

**TÂNIA REGINA BARBOSA DE OLIVEIRA**

**ASPECTOS DA LINGUAGEM CORPORAL DE UM  
GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS  
CRÔNICOS**

**Campinas**

**1999**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Saúde Mental da aluna Tânia Maria Barbosa de Oliveira.

Campinas, 17 de dezembro de 1999

Prof. Dr. Claudio Fernandes  
Orientador



**TÂNIA REGINA BARBOSA DE OLIVEIRA**

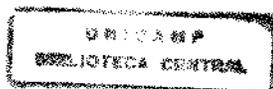
**ASPECTOS DA LINGUAGEM CORPORAL DE UM  
GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS  
CRÔNICOS**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação da Faculdade  
Ciências Médicas da Universidade Estadual  
de Campinas, para obtenção do título de  
Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde  
Mental.*

***Orientador: Dr. Cláudio Fernandes***

***Campinas***

***1999***



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
	OL4a
V.	Ex.
TOMBO	BC/40242
PROC.	278/00
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	01/02/00
N.º CPD	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
 BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
 UNICAMP

CM-00131901-7

OL4a	<p>Oliveira, Tania Regina Barbosa de</p> <p>Aspectos da linguagem corporal de um grupo de pacientes esquizofrênicos crônicos / Tania Regina Barbosa de Oliveira. Campinas, SP : [s.n.], 1999.</p> <p>Orientador : Cláudio Fernandes</p> <p>Tese ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>I. Esquizofrênia. 2. Corpo e mente . 3. Fisioterapia. 4. Expressão corporal. I. Cláudio Fernandes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
------	--

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Claudio Fernandes

## Membros:

1. Prof. Dr. Nelde Maria G. de Lucena - *Nelde Maria G. de Lucena*
2. Prof. Dr. Danyse Maria B. Kervall - *Danyse Maria B. Kervall*
3. Prof. Dr. Claudio Fernandes - *Claudio Fernandes*

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 17/12/99

***DEDICATÓRIA***

*Aos meus pais,*

*José (in memória) e Teresinha.*

*Aos meus filhos,*

*Bárbara e Brenno Lívio.*

## AGRADECIMENTOS

---

A Deus, a força vital da minha existência e à música, minha sintonia com o universo.

Aos meus pais queridos, por me terem dado a vida, o gosto de vivê-la e o respeito pelo próximo.

Aos meus irmãos, pelas lições compartilhadas no nosso desenvolvimento como família.

À Bárbara e Brenno Lívio, meus filhos amados, que me ensinam a cada dia novas dimensões da palavra AMOR e me ajudam a transformar o nosso lar num templo sagrado de harmonia e compreensão.

Ao Hugo Alexis, pelo companheirismo e amizade sincera.

Durante a elaboração de um trabalho dessa natureza, que considero um processo de construção e amadurecimento do ser humano como indivíduo e como profissional, algumas pessoas contribuem de forma valiosa. Assim sendo, gostaria de registrar um agradecimento especial para essas pessoas que ajudaram no processo de edificação desta tese:

Aos docentes do Curso de Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, especialmente ao Dr. Paulo Dalgalarondo, Dr. Neury Botega, Dr. Marcos Queiroz, Dra. Daise Keiralla e Dr. Wolgrand Vilela, Dr. Evandro Mattos (os três últimos tendo participado da qualificação do projeto de pesquisa), pelos conhecimentos transmitidos durante a realização do Curso de Mestrado, que muito contribuíram na estruturação final deste trabalho.

Ao Dr. Cláudio Fernandes, o meu Orientador, pelo respeito aos meus ideais, a minha individualidade e autonomia como pesquisadora, assim como pelo apoio constante e ricas discussões desde a apresentação das primeiras idéias do projeto de pesquisa até a elaboração final e concretização da tese.

Ao *Mestre* e amigo Everaldo Torres Barbosa, Professor da Universidade Federal da Paraíba, colaborador incansável no meu processo de desenvolvimento intelectual e espiritual, um exemplo de profissional que guardo como boa referência, e que me ensinou a exercer a fisioterapia com *alma*.

Ao Dr. Ailton Luis Piva Jr., médico homeopata, que cuidou da minha saúde durante esse período.

Aos profissionais de Saúde do "Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira", principalmente ao Dr. Nobusou Oki, Diretor Clínico; ao Juarez Furtado e à Rita de Cássia Machado, excelentes fisioterapeutas; à Rosana E. Romanelli, terapeuta ocupacional; a Alba C. Araújo, secretária; e aos pacientes crônicos moradores deste Hospital, por terem tornado possível a pesquisa de campo, indispensável à compreensão do meu objeto de estudo.

Aos funcionários da Biblioteca/FCM, da CPG e do Apoio Didático da UNICAMP, pela orientações necessárias ao processo de editoração e encaminhamento finais.

À Prof.<sup>a</sup> Maria das Dores Nóbrega de Andrade e Melo, da Universidade Estadual da Paraíba, pela competência em administrar os assuntos relacionados à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa dos professores desta instituição.

A CAPES, pela bolsa do PICD concedida para a realização do Curso de Mestrado.

Aos colegas professores e aos alunos da Faculdade de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, especialmente à Prof.<sup>a</sup> Lídia Albuquerque, Coordenadora do Curso de Fisioterapia, pelo apoio, incentivo e carinho que sempre me dedicaram.

Aos colegas do Setor de Fisioterapia e aos Diretores do Hospital Universitário Alcides Carneiro, na Paraíba, especialmente Dr. Roberto Siqueira, Dr.<sup>a</sup> Leda Maria, Dr. João Virgínio, Dr.<sup>a</sup> Maria Augusta e Dr. Rui, pelo incentivo no momento da minha transferência para a cidade de Campinas para cursar o Mestrado.

Aos amigos Dr. Geraldo (ex-paciente) e Maria José, pelo carinho e ajuda (mesmo à distância), quando aceitaram o convite para serem fiadores do imóvel que atualmente resido com a minha família em Campinas.

Ao Tarcisio Barbosa, meu querido irmão, por ter ficado com a missão de administrar os meus assuntos pessoais durante a minha ausência da cidade de Campina Grande, para a realização deste Curso; a Jorge e Ana Amélia Barbosa, meu irmãos caçulas, pelas lições de liberdade, criatividade e coragem nas nossas longas conversas telefônicas, que me ajudaram a superar a saudade de pessoas tão queridas.

Ao Nino (ex-marido), pela amizade sincera, por ter despertado a minha consciência política e a minha sensibilidade poética no final da minha adolescência, ensinado-me a apreciar a poesia, o violão, a música e a intuição, o que me ajuda muito em todos os momentos da minha vida, inclusive neste.

Ao Douglas (meu primo) e a Vilma; ao Bil e a Vera; a Simone e, especialmente ao Alexandre, pelo apoio, amizade, e principalmente pelos momentos de descontração nos finais de semana.

Aos novos amigos encontrados durante a realização do Mestrado: Blanca Guevara, Cristina Larrobla, Meire Soldera, Érika A. Vasconcelos e Isabel Cristina, pessoas maravilhosas com as quais foi possível compartilhar os grupos de estudos teóricos durante as disciplinas oferecidas pelo Curso, os estudos de casos e as trocas de experiências profissionais nas nossas reuniões sérias e bate-papos informais.

A todos os colegas e amigos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

A grande amiga Érika A. Vasconcelos eu tenho um agradecimento mais que especial (a sua contribuição foi valorosíssima, minha amiga, eu acho que ganhei mais uma irmã caçula). Em todos os momentos em que estivemos discutindo sobre o tema das nossas teses, fazendo uma a outra críticas e sugestões, apontando os pequenos erros, eu senti que crescíamos muito como profissionais de formações distintas; nos nossos momentos de crises e angústias pessoais, inevitáveis nos processos de desenvolvimento intelectual do ser

humano, estivemos buscando nos compreender e apoiar, oferecendo a nossa amizade como força motriz na busca do equilíbrio; nas nossas incursões noturnas pelos bares de Campinas, estivemos descobrindo juntas a importância da boa música, da dança, da alegria e da tristeza, da lua, do sol, do mar, de planejar férias maravilhosas em Matchu Pitchu, de buscar novos conhecimentos, novas amizades, novas experiências, que nos possibilitaram, de certa forma, uma *descontração* e um *desligamento* provisórios, indispensáveis ao processo de produção intelectual do trabalho científico e preservação da nossa saúde mental. Valeu a pena!

Finalmente, eu agradeço ao meu bom e velho violão, o mediador das minhas emoções, e companheiro inseparável das minhas aventuras como ser humano neste planeta.

*"O deserto que atravesssei  
Ninguém me viu passar  
Estranha e só nem pude ver  
Que o céu é maior  
Tentei dizer, mas vi você  
Tão longe de chegar mais perto de algum lugar...  
É deserto onde eu te encontrei  
Você me viu passar  
Correndo só, nem pude ver  
Que o tempo é maior  
Olhei prá mim, me vi assim  
Tão perto de chegar onde você não está...  
No silêncio uma catedral  
Um Templo em mim  
Onde eu possa ser imortal  
Mas vai existir  
Eu sei vai ter que existir  
Vai resistir nosso lugar  
Solidão, quem pode evitar  
Te encontro enfim  
O meu coração é secular  
Sonha e deságua dentro de mim  
Amanhã, devagar  
Me diz como voltar  
Se eu disser que foi por amor  
Não vou mentir prá mim  
Se eu disser: deixa prá depois  
Não foi sempre assim  
Tentei dizer, mas vi você  
Tão longe de chegar mais perto de algum lugar..."*

**(CATEDRAL, Zélia Duncan )**

---

	PÁG.
<b>RESUMO</b> .....	<i>i</i>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES</b> .....	4
<b>PARTE I – O projeto da pesquisa: Apresentação das idéias originais e metodologia</b> .....	7
<b>Capítulo 1: A idealização do projeto de pesquisa: justificativa, o problema, os pressupostos teóricos e os objetivos</b> .....	8
1.1. Justificativa.....	9
1.2. O(s) problema(s).....	9
1.3. Pressupostos da pesquisa.....	10
1.4. Objetivos.....	11
1.4.1. Geral.....	11
1.4.2. Específicos.....	11
<b>Capítulo 2: A metodologia: um longo caminho a percorrer – as considerações metodológicas quanto à escolha do método</b> .....	12
2.a. A pesquisa qualitativa.....	13
2.b. A fenomenologia do corpo.....	16
2.c. As técnicas qualitativas.....	19
2.c.1. A história de vida.....	19
2.c.2. A observação participante.....	20
2.c.3. A abordagem clínica ou método clínico.....	20

2.c.4. Análise qualitativa dos dados.....	21
<b>Capítulo 3: Os recursos metodológicos utilizados – procedimentos técnicos.....</b>	<b>24</b>
3.1. O local da pesquisa.....	25
3.2. Sujeitos da pesquisa.....	25
3.3. Critérios de inclusão.....	25
3.4. Critério de exclusão.....	26
3.5. O método.....	26
3.6. Instrumentos e procedimentos.....	26
3.6.1. Instrumentos metodológicos da pesquisa.....	26
3.6.2. Procedimentos metodológicos da pesquisa.....	27
3.7. Análise dos dados.....	29
3.8. Cronogramas de atividades.....	29
<b>PARTE II – A questão da corporeidade na doença mental – considerações teóricas sobre o tema.....</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo 4: Concepções teóricas da doença mental – a análise de Pessotti.....</b>	<b>32</b>
<b>Capítulo 5: A linguagem corporal – Teorizações sobre a expressividade corporal humana e construção do objeto de estudo.....</b>	<b>40</b>
5.1. A expressão corporal.....	41
<b>Capítulo 6: A psicomotricidade e a formação da imagem corporal – o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.....</b>	<b>47</b>
6.1. A psicomotricidade humana.....	48
6.2. O desenvolvimento neuropsicomotor.....	49
6.3. A imagem corporal.....	52
6.4. O corpo psicopatológico.....	55
<b>Capítulo 7: A couraça muscular do caráter – teoria ou ficção?.....</b>	<b>58</b>

<b>Capítulo 8:</b> Uma análise simbólica do corpo – a abordagem de Le Loup.....	65
<b>Capítulo 9:</b> A esquizofrenia – o estudo da doença em si.....	77
9.1. História da esquizofrenia.....	78
9.2. Epidemiologia.....	82
9.3. Etiologia.....	83
9.4. Diagnóstico.....	87
9.5. A expressão corporal da esquizofrenia.....	89
<b>PARTE III – O trabalho de pesquisa de campo – análise dos resultados.....</b>	<b>92</b>
<b>Capítulo 10:</b> As falas e os silêncios do corpo (ou da mente)na esquizofrenia – o quadro clínico do grupo de paciente estudados.....	93
10.1. Sobre a história psiquiátrica.....	95
10.2. Sobre a história clínica.....	96
10.3. Sobre o motivo da primeira internação psiquiátrica.....	96
10.4. Sobre o uso de medicamentos psicotrópicos (neurolépticos antipsicóticos).....	97
10.5. Sobre o quadro clínico atual.....	98
<b>Capítulo 11:</b> As histórias de vida – considerações sobre o desenvolvimento da doença.....	101
<b>Capítulo 12:</b> A psicomotricidade desse grupo de pacientes – o exame psicomotor.....	116
12.1. A inspeção estática e dinâmica.....	117
12.2. A palpação.....	118
12.3. Os movimentos voluntários.....	120
12.4. Os movimentos involuntários.....	120
12.5. Os movimentos expressivos.....	121

12.6. As atividades da vida diária.....	121
12.7. O esquema corporal.....	122
12.8. A atitude frente ao examinador.....	123
12.9. A aparência.....	124
12.10. O humor.....	124
12.11. O afeto.....	125
<b>Capítulo 13: A observação participante – as impressões sobre a esquizofrenia a partir do contato direto com o grupo de pacientes esquizofrênicos crônicos.....</b>	<b>126</b>
13.1. O estudo de caso.....	128
13.1.a. Primeiro contato com o paciente.....	129
13.1.b. Segundo contato com o paciente.....	137
13.1.c. Observação do paciente durante atividades terapêuticas em grupo.....	142
13.1.d. História de vida: um indivíduo sem história.....	143
13.2. A falsa percepção da realidade.....	143
13.3. A agitação psicomotora e o diálogo consigo mesmo.....	149
13.4. A assistência psiquiátrica observada no campo de pesquisa....	153
<b>DISCUSSÕES.....</b>	<b>155</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>162</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>166</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>168</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>170</b>
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>178</b>

## *LISTA DE TABELAS*

---

	PÁG.
<b>Tabela 3.1.</b> Atividades referentes ao curso de mestrado.....	29
<b>Tabela 3.2.</b> Cronograma da pesquisa de campo.....	30
<b>Tabela 9.1.</b> Diretrizes diagnósticas da CID – 10 para esquizofrenia.....	81
<b>Tabela 9.2.</b> Prevalência da esquizofrenia na família de esquizofrênicos.....	85
<b>Tabela 9.3.</b> Classificação da esquizofrenia segundo T.J.Crow (1985).....	88
<b>Tabela 10.1.</b> Análise dos documentos.....	94
<b>Tabela 11.1.</b> Caracterização da amostra.....	103
<b>Tabela 11.2.</b> Resultados da pesquisa I.....	105
<b>Tabela 11.3.</b> Resultados da pesquisa 2.....	107
<b>Tabela 11.4.</b> Dados sobre a idade adulta (1) (aptidões vocacionais/relacionamentos amorosos).....	110
<b>Tabela 11.5:</b> Dados sobre a idade adulta (2).....	111

## *LISTA DE FIGURAS*

---

	PÁG.
<b>Figura 8.1.</b> A escala de evolução da consciência.....	68
<b>Figura 8.2.</b> O corpo e a consciência.....	70
<b>Figura 13.1.</b> O trator.....	131
<b>Figura 13.2.</b> A casa (do paciente).....	132
<b>Figura 13.3.</b> O pé de “tumarim”.....	133
<b>Figura 13.4.</b> A “galinha que ficava pastando”.....	134
<b>Figura 13.5.</b> O “cachorro que comia muito”.....	135
<b>Figura 13.6.</b> O “cágodo”.....	136
<b>Figura 13.7.</b> O paciente “ele mesmo”.....	139
<b>Figura 13.8.</b> “A bicicleta”.....	140
<b>Figura 13.9.</b> “A cama” (do paciente).....	141

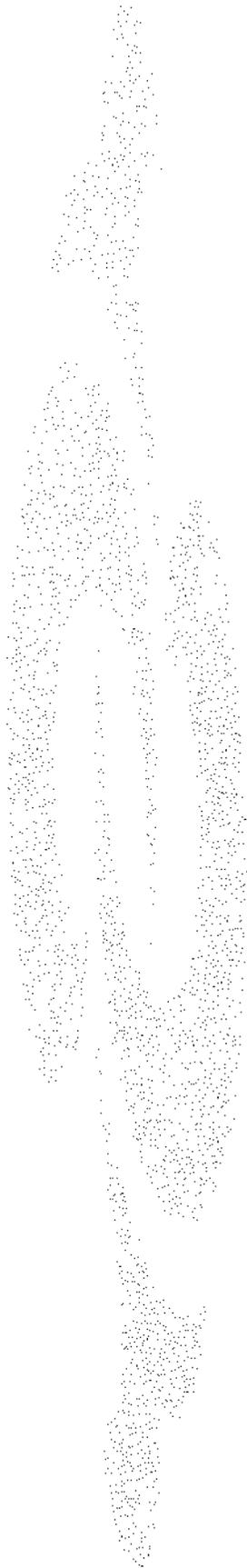


## ***RESUMO***

O presente trabalho sobre a corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos tem como objetivo principal o estudo da linguagem corporal, na qual o corpo é um veículo de expressão da psique e, no caso da doença mental, do conflito psíquico, "*de algo que o indivíduo aprisionou, por uma série de razões, e não conseguiu trazer à consciência, nem verbalizar*" (Barbosa, 1996).

Para a apreensão do objeto de estudo, a linguagem corporal, e após a revisão da literatura, foram selecionados 15 pacientes que constituíram um grupo de observação, tendo estes pacientes preenchido os seguintes critérios: a) *de inclusão*: diagnóstico de esquizofrenia; idade atual entre 30 e 60 anos; evidência de ser um enfermo crônico; vontade de participar do estudo; e b) *de exclusão*: evidência de doença neurológica ou retardo mental. **O método**: foi realizada uma *Pesquisa Qualitativa Fenomenológica, utilizando o Método Clínico*. **Instrumentos e Procedimentos**: a pesquisa foi realizada em quatro etapas, onde foram estudados: A) *Pesquisa documental, a história psiquiátrica e o quadro clínico*; B) *As Histórias de Vida, através de entrevista semi-estruturada*; C) *O Exame Psicomotor dos pacientes*; e D) *a Observação Direta ou Participante das atividades motoras e expressivas*. **Resultados**: 1. História de múltiplas internações psiquiátricas; 2. Surgimento dos primeiros sinais da doença na adolescência (entre 15 - 18 anos); 3. Antecedentes familiares, incluindo alcoolismo e desagregação familiar; 4. Quadro clínico estável com episódios recorrentes de alucinações auditivas e visuais e atividade delirante; 5. Dificuldades em conquistar e manter amizades; 6. Fobias, pesadelos, tabagismo e alcoolismo; 7. Timidez excessiva em relação ao sexo oposto; 8. Incapacidade para exercer atividades produtivas; 9. Incapacidade para relacionamentos conjugais; 10. Alienação importante quanto ao quadro clínico; 11. Marcha em bloco; 12. Postura cifótica com protusão de ombros; 13. Inexpressividade facial e gestual; e 14. Esquema corporal e ritmo comprometidos.

**Conclusão**. Sobre os aspectos considerados: a) Existe uma relação importante entre história de vida, incluindo a história psiquiátrica e expressão corporal nos pacientes esquizofrênicos crônicos estudados; e b) A relação entre o uso de medicamentos psicotrópicos e hospitalização a longo prazo e a expressividade corporal é também um dado considerável.



## ***INTRODUÇÃO***

*"...um ser humano é tão mais evoluído quanto maior é a sua angústia, e a expressão desta é tão impossível de calar que, para além de seu corpo, mediador primeiro entre ele e o mundo, ele procura sons, gestos, sinais e linguagens mediadores, para, ao mesmo tempo, traduzir sua angústia e transcendê-la numa expressão inteligível, para se relacionar com os outros e para, enfim, deixar vestígios que informem os que vierem depois" (Françoise Dolto, 1996).*

A concepção de doença varia em função da época e do contexto sócio-cultural no qual os indivíduos adoecem. Desse modo, determinados paradigmas são constituídos na evolução das intervenções terapêuticas frente às mais diversas patologias que acometem a humanidade.

As primeiras concepções sobre doença, ainda na Idade Média, originavam-se também da concepção do ser humano, que então era compreendido como uma unidade orgânica (mente/corpo), e as doenças eram a expressão de alterações globais do organismo, oriundas das relações inadequadas entre o homem e o seu ambiente físico e social. Entretanto, a partir do Século XVII, houve uma mudança qualitativa na compreensão do homem e do seu modo de adoecer. O método de investigação proposto por Descartes estabeleceu novos critérios de verdade: a certeza subjetiva e a necessidade de constituição de um sujeito epistêmico, no qual a mente é uma concepção divina, fora do alcance da ciência, uma substância pensante definida por um conjunto de faculdades próprias e autônomas; o corpo é um organismo imperfeito que obedece às leis mecânicas; e a doença redefine-se como sendo os distúrbios nas estruturas da máquina humana, que, agora, necessita de reparos. Esse paradigma cartesiano passou então a nortear as ciências médicas, deslocando a atenção do indivíduo doente (sua história de vida e o contexto sócio-cultural no qual ele adoeceu) para a doença (Queiroz, 1986; Luz, 1988; Figueiredo, 1995).

As primeiras intervenções da Fisioterapia, em suas diversas modalidades clínicas, foram fundamentadas pela concepção mecanicista do corpo. A formação do fisioterapeuta é, ainda, muito mecanicista e tecnicista. Entretanto, alguns esforços têm sido realizados no sentido de superar esse modo de estudar, compreender e abordar o homem, a sua saúde e a sua doença. Os trabalhos da Fisioterapia, integrando efetivamente a equipe multidisciplinar no atendimento ao doente mental, encontram-se atualmente, situados entre

dois pólos opostos: a) pela concepção dualista, que compreende o corpo como um objeto governado pela mente; e b) pela concepção integrada do indivíduo, na qual há uma compreensão da unidade entre corpo e mente e uma contextualização do homem e da doença bio-psico-sócio-culturalmente (Furtado, 1995).

O presente trabalho de investigação científica sobre a corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos busca essa compreensão do indivíduo, objetivando estudar a linguagem corporal, na qual o corpo é um veículo de expressão da psique e, no caso da doença mental, do conflito psíquico, "de algo que o indivíduo aprisionou, por uma série de razões, e não conseguiu trazer à consciência, nem verbalizar" (Barbosa, 1996: 184).

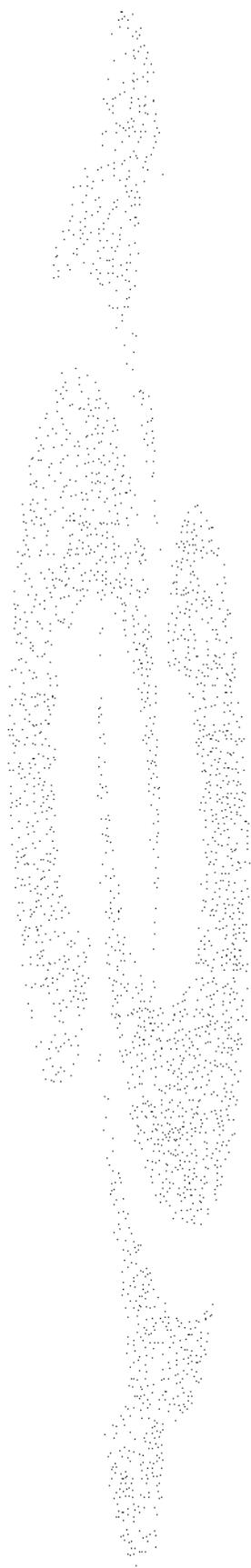
O trabalho foi desenvolvido em três momentos distintos. Desse modo, procuramos também apresentá-lo ao leitor da mesma forma como foi assimilado, processado e elaborado intelectualmente, em três partes.

Na parte I, no capítulo 1, apresentamos as motivações profissionais e a idealização inicial do projeto de investigação científica sobre a corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos; nos capítulos 2 e 3, procuramos fazer algumas considerações sobre o processo de escolha do método de abordagem para a investigação, como também dos recursos necessários à realização da mesma.

Na Parte II, desenvolvemos alguns estudos teóricos envolvendo os dois temas: a expressão corporal e a esquizofrenia. Neste contexto, alguns capítulos foram necessários para a construção do objeto de estudo, a linguagem corporal. São os capítulos 4, 5, 6, 7 e 8. No nono capítulo, discorreremos sobre as bases teóricas da esquizofrenia.

Na Parte III, trazemos as contribuições da pesquisa de campo, estas foram agrupadas nos capítulos 10, 11, 12 e 13. No capítulo 14, fazemos uma pequena discussão sobre os resultados da pesquisa e, finalmente, chegamos à conclusão e às considerações finais.

No momento, nada mais resta a dizer sobre o trabalho, a não ser convidar o leitor a trilhar esse percurso que trilhamos para tentar compreender um pouco da complexa e maravilhosa corporeidade humana.



***CONSIDERAÇÕES  
PRELIMINARES***

*"Para quem quer se soltar*

*Invento o cais....*

*E sei a dor de me lançar".*

(M. Nascimento)

Todo e qualquer projeto, seja ele científico ou não, nasce da sensibilidade individual, da necessidade de buscar respostas, da capacidade do ser humano de abstrair-se e lançar-se. Essa, na minha opinião, é a função do projeto: possibilitar a projeção das idéias de alguém; permitir que o indivíduo, situado em determinado contexto, elabore e lance as suas idéias.

Não sabemos, entretanto, o momento exato em que nasce um novo projeto em nossa vida. Na maioria das vezes, ele brota espontaneamente a partir da experiência prática, como sendo uma possibilidade de apreender melhor os fatos ou fenômenos, seja qual for a sua natureza.

Foi assim com este Projeto de Pesquisa que encaminhei à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, quando tive a intenção de ingressar no Curso de Mestrado em Saúde Mental.

O interesse em estudar a LINGUAGEM CORPORAL DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO surgiu durante as atividades práticas da disciplina Fisioterapia Preventiva, da qual sou docente na Faculdade de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. Essas atividades foram realizadas no *Instituto Neuro-Psiquiátrico Dr. Maia*, em Campina Grande, cidade do interior da Paraíba, no período 1994 - 1996.

A referida disciplina contempla, no seu conteúdo programático, entre outros temas, a Saúde Mental. Dentro desse contexto, realizamos alguns estudos teórico-práticos como a abordagem corporal com grupos de pacientes. Entre eles, um trabalho bastante motivador foi realizado com *adolescentes infratores institucionalizados*<sup>1</sup>, no qual desenvolvemos técnicas de conscientização e expressão corporal, objetivando melhorar a auto-estima e a reinserção desses adolescentes na sociedade.

---

<sup>1</sup> Oliveira, T. R. B. Fisioterapia em Grupo com Adolescentes Infratores Institucionalizados. Mimeo. 1996

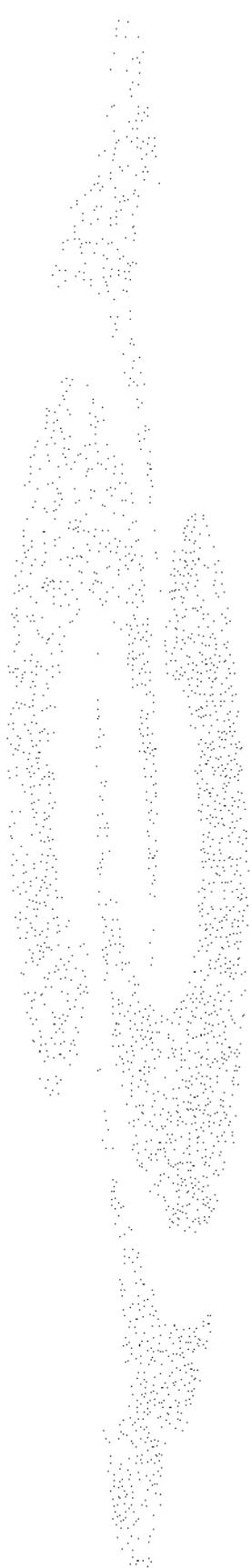
Todas as atividades práticas dessa disciplina ocorrem em campos de estágio extra-universidade, tais como: escolas públicas e privadas, hospitais gerais e psiquiátricos, asilos de idosos etc., onde é possível integrar os alunos do curso de fisioterapia dentro de determinados contextos sociais e realizar um trabalho preventivo nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Então, este trabalho específico nasceu dentro desse contexto e da observação de pacientes psiquiátricos no Instituto Neuro-Psiquiátrico Dr. Maia, na Paraíba.

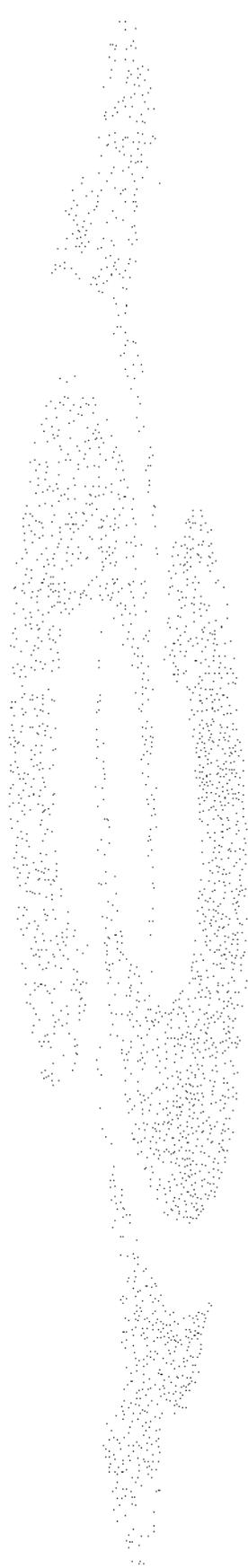
Mas eu diria, para ser mais precisa, que as minhas inquietações em relação à corporeidade surgiram muito antes, quando eu ainda era aluna do Curso de Graduação em Fisioterapia na Universidade Federal da Paraíba, na Capital do Estado. Nesse tempo, eu já me questionava sobre o tipo de formação dos profissionais da saúde denominados fisioterapeutas: seria possível, a partir de uma formação totalmente tecnicista e mecanicista, compreender a dor e a essência do ser humano de que precisaríamos tratar?

Na minha experiência como fisioterapeuta, pude observar que mesmo os pacientes somáticos se beneficiam melhor do tratamento fisioterápico, quando procuramos abordar suas questões emocionais, seus medos e receios, ou ainda, quando tentamos compreendê-los nas mais diversas manifestações do seu sofrimento.

O trabalho que ora apresento representa uma grande perspectiva no meu desenvolvimento profissional, como fisioterapeuta e como docente: o DESAFIO de estudar a CORPOREIDADE de indivíduos que PERDERAM O CONTATO COM A REALIDADE.



***PARTE I***  
***O PROJETO DA PESQUISA:***  
***Apresentação da Idéias Originais e***  
***Metodologia***



***CAPÍTULO 1***  
***IDEALIZAÇÃO DO PROJETO DE***  
***PESQUISA: Justificativa, o Problema,***  
***os Pressupostos Teóricos e os Objetivos***

Na perspectiva de desenvolver um estudo sobre a corporeidade do paciente esquizofrênico crônico hospitalizado, originariamente foi elaborado um Anteprojeto de Pesquisa Científica que se intitulava: "*a biografia individual X a expressão corporal do paciente esquizofrênico*". Este anteprojeto sofreu algumas modificações ao longo do curso das disciplinas do Mestrado, no sentido de melhor adequar os termos utilizados, maior definição quanto aos anseios da pesquisa e escolha da metodologia.

Neste capítulo apresentamos para o leitor os fundamentos básicos do Projeto de Pesquisa que deu origem posteriormente à elaboração do presente trabalho, essa Tese de Mestrado:

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

A Saúde Mental, no contexto atual das Políticas de Saúde, necessita da participação efetiva dos profissionais da equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e educadores físicos na assistência ao doente mental.

A FISIOTERAPIA vem ocupando, cada vez mais, o seu lugar no tratamento das doenças psiquiátricas, através de técnicas de abordagem corporal, que consideram o indivíduo integralmente, compreendendo a sua individualidade, sua história de vida e o seu contexto sócio-cultural, em oposição a trabalhos fisioterápicos dentro de uma concepção tecnicista e mecanicista do corpo.

