ensaios de antropologia social. Porto Alegre, Ed. da UFRGS, 1995.
46. SÉRGIO, M. Para uma epistemologia da motricidade humana. Lisboa, Compendium, 1987.
47. SILVA, A.C.P. A assistência a alienados nos Estados Unidos e na Europa. São Paulo, 1926.
- 48.----- . Cuidados aos Psychopathas. São Paulo: Oficinas Graphicas do Hospital de Juquery, 1930.
- 49.----- . Problemas de Higiene Mental. São Paulo: Oficinas Graphicas de Juquerí, 1936.
50. SIVADON, P. *Thérapeutique Psychomotrice des Maladies Mentales en Institution*. In: Information Psychiatrique, v. 47, n. 5, 1971.
51. SIVADON, P, GANTHERET, F. La rééducation corporelle des fonctions mentales. Paris, Les Éditions Sociales Françaises, 1969.
52. STAROBINSKI, J. Historia del tratamiento de la melancolia desde los orígenes hasta 1900. Basle: J. R. Geicy, 1962.
53. SZASZ, T. A Fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
54. TISSIÉ, Ph. *Un cas d'instabilité mentale avec impulsions morbides traité par la Gymnastique Médicale*. Archives Cliniques de Bordeaux, v.3, n. 5, 1894.

55. VANDEREYCKEN, M.D. Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. American Journal of Psychotherapy, V. 41, n. 2, 1987.
56. VICENTE, C.M. Reflexões sobre os procedimentos institucionais com a memória individual e com a memória institucional em duas instituições totais: manicômio judiciário do estado de São Paulo e Hospital de Juqueri. São Paulo, 1988. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - USP, 1988.
57. YAHN, Mário e OLIVEIRA, Geraldo. Resumo da história da assistência a psicopatas no Estado de São Paulo, Arquivo da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, v. 13, 14, jan./dez. 1949