## **1.2. O (S) PROBLEMA (S)**

Das nossas observações de pacientes esquizofrênicos crônicos internados em Hospitais Psiquiátricos, surgiram as seguintes indagações, às quais tentamos buscar respostas no desenvolvimento deste trabalho:

Quais são as falas e os silêncios do corpo revelados pelo quadro clínico da esquizofrenia?

Quais foram os primeiros sinais expressados pelos pacientes, através do corpo, no desenvolvimento dessa doença?

Qual ou quais os sinais foram mais significativos para que o profissional de saúde, no momento da internação psiquiátrica, pudesse formular a hipótese diagnóstica de esquizofrenia?

De que maneira a história de vida do paciente é representada pela sua expressão corporal?

Quais são as manifestações, ao nível corporal, provocadas pelos medicamentos psicotrópicos nos pacientes esquizofrênicos hospitalizados, a curto, médio e longo prazo?

Quais os resultados que a hospitalização produz a longo prazo na psicomotricidade do paciente esquizofrênico crônico?

### 1.3. PRESSUPOSTOS DA PESQUISA

As observações oriundas da experiência prática, as relações sociais em geral, a própria literatura sobre a corporeidade do ser humano, permitiram-nos formular alguns pressupostos ou parâmetros, que pudessem orientar o nosso trabalho de campo:

· O corpo do ser humano FALA através da *expressão corporal*;

A linguagem não-verbal do corpo é subjetiva, em virtude da história de vida e dos processos de integração do indivíduo no seu contexto sócio-cultural;

Os sintomas da doença psiquiátrica manifestam-se também no corpo, assim como sua evolução e os efeitos dos tratamentos aplicados;

A hospitalização prolongada pode, eventualmente, *provocar alterações* significativas na expressão corporal do paciente psiquiátrico;

O uso prolongado de medicamentos psicotrópicos pode emudecer a linguagem corporal de pacientes psiquiátricos.

## 1.4. OBJETIVOS

### 1.4.1. Geral:

Realizar um estudo qualitativo dos aspectos da linguagem corporal de um grupo de pacientes esquizofrênicos crônicos, internados no *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*, a partir da análise da história clínica, da história de vida e da observação das atividades motoras e expressivas.

### 1.4.2. Específicos:

A) Identificar, nesse grupo de pacientes participantes da pesquisa, as relações entre a **linguagem corporal** e:

1. A *história de vida*, a partir do estudo de documentos que forneçam os subsídios necessários;

2. A *institucionalização psiquiátrica*;

3. O uso prolongado de *medicamentos psicotrópicos*;

B) Reunir subsídios qualitativos sobre a corporeidade dos pacientes esquizofrênicos crônicos hospitalizados, a partir do estudo desse grupo de pacientes;

C) Contribuir para uma melhor adequação das condutas fisioterápicas no tratamento de pacientes psiquiátricos, especialmente dos esquizofrênicos;

D) Fundamentar novas técnicas de intervenção da Fisioterapia em Saúde Mental, o que será objeto de estudos posteriores.

Para viabilizar o trabalho de pesquisa seriam necessários, ainda, alguns estudos sobre as questões *metodológicas da pesquisa científica*, a escolha do método e a repercussão desta escolha na qualidade da investigação, assim como na análise dos resultados. Estas e outras questões são apresentadas no próximo capítulo.



***CAPÍTULO 2***  
***A METODOLOGIA: um longo caminho a***  
***percorrer. As considerações***  
***metodológicas quanto à escolha do***  
***método***

As questões importantes surgidas durante o processo de elaboração do presente trabalho foram: Como escolher o método adequado à viabilização dessa pesquisa? Qual o tipo de abordagem - *QUALITATIVA OU QUANTITATIVA*? Quais as técnicas mais eficientes para a obtenção dos resultados? Estas, entre outras questões, certamente nos levaram à busca de estudos sobre Metodologia de Pesquisa Científica, os quais apresentamos a seguir.

Almeida Filho (1989) aponta que as pesquisas em saúde situam-se entre dois pólos: de um lado, objetivando-se profundidade, os estudos qualitativos; de outro, buscando-se generalidade, os estudos quantitativos. Ele denomina de atitude ingênua do pesquisador, a crença em que uma ou outra abordagem, **qualitativa ou quantitativa**, possa apreender a totalidade do objeto da investigação científica. O autor afirma que o desafio para o futuro é o estudo e a utilização de ambas, buscando simultaneamente o aprofundamento e a generalização.

As correntes de pensamento em psiquiatria, segundo Nunes Filho (1996), têm trilhado diferentes rumos na compreensão do indivíduo mentalmente doente, através de estudos: a) das alterações bioquímicas das doenças mentais; b) dos conflitos psicológicos conscientes e inconscientes (psicanálise); e c) das questões sócio-culturais que envolvem a doença mental (psiquiatria social).

## **2. a. A Pesquisa Qualitativa:**

A pesquisa qualitativa, como possibilidade de investigação científica, surge diante da crise do cientificismo positivista. Chizzotti (1991) vê nessa abordagem científica uma oportunidade de questionar a infalibilidade das ciências e buscar a interpretação dos fenômenos. Para investigar o comportamento humano e social, a pesquisa qualitativa propõe: a) o *método clínico*, cujo objetivo é a descrição do homem em um dado momento, em uma dada cultura; e b) o *método histórico antropológico*, que capta os aspectos específicos dos dados e acontecimentos no contexto em que eles acontecem, em oposição ao método experimental.

As principais orientações filosóficas da pesquisa qualitativa são a fenomenologia e a dialética. A primeira, representada inicialmente: a) pelo *Interacionismo Simbólico da*

*Escola de Chicago* - no qual, a pesquisa deve apreender o sentido social que os indivíduos constroem de suas interações do cotidiano; e b) pela *Etnometodologia* - que busca investigar e compreender o sentido que os próprios atores sociais atribuem aos fatos e fenômenos da sua vida. A segunda, busca valorizar as contradições dinâmicas entre o homem e sua vida social (Ibid.).

Minayo (1994) compreende a metodologia como o caminho e as estratégias adequados para a abordagem da realidade. Acrescenta que nenhuma pesquisa é neutra, seja ela *qualitativa ou quantitativa*, assim sendo, qualquer estudo da realidade tem a norteá-lo um **arcabouço teórico** que informa a escolha do objeto, assim como todos os passos e resultados teóricos e práticos. O pesquisador, na maioria das vezes, segue determinada corrente de pensamento filosófica ou sociológica, mesmo que seja algo inconsciente.

No campo da Saúde, que para Minayo é um *fenômeno social de alta significação*, as principais tendências de interpretação da realidade são: *o positivismo, a fenomenologia e a dialética*.

Os estudos de Denzin & Lincoln (1994) mostram que a pesquisa qualitativa possui cinco momentos históricos: a) *o tradicional* (1900 - 1950), sob o *paradigma positivista*; b) *o modernista ou idade de ouro* (1950 - 1970); c) *a fase indistinta* (1970 - 1986), apresentando *argumentos pós-positivistas*; d) *a crise de representação* (1986 - 1990); e e) *o pós-modernismo* (a partir de 1990) - o momento presente, que é definido por Laurel Richardson como "*uma nova sensibilidade*".

Para esses autores, a pesquisa qualitativa difere da pesquisa quantitativa em cinco pontos significativos:

1. *Utilização do positivismo*: historicamente, a pesquisa qualitativa teve início sob o paradigma positivista, quando então usava métodos rigorosos de investigação;

2. *Aceitação das sensibilidades pós-modernas*: crítica ao método quantitativo (ciência que silencia muitas vozes) - por não valorizar os aspectos da emoção, ética e prática política do pesquisado;

3. *Captação dos pontos de vista individuais*: interpretação da visão de mundo dos atores sociais;

4. *Exame dos acontecimentos simples do cotidiano;*

5. *Possibilidade de ricas descrições.*

Os autores acima citados acrescentam que a diferença básica entre ambas é: a) a pesquisa qualitativa utiliza etnografias, narrativas históricas, fotografias, histórias de vida, materiais biográficos e autobiográficos, entre outros, dando-se o enfoque na primeira pessoa; b) a pesquisa quantitativa utiliza modelos matemáticos, tabelas e gráficos, sendo a abordagem impessoal, na terceira pessoa.

Vivemos, na opinião desses autores, o quinto momento da história da pesquisa qualitativa. Definido e gerado pelo momento anterior, a crise de representação e de legitimação no que diz respeito à presença ativa do pesquisador no campo e aos critérios de avaliação e interpretação dessa abordagem metodológica. No momento atual, surgem novas epistemologias para propor soluções para estes problemas. São também buscadas novas técnicas para o estudo de problemas específicos e situações específicas, cujo objetivo é a maior especificidade do objeto de pesquisa.

Desse estudo, os autores concluem que:

- *cada momento histórico opera no presente;*
- *um emaranhado de escolhas caracteriza agora o campo de pesquisa qualitativa. São muitos os paradigmas, estratégias de investigação ou métodos de análise para extrair e usar;*
- *estamos no momento da descoberta e redescoberta; assim, novas maneiras de olhar, interpretar, argumentar e escrever são debatidas e discutidas;*
- *a pesquisa qualitativa não pode ser neutra ou objetiva, dentro da perspectiva positivista. Classe, raça, gênero e etnicidade orientam os processos de investigação, fazendo da pesquisa um processo multicultural.*

Os estudos de Boltanski (1989) mostram a importância da abordagem qualitativa para a compreensão das representações populares sobre a doença, as intervenções médicas e

o conhecimento popular (mágico) sobre o processo saúde/doença acumulado por várias gerações. No que diz respeito ao conhecimento sobre o corpo, acrescenta Amaral (1994), os diferentes enfoques científicos são formas de apreensão, que têm um grande e único ponto em comum: *"o corpo é sempre o do outro!"* ( p. 249).

## **2. b. A Fenomenologia do Corpo:**

Marinho (1994), abordando sobre o contexto sócio-cultural da expressão corporal, revela:

*"Considerando a totalidade do homem por extensão, se entende sua expressão de vida permeada por um caráter biológico (seu corpo propriamente dito), um caráter psicológico (seus níveis de consciência e inconsciência) e um caráter sociológico (contexto sócio-cultural) interligados e interrelacionados, constituindo a fragmentação deste todo em partes a formas incompletas de compreensão do ser humano" (p. 10).*

Le Breton (1991), percebe o corpo como um instrumento a partir do qual as atividades e as relações com o meio social são veiculadas; mas esse corpo está submetido a *normas sociais* anteriores à própria existência do indivíduo, tendo como consequência um *controle* permanente deste indivíduo *sobre a natureza da sua expressão*, da sua espontaneidade. Por isso, a sua expressão revela não apenas a sua essência individual, mas as regras sociais a que está submetido; a sua expressão é, na maioria das vezes, *antinatural, contida e constrangida*.

Os estudos sobre a corporeidade humana devem buscar apreender a dimensão temporal e a dimensão espacial do homem. Sobre isso, acrescenta Nunes Filho (1996):

*"O tempo no homem é bem mais complexo e não permite a simplificação que separa o passado do presente e do futuro. Cada momento do nosso presente tem um envolvimento com o passado e se constitui como uma antecipação do futuro. O homem vive realmente, em cada instante, esses três tempos"...*

*"Vivemos igualmente em três espaços. O mais íntimo é o das nossas emoções, pensamentos e desejos que deslizam em permanente insatisfação. Temos, além disso, o*

*espaço peculiar do nosso corpo. É o espaço que temos e somos ao mesmo tempo. Sentimo-lo constantemente nas batidas do coração, nos movimentos respiratórios, nos processos digestivos e em numerosos outros fenômenos do acontecer corporal ... O terceiro espaço é o econômico-sócio-cultural: conjunto de todas as relações significativas com as pessoas do mundo que nos cercam, os sucessos e fracassos, os encontros e desencontros" (p. 10).*

Para a apreensão da realidade, nesse trabalho de investigação científica sobre a corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos institucionalizados, optamos pela perspectiva fenomenológica.

O método fenomenológico, fundado por Edmundo Husserl (1859 -1938), *significa o que aparece*. Tem como referência a *intuição intelectual e a descrição do intuito, ou conhecimento direto*. A busca do *significado* é o pressuposto teórico da fenomenologia: *o estudo do fenômeno em si*. Considerando-se, como o faz Nunes Filho (Ibid.), que o corpo do homem sofre na sua *estrutura simbólica* (a base ou infra-estrutura) e na sua *estrutura social* (superestrutura):

*"as ameaças de todo o sistema de suas relações significativas. O simbólico característico do homem faz a grandeza do gênero humano e a carga permanente do corpo onde tende a descarregar suas ansiedades" (p. 11).*

Minayo (1996) faz uma crítica, a partir da análise de outros autores, sobre a abordagem fenomenológica na pesquisa qualitativa:

*"Há um curioso desconhecimento dos fenômenos estruturais e uma ausência de discussão sobre as questões do poder, da dominação, da força, da estratificação social"*

*"para os fenomenólogos, são os pequenos grupos como a família, as entidades religiosas, as associações voluntárias, os responsáveis pela identidade dos indivíduos, pela sua estabilidade e por seu sistema de significados, na medida em que os integram uma visão de mundo compartilhada" (p.58).*

O método fenomenológico foi introduzido em Psiquiatria por Karl Jaspers (1883 - 1969) em 1913, influenciando o pensamento psiquiátrico a partir da segunda metade do

século XX; Schneider, outro importante fenomenologista, realizou estudos nos quais buscava descrever as experiências vividas pelos pacientes.

Binswanger (1881 - 1966), segundo Sivadon (1996), é o iniciador de uma psicopatologia do corpo: "*uma psicopatologia na qual o corpo está implicado de maneira privilegiada*". O corpo vivenciado revela toda uma *vivência corporal*, um conjunto de experiências engajadas num processo de *continuidade*. O *corpo esquizofrênico* é um corpo que representa *quebras importantes* nesse processo, apresenta-se isolado da *continuidade do si*.

Eugène Minkowski (1885 - 1972), a partir de 1922, trouxe contribuições à fenomenologia psiquiátrica, cuja apreensão da corporeidade situa o corpo como eixo fundamental para o contato com a realidade.

Paul Schilder (1886 - 1940) publicou, em 1923, *O Esquema Corporal, contribuição ao estudo da consciência do corpo próprio*; em 1935, *A Imagem do Corpo*, considerado um livro clássico para o estudo da corporeidade até os dias atuais. Schilder considera a *libido* como sendo o *eixo do corpo*, e que, quando ocorrem falhas nesse eixo, estas *desestruturam* a personalidade corporal. Mas, para ele, a estrutura libidinal e de amor do corpo se faz frente aos outros: no social.

Sivadon (Ibid.) menciona a abordagem fenomenológica de dois trabalhos contemporâneos<sup>1</sup>: a) Tatossian (1982): *A fenomenologia do corpo* (in: *o corpo em psiquiatria*), no qual o autor diferencia *o corpo que tenho e o corpo que sou*; b) Pankow (1982), lembra a importância do *simbolismo do corpo*, pois "*laços dinâmicos ligam partes do corpo ao corpo total*" e ainda: "*As zonas de desestruturação na imagem do corpo de psicóticos e em certas doenças psicossomáticas correspondem às zonas de destruição na estrutura familiar dos doentes*", posto que a *imagem do corpo é integrada* como um conjunto de *elementos constantemente reestruturados*. A função essencial da corporeidade é o sentir (p. 187).

---

<sup>1</sup> Le corps en psychiatrie (sob a dir. de E. Jeddi), Paris, Masson, 1982.

## 2. c. As Técnicas Qualitativas:

A pesquisa qualitativa apresenta algumas possibilidades de estudo e apreensão da realidade, cujo objetivo é "*reunir um volume de informações, de dados originais e relevantes, não filtrados por conceitos operacionais, nem por índices quantitativos*" (Chizzotti, 1991).

As técnicas qualitativas mais utilizadas são: 1) a *Observação Participante*; 2) a *História ou Relatos de Vida*; 3) a *Análise de Conteúdo*; 4) a *Entrevista Não-diretiva ou Abordagem Clínica*; 5) o *Teatro da Espontaneidade*; 6) o *Jogo dos Papéis*, entre outras.

No nosso trabalho de pesquisa de campo utilizamos a *História de Vida*, a *Observação Participante* e a *Análise de Conteúdo*, em combinação com outras técnicas importantes, como a *Pesquisa Documental* e a *Avaliação Psicomotora* dos pacientes da amostra.

### 2. c. 1. A História de Vida:

Para Chizzotti (Ibid.), a *História de Vida* é um instrumento que privilegia a coleta de informações contidas na vida pessoal do indivíduo. Ela pode ter: 1) A *Forma Biográfica* tradicional - memórias, crônicas etc; 2) A *Forma autobiográfica* - o próprio autor relata suas percepções, seus sentimentos, e sua experiência de vida; 3) A *Psicobiográfica* - "*onde o autor se situa no interior de uma trama de acontecimentos aos quais atribui uma significação pessoal e diante dos quais assume uma posição particular*" (p.95).

Minayo (1996) apresenta dois tipos de Histórias de Vida:

1. A *História de Vida Completa*, que recobre todo o conjunto da experiência vivida por uma pessoa, um grupo ou uma instituição; e
2. A *História de Vida Tópica*, que dá ênfase a determinada etapa ou setor da vida pessoal ou de uma organização.

A autora acrescenta que a História de Vida pode ser escrita ou verbalizada; deve existir interação constante entre o pesquisador e o informante, uma vez que "*combina observação, relatos introspectivos de lembrança e relevâncias e roteiros mais ou menos centrados em algum tema*" (p. 126).

Os estudos sobre a doença e a história individual realizados por Foucault (1975) mostram os processos de formação da angústia como os fundamentos básicos para o desenvolvimento das patologias mentais; a angústia representa um elo de ligação entre a evolução psicológica e a história individual, unindo o passado e o presente, situa-os e atribui-lhes um sentido. A doença, então, desenvolve-se como um círculo vicioso, em que o indivíduo, tentando se proteger do passado, angustia-se na vivência do próprio presente.

### **2. c. 2. A Observação Participante:**

A Observação Direta ou Participante foi introduzida pela Escola de Chicago na década de 20. É uma técnica que procura obter os dados a partir do contato direto com o fenômeno estudado, para recolher as *representações* que os indivíduos fazem desses fenômenos. Objetiva uma descrição detalhada dos componentes de uma situação: "*os sujeitos em seus aspectos pessoais e particulares, local e suas circunstâncias, o tempo e suas variações, as ações e suas significações, os conflitos e a sintonia de relações interpessoais e sociais, e as atitudes e os comportamentos diante da realidade*" (Chizzotti, *Ibid.*, p. 90).

As premissas metodológicas da Observação Participante de determinado fenômeno, segundo Minayo (*Ibid.*, p. 157) são:

- 1. A necessidade de preparação teórica;*
- 2. A relativização das hipóteses frente às evidências do campo;*
- 3. A necessidade de integração do pesquisador ao campo para a apreensão qualitativa da realidade;*
- 4. uso de instrumentos adequados para a seleção e apreensão dos dados.*

### **2. c. 3. A Abordagem Clínica ou Método Clínico:**

A *Entrevista Não-Diretiva ou Abordagem Clínica* pressupõe uma coleta de informações baseadas no discurso livre do entrevistado. Nesse tipo de entrevista, segundo Chizzotti (*Ibid.*), o entrevistador deve estar atento às "*interações verbais e não-verbais e, na*

*compreensão do contexto das ações do informante, vai recolhendo os dados que o conduzem à progressiva elucidação do problema, à formulação e à confirmação de suas hipóteses" (P. 93).*

A Avaliação Psicomotora possibilita o estudo e a compreensão da corporeidade do paciente em virtude das alterações psicomotoras provocadas pela patologia.

Segundo Masson (1985), o *Exame Psicomotor* assemelha-se ao exame neurológico:

*"...porque vão ser sucessivamente testadas as diferentes funções do Sistema Nervoso, como as estruturas responsáveis pela regulação tônica da motricidade, seja ela reflexa ou mais complexa, e que governam a sensibilidade, a sensorialidade, a afetividade e as funções superiores" (p. 58).*

Normalmente, a Avaliação Psicomotora examina o tônus: o tônus de base, o de sustentação ou postural e o de ação ou de movimento. Existem inúmeros testes psicomotores propostos por vários autores, entre eles Ozeretzki, Guilmain, Kulman, Isard, Simon, Gesell, entre outros. A maioria desses testes são indicados para a avaliação de crianças e adolescentes. No nosso estudo, estivemos utilizando apenas alguns itens do exame psicomotor, adaptando-o às possibilidades de avaliação psicomotora do paciente psicótico. A observação da atividade espontânea, para nós, é de fundamental importância, visto que as atividades desenvolvidas e as experiências vividas pelo paciente são ricas em revelações.

#### **2. c. 4. Análise Qualitativa dos Dados:**

A *Análise de Conteúdo* é uma técnica de tratamento e análise ou interpretação de dados na Pesquisa Qualitativa. Pode ser utilizada para analisar textos escritos ou qualquer outra forma de comunicação - oral, visual, gestual.

Para Chizzotti (Ibid.), o objetivo da Análise de Conteúdo é "*compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas*" (p. 98).

A Análise de Conteúdo, para Minayo (Ibid.), atinge um nível mais aprofundado na interpretação dos significados manifestos, relacionando *estruturas semânticas*

(significantes) com *estruturas sociológicas* (significados) dos enunciados. Chizzotti (Ibid.) acrescenta que a escolha do procedimento mais adequado depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador.

Apresentamos a seguir, de forma resumida, algumas técnicas de Análise de Conteúdo descritas por Minayo (Ibid.):

1. *Análise de Expressão*: parte do pressuposto que existe uma correspondência entre o tipo de discurso e as características do locutor e do seu meio. Faz-se necessário o conhecimento dos traços pessoais do autor da fala, assim como suas características sócio-culturais;

2. *Análise das Relações*: "*analisa o texto através de dois mecanismos: a) a Análise de Co-Ocorrências - procura extrair de um texto as relações entre as partes de uma mensagem e assinala a presença simultânea (co-ocorrência) de dois ou mais elementos na mesma unidade de contexto*" (p. 205); e b) a *Análise Estrutural* - trabalha com o conjunto de relações que estruturam o texto, signos e significações, de maneira invariante e independente dos elementos;

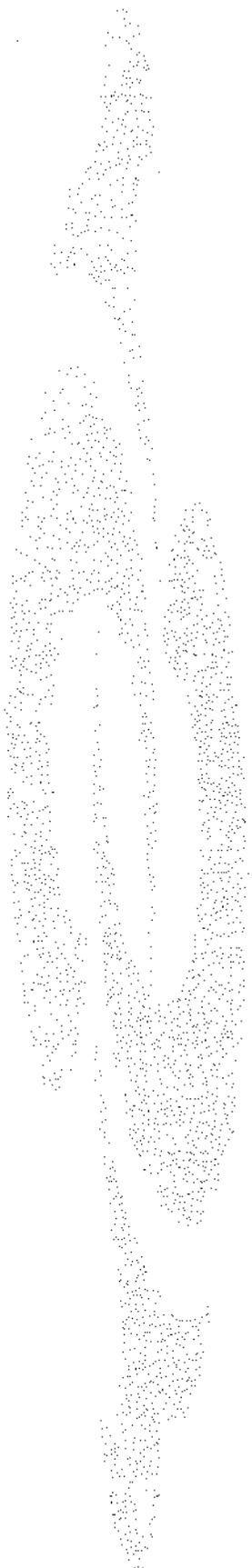
3. *Análise de Avaliação ou Representacional*: objetiva o estudo das atitudes, as reações sob a forma de opiniões ou de atos do locutor quanto aos objetos de que fala - pessoas, coisas acontecimentos etc. O pressuposto dessa técnica é que a linguagem reflete quem a utiliza; a atitude é o conceito básico da Análise Avaliativa;

4. *Análise de Emunciação*: estuda o texto a partir: a) das condições de produção da palavra; b) do universo do discurso e suas modalidades, tais como: análise sintática, análise lógica (estudo do arranjo do discurso), análise dos elementos formais atípicos (silêncios, omissões, ilogismos etc), realce das figuras de retóricas;

5. *Análise Temática*: procura descobrir os núcleos de sentido que caracterizam o conjunto dos elementos de uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo dentro da mensagem enunciada. A técnica de Análise Temática desenvolve-se em três etapas: a) a *Pré-Análise*; b) a *Exploração do Material*, e c) *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*.

Independentemente das técnicas escolhidas pelo pesquisador, os dados qualitativos devem ser validados segundo alguns critérios:

- **FIABILIDADE:** os dados não podem depender das análises meramente ideológicas do pesquisador;
- **CREDIBILIDADE:** deve-se garantir a qualidade do material quanto à exatidão e quantidade das observações efetuadas;
- **CONSTÂNCIA INTERNA:** independência dos dados em relação à acidentalidade e ocasionalidade;
- **TRANSFERIBILIDADE:** possibilidade de estender as conclusões a outros contextos.



***CAPÍTULO 3***  
***OS RECURSOS METODOLÓGICOS***  
***UTILIZADOS***  
***Procedimentos Técnicos***

### **3. 1. O LOCAL DA PESQUISA:**

A pesquisa de campo foi realizada no SERVIÇO DE SAÚDE "DR. CÂNDIDO FERREIRA", Sousas - Campinas - SP , no período de abril/98 - novembro/98.

### **3. 2. SUJEITOS DA PESQUISA:**

Para viabilizar este trabalho de investigação científica, tomamos um grupo de 15 pacientes esquizofrênicos adultos crônicos da ALA DOS MORADORES do Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira", dentre os quais, 08 mulheres e 07 homens; sendo este um número representativo para a amostra (de acordo com os dados fornecidos pela instituição):

CID 295, 3/0 - 24 pacientes (11,11%)

CID 295, 0/5 - 21 pacientes (9,72%)

CID 295, 6/4 - 17 pacientes (7,87%)

### **3. 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

Os participantes do presente estudo deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão:

- diagnóstico de esquizofrenia (não necessariamente uma forma específica da doença);
- idade atual, num mínimo de 30 e num máximo de 60 anos;
- evidência de que o paciente é um enfermo crônico;
- vontade de participar do estudo;

- consentimento do paciente, da família ou da instituição.

### **3. 4. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:**

- evidência de doença neurológica ou retardo mental.

### **3. 5. O MÉTODO:**

Quanto ao tipo de pesquisa, optamos pela *ABORDAGEM QUALITATIVA FENOMENOLÓGICA*, utilizando o *MÉTODO CLÍNICO*.

### **3. 6. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS:**

#### **3. 6. 1. Instrumentos Metodológicos da Pesquisa:**

Para a coleta de dados utilizamos a combinação de algumas técnicas ou instrumentos de investigação: Pesquisa Documental, História de Vida, Observação Participante, Observação Clínica.

- **A Pesquisa Documental:** elaboramos uma Ficha de Avaliação (vide anexo 1), onde é possível identificar o paciente, a instituição e os documentos do prontuário que estão sendo estudados, a fim de resgatar e compreender a história da sua patologia.

- **A História de Vida:** objetivando colher dados sobre a história individual desse grupo de pacientes, elaboramos um *Roteiro de Entrevista em Saúde Mental*, de questões abertas, no qual buscamos estudar algumas fases do desenvolvimento da pessoa humana, como: infância, adolescência e vida adulta, contextualizando essas fases com o desenvolvimento da patologia (vide Anexo 2).

- **Observação Participante:** os pacientes seriam observados no seu cotidiano, em atividades do seu dia-a-dia: "*Processo pelo qual mantém-se a presença do observador*

*muma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica*" (Minayo, 1994: 134). Cada paciente foi observado individualmente ou em grupos de atividades propostas pela instituição ou pela pesquisadora. As observações foram registradas na *Ficha de Observação Participante*, onde foi possível identificar o paciente, o dia, hora, local e situação em que era realizada a observação (vide Anexo 4).

- **Observação Clínica:** para a avaliação clínica desses pacientes, quanto aos critérios da psicomotricidade, foi elaborada uma *Ficha de Avaliação Psicomotora* que pudesse ser aplicada a pacientes psicóticos (vide Anexo 3).

### **3. 6. 2. Procedimentos Metodológicos da Pesquisa**

Quanto aos procedimentos metodológicos, planejamos a pesquisa de campo para ser realizada em etapas sucessivas ou concomitantemente:

#### **Etapa Preliminar: EXPLORAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA:**

Realizada no período de maio/97 a novembro/97, conforme mostra o cronograma de atividades. Nesta etapa observaram-se os seguintes passos:

- Carta de apresentação do Orientador - Prof. Dr. Cláudio Fernandes ao Diretor da Instituição;
- Apresentação do anteprojeto de pesquisa à direção da Instituição;
- Interesse da Instituição em participar da pesquisa;
- Realização de estágio na Instituição de 20 horas semanais;
- Estudo de Caso: Paciente A. S.;
- Dados fornecidos pela Instituição relativos ao número de pacientes internos/CID em 1997.

### **Primeira Etapa: A PESQUISA DOCUMENTAL**

Realizada no período de abril/98 a maio/98, nas Unidades denominadas *Casa Branca e Paraíso*, consistiu do estudo dos prontuários desse grupo de pacientes e da transcrição de dados importantes para a compreensão da evolução do quadro clínico desses pacientes, ao longo da história clínica (história do desenvolvimento da doença).

### **Segunda Etapa: HISTÓRIAS DE VIDA DOS PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS EM ESTUDO:**

- Entrevista aberta: aplicação do anexo 2, utilizando-se ou não de aparelho de gravação. Esta etapa foi realizada no período de maio/98 a Julho/98;

- a) com o paciente;

- b) com parente mais próximo e/ou responsável pelo paciente;

### **Terceira Etapa: ESTUDO DA EXPRESSÃO CORPORAL DO GRUPO DE PACIENTES:**

Esta etapa foi realizada no período de Julho/98 a novembro/98, incluindo:

- **Observação participante:** realizada pela percepção da pesquisadora junto aos pacientes em programas de atividades oferecidas pela instituição. Estas observações foram anotadas na Ficha de Observação Participante, Anexo 4, porém os pacientes estudados não puderam ser filmadas ou fotografadas, com o intuito de sua preservação;

- **Observação clínica:** foram realizadas avaliações psicomotoras em local reservado ao pesquisador e paciente, geralmente na sala de avaliação e tratamento fisioterápicos. Pensamos, no início, em utilizar aparelhos para registrar imagens, tais como filmadora ou máquina fotográfica. Diante da impossibilidade apresentada, utilizamos apenas a Ficha de Avaliação Psicomotora, Anexo 3.

### 3.7. ANÁLISE DOS DADOS:

Utilizamos para análise dos dados algumas técnicas da *ANÁLISE DE CONTEÚDO*, tais como: *análise de expressão, análise das relações e análise temática* (vide *Análise Qualitativa dos Dados*), pelas possibilidades de melhor apreensão do material colhido no Campo da Pesquisa. Esta etapa da pesquisa foi realizada no período de novembro/98 a fevereiro/99.

### 3.8. CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES:

Dentro dos prazos propostos pela Faculdade de Ciências Médicas - Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental - para o curso de disciplinas, elaboração e execução do projeto de pesquisa (a partir do anteprojeto apresentado no período da seleção), e demais atividades do Curso de Mestrado em Saúde Mental, planejamos realizá-las dentro dos seguintes prazos:

**Tabela 3.1. Atividades referentes ao Curso de Mestrado**

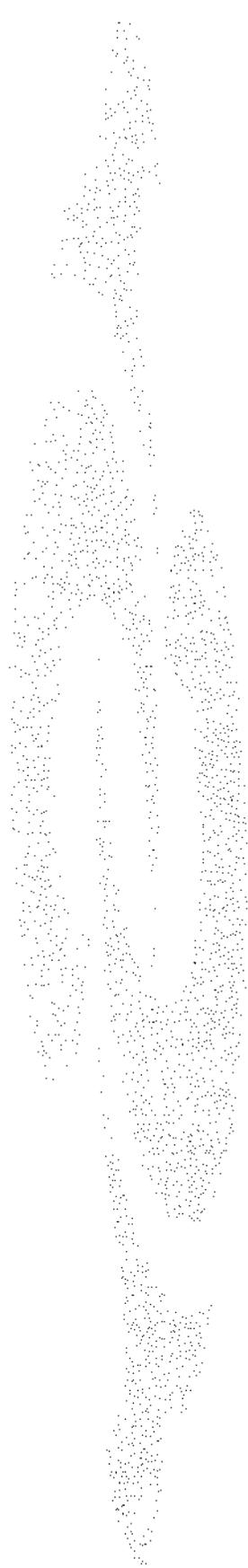
atividade	início	término
Curso de Disciplinas	março/97	março/98
Exploração do campo de pesquisa	maio/97	novembro/97
Elaboração do projeto de pesquisa	julho/97	janeiro/98
Qualificação do Projeto	abril/98	
Levantamento Bibliográfico	jul/97	dez/97
Coleta de Dados	abril/98	nov/98
Análise dos Resultados	nov/98	fev/99
Discussão e Redação	março/98	agos/99
Preparativos finais e Defesa	set/99	dez/99

Fonte: Projeto de Pesquisa, 1997

**Tabela 3.2. Cronograma da Pesquisa de Campo**

	abril	maio	junho	julho	agosto	set.	out.	nov.	dez.
Etapa Preliminar	97	97	97	97	97	97	97	97	
Primeira Etapa	98	98							
Segunda Etapa		98	98	98					
Terceira Etapa				98	98	98	98	98	

Fonte: Projeto de Pesquisa, 1997.



***PARTE II***  
***A QUESTÃO DA CORPOREIDADE***  
***NA DOENÇA MENTAL:***  
***Considerações teóricas sobre o tema***



***CAPÍTULO 4***  
***CONCEPÇÕES TEÓRICAS DA***  
***DOENÇA MENTAL***  
***A análise de Pessotti***

Os sintomas psíquicos provocam, de certa forma, alterações significativas nas relações do indivíduo com o seu meio social. A doença mental, diferente das doenças somáticas que acometem o corpo diretamente, faz-se revelar, ainda que indiretamente, através da expressão corporal que, nesse caso, é a expressão do conflito psíquico.

O corpo, no contexto da doença mental, tem revelado ao longo da história, a expressão, tanto do processo mórbido psíquico, quanto das intervenções terapêuticas a ele propostas em períodos distintos.

Historicamente, a doença mental tem sido motivo de estudos não só de médicos e paramédicos, como também de filósofos, curandeiros, religiosos etc.

Podemos afirmar, como o faz Pessotti (1994), que a história da doença mental ou "loucura", confunde-se, em termos genéricos, com a história da espécie humana, considerando a doença mental como sendo "*a perda das capacidades racionais ou da falência do controle voluntário sobre as paixões*" (p. 7).

Situando a "loucura" em períodos distintos, o trabalho acima citado aponta algumas concepções teóricas no que diz respeito à compreensão e conceituação desse fenômeno ao longo dos séculos.

Os períodos considerados pelo autor são:

1. *A Antiguidade Clássica*, através do estudo das Obras de Homero, Ésquilo, Eurípides e Galeno;
2. *Os séculos XV e XVI*, através de escritos importantes de exorcistas que retratam uma doutrina demonista da loucura;
3. *Os séculos XVII e XVIII*, pelo estudo de textos que caracterizam o enfoque médico da alienação mental;
4. *O Século XIX*, através do estudo de textos representativos da psicopatologia do período.

No período que antecedeu o século V a. C. , na antiguidade grega, não existia ainda uma concepção estruturada da natureza humana. Pessotti considera que havia uma idéia fragmentária ou inarticulada e, de certa forma, até contraditória: "*A concepção homérica das decisões do homem é que estas são instrumentalizadas pela divindade e seus agentes, são frutos dos caprichos dos deuses*" (p. 15)... Nesse caso, "*qualquer descontrole mental é produto de alguma interferência sobrenatural, das Eríneas ou dos deuses*" (p. 16). Para Homero tudo é determinado. Os textos de Ésquilo e Sófocles reforçam a idéia de que a etiologia da "*loucura*" é mitológica. A Até\*, para os autores trágicos, é entendida como castigo imposto ao homem pela transgressão às leis e à ordem estabelecidas pelos deuses. Os personagens analisados pelo autor apresentam duas formas distintas de "loucura": a mania e a melancolia.

Em Eurípides (ainda um autor trágico, pós-homérico), surge a idéia dos conflitos internos entre a paixão e a norma social, entre a razão e o instinto.

Hipócrates (444 a C) inaugurou a concepção organicista da loucura. O século V a C caracterizou-se como "*época de exaltação da racionalidade como critério de verdade*" (p.51). Embasada nas idéias filosóficas de Empédocles, na qual o universo natural era composto por quatro elementos: calor, frio, secura e umidade; a loucura hipocrática passa a ser uma conseqüência de disfunções humorais, pois "*essa natureza se estende no corpo humano sob a forma de quatro humores fundamentais: sangue, pituita, bilis amarela e bilis verde (ou atrabilis). A saúde é a harmonia no sistema de humores e o equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo*". O cérebro é o órgão afetado, existindo nessa concepção teórica uma recusa do *caráter sagrado* da "loucura", contrapondo-se, assim, ao pensamento da tragédia grega, principalmente ao de Eurípides, que se fundamentava numa concepção psicológica da doença mental. Com Hipócrates nasce a "*concepção médica da loucura*" e o "*método clínico*" em medicina.

---

\* até: um estado de descontrole mental, produzido por alguma divindade, uma potência demoníaca, sempre sobrenatural. Também considerada: agente intermediário, que perturba o entendimento, e então a opção pelo erro é inevitável, porém é a divindade (Zeus) que conduz todas as coisas a seus resultados.

Platão (427 - 3384 a C), em suas *Obras (Timeu e República)*, entende a loucura como sendo um desarranjo na boa ordem entre as partes do sistema da *Psyche*, sendo esta formada por três almas: uma racional, *logistikon*; outra afetivo-espiritual, *thumoeides* e a terceira, a apetitiva, *epithumetikon*. Estas três almas constituem a parte essencial do ser humano, *o homem em si*.

Aristóteles (384 - 322 a C) crê em duas partes da alma: *a racional e a irracional*. Alguns autores sucederam o pensamento aristotélico. São eles: Teofrasto, Erasístrato e Herófilo, Straton de Lâmpsaco, Plotino, Porfirio e Jámblico, Celsus, Areteu da Capadócia, Soramus de Éfeso, Aureliano, entre outros. Esses médicos e filósofos contribuíram para a formação dos primeiros conhecimentos anátomo-fisiológicos do ser humano, assim como do cérebro e sistema nervoso, além das teorizações acerca da doença mental dessa época.

Galeno (131 - 200 d C), segundo Pessotti, *um nome célebre da medicina grego-romana*, apresentou, em seus escritos sobre a doença mental, então chamada *phrénitis*, *phrénesis*, *mania*, *melancolia*, *delírio*, *desatino*, *desvario*, *alucinação*, ou propriamente *loucura*, as suas idéias sobre a alma: a *racional*, no cérebro: a *irascível*, situada no coração e a *concupiscível*, localizada no fígado (p. 69). Foi o precursor da concepção dualista do homem: *mente-corpo ou alma-corpo*. Para ele a doença mental é resultado de alterações nos humores e intempéries dos órgãos; a *mania* é produzida por humores quentes, derivados da bilis amarela; a *melancolia*, por humores frios, da atrabilis ou bilis negra.

Então, no final do século II d C, podem-se observar três perspectivas da doença mental, a partir da análise de Pessotti:

- como se fosse obra da intervenção dos deuses;
- como produto dos conflitos passionais dos homens, mesmo que permitido ou imposto pelos deuses;
- como efeito de disfunções somáticas, causadas, eventualmente, e sempre de forma imediata, por eventos afetivos (p. 78).

A doutrina demonista da loucura constitui a associação ou identificação desta à possessão diabólica e marca a concepção medieval da psicopatologia. Inicia-se com os escritos dos Padres Apostólicos (desde os da *Acta Apostolorum* as *Epístolas* dos primeiros séculos), e a partir do século IV, destacam-se os textos de Agostinho, e Tomás de Aquino (*Summa Teológica*). Os escritos desse período, diz Pessotti, espalharam o terror dos demônios, com suas múltiplas formas de atuação, além de favorecerem as perversidades dos procedimentos inquisitoriais contra os que fossem considerados *possuídos* (enfeitados), ou contra os que agiam em seu nome, como as bruxas e feiticeiros, perseguidos e torturados pelas autoridades eclesiásticas nos séculos XV e XVI.

Descartes, no século XVII, introduz o conceito de *spíritus* (sopro, hálito, emanação, vento), como sendo "*partículas muito sutis do sangue*" (p. 128).

Thomas Willis (1622 - 1670), estudando o processo de produção dos delírios (sintoma mais genérico da "loucura"), crê que esta seja, basicamente, uma agitação dos espíritos (p. 129).

Afonso Borelli (1608 - 1679), através da *Teoria Iatromecânica*, acentua a concepção organicista da loucura, que é entendida como resultado de processos hidráulicos e mecânicos no interior do organismo.

O Século XVIII é caracterizado, segundo Pessotti, pela pluralidade de linhas de pensamento. Acrescenta: "*a psicopatologia do Século XVIII apresenta-se evidentemente desnorteada; pelo apego a uma visão organicista da etiologia, sem apoio numa sólida fundamentação experimental da fisiologia nervosa*" (p. 134).

No Século XIX, a Psiquiatria institui-se como Ciência, cuja tarefa principal é descrever os quadros clínicos e as evoluções clínicas, e possibilitar um *esquema* indispensável à *observação, diagnóstico e prognóstico* dos distúrbios mentais. Diz Ey (1996):

*"...a medicina, para se apoderar deste aspecto tão desconcertante da patologia, teve que se armar da noção de doença dos órgãos e das funções, antes de considerar a doença mental como um tipo todo especial de doença que altera o homem em seu*

*psiquismo, isto é, em sua humanidade, ou, se quisermos, em sua coexistência com o outro e na construção do seu mundo" (p. 57).*

O *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental* ou *Traité*, de Pinel (1801), inaugura a Psiquiatria como especialidade médica: propõe, como *método diagnóstico*, a *observação sistemática* da conduta dos doentes mentais. O critério básico de definição é a *lesão do intelecto e/ou da vontade*, e reconhece as formas clássicas de "loucura": *mania, melancolia, demência e idiotia*. O conceito de alienação mental de Pinel engloba:

1. Alteração da sensibilidade física;
2. Alteração da percepção dos objetos;
3. Alteração da memória e da associação das idéias;
4. Prejuízos na faculdade de julgar ou no juízo.

A *causa* da doença mental para Pinel é a *Imoralidade*, por isso propõe o *Tratamento Moral*. Reconhece alguns fatores etiológicos da alienação mental:

- caráter hereditário (algumas doenças);
- educação inadequada (excesso de castigos e "*complacência frouxa*" a todos os caprichos);
- "*desregramentos no modo de viver*", instabilidade do modo de vida (nesse caso, confundindo sintoma como causa);
- "*paixões ardentes*".

Esquirol (1816) foi sucessor de Pinel. Outros autores como Beaugrand (1865), Cameil (1876), contribuíram quanto aos critérios de classificação da doença mental.

Cotard (1879), em seu artigo "*Loucura*" (*Folie*), é considerado por Pessotti como um precursor das idéias e conceitos da teoria psicodinâmica do Sec. XX. Acrescenta:

"Assim, a teoria da loucura no final do século passado, pelo que se pode depreender dos textos referidos, reflete o conflito entre um modelo organicista clássico e um modelo médico-biológico, e no qual o fulcro da etiologia não são as paixões (enquanto vivências afetivas exacerbadas ou frustradas, como as via Eurípides, por exemplo), mas lesões à necessidade biológica de prazer" (p. 201).

Conclui Pessotti que o legado do Século XIX é a observação do comportamento humano, como método clínico, que tem como consequência, mudanças conceituais importantes na psicopatologia do Século XX (P. 202).

No início do Século XX, para a compreensão da doença mental, temos duas importantes contribuições, segundo Nunes Filho (1996): Emil Kraepelin (1856 - 1926) e Sigmund Freud (1856 - 1939). O primeiro, diferenciou a *demência precoce* (depois denominada esquizofrenia) da *doença maniaco-depressiva* (transtorno do humor), a partir da prática clínica com base na observação e na evolução; o segundo, em 1900, publicou o livro "*A Interpretação dos sonhos*", que representou considerável progresso à compreensão da mente humana no campo psicológico, revelando o mundo inconsciente, e vindo a influenciar todo o pensamento deste século de forma marcante.

A psiquiatria dinâmica, fixada por Ellenberger, a partir das idéias freudianas (descoberta da estrutura do inconsciente e seu papel patogênico), é um movimento caracterizado por concepções psicogênicas ou psicodinâmicas da doença mental em oposição à concepção orgânica, anatomopatológica, que se prolonga-se até os dias atuais.

Ainda na primeira metade do Século XX, foram desenvolvidos diversos tratamentos biológicos. A grande revolução no pensamento psiquiátrico foi a introdução, em 1952, da *Clorpromazina* (neuroléptico antipsicótico) pelos franceses Delay e Deniker. Continua Nunes filho (Ibid.): "*a introdução de medicamentos eficazes para o tratamento de muitos dos transtornos mentais - ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, eutímicos etc. - permitiu que a psiquiatria e os seus padecentes abandonassem a sombra em que viviam e retornassem à sociedade*" (p. 3), tendo como consequência a redução das internações psiquiátricas de pacientes psicóticos, assim como a melhoria da qualidade de vida para pacientes ansiosos, depressivos ou fóbicos.

A psiquiatria moderna, para Ey (1996), oscila entre duas tendências: a) considerar a doença mais que o doente; b) considerar o doente mais que a doença. Essa contradição é, na opinião do autor, a base de sua existência: *"estabelecer o diagnóstico de um tratamento das doenças mentais consideradas, ao mesmo tempo, como anomalia da organização psíquica, efeito das condições orgânicas que lhe impõem uma forma semiológica e evolutiva, e como expressão de forças inconscientes liberadas"* (p. 60)

É precisamente neste contexto atual da psiquiatria contemporânea, nessas perspectivas de compreensão da doença mental, que procuramos desenvolver o presente estudo sobre a corporeidade de pacientes esquizofrênicos.

No próximo capítulo apresentaremos algumas teorizações sobre a corporeidade encontradas na literatura.



***CAPÍTULO 5***  
***A LINGUAGEM CORPORAL***  
***Teorizações sobre a expressividade***  
***corporal humana e construção do***  
***Objeto de Estudo***

A concepção do corpo do final do século XIX, que inicialmente estruturou as teorizações das práticas médicas, psicopatológicas e psicossomáticas do século XX, está se modificando consideravelmente neste final de século.

Para Sivadon (1988), "*o corpo é o local das experiências próprias, o local de ancoragem do ego e da personalidade*". Para ele, o corpo humano está intrinsecamente envolvido nas emoções que produz. Sistema primitivo de comunicação, as emoções revelam através do corpo, tanto as ligações como as rupturas com o meio ambiente e com o meio social.

Nessa perspectiva de estudo e compreensão do corpo, a linguagem corporal adquire uma certa importância para a compreensão do homem de uma maneira mais complexa, como também do seu processo de adoecer.

Compreendemos por linguagem corporal, a linguagem expressiva das emoções, uma linguagem mais sutil e verdadeira do que a própria linguagem verbal.

Propomos, neste capítulo do nosso estudo, uma possibilidade de compreensão da linguagem corporal a partir da ótica de alguns autores que nos deram contribuições significativas a respeito desse tema. Abordaremos termos distintos utilizados no estudo da linguagem corporal como: *expressão corporal, corporeidade, linguagem dos sintomas*, como veremos a seguir.

## **5.1. A EXPRESSÃO CORPORAL**

A expressão corporal, para Marinho (1994:10), é o resultado das relações entre indivíduos e seu meio ambiente e caracteriza-se por ações e gestos, variáveis em função de suas histórias de vida dentro de um contexto sócio-cultural. Essas relações são traduzidas em gestos conscientes e inconscientes, mímicas, expressões de emoção e afeto, resultantes tanto da educação formal, quanto da informalizada e que dependem do grau de proximidade entre os indivíduos.

Weil & Tompakow (1973) denominam a *expressão corporal de linguagem não-verbal do Superego*. Eles acreditam, a partir do suporte teórico freudiano, que é do corpo que provém a origem do nosso ego "animal", o *ID*, os impulsos tais como: comer, beber, defecar, urinar, ter relações sexuais, cuja função é garantir a nossa sobrevivência pessoal e da espécie. O meio ambiente e, mais precisamente, a sociedade, bloqueiam estes impulsos ou, no mínimo, retardam as suas descargas; os pais, os principais agentes de repressão ou adiamento dessas descargas, são aos poucos introjetados no indivíduo que se desenvolve, isto é, passam a existir na pessoa através do *SUPEREGO* (uma espécie de voz interior). Cabe ao *EGO* civilizado o papel de apaziguador na luta entre o *ID* e o mundo exterior de um lado; e o *SUPEREGO*, do outro. Como consequência, a energia se acumula no músculo antagonico ao músculo que efetuará o movimento (a serpente-energia se enrola, tensa, num nó muscular, pois não deixaram-na dar o bote). Assim, toda tensão muscular não relaxada, toda postura ou expressão forçada, pode ser traduzida, através da linguagem fixa do corpo, como uma expressão corporal do *SUPEREGO*, que conseguiu se impor naquelas circunstâncias.

Nesse fundamento teórico, são consideradas expressões corporais significativas: as *tensões musculares crônicas (espasmos musculares)*, as *atitudes posturais*, a *psicomotricidade (modo particular do indivíduo situar-se e mover-se no espaço)*, a *mímica facial*, o *mutismo*, entre outras formas de linguagem não-verbal do corpo, pois revelam subjetivamente *aspectos da historicidade individual e sócio-cultural da pessoa*.

A expressão corporal é a expressão da psicomotricidade e dos seus distúrbios. Masson (1985) acredita que a expressão corporal revela a história do indivíduo. Acrescenta: "*ao nascer, as necessidades elementares se manifestam e serão satisfeitas corretamente, em maior ou menor grau, graças à mãe, que representa o essencial do meio ao qual está sujeito o lactente. Já bem cedo aparece uma relação entre afetividade e expressão tônica e motora (...)*". Essa relação é essencial, segundo a autora, para a "*formação da personalidade afetiva que precede e influencia no momento desejado, as aquisições posteriores*" (p. 31).

As formas de comunicação, seja ela verbal ou não-verbal, resultam de um processo de interação social que se dá a partir de comportamentos inatos e aprendidos. Para que ocorra a comunicação, devem existir trocas de informações entre o emissor e o receptor,

ou seja, signos verbais e não-verbais, que interagem num processo contínuo de feed-back. A expressão é informação não-verbal, mediada pela mímica, gesticulação, distância espacial, olhar, atitude corporal, indumentária etc. Os fenômenos vegetativos que acompanham os afetos também têm valor expressivos (o rubor, a palidez, a sudação, as alterações musculares do rosto, as atitudes posturais). Mas para Jaspers (1973), os fenômenos concomitantes e subseqüentes dos processos psíquicos nada têm a ver com a mímica. Os movimentos voluntários tais como a gesticulação, os sinais, os acenos, dizem e comunicam alguma coisa, variando de significação de um povo para outro. Os movimentos mímicos expressivos não são intencionais, nem voluntários.

A classificação de Kleinpaul, citado por Le Boulch (1987), propõe identificar os sinais indicativos pertencentes à linguagem gestual em três categorias:

1. "*Comunicação sem intenção de comunicar-se e sem troca de idéias*", simples tradução de uma subjetividade;
2. "*Comunicação com intenção de comunicar-se e sem troca de idéias*" traduzem emoções e sentimentos;
3. "*Comunicação com intenção de comunicar-se e com troca de idéias*", os gestos passando ao nível do pensamento representativo ou abstrato.

Quando a comunicação se dá através de fenômenos não-linguísticos, revela-se a expressão, que, por sua vez, gera impressão. Porém, adverte Spoerri (1988), que os fenômenos expressivos não devem ser julgados isoladamente, posto que são ambíguos, exigindo o conhecimento da situação somato-psíquica e da informação verbal. Para ele, existem regras básicas para a compreensão da expressão corporal:

1. *A expressão é ambígua*: devem-se distinguir os fenômenos expressivos dos pseudo-expressivos. Ele cita o exemplo da paralisia facial que é pseudo-expressiva, devido ao quadro de deficiência motora;
2. *A adequação da expressão é determinada pelo conhecimento da situação do antes, agora e depois*, ou seja, a expressão corporal ocorre dentro de um 'contexto';

3. Pode ocorrer que a *expressão revele algo diverso do que existe*, atualmente, na vivência consciente; por exemplo, o sorriso pode esconder uma irritação íntima, os tiques podem indicar ansiedade;

4. *A expressão varia individual e culturalmente*, bem como por efeito de condicionamentos mórbidos; por exemplo, a manifestação não-verbal de estado de ânimo varia de indivíduo para indivíduo e conforme o "status" social e o papel que este desempenha na sociedade;

5. *A mobilidade ou psicomotricidade* (movimentos nos quais se manifesta o psiquismo) *deve ser considerada para se compreender a expressão*. Finalmente, acrescenta que no estudo da expressão, "*essencial é o aprendizado do repertório comunicativo, variável interculturalmente, com a significação simbólica dos gestos e dos movimentos expressivos mímicos-pantomímicos*".

Sims (1989) acredita que a comunicação não-verbal é uma maneira inconsciente de nos expressarmos. Para ele, "*todos os gestos e posturas, movimentos da face e pausas em nossa conversação carregam significados para a pessoa com quem estamos falando; parcialmente, esta é também uma observação de como vemos a nós mesmos*". O autor acrescenta:

- *Os sinais não-verbais são mais poderosos*; as ações falam mais que as palavras;
- *Os sinais não-verbais são provavelmente mais genuínos*. Se mensagens conflitivas são dadas verbalmente e não-verbalmente, o sinal não-verbal é aceito como verdadeiro.

Para a filosofia espinosana, estudada e apresentada por Chauí (1995), o corpo é relacional; sendo constituído por inter-relações entre seus órgãos internos, por inter-relações externas com outros corpos e por afecções - capacidade de afetar e ser afetado por outros corpos. Diz Espinosa, segundo Chauí, que:

*“as afecções do corpo e as idéias das afecções na alma não são representações cognitivas desinteressadas e fragmentadas (...), são modificações da vida do corpo e significações psíquicas dessa vida corporal, fundadas no interesse vital que, do lado do corpo, o faz mover-se (afetar e ser afetado por outros corpos) e, do lado da alma, a faz pensar. Qual é o interesse vital? O interesse do corpo e da alma é a existência e tudo quanto contribua para mantê-la”* (Chauí, 1995:118).

Entretanto, para Figueiredo (1995), o projeto epistemológico e ético da modernidade foi silenciar o corpo. A partir do método cartesiano, o corpo passa a ser um objeto submetido a regras sociais; deve ser direcionado para a competitividade e para a concorrência; deve ser disciplinado *“em prol da fabricação de indivíduos dóceis e ‘espontaneamente’ ajustados à função produtiva”*, trazendo como consequência, *“o silêncio dos corpos (neutralizados, escravizados, emudecidos)”* (Figueiredo, 1995:138).

Furtado (1995), citando Morren<sup>1</sup>, diz que: *“o corpo é por excelência objeto de estudo e reflexão sobre o qual convergem diferentes disciplinas e cada faculdade o examina sob um aspecto diverso. Isso demonstra que a linguagem sobre o corpo é vasta pelo fato de ser ele real, multiforme e inesgotável”* (Furtado, 1995:15). No mesmo trabalho, o autor faz uma análise histórica sobre as terapias e outras formas de intervenção corporal. Elas foram constantemente utilizadas ao longo da história das intervenções terapêuticas aos pacientes psiquiátricos, sobretudo porque é no corpo que encontram-se, com frequência, os sinais e sintomas a serem tratados. Como fundamentos teóricos das suas intervenções fisioterápicas em Saúde Mental, Furtado (1993) estudou os conceitos da Ciência da Motricidade Humana, idealizada por Manuel Sérgio<sup>2</sup> no Livro *‘Para uma Epistemologia da Motricidade Humana’*, que diz:

**1. O conceito de homem** deve ser compreendido dentro dos referenciais ontológico, gnosiológico e axiológico:

- *Na corporeidade*: o corpo é a condição da sua própria existência no mundo; é no corpo que toda a experiência se faz possível;

---

<sup>1</sup> Morren, L. (org.), *La signification du corps*. Louvain-La-Neuve. Cabay, 1991.

<sup>2</sup> Sérgio M., *Para uma epistemologia da motricidade humana*. Lisboa, 1987.

- *Na motricidade*: na evolução das espécies, é a motricidade uma condição de adaptação vital, porém, adverte Sérgio: “a motricidade humana não deve confundir-se com o movimento porque ela vem determinada por aquilo que distingue o homem das restantes criaturas: o pensamento. O que vem à luz da motricidade humana é o pensar” (Furtado, 1993:103). Através da motricidade, o pensamento humano pode expressar-se e, em contrapartida, este depende da qualidade da motricidade humana;

- *Na comunicação e cooperação*: o pensamento humano também caracteriza-se pela sociabilidade. A existência humana depende da existência de grupos sociais, onde os indivíduos possam interagir entre si;

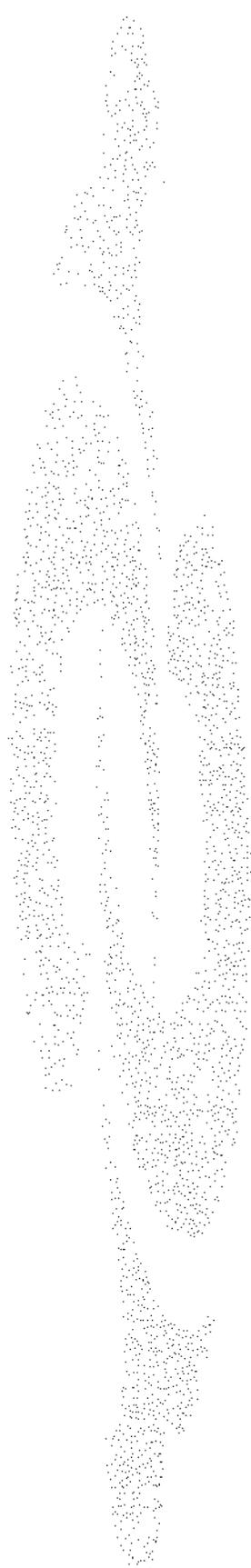
- *Na historicidade*: O homem não pode conhecer-se a partir, exclusivamente, do presente; mas de um passado vivido que o motiva para um futuro, onde ele se projeta. O homem conhece-se historicamente, sendo responsável por suas ações e pelo destino da comunidade na qual está inserido;

- *Na noosfera*: que é o reino do espírito e da cultura;

- *Na transcendência*: para o autor, o homem existe para agir e ser mais, pois ser, humanamente, não é um estado, mas um processo no qual é possível transcender ininterruptamente; sendo a transcendência uma necessidade intelectual de integrar-se dentro dos domínios vastos e complexos da realidade;

2. **O conceito de motricidade humana**: o corpo para a Ciência da Motricidade Humana é primordial, pois como já foi dito, é através do corpo e da motricidade, ou psicomotricidade humana, que existe a possibilidade de relações com o mundo. Sob o pressuposto epistemológico, a motricidade significa a expressão dos aspectos psicológico, organizativo e subjetivo do movimento humano (Furtado, 1995:107).

No próximo capítulo estaremos abordando a psicomotricidade humana, o desenvolvimento neuropsicomotor, a imagem corporal e as alterações psicopatológicas dessa imagem corporal freqüentemente encontradas nas doenças mentais.



***CAPÍTULO 6***  
***A PSICOMOTRICIDADE E A***  
***FORMAÇÃO DA IMAGEM***  
***CORPORAL***  
***O desenvolvimento neuropsicomotor da***  
***criança***

## 6.1. A PSICOMOTRICIDADE HUMANA

As vivências psíquicas são possibilitadas pelo Sistema Nervoso Central, através de conexões entre as regiões corticais e estruturas subcorticais, de modo que sejam reguladas por mecanismos de excitação e inibição nervosa, mediados pela ação dos neurotransmissores. O córtex cerebral possibilita a integração de atividades diversas dentro do organismo psicofísico; assegura a comunicação entre o mundo interno e o externo, estabelecendo conexões entre as funções receptivas e expressivas (input-output), resultando daí um comportamento global direcionado para determinado objetivo. No que diz respeito à comunicação, a organização da fala se dá na região fronto-temporal, e a orientação relativa ao espaço e ao próprio corpo, no lobo temporal (Spoerri, 1988). O autor fala sobre a importância do sistema funcional ergotrópico e trofotrópico para a regulação da atividade motora automática. O SNA regula os fenômenos somáticos concomitantes aos processos psíquicos por via neuro-humoral, através do hipotálamo, sistema reticular e límbico: a) a reação ergotrópica - predominantemente simpaticotônica - visa à ação (vigilância e excitação), com relação à aceleração da atividade circulatória, respiratória e ativação do trabalho muscular etc; b) a reação trofotrópica - predominantemente parassimpaticotônica - serve à recuperação (sono, letargia), produzindo lentificação da frequência cardíaca, respiratória e inibição da atividade muscular etc.

A atividade motora voluntária é também regulada por mecanismos de ativação e inibição contínuos da musculatura estriada pelo SNC, através dos nervos periféricos, que ativam os músculos agonistas e sinergistas para a realização do movimento e inibem os antagonistas, possibilitando que o movimento ocorra com precisão e coerência.

Em algumas enfermidades mentais existe enfraquecimento da inibição, desenvolvendo-se nos doentes uma série de automatismos praticados com insuficiente reflexão e noção de finalidade (Paim, 1993).

A psicomotricidade do ser humano desenvolve-se em torno de três sistemas, e estes funcionam em estreita sinergia: os movimentos são veiculados através do controle piramidal, a postura é regulada pelo sistema extra-piramidal e o equilíbrio, pelo cerebelo.

A característica do movimento humano é de ser relacional. Está em relação com outros semelhantes e com o meio ambiente. Autores como Wallon percebem o movimento ligado ao gesto e às atitudes. Piaget fala da importância da socialização para o aprendizado, na criança, de esquemas sensório motores (Sivadon, 1988).

## 6.2. O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Sivadon (1988), assim como outros autores, sublinha a importância das emoções no desenvolvimento psicomotor do ser humano. Acrescenta que, desde a idade mais precoce, *"o corpo participa por sua sensibilidade, seu tônus de postura e sua motricidade de um 'discurso' com o mundo"* (p. 114).

Esses estudos mostram que existe uma psicomotricidade fetal e uma resposta aos estímulos, principalmente à voz materna. Já nesse período, a relação mãe-criança pode ser um fator preponderante no diálogo tônico que se inicia, como também para o desenvolvimento neuropsicomotor futuro, quando, após o nascimento, é mediado pelo desenvolvimento das sensorialidades: olfato, gosto, tato, visão e audição.

Após o nascimento, a criança inicia o seu diálogo com o meio através da linguagem mais primitiva do ser humano: a expressão corporal. Segundo Le Bouch (1987):

*"O primeiro modo de expressão é uma expressão espontânea, tradução do dinamismo do organismo que vive sua presença no mundo ... Mas o movimento do homem se desenvolve em presença do olhar de outrem, e assume dessa forma, uma relação de significante a significado"* (p. 62).

Quando estudamos o comportamento motor, podemos observar que existem duas formas de movimento: *a ação transitiva*, que tem caráter pragmático e utilitário, e o *movimento expressivo*. A eficácia do gesto passa primeiro por uma significação expressiva.

O desenvolvimento neuropsicomotor no recém-nascido depende basicamente de dois fatores:

1. da *maturação do córtex cerebral*, início da ação do sistema piramidal, fazendo desaparecer a motricidade subcortical;

2. do *caráter favorável ou desfavorável do meio humano onde vive a criança*, que exerce influência direta no equilíbrio tônico emocional. A afetividade, como já assinalamos, é um fator preponderante para essa fase do desenvolvimento. Os estímulos sociais, como contato cutâneo: beijos, carícias, manipulação durante os cuidados, devem ser considerados.

Entre o primeiro e o terceiro mês, podem-se observar quatro emoções primitivas: *o descontentamento* expressa-se por uma hipertonía excessiva - os movimentos têm ritmos irregulares, desarmoniosos e estremecidos; os medos primitivos - reflexos labirínticos de medo, estremecimentos inibidos, imobilização; *o contentamento ou calma*, quando as necessidades são satisfeitas - músculos distendidos, rosto sereno; e *a avidéz dos desejos primitivos* (Sivadon, 1988).

Aproximadamente aos seis meses de idade, as trocas com o meio tornam-se mais intensas. Esse período é considerado, para Le Boulch (1987), como "*período emocional*".

As sensibilidades interoceptivas, exteroceptivas e proprioceptivas articulam-se com a mobilidade (músculos estriados), a visceralidade ( fibras musculares lisas) e a tonicidade muscular de postura (vias extra-piramidais); todos esses dispositivos participam das regulações e expressões emocionais.

Acrescenta Le Boulch (Ibid.):

*"O desenvolvimento da motricidade piramidal voluntária, acompanhando a maturação do córtex cerebral, traduz-se no plano da motricidade transitiva por uma melhoria das possibilidades de ajustamento ao meio; no plano da motricidade expressiva, por uma melhor adaptação das reações espontâneas às condições afetivo-emocionais do meio" (p.65).*

Aos oito meses, as reações da criança já traduzem a existência de todo um passado vivido, e não apenas reagem às excitações imediatas.

As reações tônico-emocionais são gradualmente equilibradas através da experiência que a criança adquire em função do seu meio. Sua presença no mundo é sentida/vivenciada pela descoberta do prazer e da dor através da sua corporeidade. A emoção, nessa fase, pode vir a *corporizar-se*, inscrevendo-se profundamente no corpo da criança e, podendo inclusive, influenciar inconscientemente suas reações futuras.

O processo de *identificação* ocorre quando a criança, nas suas relações com o meio social, *interioriza* um aspecto de outra pessoa e, em função disto, se transforma. Entretanto, a necessidade de se afirmar, surge aproximadamente aos três anos, quando então a criança se volta para si mesma, num esforço para libertar-se da influência do meio; nesse momento, a criança começa a descobrir-se como pessoa e diferenciar-se do meio social.

Um outro momento importante no desenvolvimento neuropsicomotor, apontado por Le Boulch, é a perda da expressão espontânea e o início da expressão controlada ou socializada, que ocorre por volta dos quatro anos. Para ele, "*A expressão perde sua espontaneidade quando a criança se dá conta do efeito que ela produz em outrem e quando procura exatamente produzir efeitos*" (p.67). O autor denomina de *idade da teatralidade* o momento em que a criança começa a se identificar com personagens importantes da vida social, tais como: policial, professor, bombeiro etc. Este período, acrescenta o autor, é considerado pela psicanálise como sendo decisivo para a formação da personalidade.

Podemos observar, através da análise dos autores acima citados, a importância do *fator emocional* no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, assim como da percepção e assunção da sua corporeidade, fator preponderante para o seu crescimento como pessoa dentro do meio social onde vive.

As relações sociais, determinadas pelas normas sociais de cada sociedade em particular, modelam os comportamentos de seus membros. O indivíduo aos poucos vai adaptando-se ao meio. O contato social tem caráter decisivo na gênese dos distúrbios psiquiátricos, à medida que, conclui Le Boulch (1987):

*"As experiências vividas do sujeito em suas relações com seu meio humano, conforme o caráter empático ou repressivo deste último, têm considerável influência sobre a naturalidade da expressão e especialmente sobre a atitude corporal e a gestualidade em suas relações com a personalidade global" (p. 67).*

No plano psicológico, as relações sociais traduzem-se por impressões subjetivas de simpatia ou de antipatia; no plano fisiológico, por modificações no tônus muscular. Portanto, tônus e psiquismo estão intimamente ligados, revelando que, mesmo diante da inibição e do controle social sobre a expressão corporal autêntica, e apesar da simulação que possa ocorrer, a linguagem do corpo revela mais sobre a pessoa do que a expressão oral.

### **6.3. A IMAGEM CORPORAL**

No estudo da linguagem corporal, buscamos a compreensão do corpo sob vários aspectos. Nesse sentido, tomamos por base os trabalhos de autores que interpretam o corpo humano a partir da sua expressividade postural e motora. Entretanto, propomos um olhar para um outro aspecto importante no que diz respeito à corporeidade humana: as impressões internas e externas que o próprio indivíduo tem do seu corpo, e como as organiza em sua mente, possibilitando, assim, a estruturação da sua *imagem corporal*.

Schilder (1994), um dos precursores dos estudos sobre a imagem corporal, assim a definiu: *"o esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal"* (p.11). Essa imagem depende das impressões captadas pelos sentidos e da motilidade em geral; por isso, acrescenta: *"o modelo postural do corpo está em perpétua autoconstrução e autodestruição interna"* (p. 15).

Nesse trabalho citado, o autor apresenta alguns pressupostos que formam a base fisiológica da imagem corporal:

*"1. A sensibilidade postural desempenha um papel na construção do conhecimento corporal.*

2. *Em conexão com a capacidade de localização, há a possibilidade de construir o conhecimento da relação entre as diferentes partes da superfície.*

3. *Há uma imagem do corpo, a qual é independente das imagens táteis já mencionadas.*

4. *As partes simétricas do corpo se conectam fisiológica e psicologicamente.*

5. *A percepção visual e a imaginação enfatizam a similaridade tátil dos pontos simétricos.*

6. *As imagens visuais conscientes e as percepções são apenas uma pequena parte daquilo que ocorre na esfera visual.*

7. *A localização das impressões e imagens táteis é um processo independente da simples percepção do toque" (p. 20).*

A literatura estudada nos mostra que o desenvolvimento do esquema corporal se dá, paralelamente, ao desenvolvimento neuropsicomotor.

O nível de consciência é também um fator importante para a figuração da imagem corporal, pois existe uma certa influência do aparelho vestibular no modelo postural do corpo. Algumas modificações significativas ocorrem na imagem corporal quando:

- O indivíduo está adormecendo:

a) geralmente há uma perda total da tridimensionalidade e uma distorção em todas as direções;

b) as dimensões do espaço perdem as suas proporções. Assim sendo, sempre que há modificações na consciência, pode aumentar a influência vestibular no modelo postural.

- O indivíduo está sob o efeito de determinadas substâncias tóxicas, como o álcool, a mescalina.

- Em casos de psicoses, principalmente nas esquizofrenias.

O autor discorre também, nesta obra, sobre a "*estrutura libidinal da imagem corporal*", identificando três fases de construção da imagem do corpo:

1. O *narcisismo primário*, quando, a princípio, a libido é dada ao corpo como um todo;

2. A *fase auto-erótica*, quando a libido é concentrada em partes do corpo que têm significação erótica especial, como é o caso da libido oral auto-erótica, referente às sensações provenientes da boca. O mundo externo é apreciado segundo sua capacidade de produzir satisfação; na qual existe um erotismo muscular e cutâneo, e as sensações anais e uretrais completam o quadro de satisfação;

3. O *narcisismo secundário*, quando aproximadamente aos três anos, surge o complexo de Édipo, o amor sexual pelo progenitor do sexo oposto, e o desejo de morte do progenitor do mesmo sexo. Nesta fase, os objetos (pessoas amadas), assumem contorno mais nítido: os genitais adquirem uma nova significação e se tornam a principal zona libidinal do corpo; há uma melhora na impressão do mundo externo e a compreensão total do seu corpo como algo oposto ao meio onde vive. A figuração do corpo é reestruturada.

Para a estruturação da imagem corporal, as zonas erógenas do corpo têm importância fundamental. Todos os orifícios corporais são importantes do ponto de vista psicológico; através deles o indivíduo tem contato mais íntimo com o mundo. Fala Schilder: "*Ingerimos ar, alimentos e produtos sexuais; por meio deles ejetamos urina, produtos sexuais, fezes e ar. Assim, distinguimos pontos no modelo postural do corpo. Estes pontos são, ao mesmo tempo, locais de importância erótica*" (p. 111, 112).

Os indivíduos nos quais um desejo parcial se encontra aumentado sentirão determinado ponto do corpo, a zona erógena pertencente ao desejo, como sendo o centro de suas imagens corporais; parece que a energia, nesses casos, fica acumulada em determinados pontos críticos.

Outro fator importante é a dor, que também modifica a estrutura libidinal da imagem do corpo. Acrescenta Schilder: "*Assim, a dor, a disestesia, as zonas erógenas, as ações de nossas mãos sobre o corpo, as ações dos outros em relação a nosso corpo, o*

*interesse dos outros pelo nosso corpo e a dor provocada pelas funções do nosso corpo são fatores importantes para a estruturação final da imagem corporal"* (p. 114).

#### **6.4. O CORPO PSICOPATOLÓGICO**

O estado de equilíbrio mental é revelado pelo corpo físico e vice-versa. Como sabemos, os músculos precisam manter-se em uma tonicidade mínima, chamada tonicidade de postura. É a partir desse estado tônico que é possível a contractilidade muscular para a motricidade voluntária e involuntária. Existe, na motricidade humana, o controle efetivo do SNC, através do sistema piramidal, que controla o agir e o não-agir, como também, a manutenção da tonicidade postural básica, pelo sistema extra-piramidal, sendo esta mais sensível ao fator emocional.

A motricidade, por sua vez, está intimamente ligada à sensibilidade. O arco-reflexo é o modelo básico de estímulo-resposta. Para isso, há uma gama de neuro-receptores distribuídos por toda a extensão do corpo humano e diferenciados para cada tipo de sensação: térmica, dolorosa, pressão superficial e profunda, segmentária etc., assim como os órgãos sensoriais são responsáveis pela visão, audição, tato, paladar, olfato.

Nos transtornos psíquicos, diz Sivadon (1988), o corpo está implicado em três maneiras:

*"1) de dentro de si mesmo em seu funcionamento bioquímico, microscópico, no nível das trocas intracelulares e intercelulares das formações encefálicas; 2) de fora, por numerosas manifestações comportamentais e atitudes de expressão, simultaneamente criadoras de formas corporais e de suportes de ser da personalidade inteira; 3) no corpo inteiro, no seio dos próprios sintomas psicopatológicos, aspecto do qual convém precisar alguns traços"* (p. 57).

Acrescenta:

*"Digamos que é preciso nos afastar de abordagens ditas 'organicistas' e 'psicogeneticistas' e de sábias misturas das duas; nenhum problema de estrutura psicopatológica pode se traduzir sem a participação corporal: o psicológico é ENCARNADO; o corpo está presente aí constantemente, mas diversamente"* (p. 58).

Alguns aspectos corporais relatados por pacientes e observados clinicamente nos transtornos psiquiátricos, foram descritos por Sivadon:

- "*corpo em falta*" - alguns pacientes relatam fadiga, adinamia, fragilidade. Parece haver, nesses casos, uma diminuição da energia vital. A fadiga caracteriza-se por insatisfação, sentimento de vazio, lassidão, sendo considerada uma forma branda de neurose. A adinamia e a astenia eram características da *neurastenia* descrita por Beard, que agrupava a impotência erótica, insônia, cefaléia e cefalalgias, diminuição da visão e audição, tendência ao aborrecimento, à tristeza, ao recuo. Posteriormente, a maioria desses sintomas foram agrupados, por Freud, na *neurose de angústia*. Esse estado corporal é também encontrado nas síndromes depressivas, nas quais o corpo parece estar ausente.

- "*corpo inibido, adormecido, petrificado*" - existe uma lentidão, uma pobreza de movimentos, uma limitação de gestos. O corpo encontra-se inibido. Observa-se estas manifestações corporais nas confusões mentais e nas psicoses agudas. Entretanto, o corpo pode estar imóvel como consequência de um outro processo evolutivo, a hipertensão generalizada nas crises catatônicas, em alguns casos de *esquizofrenia*. Os casos crônicos de *algumas psicoses*, tratados com neurolépticos, apresentam manifestações corporais semelhantes, pela tensão extra-piramidal, caracterizando uma falsa *síndrome parkinsoniana*, com rigidez, tremores finos e lentidão dos movimentos.

- "*corpo passivo, enviscado, desalinhado*" - esse estado corporal é encontrado nos estados deficitários e nas demências, cuja característica é fraqueza, alterações tróficas na pele e a marcha dificultada ou ausente.

- "*corpo em crise*" - as crises epiléticas atualmente são menos freqüentes que outrora. *As crises psicóticas* são corporalizadas por uma intensa violência, que apodera-se do corpo como um todo, numa grande agitação psicomotora. Diz o autor que "*as crises desorganizam o corpo e o espírito; consomem e queimam energias enormes*" (p. 63). As crises neuróticas são mais freqüentes e compatíveis com a vida social, nessas, o corpo parece contido, fechado sobre si mesmo.

- "*corpo habitado, transformado, influenciado*" - parece que o corpo está sob ação de forças externas. Os pacientes referem-se ao seu corpo com estranheza, como sendo de outra pessoa. Existe uma despersonalização, muito freqüente em algumas psicoses; ocorrem delírios, alucinações; pode haver introdução de objetos nos orifícios corporais, penetração de corpos ou partes de corpos estranhos.

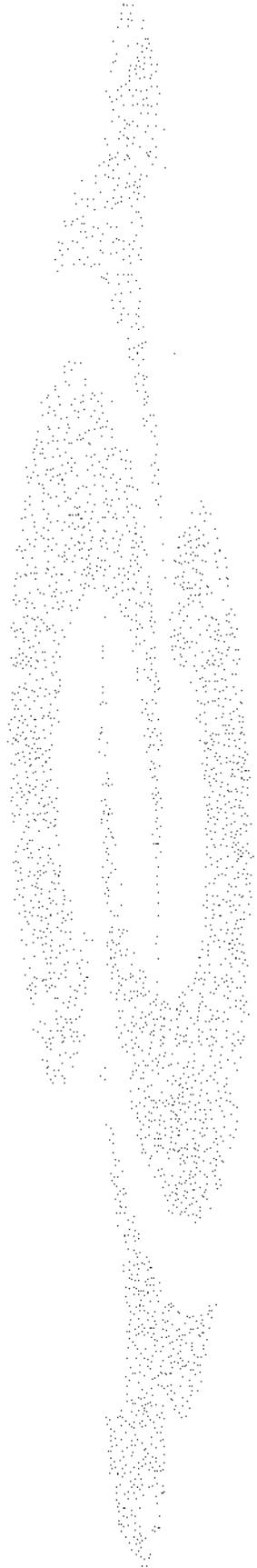
- "*corpo eufórico, dilatado*" - existe um excesso de energias, hiperatividade. É o corpo das manias. Nesses casos, o impulso está acelerado, incapaz de ser contido; revela um estado intenso de euforia.

- "*corpo ansioso, queixoso, gemente, contraído*" - esse é o corpo das neuroses. Observam-se contraturas, espasmos musculares, estremeamento de vísceras de fibras lisas; os pacientes revelam sensações de desvalorização do corpo, diminuição.

- "*o corpo-teatro da pessoa histérica*" - o corpo está em sistema de conversão: é lugar de somatizações diversas e problemas funcionais.

Esses estados corporais descritos por Sivadon, observados na clínica psiquiátrica, revelam a importância do estudo da corporeidade de pacientes mentalmente doentes, por isso vale acrescentar: "*O corpo implicado no psicopatológico encarna as características das funções mentais e afetivas; o corpo é parte integrante do funcionamento humano global*" (Sivadon, 1988, p. 69).

No próximo capítulo falaremos sobre a leitura reicheana do corpo, na qual o autor fala sobre níveis de tensão muscular, produzidos pelos conflitos psíquicos a partir das vivências com o meio social.



***CAPÍTULO 7***  
***A COURAÇA MUSCULAR DO***  
***CARÁTER:***  
***Teoria ou Ficção?***

Como observamos no capítulo anterior, a expressão corporal é a expressão das emoções corporalizadas.

Abordaremos neste capítulo a Teoria Reicheana da *Couraça Muscular do Caráter - CMC*. Propomos neste momento, não apenas a exposição dessa teoria, mas uma reflexão e uma leitura crítica do trabalho do autor.

Para Reich (1998), a emoção é o movimento para fora ou expulsão; nada mais que um movimento plasmático. O prazer e a angústia são afetos básicos do aparelho psíquico; exprimem duas direções fundamentais: quando os estímulos são agradáveis, o movimento do protoplasma é do centro para a periferia; quando o estímulo é desagradável, ao contrário, o movimento é da periferia para o centro do organismo.

O autor propôs a *teoria da CMC* baseada na observação clínica de que a linguagem humana, além da função de comunicar, funciona também como *mecanismo de defesa*. Propõe para os organismos "encouraçados" a *ORGONOTERAPIA*, uma terapia corporal que procura trabalhar com a linguagem da expressão facial e corporal, cujo objetivo é compreender a emoção que está sendo revelada através do corpo. Justifica: "*Visto que todo movimento expressa um estado biológico, isto é, revela um estado emocional do protoplasma, a linguagem da expressão facial e corporal torna-se um meio essencial de comunicação com as emoções do paciente*" (p. 335).

Na compreensão do autor, a expressão total do organismo encouraçado é de retenção, cujas características podem ser enumeradas quando a pessoa é observada:

- *Ombros puxados para trás;*
- *Peito para fora;*
- *Queixo rígido;*
- *Respiração superficial e contida;*
- *Acentuação da lordose lombar;*
- *Pelve retraída e imóvel;*
- *Pernas sem expressão ou esticadas.*

Estas são as atitudes e mecanismos essenciais da contenção total, mas a pessoa encouraçada não tem percepção da sua couraça, apenas das distorções de suas percepções internas da vida.

Faremos uma breve exposição sobre a disposição segmentar da CMC apresentada por Reich. A couraça muscular está disposta em segmentos e em forma de anéis, tendo como parâmetro comparativo a seguinte analogia: nos vertebrados superiores a estrutura segmentar da coluna vertebral, as terminações nervosas correspondentes e o arranjo segmentar dos gânglios do Sistema Nervosa Autônomo (SNA) mostram que os vertebrados descendem de organismos estruturados segmentarmente.

São *sete os anéis que formam a CMC* e estes estão distribuídos da maneira seguinte:

- *O anel ocular é formado pela "contração e imobilização de todos, ou quase todos os músculos dos globos oculares, das pálpebras, da testa, da glândula lacrimal etc. Testa e pálpebras rígidas, olhos protuberantes, expressão semelhante a uma máscara e imobilidade dos dois lados do nariz são as características essenciais desse anel da couraça". Continua Reich: " Em esquizofrênicos, a expressão do olhar é vazia, como se fixasse o espaço. Isto é causado pela contração dos músculos do globo ocular" (p. 342).*

- *O segundo segmento da couraça, o oral, inclui toda a musculatura do queixo, os músculos em torno da boca e da faringe, e os músculos da região occipital; todos esses músculos estão interrelacionados funcionalmente. O afrouxamento desse segmento depende da dissolução do anterior, o ocular, pois a expressão facial espontânea desse último depende da livre motilidade do primeiro, tal como chorar, morder, gritar, sugar, fazer todo tipo de caretas.*

- *O terceiro segmento é formado pela musculatura profunda do pescoço, os músculos platisma e esternocleidomastoideo. A contração espástica do segmento do pescoço inclui também a língua. A musculatura da língua liga-se ao sistema ósseo cervical, e não aos ossos faciais inferiores. Diz Reich:*

*"a melhor maneira de eliminar o ato de 'engolir' emoções é liberar o reflexo de vômito, no qual a onda de excitação no esôfago é o oposto daquela que ocorre no ato de 'engolir' lágrimas ou raiva"...*

*"Nesse ponto, o fluxo longitudinal da excitação emocional torna-se novamente significativo. O reflexo do vômito é acompanhado por uma expansão do diafragma, isto é, pela elevação do diafragma pela expiração" (p. 346).*

• O quarto segmento de couraça é o torácico. A manifestação dessa nível da CMC é a elevação da estrutura óssea, a atitude crônica de inspiração, a respiração superficial e a imobilidade do tórax. Esta atitude de inspiração, para o autor, é o instrumento mais importante de repressão de qualquer tipo de emoção; ele acrescenta que os sintomas têm um caráter particularmente perigoso nessa região. *"Todos os músculos intercostais, os grandes músculos torácicos (peitorais), os músculos dos ombros (deltóides) e o grupo muscular sobre e entre as escápulas estão envolvidos no encouraçamento do tórax"* (p.346). As principais manifestações dessa couraça são: as atitudes de controle, de ensimesmamento, de reserva. Juntamente com a couraça do pescoço, a do tórax revela uma obstinação e teimosias reprimidas. O indivíduo encouraçado ao nível do tórax, expressa imobilidade ou indiferença. Em contrapartida, as emoções que se manifestam livremente no tórax são: a raiva furiosa, o choro sincero, o soluço e a saudade; mas, para a pessoa encouraçada, a raiva é fria; o choro é considerado infantil e não masculino, *"uma falta de caráter"*. Os movimentos dos braços e mãos estão interrelacionados às emoções expressas pelo tórax. As sensações relatadas por alguns pacientes, e citadas por Reich são:

- *sensação de nó no peito;*
- *inibição dos movimentos dos braços (mesmo não estando mecanicamente incapacitados);*
- *nas mulheres, falta de sensibilidade nos mamilos;*
- *dores musculares entre as escápulas, na região do músculo trapézio;*
- *exagerada sensibilidade às cócegas nos músculos intercostais (p.348).*

Fala Reich:

*"Já assinalei que a couraça torácica constitui uma parte fundamental do encouraçamento muscular geral. Historicamente, ela pode ser remontada aos movimentos de mudança mais decisivos e mais conflituosos da vida de uma criança, muito provavelmente numa época bastante anterior ao desenvolvimento da couraça pélvica. Por isso não é de se surpreender que encontremos recordações de todo tipo de maus tratos traumáticos, frustrações amorosas e desapontamentos em relação à pessoa responsável pela educação da criança" (p.349).*

- *O quinto segmento de couraça situa-se ao nível do diafragma.* Compreende este músculo e os órgãos abaixo dele, que são, o diafragma, o estômago, o plexo solar, o pâncreas, o fígado e dois feixes de músculos salientes que estendem ao longo das vértebras torácicas inferiores. A manifestação evidente desse anel de couraça é a hiperlordose lombar; o mecanismo básico do encouraçamento dessa região é o bloqueio do diafragma.

- *No abdome fica o sexto anel de couraça.* É caracterizado pelo espasmo dos músculos retos abdominais e transversos abdominais. Estes são sentidos como rijos e dolorosos pelo paciente.

- *O sétimo anel de couraça, a couraça pélvica,* compreende todos os músculos da pelve. Existe, nesse caso, uma retração de toda a pelve, caracterizada por: dor nos músculos abdominais, acima da sínfise; dor nos adutores da coxa; contração do esfíncter anal; a pelve morta e sem expressão. Frequentemente podem ocorrer alguns sintomas, tais como: prisão de ventre, lombalgia, tumorações de todo tipo no reto, inflamação nos ovários, pólipos no útero, tumores benignos e malignos; ainda, irritabilidade da bexiga, anestesia da vagina ou da superfície do pênis, com hipersensibilidade da uretra. Frequentemente, as pacientes podem ser acometidas de corrimento e desenvolvimento de protozoários no epitélio vaginal; no homem, pode ocorrer falta de ereção ou hipersensibilidade ansiosa, que resulta em ejaculação precoce.

Reich fala de uma "angústia pélvica" e uma "raiva pélvica" específicas:

*"A impotência orgástica produz impulsos secundários que obtêm satisfação sexual à força. Por mais que os impulsos do ato de amor ocorram, inicialmente, de acordo com o princípio do prazer biológico, o resultado é tudo, menos agradável: como a couraça não permite o desenvolvimento de movimentos involuntários, isto é, não permite que as convulsões passem por esse segmento, as sensações de prazer transformam-se inevitavelmente em impulsos de raiva."...*

*"Na pelve, como em qualquer outra região do organismo vivo, o prazer inibido transforma-se em raiva e a raiva inibida transforma-se em espasmos musculares"...*

*"Além da expressão de raiva, a de desprezo também é claramente óbvia: desprezo pela pelve e por todos os seus órgãos, pelo ato sexual e especialmente, pelo parceiro sexual" (p.358, 359).*

O autor interpreta sete níveis de tensão no corpo humano, os sete anéis de CMC, que procuramos descrever resumidamente nesse capítulo. Entretanto Groddeck (1866-1934), um dos fundadores da Psicossomática, citado por Sivadon (1988), diz que os recalques não se inscrevem apenas nos anéis de couraça muscular, mas no corpo inteiro: "é o corpo inteiro, por todos os seus órgãos e em todas as suas funções, que fala; e as doenças assinalam feridas de EROS, desfigurado" (p. 178).

A teoria da CMC de Reich é bastante criticada na psiquiatria moderna; até mesmo o estado psicopatológico do autor nos últimos dias de sua existência é questionado no meio acadêmico, segundo Sivadon:

*"Sua obra está atravessada por intuições fulgurantes nas quais a tensão criadora leva a efetuações práticas que estão na origem de toda a corrente BIOENERGÉTICA contemporânea" (p. 140).*

Posteriormente, alguns autores desenvolveram terapias corporais diversas a partir da CMC. Entre estes destacam-se: Edward Mann, Otto Muehl, John Pierrakos, Telma Moss, Valentina e Simon Kirlian, Stanley Keleman, Frederick S, Perls e Alexander Lowen. Este último fundou a terapia Bioenergética.

- *A BIOENERGÉTICA*: Alexander Lowen, em 1963, fundou em Nova York um Instituto de Bio-energia para desenvolver a leitura do corpo, a percepção dos desequilíbrios e os nós de tensão musculares e poder restaurar a livre circulação de energia vital no organismo.

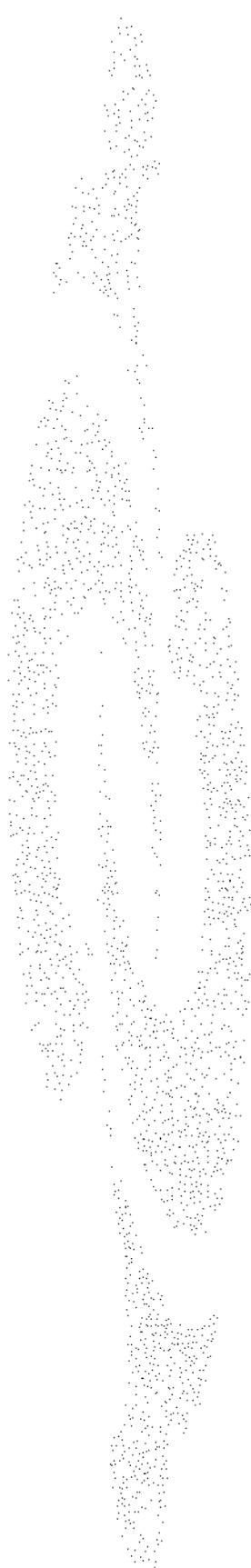
Acrescenta Sivadon:

*"O tratamento de análise bioenergética se funda sobre o estudo do caráter e dura de dois a três anos ao menos. Reparar as couraças musculares, os comportamentos defensivos-ofensivos das armaduras músculo-caracteriais, é o primeiro patamar"...*

*"o corpo é observado e manipulado em três direções: EGO, relações interpessoais, processos corporais. Trata-se de liberar a expressão, movimentos, afetos" (p. 148).*

No presente trabalho, precisamente na pesquisa de campo, quando procuramos realizar o estudo da corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos, observamos alguns pontos de tensão ou espasmos musculares profundos em determinados grupos musculares. Estes resultados serão apresentados mais adiante, na Parte III.

No próximo capítulo apresentamos um estudo interessante sobre a simbologia do corpo.



***CAPÍTULO 8***  
***UMA ANÁLISE SIMBÓLICA DO***  
***CORPO:***  
***A abordagem de Le Loup***

Nas leituras sobre linguagem corporal, um trabalho que despertou a nossa atenção, e posteriormente, uma compreensão distinta sobre o aspecto corporal, é o trabalho de Le Loup (1998), que apresentaremos resumidamente neste capítulo. Trata-se de "*O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial*", no qual o autor estuda a simbologia da corporeidade humana.

Discorrendo sobre as etapas do desenvolvimento da consciência humana, Le Loup diz que é no corpo que são registradas, em suas diferentes partes, todas estas etapas de evolução da consciência:

*"Nosso corpo é como uma escada. Em uma escada, as partes mais altas se apoiam sobre as partes mais baixas, e se a base não é sólida, o que está no alto não pode se manter, não pode se sustentar. Podemos imaginar nosso corpo semelhante a uma árvore. Se a seiva está viva em nós, ela desce às nossas raízes e sobe até os mais altos galhos. É do nosso enraizamento na matéria que depende nossa subida para a luz. É da saúde dos nossos pés e de seu enraizamento, é da força e da elasticidade de nossa coluna vertebral, é da abertura e do fechamento de nossas mãos, que pode nascer o gesto vivo" (p.18).*

A vida intra-uterina é o primeiro local de memória. O *ser-em-formação*, nesse período, é completamente passivo, e recebe informações de tudo o que é vivenciado pela mãe. As memórias registradas nessa fase são chamadas de *consciência matricial ou matriz*.

O nascimento, em seguida, é uma experiência muito marcante para o corpo.

A *consciência oral*, momento em que a consciência está centrada em torno da boca, surge logo após o nascimento. É o momento em que o bebê entra em relação com o corpo da mãe. As memórias podem ser muito fortes nesse período. O tipo de relação mãe/bebê pode acarretar alguns distúrbios futuros, como bulimia e anorexia, "*com o medo de comer e ser comido*" (p.20).

A *consciência anal* desenvolve-se quando a criança *perde a identidade com o corpo da mãe e descobre o seu próprio corpo*. "*É o momento em que ela chupa seu dedo, seu pé, em que brinca com as fezes*" (p.20) Esta etapa pode deixar marcas boas ou más no corpo, pois a *aprendizagem da limpeza condicionará profundamente a atitude com o corpo*.

Diz o autor que algumas formas de *idolatria ou de desprezo* pelo corpo tem aí nesta fase os seus alicerces.

Na próxima etapa da vida do bebê desenvolve-se o *nível de consciência genital*: a descoberta e vivência do próprio sexo pela criança. A sexualidade é um ponto muito importante no desenvolvimento da consciência humana, pois as memórias desse período ficam inscritas em nosso corpo.

Estes *quatro níveis de consciência* apresentados até aqui constituem o que Freud denominou de *ID*.

À medida em que o corpo se desenvolve e cresce, surge a *consciência familiar*, na qual a criança aprende a corresponder à imagem que os seus pais têm dela. A família pode ter uma série de expectativas em relação ao filho(a), e isso pode gerar uma fixação da criança a este programa ou projeto recebido, desenvolvendo-se neste momento do seu desenvolvimento o *SUPEREGO*. O crescimento contínuo do ser humano leva à formação de outro nível de consciência: a consciência social. Esta pode ser considerada como sendo o topo da escada, como o é para Freud: o *EGO BEM ADAPTADO*. O ser humano, nessa fase, tem desenvolvido a capacidade de relacionar-se sexualmente com outrem, de integrar-se produtivamente ao trabalho e à sociedade. Acrescenta Le Loup: "*O inconsciente familiar (e, freqüentemente, o inconsciente social) é o domínio do Superego. O Ego tem que libertar-se do domínio do Id e do Superego. Esta é a psicologia clássica que conhecemos*" (p.21).

Le Loup acrescenta porém, outros níveis de consciência. O autor acredita que a consciência social ou *EGO BEM ADAPTADO* não é o objetivo maior da essência humana, contrapondo-se a Freud.

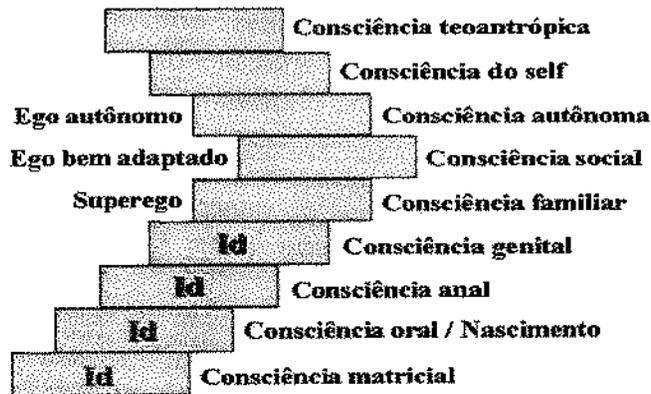
O ser humano pode não se adaptar ao meio social, principalmente quando este meio constituir uma sociedade doente. Nesse caso, pode buscar libertar-se dessa imagem social pré-estabelecida e atingir um outro nível de consciência, a consciência autônoma ou *EGO AUTÔNOMO*.

Se não estacionar nesse nível de consciência, o ser humano, ainda em desenvolvimento, pode evoluir para a consciência do *SELF*, "a consciência da Verdade, da vida, que anima a sua pequena vida e a sua pequena verdade" (p. 21).

Existe ainda um outro estágio mais avançado de consciência, a *consciência teoantrópica* (Theos, Deus e Anthrópos, homem); "um estado de consciência que está além do desejo e além do medo. Mas nós somos todas estas etapas" (p. 22). Exemplificando:

Figura 8.1

### ESCALA DA EVOLUÇÃO DA CONSCIÊNCIA



Fonte: *Le Loup*, 1997.

Figura 8.1. A escala da evolução da consciência

## 8.1. PARALELO ENTRE A EVOLUÇÃO DA CONSCIÊNCIA E AS DIFERENTES PARTES DO CORPO

No decorrer do desenvolvimento do ser humano podem ocorrer muitas falhas, e estas podem constituir memórias de bloqueios, nós de tensão e, muitas vezes, fragmentações de determinadas etapas vividas.

Diz Le Loup:

*"Existe uma diferença entre a neurose e a psicose. A neurose é um nó, uma fixação, para onde etapas da vida nos levam sem cessar. A psicose, porém, é muito mais grave, porque nela alguma coisa se quebrou" (p. 22).*

Acrescenta:

*"Não há lei de causa e efeito, mas há uma ressonância, uma sincronicidade entre o nosso corpo físico e o nosso corpo de memórias. Nosso corpo tal como foi sonhado e desejado ou tal como não foi sonhado, não desejado, não acariciado" (p. 23).*

O autor nos convida a fazer uma longa e emocionante viagem pelo nosso corpo, no sentido ascendente, dos pés à cabeça, onde procura correlacionar as partes diversas com os níveis de evolução da consciência.

Em cada parte do corpo, faz um estudo que passa por três níveis de compreensão: *anamnese física, anamnese psicológica e análise simbólica*.

É sobre essa leitura simbólica de Le Loup, sobre essa possibilidade de compreensão corporal proposta pelo autor, que permite um nova perspectiva de leitura corporal, um novo ângulo de visão para o estudo do corpo, que passaremos a discorrer. Observemos a figura 8. 2:

## O CORPO E A CONSCIÊNCIA



Fonte: Le Loup, 1997.

**Figura 8.2.** O corpo e a consciência

Como observamos, os pés representam a primeira etapa assinalada pelo autor neste desenho da figura humana; as primeiras memórias dos pés formam a consciência matricial. Relacionados ao período da consciência oral encontram-se os joelhos; as coxas, nádegas e genitais estão ligados aos níveis de consciência anal e genital; o ventre e a coluna vertebral representam a consciência familiar; o peito e o coração relacionam-se com a consciência social; as espáduas e os ombros correspondem à consciência autônoma e a cabeça, nessa analogia, resume todo o corpo.

Analisando as partes do corpo em particular, Le Loup convida-nos, como terapeutas, a estudarmos a simbologia dessas partes; nesse aspecto enfatiza a importância de compreendermos a representação que cada pessoa faz do seu corpo ou de parte dele.

As articulações dos membros inferiores representam o enraizamento da pessoa com a matéria. Com relação a estas articulações diz o autor:

- Os pés, para a mitologia grega, são *símbolo de força*:

*"Hermes, filho de Zeus e Maia, era o mensageiro dos deuses e tinha os pés alados. Este símbolo é muito importante porque refere todo um caminho de transformação, de individuação. Assim, passamos do nosso pé ferido, torcido, distendido, nosso pé de Édipo, para o pé alado de Hermes. Portanto, um caminho de transformação" (p. 30, 31).*

- Os tornozelos, na mitologia grega e romana são o ponto onde as asas se prendem: *"pés alados de Hermes, pés alados de Mercúrio"*. Representam a articulação da terra com o céu. Os tornozelos podem relacionar-se às memórias difíceis da hora do nascimento. Terapeuticamente, trabalhar com ou libertar-se destas memórias, pode favorecer ao paciente *"dar um passo a mais", "ir além do ego", "para que eles possam reencontrar as suas asas", "caminhar sobre a terra com os pés leves, com os pés alados"*.

- Os joelhos: *"em algumas línguas, há uma ligação entre a palavra filho e a palavra joelho"*; também está relacionado aos mitos de várias religiões. Está ligado às memórias que constituem a fase oral, pois representam a etapa em que o ser humano permanece ou não no colo de seus pais. As memórias traumatizantes desse período podem ter como consequência o desenvolvimento de distúrbios alimentares como a bulimia e a anorexia, além da *dificuldade de beijar e ser beijado por alguém* (p. 55).

Como terapeutas podemos observar a relação que existe entre os pés, assim como as articulações dos membros inferiores, e o equilíbrio de uma pessoa. A esse respeito, diz Le Loup:

*"O equilíbrio do corpo, o equilíbrio do nosso psiquismo, o equilíbrio de nossa vida espiritual depende, de uma certa maneira, deste enraizamento. De nossas raízes. E se as raízes são saudáveis, toda a árvore é saudável" (p. 34).*

Outro ponto importante para a compreensão simbólica da corporeidade é o sacro, considerada pelo autor como a "*região sagrada do nosso ser*". As memórias desta região estão ligadas à fase anal: aprendizagem de higiene e as relações com poeira, sujeira e fezes. *A relação que o indivíduo tem com o dinheiro está ligada a este período do seu desenvolvimento*; por exemplo, o autor diz existir uma relação entre avareza e constipação. Sobre a simbologia do ânus: a harmonia do sujeito com o seu sacro e com o seu ânus é aceitar a impermanência das coisas, "*tudo o que é composto será decomposto*" (p. 69). O sacro é também considerado, em algumas tradições, como sendo a "*sede da sabedoria*"; o ânus, um lugar de abertura, para purificação, lugar de relaxamento. O autor acrescenta:

*"Reconciliar-se com esta dimensão de nós mesmos é um caminho de cura, é um caminho de integração e é também um caminho de divinização da matéria" (p. 71).*

Continuando essa viagem simbólica, o autor comenta que não se trata de uma viagem ao centro de uma única pessoa, mas ao centro da coletividade, na qual ela está inserida.

Quando Le Loup aborda sobre os genitais e a sexualidade, fala sobre as *representações sociais* e, especialmente, sobre as imagens que as religiões têm da sexualidade. Acrescenta: "*Nosso corpo, nosso sexo, nossa sexualidade são habitados por toda espécie de memória*" (p. 75). Sobre a simbologia do sexo, diz:

*"A representação mais primitiva de Deus foi encontrada na Índia e são o Lingam e o Ioni, símbolos fálico masculino e genital feminino"...*

*"porque o sexo é o local onde se encarna a vida, onde se transmite a vida" ...*

*"Uma das reprovações que Jung fazia a Freud era de não ter se apercebido da dimensão numinosa da sexualidade. A possibilidade de despertar, de abrir-se à transcendência que nos é dada através desta relação íntima entre duas humanidades" (P. 84).*

O ventre, seguindo as analogias de Le Loup, é um lugar de ligação com o mundo das emoções, seja a alegria ou a tristeza. Muitas pessoas já se referiram à "*sensação de soco no estômago*", a partir de determinadas situações dentro das relações sociais. Há também pressões que sufocam e que dão vontade de vomitar. Memórias muito fortes podem estar

registradas nesta parte do nosso corpo. Nesse contexto, o autor chama a atenção para o tônus do ventre: "*é difícil encontrar um tônus justo e que esteja em boa saúde em todos os seus elementos*". (p.93).

Eis o simbolismo do ventre: "*Para os alquimistas, o ventre é a Tanor, o recipiente da alquimia. Seria nesse recipiente que, através do fogo, o chumbo se transformaria em ouro. É o lugar da forja*" (p. 94). Entre os japoneses, o ventre é o local da maturidade. É no ventre que se localiza o centro de gravidade do corpo. A respeito da simbologia do ventre, diz Le Loup:

*"Ter ventre é ter centro"...*

*"Alguém que está bem centrado, que está bem no seu hara, não possui força destruidora. Possui uma força positiva que espalha harmonia em torno dele"...*

*"é ao nível do ventre que uma transformação é possível" (p. 94, 96,97).*

O caminho de interpretação adotado por Le Loup mostra que podemos adotar, na leitura do corpo, a análise do sintoma a partir de diferentes níveis de apreensão e compreensão dessa realidade que se apresenta.

Os diferentes órgãos do ventre e suas representações simbólicas:

1. O fígado: em hebraico significa *caved* (peso, potência, riqueza). "*É neste lugar do corpo que a luz pode ser estocada e todas as emoções - medo, cólera, ciúme - impedem que a luz o habite*" (p.98). Simbolicamente, na antiguidade, o fígado estava ligado à visão. É associado a vários sintomas como: enxaqueca, distúrbios do humor (tristeza, melancolia). A bile negra, ou *bile tóxica*, pode provocar vômitos, icterícia, problemas alérgicos, calafrios etc. "*Quando temos um fígado doente, temos uma visão sombria do mundo, uma visão biliosa do mundo*" (p. 99). A vesícula biliar era considerada como sendo a sede do discernimento: "*Para ver a luz, para encontrar este discernimento, é preciso enfrentar não somente o que nos faz medo, mas o que nos entristece*" (p. 100).

2. O estômago: *"O alimento psíquico, os alimentos afetivos e emotivos são tão reais quanto o alimento físico, pois desde que ingeridos são integrados em nós"* (P.101). O excesso ou o acúmulo podem tornar o estômago doente. O vômito pode ser considerado simbolicamente como a necessidade de expulsar o que temos de pesado e pode ser comparado ao ato de perdoar.

3. O baço: é responsável por muitos dos nossos humores, juntamente com o fígado e a vesícula biliar. Tem a função de filtração: *"Retira dos sangue os glóbulos vermelhos velhos e danificados e os glóbulos brancos que se feriram lutando contra as infecções e as bactérias que os atravessam. Além disso, estoca as plaquetas sanguíneas até o momento de sua utilização"* (p. 104).

4. O pâncreas, (em grego: *pan*, todo e *kreas*, carne), é o responsável pela produção de insulina, que regula a quantidade de açúcar no sangue. *"Quando o pâncreas está doente, podemos dizer que toda a matéria, toda a carne, está doente"* (p. 105). Acrescenta: *"ele faz o trabalho de transformação. Então, todas as provações por que passamos atingem o pâncreas e solicitam dele uma quantidade de energia necessária à realização do que foi proposto"*. (p. 106). A importância do Tempo é o que fala o autor, quando refere-se a este órgão.

5. Os rins: são a escuta do interior de nós mesmos; *"na fisiologia do sistema urinário, o papel essencial dos rins é filtrar o sangue, extrair dele a água e os sais minerais excedentes e eliminá-los"*. Acrescenta: *"para enfrentar nossa existência, temos necessidade de rins sólidos"* (p. 106, 107).

A coluna vertebral é parte importante do esqueleto de sustentação do corpo. A origem grega da palavra esqueleto é a mesma de escola e escada (*skeleton, skola, skada*).

Sobre o simbolismo desta, diz o autor: *"a coluna vertebral é a árvore da vida, plantada no meio do jardim do Éden. Reencontrar a coluna vertebral é reencontrar seu eixo e o eixo do mundo. É reencontrar, de novo, seu lugar no paraíso"* (p. 109). A medula espinhal dá o sentido da estrutura da coluna vertebral; funcionando como um cabo telégrafo, ela permite que os estímulos sejam conduzidos ao cérebro, assim como as respostas motoras deste aos músculos. Le Loup relaciona as nossas dificuldades em relação a nossa coluna com o relacionamento que tivemos com o nosso pai ou mestre:

*"a coluna vertebral, com o sentido do hara e do Sopro, é freqüentemente considerada como nosso mestre interior ...*

*e mesmo se nosso pai nos faltou, se nos faltaram ensinamentos e informações, quando escutamos nossa coluna vertebral, o pai, o mestre interno, pode nos guiar no que é preciso e necessário" (p. 111).*

A medula óssea contém no seu interior a célula mãe, que produz as células do sangue. No recém-nascido, preenche o interior de todos os ossos; no adulto, apenas o esterno, as costelas e as vertebbras. Produz as seguintes células: a) os glóbulos brancos: ajudam nosso corpo a combater infecções; b) as plaquetas: controlam os sangramentos dos nossos vasos; c) os linfócitos: distinguem a presença de corpos estranhos no nosso organismo; e d) os glóbulos vermelhos: transportam a hemoglobina. Juntas, essas células têm a função de, a cada inspiração, alimentar todas as células do nosso corpo e recolher o lixo e o descartar, a cada expiração.

Sobre o coração e os pulmões, é necessário saber: *respiração plena, condições ótimas de saúde; o coração é o centro das relações.*

O pescoço (coluna cervical) é considerado pelo autor um *elo entre a cabeça e o coração*, podendo este elo muitas vezes estar rompido. A mobilidade da nuca pode simbolizar que a nossa inteligência deve permanecer flexível; *a cabeça representa a síntese de todo corpo.*

As mãos representam toda a possibilidade de *expressão* e estão ligadas ao *conhecimento* (possibilidade de conhecimento).

Conclui Le Loup que as memórias das diferentes partes do corpo remetem às vivências ao longo da vida, pois *"o corpo inconsciente guarda o segredo de nossa história pessoal e também da história coletiva"* (p. 73).

O objetivo de ter apresentado esse trabalho, de forma resumida, é estimular as nossas possibilidades de interpretação da linguagem corporal e ampliar os nossos olhares para a compreensão da corporeidade de indivíduos mentalmente doentes, pensando no corpo

não apenas anatomopatologicamente ou fisiologicamente, mas como um corpo dotado de uma sensibilidade específica e individual; um corpo cuja simbologia, pode muitas vezes, ir além da nossa compreensão cientificamente enraizada.



***CAPÍTULO 9***  
***A ESQUIZOFRENIA***  
***O estudo da doença em si***

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave. A doença geralmente começa na adolescência, ou no início da vida adulta, e caminha para a cronicidade. De acordo com Warner & Girolamo (1995), gasta-se nos Estados Unidos aproximadamente 0,5% do produto interno bruto com o tratamento de pacientes esquizofrênicos (incluindo as despesas indiretas). Os autores apontam um outro problema, de caráter social, relacionado à esquizofrenia: tanto a família quanto o paciente são freqüentemente submetidos ao estigma associado com a doença, algumas vezes por gerações. Desse modo, a esquizofrenia continua sendo, até os dias atuais, um dos maiores problemas de Saúde Pública.

### 9.1. HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA

A História Clínica da Esquizofrenia inicia-se em 1852, segundo Nunes Filho (1996), sob a denominação de *démence précoce*, dada pelo psiquiatra Benedict Morel (1809 - 1873), referindo-se a certas formas de demência que surgem na adolescência, com distúrbios do pensamento e do afeto e manifestações delirantes. Em 1863 quadros semelhantes foram descritos por Ewald Hecker e denominados de *hebefrenia*, e, em 1874, K. Kahlbaum descreveu a sintomatologia da *catatonia*.

Em 1896, Emil Kraepelin, na 5.a ed. do Tratado de Psiquiatria, reuniu a *dementia praecox* (Morel, Hecker), a *catatonia* (Kahlbaum) e a *demência paranóide* (Kraepelin) sob uma denominação geral de *doenças do metabolismo*, junto com o mixedema e o cretinismo. Na 6.a ed., em 1899, a *dementia praecox* ganhou autonomia para se diferenciar da *loucura maniaco-depressiva*.

Em 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, segundo Nunes Filho (Ibid.), "*introduziu o termo esquizofrenia para substituir demência precoce, porque considerava que os distúrbios eram de natureza diferente dos processos demenciais descritos por Alzheimer ou de outras demências orgânicas*" (p. 92).

O termo "*esquizofrenia*", que significa "*mente cindida*", expressava a dissociação do pensamento, dos afetos e da expressão motora. Bleuler descreveu os sintomas fundamentais e os sintomas acessórios da esquizofrenia, assim expostos por Nunes Filho:

*"a) Sintomas fundamentais de Bleuler:*

*Distúrbios da associação do pensamento;*

*Distúrbio do afeto;*

*Ambivalência;*

*Autismo;*

*Distúrbios da experiência subjetiva do EU;*

*Distúrbios da vontade e do comportamento.*

*b) Sintomas acessórios de Bleuler:*

*Distúrbios da percepção (ilusões e alucinações);*

*Delírios;*

*Transformação da personalidade;*

*Alterações da palavra falada e escrita;*

*Sintomas catatônicos" (p. 92).*

Essa definição da doença e, posteriormente, o método fenomenológico de Karl Jaspers, influenciaram a compreensão psiquiátrica sobre a esquizofrenia a partir da segunda metade do século XX.

Os estudos de Kurt Schneider, um grande fenomenologista em psiquiatria, procuraram descrever com precisão as experiências vividas pelos pacientes. Renunciando à busca do transtorno fundamental, Schneider distinguiu sintomas de 1.a Ordem e os sintomas de 2.a Ordem, visando organizar o diagnóstico de modo mais simples e mais preciso.

*"Sintomas de 1.a Ordem:*

*Ouvir os próprios pensamentos falados de fora (Gedankenlautwerden);*

*Alucinações que comentam atos do paciente;*

*Roubo do pensamento ou outras experiências de influência externa;*

*Experiências de ações controladas de fora;*

*Percepções delirantes;*

*Experiências somáticas de passividade;*

*Publicação do pensamento;*

*Outras experiências que envolvam imposição de afetos, ações ou pensamentos.*

*Sintomas de 2.a Ordem:*

*Perplexidade;*

*Idéias delirantes repentinas ou eventuais (ocorrências delirantes);*

*Sentimento de empobrecimento emocional;*

*Alterações depressivas e eufóricas do humor;*

*Sintomas catatônicos" (p. 93).*

Atualmente, acrescenta Nunes Filho, "A DSM-IV estabelece critérios que incorporam os postulados de Kurt Schneider, que a CID -10 consagra de modo mais claro", que apresentaremos na tabela a seguir:

**Tabela 9.1. Diretrizes Diagnósticas da CID - 10 para Esquizofrenia**

<p>Características essenciais (Primeira Ordem)</p> <p>Presença de um dos seguintes sintomas, durante pelo menos um mês:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento;</li><li>b) Delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações; percepção delirante;</li><li>c) Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo;</li><li>d) Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa, ou poderes e capacidades sobre-humanas (p. ex., ser capaz de controlar o tempo ou se comunicar com alienígenas de outro planeta).</li></ul>
<p>Presença de sintomas de pelo menos dois dos seguintes</p> <p>Subgrupos, durante o período mínimo de um mês (Segunda Ordem)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>e) Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios "superficiais" ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias sobre valorizadas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente;</li><li>f) Interceptações ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente ou neologismos;</li><li>g) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cerea, neativismo, mutismo e estupor;</li><li>h) Sintomas negativos, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social, deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroleptica;</li><li>i) Ausência de sintomas depressivos ou maníacos típicos;</li><li>j) Ausência de doenças cerebrais, intoxicações por drogas ou síndromes de abstinência.</li></ul>

Fonte: Melo Filho (1996).

Na definição de Cardoso (1995), a esquizofrenia é uma psicose em que o doente perde o contato com a realidade e vive num mundo imaginário, psicótico e estranho, cujas vivências são inteiramente novas. Para o autor, esta entidade nosológica recebeu vários rótulos no decorrer das investigações científicas e, finalmente, a expressão 'esquizofrenia', proposta por Bleuler, que permanece até hoje.

A quinta edição da CID-10 (1997), traz a seguinte definição da doença:

*"Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inadequados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos" (p.317).*

## 9.2. EPIDEMIOLOGIA

Segundo Kaplan (Ibid.), dados epidemiológicos do National Institute of Mental Health (NIMH), relataram a prevalência vitalícia da esquizofrenia nos Estados Unidos de aproximadamente 1,3%, para ambos os sexos, diferindo apenas quanto ao início e curso da doença. Os homens têm um início mais precoce (antes dos 25 a). As idades de pico para o início em homens são de 15 a 25 anos e de 25 a 35 anos, sendo extremamente raro antes dos 10 e após os 50 anos. Homens são mais propensos a apresentar sintomas negativos; as mulheres são mais propensas a ter melhor funcionamento social e melhor resultado do que os homens.

Outros dados epidemiológicos importantes relatados por Kaplan:

- O suicídio é uma causa de morte freqüente entre os pacientes esquizofrênicos;
- Abuso de álcool, fumo e outras drogas: o abuso do cigarro em pacientes psiquiátricos aumenta o consumo de drogas antipsicóticas, porque o hábito de fumar aumenta o índice de metabolismo dessas substâncias;
- Os estressores sociais podem afetar o desenvolvimento da doença - a densidade populacional geralmente é acima de 1 milhão de habitantes. A correlação é mais fraca em cidades com menos de 500.000 habitantes;
- Em países industrializados, o número maior de pacientes encontra-se nos grupos socioeconômicos inferiores - hipótese da mobilidade descendente e/ou da causação social;
- Os pacientes esquizofrênicos ocupam 50% dos leitos dos hospitais psiquiátricos e correspondem acerca de 16% de todos os pacientes psiquiátricos que recebem qualquer tipo de tratamento.

### 9.3. ETIOLOGIA

Apesar dos grandes avanços realizados através de pesquisas, a etiologia da esquizofrenia continua desconhecida. O modelo freqüentemente utilizado da *diátese-estresse* evidencia que se pode ter uma vulnerabilidade específica (diátese) que, pressionada por fatores ambientais estressantes, favorece o desenvolvimento dos sintomas esquizofrênicos (Nunes Filho e col., 1996). Para a compreensão das causas da esquizofrenia, alguns fatores devem ser observados.

As pesquisas sobre os *fatores biológicos* realizadas nas últimas décadas atribuem um papel fisiopatológico importante a certas áreas do cérebro, entre as quais o *sistema límbico*, o *córtex frontal* e os *gânglios basais*. Estas áreas estão neurofisiologicamente interconectadas, de modo que uma disfunção de uma pode envolver uma patologia primária

em outra. As pesquisas mais recentes procuram estudar a relação existente entre o surgimento da lesão neuropatológica e os estressores sócio-ambientais.

A *hipótese dopaminérgica*, na qual a esquizofrenia resulta do aumento da atividade dopaminérgica, evoluiu a partir de duas observações: A) a eficácia e a potência dos antipsicóticos (exceto a clozapina) estão correlacionados com suas capacidades de agirem como antagonistas dos receptores dopamínicos do tipo 2 (D2); B) as drogas que aumentam a atividade dopaminérgica, mais notadamente a amfetamina, são psicotomiméticas. Entretanto, acrescenta Kaplan (1997), "*a teoria básica não procura detalhar se a hiperatividade dopaminérgica se deve a uma demasiada liberação de dopamina, demasiados receptores à dopamina, ou de alguma combinação desses mecanismos*" (p. 445). Os estudos revelam que não é possível concluir que a hiperatividade dopaminérgica seja exclusividade da esquizofrenia, pois: 1) os antagonistas da dopamina são efetivos para o tratamento de qualquer paciente psicótico e severamente agitado; 2) os neurônios dopaminérgicos podem aumentar sua taxa de ativação em resposta à excitação a longo prazo por drogas antipsicóticas.

Alguns estudos indicam uma *base neuropatológica* para a esquizofrenia, principalmente no *sistema límbico e nos gânglios basais*. As alterações importantes observadas no primeiro são a *diminuição do tamanho na região que abrange a amígdala, o hipocampo e o giro pára-hipocampal*, detectados no exame de *Imagem por Ressonância Magnética (IRM)*; nos gânglios basais, o interesse dos pesquisadores se dá por alguns motivos, inclusive pelo fato de muitos pacientes apresentarem movimentos estranhos, mesmo na ausência de transtornos dos movimentos induzidos por medicamentos, tais como: *marcha instável, trejeitos faciais e estereotípias*. Sabe-se que os gânglios basais estão envolvidos no controle motor, então há suposições de que uma patologia dos mesmos pode estar relacionada à fisiopatologia da esquizofrenia. Um outro motivo importante seria o fato de que eles estão reciprocamente conectados com os lobos frontais, podendo ocorrer que as anormalidades funcionais nestes sejam provocadas por patologias dentro dos gânglios basais. Os resultados desses estudos apresentam ainda relatos *controversos e inconclusivos*.

As *Imagens Cerebrais*, a partir de exames especializados, tais como *Tomografia Computadorizada (TC)*, *Imagem por Ressonância Magnética (IRM)*, *Tomografia por Emissão de Pósitrons (TEP)*, têm revelado alguns achados importantes:

a) Aumento dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo e algum grau de redução do volume cortical;

b) Assimetria cerebral anormal, volume cerebelar reduzido e alterações na densidade cerebral.

Os dados a partir dos estudos de imagens cerebrais, segundo Kaplan (Ibid.), relatam que esses achados são também encontrados em outras patologias mentais (transtornos do humor, alcoolismo e demências), e apresentam conclusões pouco claras até o momento.

Os *fatores genéticos* para herança da esquizofrenia são apontados por Nunes Filho (Ibid.) e apresentados na tabela a seguir:

**Tabela 9.2. Prevalência da esquizofrenia na família de esquizofrênicos**

Irmão gêmeo dizigótico ou irmão comum: 85 – 12%
Um dos pais esquizofrênico: 12%
Pai e mãe esquizofrênicos: 40%
Irmão gêmeo monozigótico: 47%
O fato de que a correspondência entre os gêmeos monozigóticos não beira os 100% sugere a importância de fatores ambientais de natureza física ou psicológica.

Fonte: Nunes Filho, 1996.

Entre os *fatores psicossociais*, observam-se algumas possibilidades de compreensão etiológica da esquizofrenia entre as teorias psicanalíticas e psicodinâmicas contemporâneas (Uchôa, 1979; Kaplan, 1997). A esquizofrenia é entendida a partir da psicanálise como resultante de *fixações no desenvolvimento* e também de um *defeito no ego*.

O esquizofrênico *regride à fase do narcisismo primário* (quando a criança não descobriu ainda o mundo exterior). Pesquisas psicanalíticas realizadas por Harry Stack Sullivan, citadas por Kaplan (Ibid.), concluíram que "*a doença resulta de dificuldades interpessoais no início da vida, particularmente, as relacionadas com o que ele caracterizou como cuidados maternos falhos e demasiadamente ansiosos*" (p.451). Nesse caso, o indivíduo que adoece *jamaís adquire a consciência objetal*; o que ocorre, entretanto, é uma *retirada de libido para o próprio ego* (Uhôa, Ibid.).

A *teoria psicanalítica* enfatiza o *significado simbólico* dos sintomas esquizofrênicos para o paciente particularmente. A análise dos sintomas revela que *as fantasias sobre o fim do mundo podem representar que o mundo interno do paciente desabou, os sentimentos de grandeza, o narcisismo reativado; as alucinações, a incapacidade de enfrentar a realidade objetiva; os delírios, as tentativas regressivas, restitutivas, de criar uma nova realidade ou expressar medos ou impulsos ocultos.*

Outras teorias envolvendo a família são também consideradas clinicamente, pois o estresse emocional pode ser significativo para o desenvolvimento e agravamento da esquizofrenia. Kaplan aponta alguns fatores familiares importantes: a) *duplo vínculo*, quando os filhos recebem mensagens conflitantes envolvendo seu comportamento, atitudes e sentimentos; b) *cismas e famílias obliquas*, quando ocorrem conflitos entre os pais, e um deles torna-se extremamente unido a um filho do sexo oposto, ou ainda quando ocorre luta de poder entre os pais; c) *famílias pseudomítuas e pseudo-hostis*, quando ocorre supressão emocional, gerando dificuldades para a criança nos relacionamentos com outras pessoas; d) *emoção expressada (ee)*, quando ocorrem críticas, hostilidade e excessivo envolvimento dos pais ou responsáveis pela criança.

## 9.4. DIAGNÓSTICO

As formas clínicas principais da esquizofrenia da CID-10, que segue a orientação europeia clássica, são as quatro primeiras (as formas clássicas), além das outras que apresentamos a seguir;

1. Paranóide, a mais comum em muitas partes do mundo, cujo quadro clínico é dominado por delírios, alucinações, além de outras alterações perceptivas;

2. Hebefrênica, em que há predominância de alterações afetivas. O paciente assume comportamentos imprevisíveis (risos imotivados, caretas, maneirismos e queixas hipocondríacas). Há uma desorganização no curso do pensamento e o discurso é cheio de divagações e incoerente;

3. Catatônica, nessa forma, os aspectos essenciais são os distúrbios psicomotores, que podem variar entre extremos, tais como a hipercinesia ou o estupor. O paciente pode manter-se em posturas ou atitudes forçadas por longos períodos, ou em estado de excitação intensa aparentemente sem sentido.

4. Indiferenciada, onde há condições que satisfazem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas estas não se adequam a nenhum subtipo (Nunes Filho & col., 1996).

5. Depressão esquizofrênica, caracterizada por um episódio depressivo, que pode ser prolongado, surgindo após o início do transtorno esquizofrênico, com predominância de sintomas negativos.

6. Esquizofrenia Residual, que é um estágio crônico no desenvolvimento de um transtorno esquizofrênico, no qual houve uma progressão do estágio inicial para um estágio mais tardio, caracterizado por sintomas negativos de longa duração.

7. Esquizofrenia simples, sendo um quadro raro, no qual há desenvolvimento insidioso, porém progressivo de conduta estranha, incapacidade para atender às exigências sociais e um declínio no desempenho total.

Os subtipos do DSM - IV são:

- Paranóide, caracterizado por delírios (perseguição e grandeza) e alucinações freqüentes. O primeiro episódio da doença aparece tardiamente (20 - 30 anos) e os pacientes apresentam menos regressão das suas faculdades mentais, da resposta emocional e do comportamento. Os esquizofrênicos paranóides são tensos, desconfiados e reservados, podendo apresentar comportamento hostil e agressivo;
- Desorganizado (anteriormente chamado hebefrênico), caracterizando-se por uma regressão acentuada a um comportamento primitivo, desinibido e desorganizado. O início se dá antes dos 25 anos. Há um pronunciado transtorno do pensamento e o contato com a realidade é pobre;
- Os tipos Catatônico e Diferenciado, nessa classificação, apresentam as mesmas características desses tipos referidos na CID - 10.

Existem ainda dois subgrupos de esquizofrenia, formados pela classificação de pacientes pela distinção de sintomas positivos, tais como alucinações, delírios e acentuados distúrbios de pensamento (incoerência, descarrilhamentos etc.), e de sintomas negativos (pobreza da fala, embotamento afetivo, retração social). A classificação de T. J. Crow, propõe os subtipos I e II como meio de considerar, atualmente, a natureza do curso, a resposta ao tratamento e o prognóstico da enfermidade, como apresentamos na tabela a seguir:

**Tabela 9.3. Classificação da Esquizofrenia segundo T. J. Crow (1985)**

Subtipo	Sintomas Principais	Resposta aos Fármacos	Etiologia
I	Positivos: delírios, alucinações, distúrbios da forma do pensamento	Boa	Fatores bioquímicos
II	Negativos: embotamento afetivo, retraimento social, distúrbio da vontade, conteúdo pobre do pensamento	Ruim	Alteração estrutural

Fonte: Melo Filho (1996).

## 9.5. A EXPRESSÃO CORPORAL DA ESQUIZOFRENIA

Como podemos observar, a esquizofrenia é uma patologia de um quadro variadíssimo. O nosso interesse, entretanto, dirige-se aos seus aspectos psicomotores, tais como:

- **Os estados de excitação:** a excitação nos pacientes esquizofrênicos sobrevem de maneira inesperada e tem o aspecto de crises passageiras. A catatonia caracteriza-se por movimentos extravagantes e intempestivos que, na maioria das vezes, assemelham-se aos movimentos coréicos e atetósicos. Na agitação catatônica, o doente pode correr de um lado para o outro, gritar, insultar, agredir, morder e tentar destruir objetos ao seu alcance. Bunke, citado por Spoerri (1988), diz que essas explosões motoras dão a impressão de descargas sem motivação psicológica;

- **Debilidade da vontade:** existe um afrouxamento ou insuficiência volitiva denominados hipobulia ou abulia; uma perda de interesse pelo mundo exterior;

- **Estupor:** os períodos em que as manifestações da atividade estão reduzidos ao grau mínimo ou abolidas. Os pacientes apresentam-se imóveis ou rígidos, manifestando resistência às mudanças de posição;

- **As estereotípias:** a) de atitudes: o doente conserva durante muito tempo a mesma posição, a mesma atitude postural; b) de movimento ou paracínéticas: o doente executa um determinado movimento de forma constante e uniforme, durante meses e até anos. Podem ser pequenos movimentos realizados com os dedos das mãos ou movimentos amplos, envolvendo vários grupos musculares, como as marchas estereotipadas.

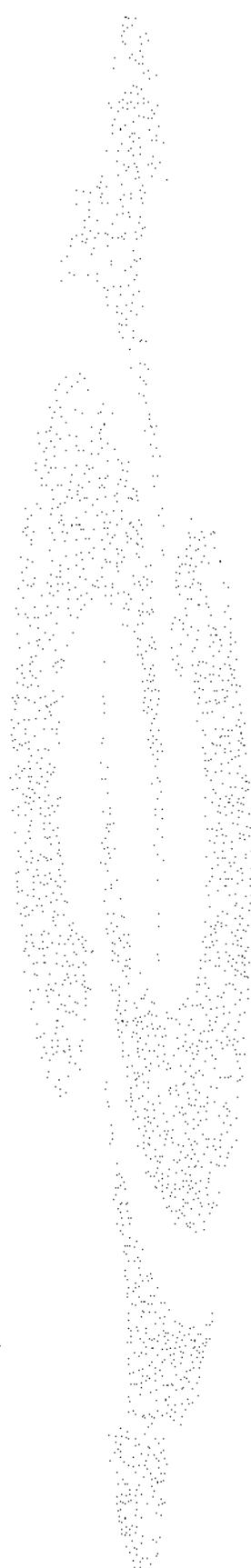
O estudo de Rogers, citado por Sims (1989), sobre desordens motoras, envolvendo 100 pacientes esquizofrênicos crônicos institucionalizados de ambos os sexos, sendo 59 mulheres e 41 homens, com idade média de 42,8 anos, mostrou que a maioria apresentava desordens motoras no momento. As anormalidades mais frequentemente encontradas foram:

1. dificuldade com a iniciação e execução eficiente da atividade motora intencional, resultando em restrição do repertório motor viável;
2. produção de discurso com 22 pacientes normalmente mudos, 25 pacientes nunca iniciando conversação espontânea, 53 mostrando irrupções de gritos, cantando ou falando e 51 inarticulados ou apenas audíveis ao entrevistador;
3. postura e tônus com uma tendência à flexão associada a vários graus de rigidez e afetando tipicamente a cabeça e pescoço (coluna cervical);
4. movimentos anormais de músculos oro-faciais com rápida ou lenta contração de grupos musculares;
5. movimentos anormais da cabeça, tronco ou membros, os quais podem ser breves, convulsivos, e semi-intencionais em qualidade - essas atividades ocorreram em irrupções ou continuamente com o comportamento, tal como acidentando os outros, batendo com o pé, tocando ou seguindo outras pessoas;
6. na marcha, apresentaram-se arrastando os pés, com lentidão, sem balanceio dos braços, ou curvando-se com a cabeça e pescoço;
7. desvio conjugado dos olhos, freqüentemente, e lateralmente com desvio da cabeça em alguma direção (Rogers, apud Sims, 1989: 275 - 276)

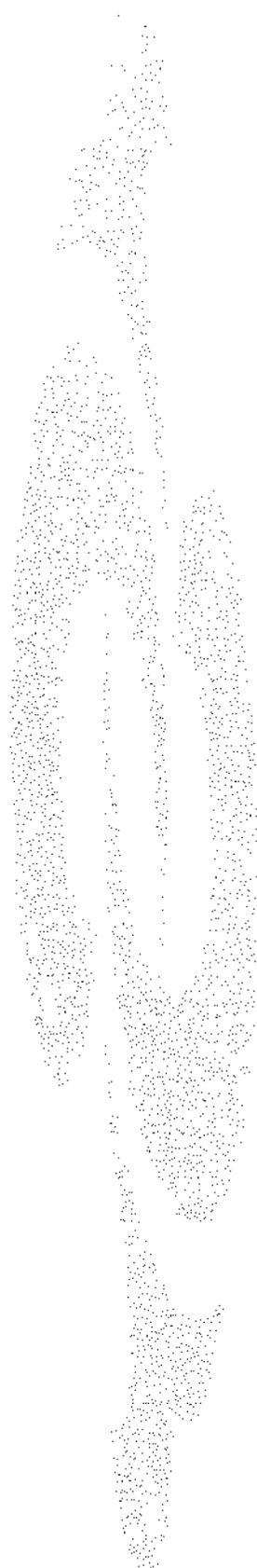
Através de minha experiência clínica anterior ao desenvolvimento deste trabalho, realizada em Hospitais Psiquiátricos na capital e no interior da Paraíba, mencionada no início, nas *considerações preliminares* deste trabalho, observei, com freqüência, algumas alterações semelhantes às observadas por Rogers, ao nível da expressão corporal, em pacientes psiquiátricos hospitalizados, especialmente nos esquizofrênicos crônicos; nesses, as alterações mais encontradas foram: a) *posturais*: o tronco projetado para frente, associado à semiflexão dos membros superiores e inferiores; b) *marcha em bloco*, sem dissociação de cintura (como se fossem autômatos); c) *encurtamento dos músculos peitorais*; e d) *agitação psicomotora*. As intervenções realizadas pela minha equipe de trabalho, geralmente fisioterapeutas e graduandos em fisioterapia, objetivavam uma

abordagem terapêutica frente às observações clínicas desses pacientes, utilizando-se de técnicas de alongamento, psicomotricidade, cinesioterapia, musicoterapia, massoterapia e relaxamento, tendo-se como resultado, a curto prazo, uma melhora das alterações motoras (havendo necessidade, porém, de uma avaliação a médio e longo prazo).

No presente trabalho, não realizamos intervenções fisioterápicas no grupo de pacientes esquizofrênicos participantes da fase de pesquisa de campo. Nesses pacientes foi realizado tão somente o estudo da *expressão corporal*, a linguagem motora e expressiva da esquizofrenia, a partir da *correlação* de fatores ou aspectos importantes para a compreensão tanto da corporeidade humana, quanto da doença em si, e que serão apresentados na Parte III.



***PARTE III***  
***O TRABALHO DE PESQUISA DE***  
***CAMPO***  
***Análise dos Resultados***



***CAPÍTULO 10***  
***AS FALAS E OS SILÊNCIOS DO***  
***CORPO (OU DA MENTE) NA***  
***ESQUIZOFRENIA***  
***O quadro clínico do grupo de paciente***  
***estudados***

Como podemos observar no capítulo 5, o corpo é o local de ancoragem do ego; as emoções revelam-se pela via da expressão corporal, tanto as ligações como as rupturas com o meio ambiente e o meio social. Então, a linguagem corporal, ou seja, tudo o que é revelado através da corporeidade, tem uma historicidade e uma simbologia enraizada na vivência, na experiência prática desse indivíduo no seu processo de desenvolvimento bio-psico-sócio-cultural.

Propusemo-nos, no início deste trabalho, a estudar a corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos institucionalizados, não a partir de uma compreensão totalitária dessa corporeidade, mas a partir do estudo de alguns aspectos considerados no decorrer da pesquisa bibliográfica, e que seriam confrontados na pesquisa de campo.

A primeira etapa dessa pesquisa realizada com o grupo de 15 pacientes esquizofrênicos crônicos "moradores" do *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira* (nas *Unidades Casa Branca e Paraíso*), que nós denominamos de PESQUISA DOCUMENTAL (anexo1), consistiu na leitura e análise de documentos incluídos nos Prontuários destes pacientes, e em seguida, transcrição de dados, os quais consideramos importantes para a observação do quadro clínico dessa amostra estudada.

Os documentos encontrados (por paciente) nessa etapa foram: a) *Relatórios*; b) *Ficha de Resumo da História Psiquiátrica*; c) *Ficha de Resumo da História clínica*; d) *Projeto Terapêutico Individual*, e e) "*Carta do paciente*", os quais apresentamos na tabela 10.1:

**Tabela 10. 1. Análise dos Documentos**

Paciente	documento encontrado	paciente	documento encontrado
M. A. N. M.	a, b, c, d	D. M. J.	b, c, d
A. S.	b, c	M. A. M.	b
E. R. M.	a, d, e	C. P. F. M.	b, d
E. J. F.	b, c	A. N. C.	b, d
F. D.	d	J. H. P.	b, d
J. R. S.	b, d	M. A. P.	a, d
S. M. D. T.	b, d	J. B. S.	d
A. M.	b, c, d	—	—

Fonte: Pesquisa de Campo, 1998.

Os primeiros dados observados a partir do estudo e análise desses documentos possibilitaram-nos a compreensão de aspectos importantes da história clínica da esquizofrenia, assim como, em termos gerais, uma primeira caracterização do quadro clínico do grupo. Os pontos em comum foram agrupados e categorizados por ordem de ocorrência e repetição, como apresentamos a seguir, de forma ordenada.

A leitura minuciosa e a análise dos documentos acima citados revela:

#### **10.1. SOBRE A HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA:**

1. História de múltiplas internações psiquiátricas;
2. História de comportamento agressivo;
3. Aparição dos primeiros sinais e sintomas na adolescência ( entre os 15 e 18 anos, para a maioria; apenas um (a) paciente adoeceu após os 25 anos de idade): *comportamento estranho, alterações psicomotoras (inquietação), fugas de casa, hábito de despir-se;*
4. Antecedentes familiares de doença mental ou transtornos do comportamento (*pais alcóolatas, família desagregada etc.*);
5. História de convulsões na infância, conseqüentes ou não de TCE (traumatismo crânio-encefálico);
6. Dificuldades de aprendizado na escola durante a infância;
7. Vida social normal até a adolescência, aproximadamente até os 18 anos (alguns pacientes tiveram emprego fixo: técnico, empregada doméstica, balconista e secretária);
8. História de violência sexual na adolescência, principalmente nas pacientes do sexo feminino;
9. História de alucinações auditivas (ouvir vozes de comando: quebrar vidros, agredir pessoas; de conteúdo sexual) e visuais (ver objetos estranhos ao local, não visíveis pelos demais);
10. Grau importante de alienação de si e do setor onde vive;

11. Pensamento desorganizado;
12. Ocorrência de delírios (místico, de perseguição);
13. Dificuldades de cuidados pessoais (higiene monitorada);
14. Pouco ou nenhum vínculo com a família;
15. Risco de suicídio.

## **10. 2. SOBRE A HISTÓRIA CLÍNICA:**

1. Tabagismo;
2. DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica);
3. Arritmia cardíaca;
4. Problemas intestinais (obstipação instestinal, amebíase intestinal);
5. Dificuldades em articular palavras (déficit auditivo);
6. Linfedema;
7. Escabiose;
8. Espondilite anquilosante.

## **10. 3. SOBRE O MOTIVO DA PRIMEIRA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA:**

1. *"Sair de casa totalmente despido(a), associado a comportamento agressivo";*
2. *"Crises convulsivas";*
3. *"Episódios de choros e risos imotivados, brigas com a mãe e irmãos, fuga de casa, mania de despír-se, agressões físicas à genitora";*
4. *"Ataques freqüentes, duas a três vezes ao dia";*
5. *"Hábito de introduzir objetos no orifício anal, inquietação, insônia, agressividade, ouvia vozes, fugas de casa";*

6. *"Após desmaio, apresentava ainda, sintomas de depressão, angústia, ouvia vozes";*

7. *"Trazido (a) pela policia, com delirio de perseguição, falando de pessoas que entra em seu corpo e provoca doenças";*

8. *"Saia de casa, esquecia as panelas no fogo, tentou incendiar o fogão";*

9. *"Isolamento, apatia, discurso vago, reticente, critica comprometida, sem noção de morbidez, descuido com a higiene, solilóquios, humor deprimido".*

#### **10.4. SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS (NEUROLÉPTICOS ANTIPSICÓTICOS):**

- Gardenal 100 mg;
- Tegretol 200 mg;
- Amplictil 100 mg;
- Haldol 5 mg;
- Fenegan 25 mg;
- Nitrazepan 100 mg;
- Neozine 100 mg;
- Anatensol 5 mg;
- Anafranil 100 mg;
- Haloperidol 5 mg.

## 10. 5. SOBRE O QUADRO CLÍNICO ATUAL:

1. Quadro psiquiátrico estável;
2. A maioria dos pacientes apresenta episódios de recaídas de alucinações auditivas e visuais;
3. Grau importante de alienação de si e do setor onde vive;
4. Pensamento desorganizado (curso e conteúdo), dificuldade em estabelecer diálogo;
5. Independência para as AVDs (atividades da vida diária);
6. Isolamento e quadro delirante;
7. Desinibição, hipersexualidade;
8. Risco de suicídio.

A leitura e análise inicial do prontuário desses pacientes possibilitou-nos uma primeira caracterização do grupo.

Vale salientar que nesta etapa da pesquisa, nenhum contato com os pacientes havia sido feito ainda, pois a escolha dos mesmos se deu por indicação, desde que preenchessem os critérios de inclusão/exclusão.

Alguns fatores pontuados nesta exposição de dados podem ser considerados aspectos importantes do desenvolvimento da patologia.

- Os primeiros sinais de descontrole mental que despertaram a atenção dos parentes mais próximos desses pacientes foram expressados numa linguagem primitiva e arcaica: *a linguagem corporal*.

O critério de anormalidade psíquica ou "*comportamento estranho*" foi considerado, na maioria das vezes, a partir de *alterações psicomotoras (agitação, agressividade), fugas de casa, desejo de despir-se*.

Nesses casos, as alterações psicomotoras caracterizam uma atividade cerebral acelerada, uma hiperatividade neuronal do SNC (sistema nervoso central). O corpo parece revelar um excesso de energia ou de atividade mental; *o corpo parece gritar!*

Os motivos da primeira internação em instituição psiquiátrica são basicamente os mesmos (dos primeiros sinais apresentados pelos pacientes); acrescentam-se, porém, as alucinações (com maior frequência, as auditivas) e os delírios.

A irresponsabilidade para realizar atividades de rotina e o risco de acidentes fatais, são também um motivo importante de internação: "*esquecia as panelas no fogo, e tentou incendiar o fogão*".

Em outras situações *o corpo emudece*; se fecha para o mundo. Como motivo da primeira internação psiquiátrica, nesse grupo, também aparece esse tipo de discurso corporal: "*isolamento, apatia, discurso vago... solilóquios, humor deprimido*".

Um fato no mínimo curioso é que esse "*comportamento estranho*" tenha sido observado na adolescência (na maioria desses pacientes, entre 15 e 18 anos), período importante de transição na evolução natural do ser humano como indivíduo, como pessoa.

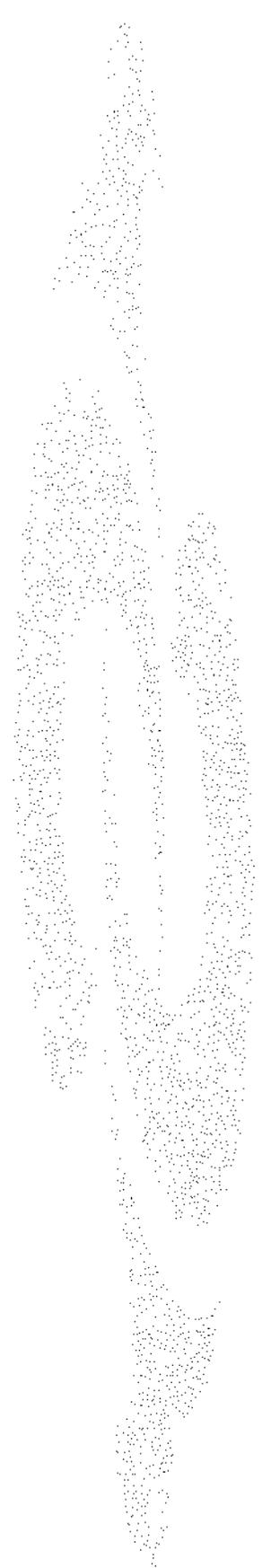
O dado mais frequentemente encontrado na pesquisa documental foi a "*história de múltiplas internações psiquiátricas*". Os pacientes desse grupo foram internados em diferentes hospitais numa mesma cidade, ou em diferentes hospitais de outras cidades, ou de outro estado. Esse dado pode estar correlacionado com dois outros, como "*os antecedentes familiares*" e "*pouco ou nenhum vínculo com a família*". Os antecedentes familiares, nesse grupo, incluem: 1) doença mental materna, paterna ou em um dos avós; 2) alcoolismo do pai, da mãe ou de ambos; 3) desagregação da família.

O que ocorre com a maioria dos pacientes crônicos encontrados em instituições psiquiátricas é um descaso da família, um abandono social, uma descontinuidade de laços afetivos, o que torna quase impossível a reconstituição dos fatores desencadeantes da doença.

O que torna a esquizofrenia um objeto de estudo para muitos pesquisadores é essa característica psicótica que os pacientes apresentam: a criação de um mundo psicótico, livre das normas sociais, livre da dor, do desamparo, da incompreensão humana. Enfim, o mundo psicótico é um mundo onde a dimensão tempo-espacial é ignorada; onde há uma alienação total das regras sociais; onde os laços afetivos já não têm tanta importância quanto *deveriam ter* (grifos nossos) antes do adoecimento mental; onde é possível viver em diferentes instituições, *alheios* ao que "isso" possa trazer como consequência para o seu futuro como pessoa, como indivíduo, como cidadão. Afinal, qual a *perspectiva de futuro* para o paciente esquizofrênico? O que importa-lhe *o tempo ou o espaço onde vive*?

É isso que observamos quando nos deparamos com o *quadro clínico* da esquizofrenia. Alguns pacientes esquizofrênicos crônicos, no que consta nesta pesquisa documental sobre a história psiquiátrica, já fizeram usos de todos os medicamentos antipsicóticos, sem alterações importantes no quadro alucinatorio, na atividade delirante e nas alterações psicomotoras. Parece haver uma recusa inconsciente de sair desse quadro, de permanecer nesse estado de alienação do mundo real.

Outro fato importante é a ligação desses pacientes com o passado. Houve, para a maioria, uma "*grande quebra*", ou ruptura com o passado. Ignoram não só a si mesmos, mas também as suas origens. Muitos não se lembram o nome dos pais ou irmãos, nem do aspecto físico do local onde moravam quando criança, nem dos amigos, não se lembram de *quase nada*. Lendo os dados encontrados nesses prontuários, surge uma interrogação: *Quem são, na realidade, esses indivíduos portadores da doença mental denominada esquizofrenia?*



***CAPÍTULO 11***  
***AS HISTÓRIAS DE VIDA:***  
***Considerações sobre o desenvolvimento***  
***da doença***

A segunda etapa da pesquisa de campo do presente trabalho, que denominamos "HISTÓRIAS DE VIDA DOS PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS EM ESTUDO", foi realizada no período de maio/98 - junho/98, nas mesmas unidades referidas na etapa anterior, a partir da aplicação do anexo 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA EM SAÚDE MENTAL.

A entrevista sobre a história de vida é um dos aspectos importantes para o estudo não só da patologia, mas da *expressão* do desenvolvimento dessa patologia ao longo da vida de uma pessoa.

Pensando assim, elaboramos um roteiro de entrevista, segundo Kaplan & Sadock (1997), para o estudo de algumas fases do desenvolvimento destes pacientes.

No princípio, pretendíamos entrevistar os parentes mais próximos ou responsáveis pelos pacientes e os próprios pacientes, assim como *gravar* todas as entrevistas. Nem uma nem outra intenção foi totalmente viável, devido a alguns fatores, os quais serão discutidos mais adiante.

As entrevistas, na maioria, foram realizadas com os pacientes, o que dificultou bastante a coleta de dados confiáveis, seja pela própria condição mórbida apresentada, seja pela indisposição destes pacientes em falar sobre sua vida; nem sempre foi possível gravar as entrevistas, pela dificuldade em encontrar um local adequado para tal, dentro da instituição.

Uma segunda caracterização do grupo foi possível, como podemos observar na tabela 11.1.

**Tabela 11.1. Caracterização da Amostra**

Nome	Sexo	Idade	Est. Civil	Instrução	Cor	Profissão	Religião
M. A. N. M.	fem.	42 a	solt.	1º grau	parda	----	católica
A. S.	masc.	42 a	solt.	s/a	preta	----	católica
L. R. M.	masc.	39 a	cas.	2º grau	branca	téc.	católica
E. J. F.	masc.	62 a	solt.	s/a	parda	----	católica
F. D.	masc.	45 a	solt.	s/a	parda	----	católica
J. R. S.	masc.	39 a	solt.	1º grau	parda	----	evangélica
S. M. O. T.	fem.	36 a	solt.	1º grau	branca	----	católica
A. M.	fem.	58 a	solt.	1º grau	parda	do lar	católica
D. M. J.	fem.	49 a	solt.	1º grau	parda	----	católica
M. A. M.	fem.	52 a	solt.	1º grau	parda	----	católica
C. P. F. M.	fem.	45 a	cas. (ex)	1º grau	preta	do lar	católica
A. N. C.	fem.	54 a	solt.	1º grau	parda	domést.	s/religião
J. H. P.	masc.	45 a	solt.	S/a	preta	----	católica
M. A. P.	fem.	31 a	cas. (ex)	2º grau	parda	secret.	católica
J. B. S.	masc.	42 a	solt.	s/a	parda	----	católica

Fonte: Pesquisa de Campo, 1998.

Nesta tabela apresentamos alguns dados de identificação dos pacientes que constituem o grupo. Não investigamos os dados sobre a *História Clínica*, como *Queixa Principal*, *História da Doença Atual*, *História Progressiva Patológica* e *Antecedentes Patológicos Familiares*, pois foram observados e discutidos na etapa anterior. Outro dado não considerado foi o *cronograma familiar*, pela dificuldade de obter as informações necessárias.

O nosso estudo sobre a história de vida ou biografia individual desses pacientes inicia-se a partir do item 3.2 (vide anexo 2), no qual buscamos apreender:

- As condições de nascimento, primeiros anos de vida e as relações com os pais e demais parentes durante a infância, desenvolvimento na adolescência e idade adulta.

1. nascimento e primeira infância;
2. irmãos e relacionamentos com estes;
3. escolaridade e aproveitamento no ambiente escolar;
4. aspirações quanto à vida adulta;
5. adolescência;
6. idade adulta;
7. As condições psicopatológicas atuais.

Sendo a maior parte das questões abertas, e sendo o roteiro de entrevista um pouco abrangente, houve a necessidade, para a análise dos dados, da realização de alguns procedimentos:

- a) Transcrição do conteúdo das fitas K7 (no caso das entrevistas gravadas);
- a) Leitura das entrevistas;
- b) Agrupamento de dados pela frequência destes nas respostas dos entrevistados;
- c) Elaboração de um banco de dados (com a ajuda do computador);
- d) Elaboração de relatórios;
- e) Análise e interpretação dos resultados.

Observemos a próxima tabela :

**Tabela 11.2. Resultados da Pesquisa 1**

	Não sabia informar	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4
a.1. Situação familiar no período do nascimento do paciente	(11)	Bom (02)	Precária (02)	
a.2. Problemas sociais durante a gravidez	(10)	Não (04)	Sim (01)	
a.3. Problemas com o parto	(06)	Não (09)		
a.4. Evidência de defeito ou lesão ao nascer		Não (15)		
a.8. Problemas excessivos na 1.a infância	(08)	Nervosa (04)	Normal/calma (03)	
a.6. Problemas de saúde da mãe durante a gravidez	(04)	Não (11)		
a.7. Abuso de álcool ou drogas		Não (12)	Alcool (03)	
a.8. Problemas excessivos na 1.a infância		Não (14)	Medo (01)	
a.9. Como foi amamentado	(05)	Mamadeira (08)	No peito (02)	
a.10. Prob. com a alimentação	(06)	Não (07)	Alergia (01)	Faltou alimento (01)

Fonte: Pesquisa de Campo, 1998.

*Houve uma grande dificuldade de colher dados quanto ao item "A": sobre o "nascimento e a primeira infância" dos pacientes. Os informantes não pacientes, eram pessoas que não sabiam sobre essa fase (os que compareceram para dar a entrevista, eram irmãos ou sobrinhos, nunca os pais dos pacientes).*

A análise destes dados nos permite dizer que a maioria dos pacientes deste grupo:

1. Nasceu de parto sem ocorrências;
2. Não apresentou defeito ou lesão ao nascer;
3. A mãe era saudável durante a gravidez;
4. A mãe não fazia uso de álcool ou drogas durante a gravidez;
5. Não apresentou problemas excessivos na primeira infância;
6. Foi amamentada com mamadeira;
7. Não teve problemas com a alimentação na primeira infância.

O item "**B**" do roteiro refere-se aos "**relacionamentos com os irmãos**":

- Sobre o aspecto psicológico dos pacientes na infância (B.1), observamos que a maioria foi: uma criança retraída (07) ou inquieta (03). Outros aspectos que apareceram menos foram: amigável (02), agressiva (01) e estudiosa (01).

- Sobre os brinquedos e brincadeiras favoritos (B.2), a maioria dos pacientes (09) referiu brincadeiras, como: correr e jogar bola (03), boneca (02), bicicleta (01), bumbo (01), pular corda (01) e "roubar" (01); apenas seis pacientes não se lembravam de nenhuma brincadeira da sua infância.

- Sobre a preferência por brincar sozinho, com outros ou não brincar (B.3), o grupo apresentou duas tendências: oito pacientes, quando crianças, preferiam brincar com outras crianças, enquanto sete pacientes preferiam brincar sozinhos.

No item "**C**", buscamos investigar o "**aproveitamento escolar na infância**": a maioria (08) referiu não ter estudado (ou estudou muito pouco); cinco pacientes tiveram bom rendimento escolar; dois outros pacientes referiram rendimento ótimo e ruim, sendo que este último era bastante agressivo com os colegas da escola, tendo, inclusive, sido expulso de várias escolas por apresentar este tipo de comportamento.

No item "D", investigamos sobre as "aspirações e interesses quanto à vida adulta": a maioria (10) não soube informar; dois gostariam de cantar na televisão e três deles gostariam de ser: secretária, padre e vendedora.

Como podemos observar, os pacientes esquizofrênicos crônicos deste grupo, aparentemente, parecem ter tido uma infância dentro dos padrões de normalidade quanto à saúde e aspectos psicossociais. Um dado que pode ser considerado é que uma boa parte desses pacientes, quando crianças, foram retraídas (07) e inquietas (03). Vale salientar, entretanto, que uma grande quantidade de dados não puderam ser investigados, pelos motivos apresentados anteriormente.

O item "E", sobre a "adolescência" desses pacientes, será mostrado na próxima tabela.

**Tabela 11.3. Resultados da Pesquisa 2**

	Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4	Resposta 5	Resposta 6
E.1. Atitude em relação aos irmãos	Não sabe (08)	Não tem irmãos (02)	Brigava/não gostava (02)	Reservado (01)	Preocupado (01)	"Eu era ruim" (01)
E.2. Facilidade de conquistar amigos	Não (08)	Não teve amigos (04)	Sim (03)			
E.3. Acontecimento marcante	Não sabe (01)	Não lembra (08)	Não (03)	morte do irmão (01)	Ansiedade (01)	TCE (01)
E.4. Prob. físicos ou emocionais	Fobias (03)	Fobias/pesad (04)	Fumo/álcool (04)	Fuga de casa (02)	Pesad/fobia /álcool (01)	Não lembra (01)
E.5. T.ºs conhecimentos s/sexo	Não sabe (13)	Na escola (01)	C/irmão mais velho (01)			
E.6. Atitude dos pais s/sexo	Não sabe (09)	Rígida/tabu (06)				
E.7. Preparação p/ a puberdade	Não (08)	Não sabe (06)	Não gosta de mesnt (01)			
E.8. Abuso sexual	Não (12)	Não sabe (01)	Irmão mais velho (01)			
E.9. Atitude do pcte qto ao sexo oposto	Timido (09)	Sedutor (05)	Ansiedade (01)			

Fonte: Pesquisa de Campo, 1998.

Os dados sobre a adolescência desse grupo de pacientes revelam que:

- a metade não sabe informar sobre a(s) atitude(s) em relação aos irmãos durante esse período, sendo que a outra metade refere: não ter irmãos; brigas constantes, porque não gostava do (os) irmão (os); reservado; preocupado (esta característica foi apresentada pela irmã mais velha deste paciente, que relatou um comportamento "*muito preocupado*" do mesmo em relação à situação financeira da família neste período, tendo começado a trabalhar aos dezesseis anos de idade em virtude disto); uma paciente referiu: "*eu era ruim*"... "*tinha um gênio ruim com os meus irmãos*", revelando, nesse caso, o *caráter milenar* de maldade atribuído à doença mental;
- a maioria não teve facilidade de conquistar e manter amizades, ou simplesmente, não teve amigos;
- a maioria não teve ou não se lembra de nenhum acontecimento marcante na sua vida nesse período;
- todos os pacientes relataram problemas emocionais, como: fobias ou medos excessivos; pesadelos constantes; abuso de fumo e álcool e fugas de casa;
- a maioria (quase todos) não sabe informar sobre as primeiras informações a respeito de sexo; um paciente aprendeu na escola e uma paciente aprendeu com o irmão mais velho;
- a maioria não sabe informar sobre a atitude dos pais em relação ao sexo; mas outros pacientes referiram uma atitude rígida, tabu e proibições sobre este assunto;
- a maioria não teve preparação ou não sabe informar sobre a puberdade, ou seja, sobre o aparecimento de características sexuais secundárias, menarca etc.;
- a maioria não sofreu abuso sexual, mas duas pacientes relataram estupro; uma, de um desconhecido; outra, do irmão mais velho;
- a maioria referiu *tímidez* quanto ao sexo oposto; tendo sido referido também o comportamento *sedutor e a ansiedade*.

Alguns dados sobre esta fase da vida destes pacientes, a adolescência, denotam a existência de conflitos internos: os medos excessivos, os pesadelos constantes, o abuso de substâncias como o fumo e o álcool, as fugas de casa são a expressão inconsciente destes conflitos; antecedem o desenvolvimento de uma psicopatologia que está prestes a manifestar-se.

Como foi visto na etapa anterior, a maioria dos pacientes deste grupo estudado teve a primeira *"crise" ou surto esquizofrênico* durante a adolescência.

A maioria desses pacientes, a partir destes dados apresentados, isolava-se do contato social, como observamos na dificuldade de conquistar amigos (adolescentes do mesmo sexo ou do sexo oposto), além de apresentar um comportamento tímido em relação ao sexo oposto, relatado pela maioria ou um comportamento sedutor (a minoria deles).

Esses são dados importantíssimos para a compreensão da psicopatologia da esquizofrenia: *o momento da irrupção da doença e o contexto biopsicossociocultural* no qual a doença foi desenvolvida.

O isolamento social na adolescência é um dado importante para a elaboração e constituição psíquica de um mundo estranho e particular; como também o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas de desequilíbrio psíquico pode ser causa de isolamento social na adolescência, pois, nesse caso, o indivíduo pode querer ocultar do meio social onde vive a expressão, seja de que forma, dos seus conflitos internos.

Alguns dados sobre a *"idade adulta"* desses pacientes, foram investigados no item *"F"*, no qual indagamos sobre: história profissional, aptidões vocacionais, relacionamentos com pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto, nível escolar, formação profissional, religiosidade do paciente e da família etc.

Apresentamos esses dados nas próximas tabelas:

**Tabela 11.4: Dados sobre a idade adulta (1) (aptidões vocacionais/relacionamentos amorosos)**

	Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4
F.1. Escolha profissional	não trabalhou (10)	não sabe (02)	sim (02)	não (01)
F.2. Objetivos a longo prazo	não sabe (06)	ir p/casa (06)/frembera (01)	curso superior (01)	nada (01)
F.3. História Profissional	n/trabalhou (09)/n/teve(01)	não lembra (02)	operário/escriturário/secretária (03)	
F.4. Que profissão escolheria?	não sabe (13)	escritor (01)	empregada doméstica (01)	
F.5. Relac. longo	não (14)	sim (01)		
F.6. Duração	não teve (09)	18 anos (01)	pouco tempo (02)	não sabe (03)
F.7. Qualidade	não teve (09) / não sabe (02)	inadequado (04)		
F.8. O que busca em um parceiro	não sabe (05)	beleza (05)	calma/bom (03)	paz/carinho/forte (02)
F.9. Capac. de abordar alguém	não (15)			
F.10. Percepção dos fracassos amorosos	não teve (07)/não sabe (02)	p/motivo da doença (03)	não respondeu (03)	

Fonte: Pesquisa de Campo, 1998.

**Tabela 11.5: Dados sobre a idade adulta (2)**

**Características socioculturais**

	Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4
F. 11. Nível escolar	n/estudou (10)	2º grau (02)	6º e 7º (séries) (02)	4º série (01)
F. 12. Nível escolar/familiar	Não sabe (14)	superior (01)		
F. 13. Religião	católica (13)	adventista (01)	sem religião (01)	
F. 14. Religião X trat. psiq.	não sabe (11)	aceitação (01)	não gosta (02)	não sabe rezar (01)
F. 15. Religião X suicídio	não sabe (14)	condenável (01)		
F. 16. Interesses comp. c/amigos	não tem amigos (06)	fumar/conversar (06)	não sabe (02)	música/poesia (01)
F. 17. Relacionam. /amizades	bom (07)	não tem amigos (04)	não tem amigas (01)	nenhum (03)
F. 18. É isolado/associal	sim (08)	não (07)		
F. 19. causa/isolamento	sociável (07)	medo morte/diabo (07)	não sabe (01)	
F. 20. Quem o visita no hospital	ninguém (08)	família (07)		
F. 21. Traumas psíquicos	não sabe/não lembra (11)	umbanda (01)	pai ou mãe (02)	pai/mãe (01)
F. 22. Circunstâncias em que adoeceu	não sabe (14)	misticismo (01)		

Fonte: Pesquisa de Campo, 1998.

A análise dos dados, apresentados nas tabelas acima, mostra-nos alguns pontos importantes sobre a história de vida dos pacientes desse grupo estudado:

- **No campo profissional**

1. Para a maioria destes pacientes, não foi possível sequer iniciar uma vida profissional. Poucos (03) entretanto, relataram alguma breve experiência nesse sentido, interrompida precocemente devido às primeiras manifestações da doença;

2. Metade desses pacientes não tem objetivos e ambições a longo prazo, a outra metade deseja apenas ir para casa; fazer um curso superior (01); ou simplesmente, não tem objetivos (01);

3. Se pudesse escolher uma profissão, a maioria, ou seja 13 pacientes, não saberia escolher; apenas dois deles gostariam de ser: a) escritor, e, b) empregada doméstica.

- **No campo da sexualidade e/ou relacionamentos com pessoas do sexo oposto**

1. A maioria dos pacientes (14) referiu que não teve relacionamentos a longo prazo; apenas um paciente revelou um relacionamento de dezoito anos, porém, tendo ele vivido boa parte da sua vida em instituições psiquiátricas;

2. Mais da metade busca em um parceiro: a) beleza; b) calma e bondade e, c) carinho; enquanto que cinco pacientes responderam que "*não sei*";

3. Todos os pacientes revelaram não saber como abordar alguém por quem se sentem atraídos, tendo sido relatado: falta de coragem, medo, timidez e angústia;

4. Sobre a percepção dos fracassos nos relacionamentos anteriores, sete pacientes continuaram afirmando que nunca tiveram relacionamento algum; cinco pacientes não sabiam ou não responderam; e apenas três "*acharam*" que é pelo motivo da doença;

- **Sobre o nível de escolaridade**

1. O grupo apresenta baixo nível de escolaridade, com apenas dois pacientes tendo cursado até o segundo grau (colegial ou técnico);

2. A maioria (12) não soube informar sobre a escolaridade dos familiares; apenas um entrevistado não-paciente revelou que quase todos os membros da família deste paciente tinham concluído curso superior.

- **No campo da religiosidade**

1. A maioria (13) afirmou ser católica; apenas um paciente revelou ser evangélico, e um outro, que não tinha religião;

2. Sobre a atitude religiosa acerca do tratamento psiquiátrico e sobre o suicídio, a maioria dos pacientes não sabe informar.

- **Sobre as relações sociais**

1. A maior parte desses pacientes (09) gosta de fumar, conversar, ouvir música e cantar, interesses que compartilham com os amigos; a outra parte (06) refere não ter amigos;

2. Sete pacientes revelam ter um bom relacionamento com as pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto, mas a outra metade prefere o isolamento social, muitas vezes causado por medo (da morte, do diabo);

3. Oito pacientes não recebem visitas de ninguém; os outros são visitados periodicamente pela família (marido/filho, irmãos, sobrinhos).

Os outros itens observados na tabela acima apontam que a maioria dos pacientes não sabe informar sobre traumas psíquicos e perdas de relevância, nem sobre as circunstâncias de vida nas quais adoeceu.

Algumas outras questões foram estudadas ainda nesse Roteiro de Entrevista em Saúde Mental utilizado nessa fase da pesquisa de campo:

- *modo como o paciente encara a vida atual e fantasias a respeito desta;*
- *As modificações e/ou adaptações de vida decorrentes da enfermidade;*

Observou-se que a maioria (12) não soube responder, tendo sido observado atividade delirante em três pacientes, acompanhada de solilóquios: "*Eu queria ser Pedro Álvares Cabral, o que descobriu o Brasil*".

- Os pacientes deste grupo estudado apresentam um bom relacionamento com a equipe médica e paramédica;
- Quanto ao *estado psicológico* dos pacientes no momento da entrevista: quatro pacientes estavam pensativos; cinco pareciam estar *aprensivo/preocupado (os)*; dois pacientes, totalmente sem o *mínimo de atenção* às perguntas; dois pacientes estavam *bastante sonolentos*; um, *bem apressado* e um outro paciente, em *estado de euforia*.

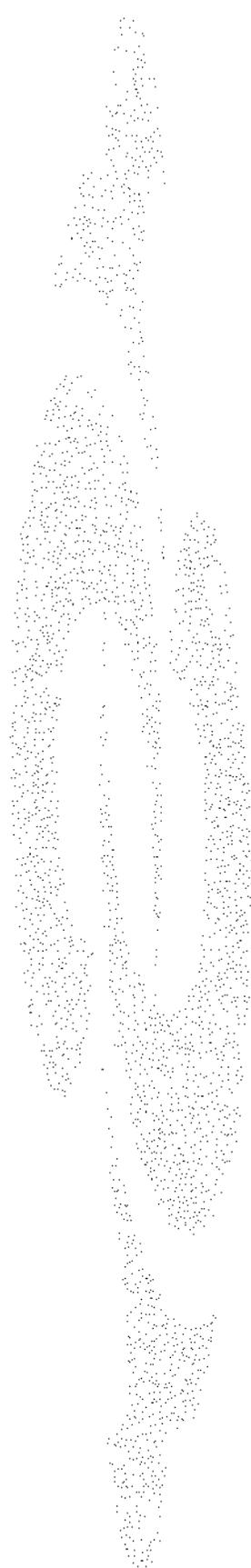
O comportamento geral durante a entrevista foi considerado bom.

Um dado importante sobre o qual gostaríamos de comentar em relação às entrevistas com os familiares de alguns pacientes é o estado emocional destes familiares. Foi possível observar uma aflição e uma revolta ao se referirem à doença mental. Disse uma pessoa entrevistada (irmã de um paciente), em estado de visível desespero: "*Como é que Deus permite acontecer uma coisa dessas com o meu irmão, ele que sempre foi um menino tão bom, tão bom filho, sempre quieto, nunca fez mal à ninguém?*". Houve momentos em que essa angústia era lançada em direção aos profissionais de saúde: "*Como é possível, que tantos anos dentro de hospitais psiquiátricos, ninguém encontrou a cura para o meu irmão, coitadinho*".

Outro familiares demonstraram resignação, dando "*graças a Deus o paciente viver internado*"... "*é para o bem dele*".

Os dados referentes à *História de Vida* de doentes mentais crônicos hospitalizados são sempre escassos. Quando estudamos a doença esquizofrênica, observamos que esta por si só é alienante. Associada a este fator, encontramos também a

atitude dos familiares dos pacientes em relação à doença, como nos exemplos acima citados. Esta atitude, geralmente, ligada a fatores socioculturais, contribuem tanto para o agravamento do quadro clínico, quanto para a alta permanência dos pacientes crônicos em Hospitais Psiquiátricos.



***CAPÍTULO 12***  
***A PSICOMOTICIDADE DESSE***  
***GRUPO DE PACIENTES:***  
***O exame psicomotor***

Na terceira etapa da pesquisa de campo realizada com este grupo de pacientes esquizofrênicos crônicos no *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*, foi realizada a Avaliação Psicomotora individualmente com cada paciente, conforme o anexo 3. A exemplo das entrevistas realizadas na fase anterior, essa avaliação foi feita, na maioria das vezes, em dois ou três momentos, buscando respeitar os horários preestabelecidos de rotinas da Instituição e as atividades dos pacientes, assim como a disposição dos mesmos em participar da avaliação.

Para a análise dos dados foram necessários alguns procedimentos técnicos:

1. Leitura minuciosa das Fichas de Avaliação Psicomotora;
2. Elaboração de um novo Banco de Dados, onde foram agrupados por categorias os resultados mais freqüentes;
3. Análise dos relatórios iniciais.

Os Itens observados no Exame Psicomotor:

### **12.1. A INSPEÇÃO ESTÁTICA E DINÂMICA**

Foram investigados neste item o *tipo de marcha* que o paciente apresenta, a *postura adotada e/ou alterações posturais* mais evidentes e o *padrão respiratório*, cujos resultados apresentamos a seguir.

O tipo de marcha mais freqüentemente encontrado neste grupo estudado foi a *marcha lenta em bloco arrastando os pés no chão* (10 pacientes); tendo sido observados ainda outros padrões: *marcha em bloco com desvio do tronco para a esquerda*; *marcha em bloco com alargamento da base de sustentação* (pés afastados) e *marcha dentro dos padrões de normalidade* em três pacientes.

Alguns pacientes apresentam postura normal (06). Mas foram observadas alterações posturais evidentes na maioria:

1. Cifose dorsal com protusão de ombros (04);
2. Protusão de ombros sem cifose dorsal (02);
3. Cifose dorsal com desvio escoliótico à esquerda (01);

4. Ombros elevados (01);
5. Espondilite anquilosante avançada (01).

Estas alterações revelam um pouco do estágio crônico da doença, como também do aspecto psicológico desses pacientes. Os estudos mostram que a atitude postural de inclinação do corpo anteriormente e protusão de ombros indicam um "*ensimesmamento*" do indivíduo, um "*fechamento do indivíduo em relação ao mundo externo*". É a postura mais reveladora de "*isolamento social*". A espondilite anquilosante apresentada por um dos pacientes é uma doença crônica gravíssima. Não foi possível investigar o início da doença neste paciente, mas não é difícil associar a espondilite anquilosante às *posturas catatônicas* adotadas por pacientes esquizofrênicos no curso evolutivo da esquizofrenia. No caso específico do paciente citado, a deformidade é compatível com estas *posturas cifóticas com protusão de ombros e inclinação anterior da coluna cervical* (postura adotada até no descanso e para dormir).

O padrões respiratórios mais observados foram o *costodiafragmático* (09) e o *costal* (06). A maioria dos pacientes apresentou respiração superficial de incursões rápidas. Não foi feito um estudo mais detalhado do aparelho respiratório. O paciente anquilosado apresentava, no momento do exame psicomotor, *um padrão costal, MV diminuído, estertores crepantes (roncos) bastante audíveis à ausculta, indicando um grande acúmulo de secreções (paciente fumante crônico)*.

## 12.2. A PALPAÇÃO

Foi observado que a metade dos pacientes (08) não apresentava dor à palpação. Entretanto, uma hipersensibilidade ao toque foi referida pela outra metade (07). Esses pacientes apresentavam espasmos musculares e dor à palpação:

- A) No músculo trapézio (em toda a extensão do músculo);
- B) No músculo esternocleidomastoideo (porção superior);

C) Na inserção dos músculos peitorais (abaixo do braço anteriormente);

D) Nos músculos paravertebrais;

E) Na região dorsal do tórax (dores generalizadas), na musculatura torácica posterior.

A hipersensibilidade ao toque está relacionada ao aumento de tensão muscular na região. Essas tensões ou espasmos podem ser causados por uma série de fatores: o uso prolongado de medicamentos psicotrópicos, a própria atividade psíquica patológica, atividades físicas intensas sem repouso, a carência de afeto e prazer, a aquisição de posturas viciosas, a falta de exercícios físicos, enfim, pode ser causada por uma grande quantidade de fatores, mas este aspecto causal das dores e espasmos musculares não foram investigados. Se buscássemos a resposta na *Teoria Reicheana da Couraça Muscular do Caráter*, poderíamos dizer que estes indivíduos estão *encouraçados ao nível do Terceiro e Quarto Segmentos ou Anéis de Couraça Muscular*, que incluem a musculatura profunda do pescoço e a musculatura torácica, como foi mostrado no capítulo 8. Mas fiquemos por enquanto apenas com a *observação* destes fenômenos de espasmos musculares e dor à palpação sem tentar *aprofundar-nos* sobre as causas dessa *hipersensibilidade ao toque*, apresentada pelos pacientes esquizofrênicos deste grupo estudado.

O tônus e o trofismo musculares foram investigados, e a maioria dos pacientes não apresentaram alterações quanto ao tônus muscular (quando realizados movimentos passivos nas articulações dos membros superiores e inferiores), nem alterações tróficas (diminuição ou aumento de massa muscular). Apenas o paciente que apresenta espondilite anquilosante tem uma hipertonia de alguns grupos musculares (flexores da coluna cervical, flexores dos membros superiores e inferiores) e uma hipotrofia muscular generalizada.

A palpação de ossos e articulações revelou que a maioria dos pacientes (10) não apresenta dor e deformidades evidentes nos membros. Foram observadas algumas deformidades nos outros cinco pacientes e relatos de dores nas seguintes articulações:

A) Deformidades em flexão nas articulações interfalangeanas dos dedos mínimo e anular e metacarpofalangeana do dedo mínimo da mão direita (01);

B) Pés planos e aduzidos (01);

C) Dor nos tornozelos, "crista ilíaca anterior" bilateralmente, e articulação do esterno (01);

D) Dor nos tornozelos (01);

E) Dor na articulação do punho direito (01).

Na pele da maioria desses pacientes (09), não foram encontradas alterações importantes. Algumas alterações tróficas ao nível de pele foram observadas nos outros seis, tais como: ressecamento (03), edema e ressecamento (01), manchas avermelhadas (01), e cicatriz cirúrgica na região abdominal (01).

### **12.3. OS MOVIMENTOS VOLUNTÁRIOS**

A execução dos movimentos voluntários foi observada a partir da solicitação ao paciente de que ele realizasse determinados movimentos de caráter intencional. A maioria (14) realizou todos os movimentos solicitados sem dificuldades, o que indica o não comprometimento neurológico do Sistema Piramidal.

### **12.4. OS MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS**

Não foram observados neste grupo de pacientes a maioria dos movimentos involuntários ou automáticos encontrados em muitos pacientes esquizofrênicos, como: maneirismos e tiques, estereotípias, ecopraxias, ecolalia, obediência automática, negativismo, acatisia, postura catatônica, flexibilidade cêrea, entre outros. A agitação psicomotora foi observada (04) e uma lentidão generalizada ou retardo psicomotor associada à ataxia (equilíbrio comprometido), também (04).

As alterações da fala mais evidentes foram encontradas em apenas quatro pacientes: a comunicação através de monossílabos (01), a atividade delirante acompanhada de fala arrastada (02) e o mutismo (01).

## **12. 5. OS MOVIMENTOS EXPRESSIVOS**

A expressividade facial e gestual estava bem comprometida na maioria dos pacientes (14), apenas um paciente apresentou expressividade adequada durante a realização do exame psicomotor. Procuramos agrupar as observações sobre a expressividade da seguinte forma:

1. Máscara facial/gestos contidos (10);
2. Máscara facial/gestos exacerbados (03);
3. Lábios proeminentes (focinho catatônico)/gestos contidos (01).

A maioria (12) não apresentou contrações anormais na musculatura facial; apenas três pacientes evidenciavam uma contração exagerada dos músculos frontais (rugos horizontais bem profundas).

## **12.6. AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVDS)**

Foi investigada a independência funcional dos pacientes deste grupo para realizar as atividades da vida diária. Apenas um paciente é dependente de terceiros para os cuidados de higiene pessoal e alimentação e dois pacientes são independentes para essas mesmas atividades. A maioria (11) é totalmente independente para todas as AVDs. Estas incluem:

- a) Alimentação;
- b) Cuidados de higiene pessoal;
- c) Cuidados de higiene ambiental;
- d) Atividades recreativas;

- e) Atividades esportivas;
- f) Trabalhos domésticos;
- g) Trabalhos artísticos;
- h) Estudos pré-escolares e escolares.

Essas atividades são desenvolvidas pela instituição e, muitas vezes, realizadas como propostas terapêuticas complementares no tratamento convencional dos pacientes psiquiátricos pela equipe multidisciplinar.

## 12.7. O ESQUEMA CORPORAL

No estudo desse item do exame psicomotor foram observados:

- *Lateralidade: a lateralização anatômica, a lateralização funcional, a orientação e o ritmo.*

A lateralização anatômica foi investigada a partir da observação da *consciência corporal* dos pacientes *sobre direita e esquerda*. Geralmente, solicitava-se que o paciente identificasse cada membro superior e/ou inferior na imagem corporal de lateralidade.

Na pesquisa da lateralização funcional dos pacientes realizamos alguns testes bem simples com as mãos, com os pés e com os olhos:

1. *Mãos: foi observada a escrita, o desenho, cortar com tesoura e enrolar fio.*
2. *Pés: a escolha do equilíbrio, o salto, amarelinha e o chute.*
3. *Olhos: foi testado o "fechar" após o estímulo bem próximo de cada olho e o mirar, onde era utilizado um pequeno objeto que era deslocado em várias direções.*

A orientação dos pacientes, quanto à noção de lateralidade direita e esquerda também foi observada: em relação a si próprio, aos outros e ao espaço.

A pesquisa do ritmo foi executada de forma bem simplificada. Utilizavam-se rítmicos binários, ternários ou quaternários, sempre na seqüência, e pedia-se que o paciente tentasse reproduzi-los. Era observado se a reprodução era imediata, demorada ou se, simplesmente, o paciente não conseguia reproduzir.

Os resultados que observamos foram:

*a) Quanto à lateralização anatômica e funcional: A maioria dos pacientes (11) tem maior consciência corporal do lado direito.*

*b) Quanto à orientação: Oito pacientes parecem ter noção de lateralidade apenas em si mesmo; seis pacientes estavam orientados em relação ao próprio corpo, aos outros e ao espaço físico (o ambiente); apenas um paciente se recusou a fazer os testes.*

*c) Quanto ao ritmo: A maioria dos pacientes (10) não reproduziu nenhum ritmo solicitado.*

Foram observados no final dessa avaliação psicomotora os últimos itens; estes eram relacionados ao comportamento do paciente durante o exame, como: a atitude, a aparência, o humor e o afeto.

## **12. 8. A ATITUDE FRENTE AO EXAMINADOR**

Os profissionais que trabalham em Saúde Mental sabem que não é fácil a abordagem a pacientes psiquiátricos. Alguns pré-requisitos são necessários e fundamentais no contato com os pacientes, tais como tolerância, compreensão, disponibilidade, além das motivações pessoais e profissionais para desenvolver o trabalho. Assim sendo, o (a) pesquisador (a) precisa estar preparado (a) para o trabalho de campo. As atitudes mais freqüentes observadas durante o exame psicomotor foram:

*a) Apatia (05);*

*b) Hostilidade (04);*

*c) Atitude cooperativa (02).*

Foram observadas também outras atitudes: *perplexidade* (01), *amigável* (01), *atenta* (01) e *desinteressada* (01).

### **12.9. A APARÊNCIA**

As impressões causadas pelos pacientes avaliados variavam bastante. Observou-se que alguns pacientes tinham uma aparência bastante saudável (05) e que outros (03) aparentavam um certo desconforto durante o exame. Alguns pacientes causaram as seguintes impressões quanto à sua aparência:

- a) Doentio (03);
- b) Bizarro (01);
- c) Envelhecido (01);
- d) Infantil (01).

### **12. 10. O HUMOR**

As observações referentes ao humor apresentado pelos pacientes durante o exame revelam diferentes estados de humor:

- a) Labilidade (06);
- b) Depressão/anedonia (03);
- c) Expansivo/alegre/exaltado (03);
- d) Irritável (02);
- e) Eutímico ou normal (01).

## 12.11. O AFETO

A maioria dos pacientes apresentaram, durante o exame, uma qualidade do afeto compatível com a doença: *o embotamento afetivo (07) e o afeto restrito ou plano (04)*. Os outros pacientes apresentaram *labilidade ou inadequação* do afeto..

O exame psicomotor pôde estudar um "pouco" da corporeidade desses pacientes esquizofrênicos crônicos. Como colocamos no início deste capítulo, nós procuramos fazer uma adaptação da proposta original da avaliação psicomotora (de crianças e adolescentes) para estudarmos os pacientes esquizofrênicos. Sabemos que é um exame limitado, além das circunstâncias em que o mesmo foi feito (com interrupções freqüentes, realizado em dois ou mais momentos), o que quebra um pouco a qualidade das observações efetuadas.

No próximo capítulo estaremos falando sobre a observação desses pacientes em atividades espontâneas. O relato da Observação Participante sobre a corporeidade dos pacientes esquizofrênicos crônicos hospitalizados.



**CAPÍTULO 13**  
***A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:  
As impressões sobre a esquizofrenia a  
partir do contato direto com o grupo de  
pacientes esquizofrênicos crônicos***

No presente capítulo apresentamos algumas das impressões mais fortes sobre a doença, causada pelo contato direto com os pacientes esquizofrênicos crônicos durante a realização da pesquisa de campo no *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*.

Os pacientes foram observados no seu dia a dia, em atividades preestabelecidas pela instituição, em grupo ou isoladamente, ou em atividades terapêuticas propostas pela pesquisadora.

O objetivo dessa etapa da pesquisa de campo foi a observação das atividades motoras e expressivas desses pacientes, a qualidade do gesto e do movimento na realização de tarefas do seu cotidiano, ou seja, a observação da expressão de sua corporeidade.

O contato com pacientes psiquiátricos é sempre muito rico. Tendo em vista o *universo de significados simbólicos* de que é constituída a doença mental ou os distúrbios psíquicos de que sofrem estes pacientes, há sempre uma possibilidade de *trocas infinitas* entre profissionais e pacientes, um processo de aprendizagem constante devido à natureza complexa da doença mental.

Para a compreensão da corporeidade desses pacientes, no presente capítulo, analisaremos três pacientes, ou seja, três casos particulares, sendo dois pacientes do sexo masculino e uma paciente do sexo feminino, a partir do que foi captado através do contato direto com o grupo, nas mais diversas situações observadas nessa etapa da pesquisa. Os pacientes estarão identificados não pelas iniciais, como consta no Capítulo 12, mas sim pela seqüência em que foram selecionados para integrarem o grupo nos primeiros estudos da pesquisa de campo. Exemplificando: *O primeiro paciente do sexo masculino* submetido à investigação da corporeidade dentro da pesquisa de campo será denominado aqui de *M1*; *a primeira paciente do sexo feminino*, de *F1*, e assim por diante.

Sobre o primeiro paciente masculino, M1, mostraremos um *estudo de caso*, realizado ainda na etapa preliminar da pesquisa de campo, como estudo piloto, e que foi apresentado no momento da Qualificação do Projeto, em abril de 1998.

Um outro paciente que estaremos mostrando, estará identificado na seqüência como *M2*; neste as impressões mais marcantes foram: "*uma carta*" redigida pelo próprio paciente à médica psiquiátrica da instituição e "*uma entrevista informal*" (gravada), realizada no momento do primeiro contato da pesquisadora com o paciente.

Por último, faremos uma análise da corporeidade de uma *paciente do sexo feminino*, identificada como *F2*, correlacionando sua *história de vida, a doença e a sua psicomotricidade*.

### 13.1. O ESTUDO DE CASO

**Paciente M1: CID: 295.0/5**

Idade: 42 anos

Primeira Internação: 25/03/77.

*"Paciente interno com 'costume' de introduzir objetos no orifício anal, sem história clínica importante."*

No momento da internação apresentava-se *"pueril, eupnéico, aparelhos respiratório e cardiovascular sem anormalidades (estado geral regular: FC=65 bpm; FR=18 irpm; PA=140X70), abdome flácido sem hiperestesia"*. À inspeção retal, o paciente estava *"sem fissuras, sem botões hemorróides"*.

Foi iniciado tratamento medicamentoso - *HALOPIRIDOL 5 mg (2 comp/dia)*; socioterapia - participação em grupos de recreação e ocupacionais, e cuidados: clínico-geral, odontológico e fisioterápico.

OBS: Não havia sido anotada no prontuário a data da alta.

Segunda Internação: 26/05/90; Alta: 26/05/92.

Informante: C. C. (mãe).

Motivo: *"Apragmatismo, insônia, anorexia, inquietude motora"*.

H M A - *"Doente há mais de 5 anos, começou ficando quieto, não saindo de casa para qualquer lugar, não comia, não dormia de jeito nenhum... só fumava... falava que via pessoas perto dele, que ouvia barulho na cabeça... Foi internado 3 vezes sem qualquer melhora duradoura. Chegou a passar quase dois anos bom, trabalhando, alegre..."*

*Atualmente, ficou com aquele jeito que fica sempre, trancado dentro do quarto, sem conversar com ninguém, sem dormir, sem comer, não responde nada e, às vezes, fica agressivo".*

*Antecedentes patológicos: "Nega doença grave. Nega desmaios. TCE com perda dos sentidos aos 3 anos (sofreu queda de uma mesa)".*

*Antecedentes familiares: "Um primo paterno doente mental (Juqueri); pai alcóolatra".*

*Exame psíquico: "Mostra-se estranho, isolado, sujo, maltratado. Nega o quadro mórbido. Apresenta atividade delirante: 'eu tenho 12 anos e meio ... Não tenho nada ... Tou esperando sair para fora'... Não sabe onde se encontra, 'o senhor é uma pessoa... e sendo uma pessoa só pode comer um prato de feijão... esse prédio é de grande condenado' ".*

*"Exame físico: Peso: 50 kg; alt: 1.45 cm; Temp.: 36; Pulso: 88 bpm; PA: 130X80;*

*Bom estado geral. Sem anormalidades nos diversos aparelhos;*

*Diagnóstico provisório: 295".*

*"Tratamento inicial: Halopiridol 5mg (2 comp/dia) + socioterapia".*

### **13.1.a. Primeiro contato com o paciente**

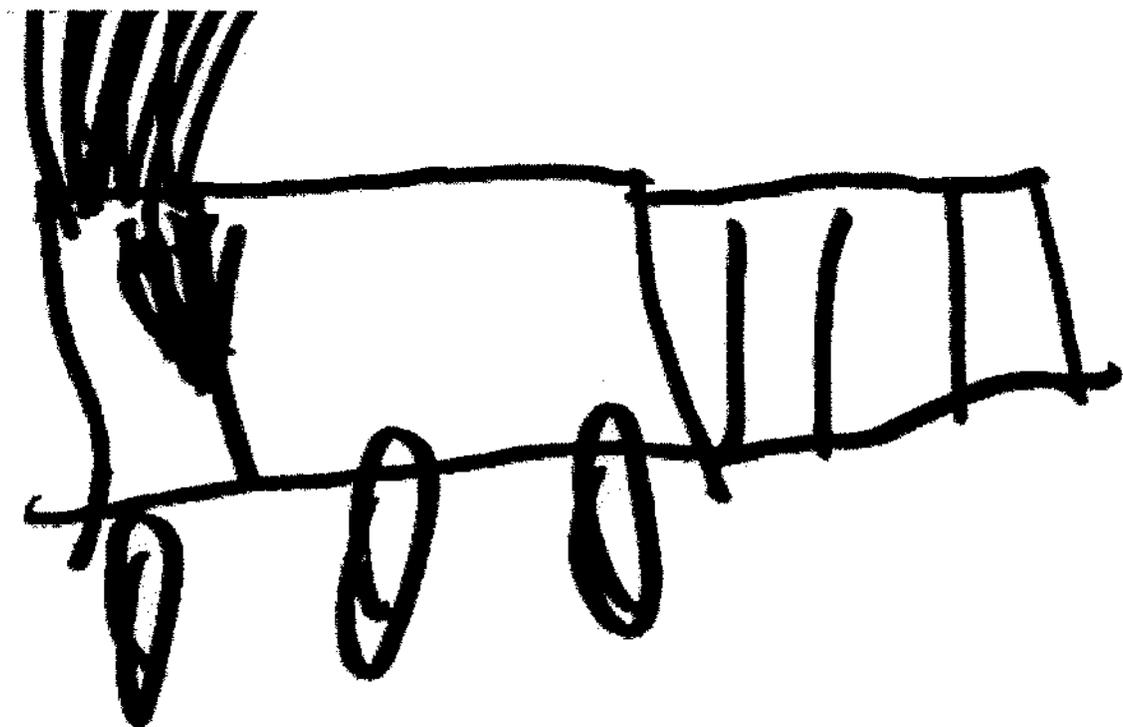
- Data: 19/09/97
- Hora: 10:00 hs
- Situação:
- Duração: 1:00 h.

O paciente M1 estava deitado no pátio em decúbito lateral, MMSS e MMII fletidos (posição fetal), sozinho, afastado dos demais.

Após algumas tentativas de contato, conseguiu-se iniciar algum diálogo. Conduzi o paciente à sala de fisioterapia.

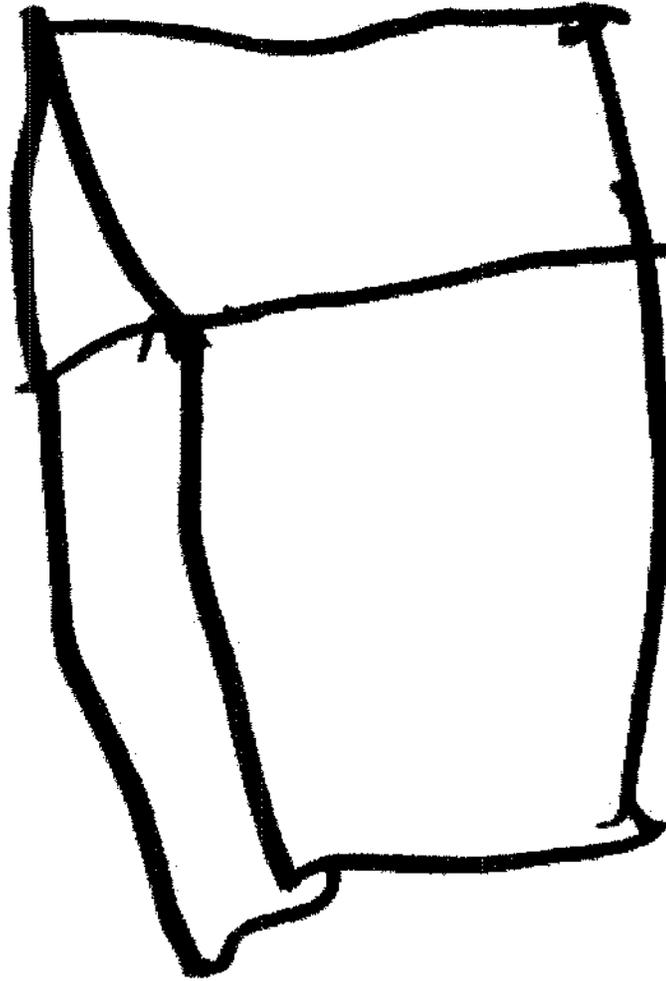
Não sabe a idade, nem há quanto tempo está internado no *Cândido Ferreira*. Fala: "*eu vim de perua*".

- Sobre a família: "*eu num vi mais a família*".
- Sobre a sua casa: "*a minha casa? tá no mesmo lugar*" ... "*é a mesma casa*" ... "*guarda um troço assim*" (apontou para a bicicleta ergométrica em um canto da sala).
- Sobre o seu trabalho: "*eu trabalhava na sacristia*"... "*eu sai na marcha*" (Obs: O paciente fala enquanto faz um bico constantemente, coça a barriga, a cabeça, a virilha, o nariz; põe a língua para fora).
- Me pergunta: "*você gosta de alho, abóbora?*"
- Sobre suas atividades no *Cândido*: "*ah, eu num faço nada, porque chove lá fora*".
- Sobre o que ele gosta de fazer durante o dia: "*eu gosto de ver o trator lá no eucalípe*" ... "*eu num almoçava nada lá*" ... "*gosto de ficar deitado ali*" ... "*foi uma menina que tirou eu de lá*" ... (a menina a quem ele se referia era eu, naturalmente). "*de caminhar eu num gosto*" ... "*de jogar bola eu num gosto*" ... "*trabalhava com menino na rua*" ... "*até logo, viu?*"
- Perguntei: Você gosta daqui? "*eu gosto, tem estrela no céu*"... "*tem mais um carro que eu não vou mexer porque estou cansado*"... "*fica num lugar ali mas eu não sabia*" (aponta com o dedo indicador. O paciente gesticula enquanto fala, sentado na cadeira, o tronco projetado para frente).
- Peço-lhe que desenhe o lugar em que ele morava. O paciente desenha: (1) o trator; (2) a casa, (3) o pé de "tumarim"; (4) a "galinha que ficava pastando"; (5) o "cachorro que comia muito"; e (6) o "cágodo".



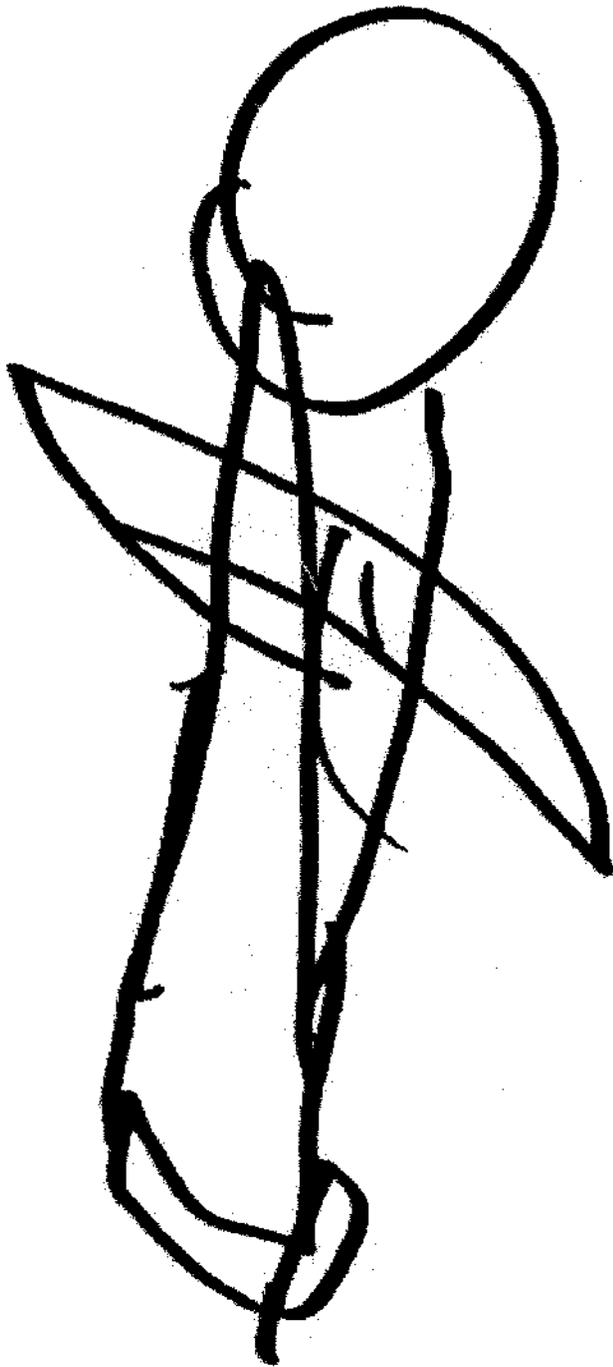
**Figura 13.1.** O trator

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.



**Figura 13.2.** A casa (do paciente)

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.



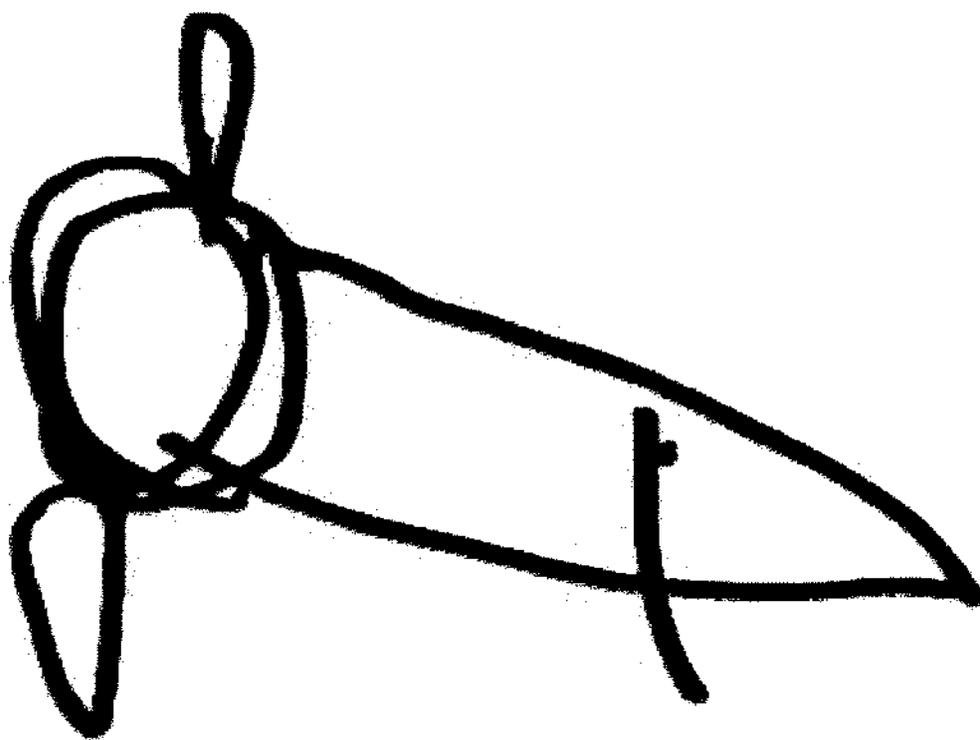
**Figura 13.3.** O pé de "tumarim"

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.



**Figura 13.4.** A "galinha que ficava pastando"

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.



**Figura 13.5.** O "cachorro que comia muito"

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.



**Figura 13.6.** O "cágodo"

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.

### 13.1. b. Segundo contato com o paciente

DATA: 26/09/97.

HORA: 9:50 min.

Situação:

O paciente não estava no pátio dos moradores, junto com os demais. Estava isolado em um recanto perto do refeitório, sentado no chão, MMSS e MMII fletidos; quando me viu, perguntou-me se eu queria almoçar.

Apresentava atividade delirante.

Convidei-o para me acompanhar à sala de fisioterapia. Sempre conversando bastante, usando frases desconexas, o paciente me acompanhou.

Fala de si mesmo referindo-se à terceira pessoa.

EXAME FÍSICO - Observação: Postura.

- AP: Apoia sempre em um pé enquanto o outro membro inferior fica com o joelho e o quadril semi-fletidos; MMSS com cotovelos em semi-flexão e punhos fechados ou com os braços cruzados junto ao peito; os lábios projetam-se fazendo um bico e a cabeça pende sempre para a frente.

- PERFIL: Apresenta cifose dorsal (+ dir.); flexão da coluna cervical.

- PA: Desnivelamento da cintura pélvica (bacia).

O paciente mostra-se indisposto para o exame. Prefere conversar.

- Pergunto-lhe: Você tem amigos? "*amigo eu num tenho*".

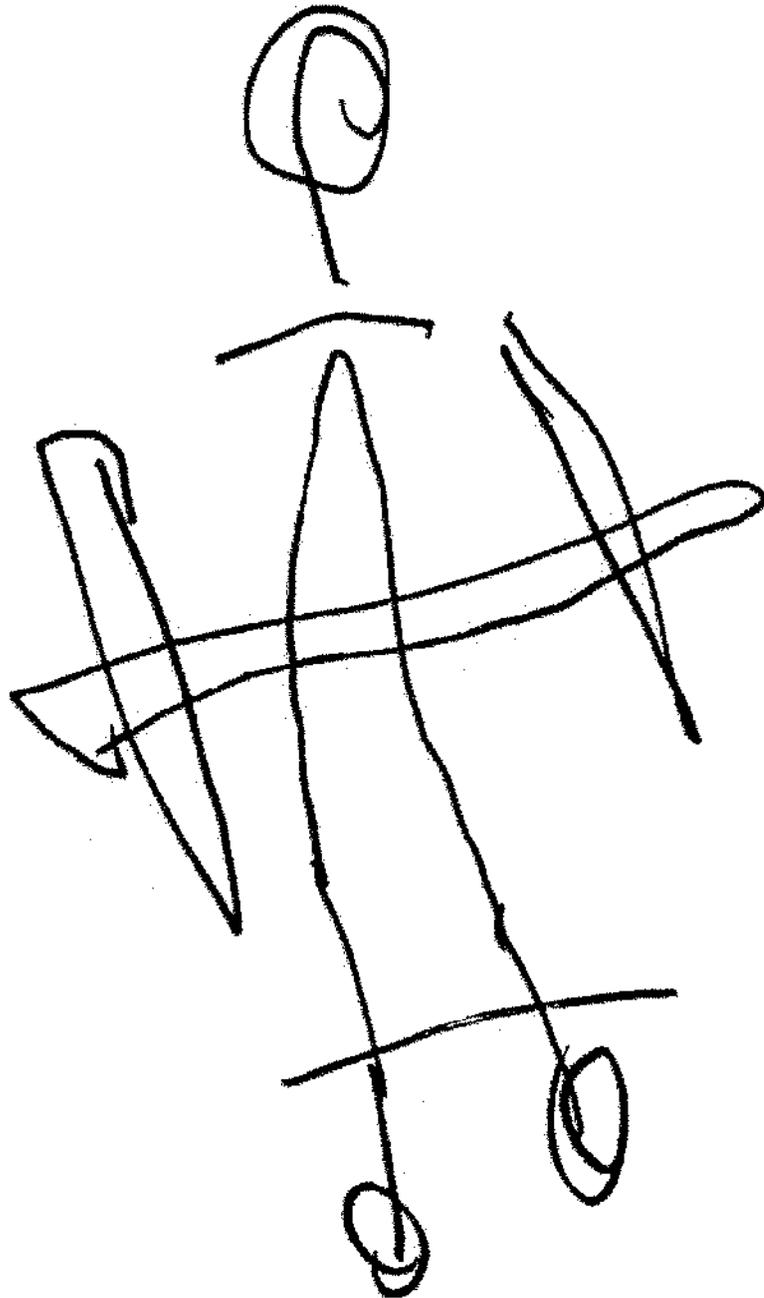
- Você gosta de ficar só? "*é, eu gosto de ficar sozinho*"... "*eu pego os cobertor*"... "*e fico sozinho*"... "*eu só trabalho de meio-dia em diante*"... "*é só carregar água, só*" (pede para pedalar na bicicleta): "*eu quero ir nesse troço aí*" (sobe na bicicleta): "*ela não tem freio, eu não quero ir*".

- Solicitei que desenhasse. No princípio não quis. Insisti um pouco; ele assinou o nome e falou que não sabia desenhar nada. Em seguida desenhou na sequência: (1) "*ele mesmo*"; (2) "*a bicicleta*" e (3) "*a sua cama*".

Acabou de desenhar e pediu para ir embora. Saiu apressado para o refeitório.

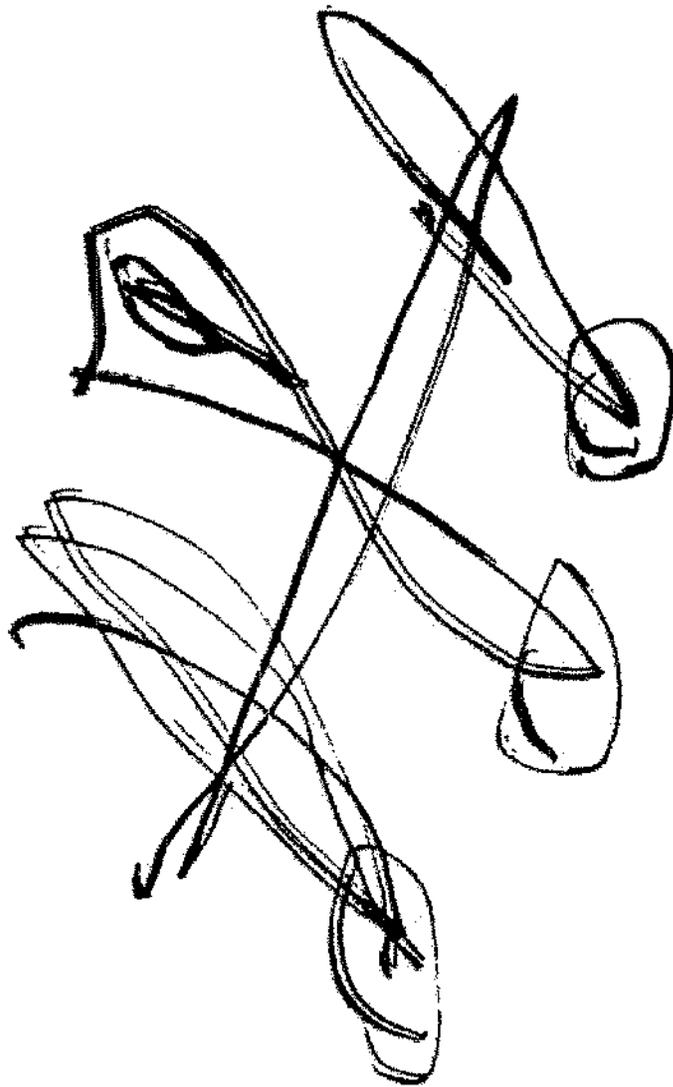
Observei-o no refeitório: havia duas filas - o paciente estava ao lado da primeira pessoa de uma delas.

Duração: 1:20 min.



**Figura 13. 7.** O paciente "*ele mesmo*"

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.



**Figura 13.8.** "a bicicleta"

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.

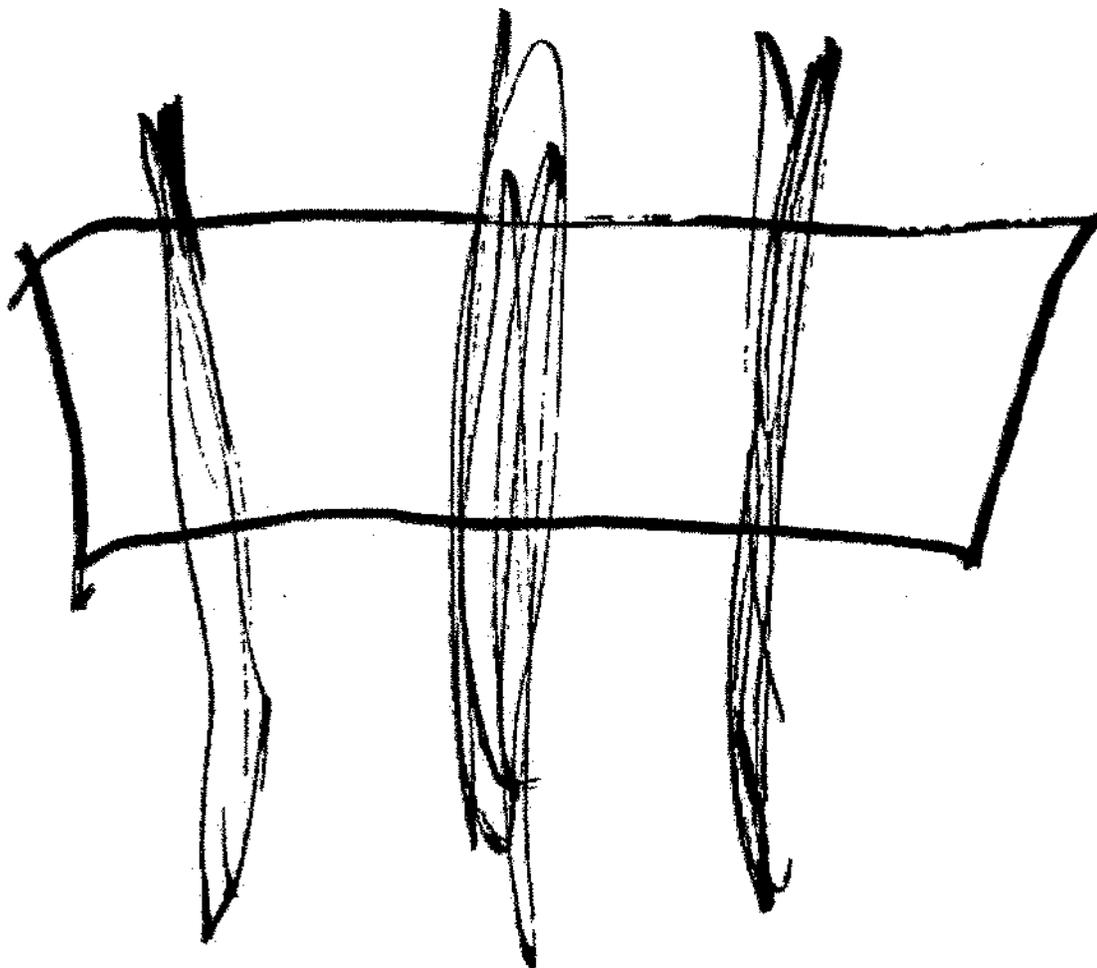


Figura 13. 9. "a cama" (do paciente)

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997.

### **13.1. C. Observação do paciente durante atividades terapêuticas em grupo**

DATA: 27/10/97.

HORA: 14:00 hs.

Situação: Grupoterapia - "Grupo de abordagem corporal".

DURAÇÃO: 1:20 min.

O paciente M1 não consegue se integrar às atividades propostas e aos demais participantes do grupo, apesar de inúmeras tentativas. Apresentou solilóquios e delírios a maior parte do tempo.

DATA: 03/11/97.

HORA: 14:30 min.

Situação: Grupoterapia.

Duração: 40 Min.

O paciente M1 recusou-se a participar das atividades propostas, ficando isolado, fora da sala, sentado no chão, na mesma posição de costume.

DATA: 10/11/97.

HORA: 14:20 min.

Situação: Grupoterapia.

Duração: 45 min.

O paciente M1 participou de algumas atividades realizadas pelo grupo, tais como: jogos e brincadeiras em dupla. A sua participação era sempre limitada. Havia necessidade de estímulos constantes no sentido de facilitar a integração do mesmo com os demais participantes do grupo. Em outros momentos, porém, retomava a atitude de isolar-se dos demais.

### 13. 1. D. História de Vida: um indivíduo sem história

O paciente M1 apresenta uma história clínica resumida.

Não foi possível resgatar aspectos da sua História de Vida em virtude do isolamento familiar em que o paciente se encontra; vive literalmente em abandono social pela família. Segundo alguns profissionais da Instituição, o paciente não recebe visitas há muitos anos; não se sabe onde localizar a família, pois o mesmo não sabe informar. A Instituição tem interesse em manter contato com família, e algumas tentativa através do Serviço Social já foram feitas sem resultado positivo.

### 13.2. A FALSA PERCEPÇÃO DA REALIDADE

Paciente: M2

Documento analisado: Carta do paciente (escrita em letra bem miúdas) à médica psiquiátrica do *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*.

Fonte: Pesquisa Documental realizada em 15/07/98.

*"Dra. X*

*Dá um sentimento de perseguição nervoso constante agressão da voz*

*a voz fala com fúria agressão a perseguição e ainda várias vezes ao dia pelo menos umas 5 vezes por dia a voz me persegue como eu se fosse um bandido.*

*doi o braço e as pernas uma quentura que chega até a cabeça ainda um medo da vida do mundo dá medo terrível da morte.*

*uma ansiedade que sobe sobe na barriga um friozinho horrível um calafrio na boca do estômago e vai até o peito*

*espero Dra Jesus Cristo voltar na terra pois faz 20 anos que converso com Jesus Cristo.*

*ainda tem horas do dia que eu sinto medo muito grande então eu vou deitar na cama com medo e pânico pânico da voz. tenho medo muito medo da voz.*

*ainda tem várias horas que dá uma aflição angústia sentimento de culpa sentimento de culpa que perturba ainda eu dá uma sensação ruim no corpo uma espécie de pressão no corpo aflição pressão forte." (Paciente M2, carta entregue à médica em 14/12/95, pela psicóloga que o atendia, a pedido do paciente).*

O estudo deste documento durante a etapa da Pesquisa Documental, na qual foram analisados os prontuários dos pacientes que compõem o grupo, revela o *estado psicopatológico* deste paciente e as sensações corporais vivenciadas pelo mesmo a partir de uma *percepção distorcida da realidade*.

O próximo trecho que iremos mostrar faz parte de um outro momento da pesquisa de campo, a *Observação Participante*, no qual foram feitas anotações a partir da observação e do contato direto com esses pacientes em situações distintas.

- Paciente: M2
- Coleta de dados: Entrevista Informal Gravada em Fita K7.
- Duração: 45 minutos.
- Fonte: Pesquisa de Campo - Observação Participante, realizada em 06/10/98.

### **1. Foi perguntado ao paciente M2 o que mais o incomodava na sua doença.**

*"Muitas vezes é a crise, a angústia, uma coisa como se eu fosse perseguido, as crises, é isso.*

*Sou perseguido por Jesus Cristo, é. Angústia, angústia, muita aflição, soco na cabeça, tem hora que dá em mim, fico muito angustiado, fico. Não posso nunca ir pra casa, nunca. Não tenho livre arbítrio nesse mundo, não tenho livre arbítrio. Tenho sempre que ficar no hospital." (Pausa).*

**2. Pergunto ao paciente se ele gostaria de ir para casa, para junto da sua família.**

*"Não, tentei já mais de sessenta vezes e voltei, pro hospital. O espírito chega lá, dá porrada no vidro, e eu tenho que voltar pro hospital. É o espírito que me agita lá. Nossa Senhora... Também, aqui no hospital, também.(...)"*

*"Agora eu estou mais ou menos (tranquilo)." (Pausa).*

**3. Pergunto ao paciente como foi o processo do seu adoecimento psíquico.**

*"Como eu adoeci?"*

*"Onde eu trabalhava deu um raio, eu me assustei, depois foi só... tinha coisa esquizofrênico, né? fobia, fobia, medo, medo, medo. Medo da vida, medo do mundo, medo de morrer, medo de viver. Trabalhava desassossegado, né? então eu tinha medo de altura porque, onde eu trabalhava, tinha uma janela, assim um sobrado, aí o espírito me puxava para baixo assim, eu tinha que fechar a janela para trabalhar desassossegado. Eu tinha medo de andar na rua e cair no chão, uns 'negócio esquisito' que dá em mim, não sei..."*

*"Começou quando eu tinha quinze, dezesseis anos... até os dezenove, depois eu comecei a frequentar umbanda, tava sarando, aí veio um espírito, eu fui no 'Barrause' internado... depois nunca mais fiquei sem internar, só internava." (Pausa).*

**4. Perguntei se o paciente consegue ficar longe do hospital.**

*"De jeito maneira, é impossível. Já tentei sessenta vezes, até mais que isso." (pausa).*

**5. As suas memórias sobre a infância.**

*"Eu era muito medroso quando era criança. Medo das coisa, né, sei lá...medo dos amigos que judiava da gente, eu era a criança mais carente, né, ia brincar com os amigos, os amigos judiava, sei lá..."*

*tinha medo do escuro, de altura, tinha medo de muita coisa, mas não revelava como doença, né, porque eu tinha a paz da minha mãe, tudo... eu tinha a paz da minha mãe, não sei... O que perturbou mesmo foi com dezenove anos. Aí eu tive que internar, aí em hospital psiquiátrico eu fui parar, aí não teve mais jeito...*

*Pior que a minha infância a minha adolescência...*

*Ninguém teve perturbação mental na minha família..." (pausa).*

## **6. Sobre a sua profissão.**

*"Eu não pude escolher minha profissão, veio o que apareceu na minha frente, né. Eu gostava de trabalhar. Eu precisava ajudar, trabalhar pra ajudar a família."*

## **7. As perspectivas de futuro.**

*"O que eu mais tenho é fantasia.*

*Eu tenho fantasia da volta de Cristo na terra, eu não penso em nada com a minha parceira, eu só penso no céu, com Deus, com ela. Isso é a minha fantasia: conversar com Deus, então eu penso em conversar com Deus e com ela no céu e não aqui na terra. Que a terra não seja o paraíso, a volta do paraíso, eu nem sonho em ficar com ela aqui na terra, porque na terra eu não tenho direito de sonhar com ela. O espírito não deixa eu sair daqui, caramba, eu vou sonhar com ela, o espírito não deixa eu sair daqui.*

*Eu sei que um dia Jesus Cristo vai vir aqui e acabou, acabar com esse mundo podre aqui e acabou. Aí pronto, eu vou com ela em outro estado, é uma fantasia que eu tenho, porque se não é concreto, não tem jeito, é porque lá eu não fico lá...*

*Espero a vinda do Mestre Jesus, a vinda do Mestre Jesus, negócio sério esse aí. Não é brincadeira não, heim...*

*Não penso em nada, em ter casa, essas coisas, porque é difícil essa coisa de casa, sair daqui, difícil, impossível, impossível, impossível...*

*Eu já sonho com a volta dele e acabou e mais nada, morrer, suicidar, acabou."*  
(pausa).

#### **8. A ação do "espírito" e as mudanças na sua vida.**

*"Mudar de local, né. Obrigatoriamente por causa do espírito. Não tenho condições de sair daqui, sair daqui e ir para outro . Nunca vai ter fim isso aí. Se Jesus Cristo quiser vir na terra ele conversa comigo. Na hora que ele aparecer no mundo, aí tudo bem, fica tudo resolvido.*

*Quando o espírito age em mim eu fico nervoso. Não sei a hora que ele age em mim.*

*Vou esperar Cristo, aqui ou no Sanatório Ismael." (pausa).*

Quase no final da conversa ou entrevista informal, o paciente quis saber a especialidade da pesquisadora. Houve uma mudança brusca de humor, que observa-se nas próximas falas do paciente.

*"Você tá perdendo o seu tempo comigo. Jesus Cristo quer que eu fique aqui, eu fico aqui, mas fico aqui emburrado entendeu? eu fico aqui emburrado, emburrado no cérebro.*

*Pensa que eu vou fazer fisioterapia, eu não, jamais. Já fiz terapia ocupacional, não resolve nada.*

*Eu tenho movimento de violência, de destruir as coisas. Nem calmamente não cura.*  
(pausa).

Em relação aos "tratamentos" que o paciente recebeu em suas várias internações psiquiátricas, o paciente parece demonstrar uma certa revolta, decepção quanto aos resultados.

*"lógico, é muita coisa, eu sei o que é que eu tenho, os outros é que não sabem. Estou esperando a voz de Cristo, ele conversa comigo. Só isso, mais nada." (pausa).*

**9. Perguntei ao paciente sobre suas memórias referentes à primeira internação psiquiátrica.**

*"Porque eu fiquei uns quinze dias sem comer, sem beber, gritando Deus, Deus, Deus, eu gritava e só suor frio, suava, suava, noite e dia sem dormir gritando, gritando, gritando, minha mãe internou eu..."*

*Não tinha jeito, o próprio Jesus falou assim: Se não internasse 'ele' ia atacar os meus nervos até internar.*

*Confio na voz do meu cérebro, e na volta de Cristo. Tomo remédio. Há 22 anos eu tomo calmante. Não é pra tomar? eu tomo.*

*Falar que não é uma fantasia esperar Jesus Cristo, não é uma fantasia assim doentia não. É a realidade. Eu converso com Deus. Ele vai voltar e acabar com essa desgraça na terra, entendeu? eu sou apenas um veículo que estou na propriedade deste hospital e ele governa aqui, porque ele está no meu corpo, ele vê tudo aqui.*

*Eu tô numa missão, uma missão minha, eu não tenho que sair daqui e acabou.*

*esperar Jesus Cristo vir. É uma missão, é uma missão, é uma missão, é uma missão..."* (final do depoimento).

Enquanto falava, o paciente manteve-se o tempo todo numa mesma posição: sentado, olhar fixo; ora num ponto distante, ora mirando os meus olhos. A mesma atitude, os gestos contidos, a face inexpressiva, parecia desabafar. Percebi que havia uma necessidade de falar sobre a sua longa história, a história do seu mundo estranho e particular, um mundo incompreensível para os demais, as outras pessoas que estão literalmente excluídas do seu mundo, as pessoas que não conseguem *perceber* o que ele percebe, não conseguem *sentir* o que ele sente, e que por isso mesmo, não podem *penetrar* no "*seu mundo*".

Entretanto, o paciente M2 tem uma consciência temporal da história da sua doença, fala fluentemente sobre o seu processo individual de adoecimento psíquico, mesmo quando, na sua infância e adolescência, ainda "*não revelava como doença*". Ele apresenta uma consciência muito clara quanto às mudanças que ocorreram em sua vida, como o

processo de hospitalização contínuo durante longos anos de sua existência, e o uso constante de medicamentos psicotrópicos associados ou não às outras formas de terapia (psicoterapia, terapia ocupacional etc.) indicadas aos pacientes psicóticos. O que o paciente não tem consciência é sobre a qualidade psicopatológica do seu pensamento e do seu afeto, o que, de certa forma, distorce as suas percepções da realidade e as suas atitudes pessoais em relação a pessoas, situações e objetos.

Diante de tudo isso, suas perspectivas de futuro resumem-se numa longa e demorada espera pelo "*Mestre Nosso Senhor Jesus Cristo*", alguém que pode encontrar a solução dos seus conflitos internos (a única solução, "sic"), a solução dos problemas que ele não conseguiu elaborar e resolver, e por isso adoeceu irremediavelmente.

Durante a leitura de um outro relato (relatório médico), na pesquisa documental do prontuário deste paciente, encontramos o seguinte:

*"Fez uso de praticamente todos os neurolépticos sem obter contudo, melhora do quadro alucinatorio. Veio transferido do sanatório Ismael, que recomendou aos familiares mudança de hospital (de ambiente) para ver se melhorava."* (assinado por médica psiquiatra, em 01/03/96).

### **13.3. A agitação psicomotora e o diálogo consigo mesmo**

- Paciente: F2.
- Coleta de dados: Contato direto com a paciente na sala de fisioterapia, realizado em 04/08/98.
- Duração: 30 minutos.

A observação desta paciente possibilita um *outro olhar* para o quadro clínico da esquizofrenia: *a desorganização do pensamento esquizofrênico*. A paciente M2 não participa ativamente de nenhuma atividade de forma efetiva, além de freqüentar a pré-escola. Em todos os contatos estabelecidos com a mesma, a paciente demonstrou uma certa dificuldade

em manter um diálogo com a interlocutora. No início, ela responde ao cumprimento, se interessa pela conversa, mas logo em seguida, a paciente passa ao monólogo solitário, e parece ignorar a presença de outras pessoas no local, e mesmo a presença da pessoa com quem conversava, momentos antes do *desligamento com a realidade*. Nesse monólogo constante, a paciente pergunta e responde automaticamente, como se ela fosse, simultaneamente, duas pessoas ao mesmo tempo. Ocorre uma mudança na qualidade da voz (timbre, intensidade) quando a paciente faz a pergunta ou ordena algo, e quando responde e/ou obedece. Geralmente, a voz que pergunta ou ordena parece ser a voz de uma pessoa adulta; a que responde ou obedece é sempre uma voz infantil.

*"Pode levar o papel? Pode.*

*Você parece uma boneca, tia.*

*Eu tô indo na escola.*

*Faço o meu nome no papel na escola...*

*Quem disse que ela é boba?*

*Que será que eu vou ganhar no natal?*

*O que tem nesse guarda-roupa, tia?*

*Não é boba, não. Quem disse que ela é boba?*

*Porque a Inês falou que ela é boba.*

*Foi tomar café, hum... hum...*

*Ela falou, ela me xingou, me deu bronca, é...*

*Como ela chama mesmo? Inês. É casada?*

*ela tem filho, mas mora longe.*

*Ela foi de ônibus? Foi, foi embora, foi de ônibus. Hum...*

*Ah, tia. Eu acho que vou embora. Que boneca bonita, né tia?*

*Não tem outra? ela quer a boneca prá ela. Pode levar, tia? Pode.*

*Tá sem roupa, né? Gostei. Hum, hum... Vou embora, tia... eu tô com fome.*

*Eu guardo ela no guarda-roupa. Você guarda? Guardo. Hum...*

*Eu lembro que eu quebrei a perna. Você lembra? Lembro eu quebrei a perna"*

(pausa).

Tendo a paciente, em seguida, insistido para levar a boneca consigo, ao que a pesquisadora tentava explicar que a boneca pertencia ao setor de fisioterapia, e que, assim sendo, ela não poderia levá-la, a paciente retornou ao seu monólogo:

*"Ah! nada de mentira! Deixe de ser teimosa!*

*Não vou nem jantar hoje, não janto mesmo.*

*Acho que a Inês quer ser atropelada, se esfarela...*

*Não pode levar a boneca, não deixa ela ver" (final do depoimento).*

A psicomotricidade desta paciente revela uma agitação psicomotora constante. É uma paciente pacífica, de constituição física imatura, mas que caminha de um lado para o outro constantemente. Caminha enquanto fala consigo mesma. Caminha até cansar. Quando o corpo não agüenta mais caminhar, ela procura o seu leito e dorme. Outras vezes ela procura se defender das pacientes mais agressivas, que lhe batem, lhe roubam os objetos; nesses momentos ela chora um choro profundo, mas em seguida, volta àquela expressão de perplexidade e retorna ao seu monólogo.

Foram estas as expressões motoras mais freqüentemente observadas na Paciente M2.

A pergunta que sempre surgia após a observação direta desta paciente nas atividades do seu cotidiano dentro da instituição era a seguinte: *Com quem M2 conversa nos momentos em que ela se desliga da realidade?*

O resumo da História Clínica da paciente M2 é o que eu proponho neste momento para compreendermos a expressão psicomotora da *sua esquizofrenia*.

A paciente M2 nasceu na cidade de São Paulo. É procedente de Americana, onde esteve desde 1980. A primeira internação no *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira* foi em 1994, onde permanece até hoje.

A história familiar desta paciente revela que, desde as suas primeiras internações psiquiátricas, os seus pais eram alcoólatras, vivendo em péssimas condições sanitárias (moradia e higiene), que o pai era lustrador de móveis, e que a família era *desagregada*. A paciente é alienada quanto ao seu passado, não se lembrando nem do nome dos seus pais.

A paciente apresenta dificuldades em estabelecer diálogos, pois ela mesma pergunta e responde, não demonstrando interesse no contato com outras pessoas. Quando passeia diminui a ansiedade e a frequência dos monólogos. Apresenta boa memória para músicas atuais e antigas; gosta de cantar. Foi acometida de *Erisipela em MID* e tratada com Benzetacil e cuidados locais. Já foi submetida à cirurgia tocoginecológica na cavidade uterina, tendo sido constatada ausência de neoplasias; fraturou o tornozelo esquerdo e apresentou pterígio em olho esquerdo. Apresenta *marcha com base alargada*.

A análise do prontuário da paciente M2 nos fornece esta história muito resumida da sua doença e dados muito fragmentados da sua história de vida. Podemos considerar um dado muito importante o fato de seus pais serem ambos alcoólatras e as repercussões que isso possa ter trazido ao desenvolvimento neuropsicomotor da paciente e no seu adoecimento psíquico; na perda da sua sanidade mental e do contato com a realidade.

Retorno nesse momento à pergunta que me fiz constantemente a partir dessas observações realizadas: *Com quem M2 conversa nos momentos em que ela se desliga da realidade?*

Esse *monólogo* em que a paciente *submerge* constantemente parece indicar que ela vive presa a uma fase muito crítica do seu desenvolvimento, possivelmente no período da infância, quando situações decorrentes da irresponsabilidade paterna e materna (devido ao alcoolismo de ambos) nos cuidados para com ela devem tê-la *marcado* profundamente e dado origem às primeiras manifestações de *fuga da realidade e elaboração mental de um mundo patológico*. As manifestações do seu descontentamento inicial, como a dura realidade em que ela foi obrigada a viver na sua infância, ela expressa até o momento presente através da agitação psicomotora, uma agitação que ela não consegue controlar, apenas aliviar um pouco com a medicação recebida.

Ainda tentando responder à pergunta que temos feito durante a análise da sua corporeidade, onde se observa um monólogo associado à agitação psicomotora, talvez fosse o caso de se pensar que a paciente conversa o tempo todo com a *pessoa que ela introjetou* para sempre dentro de si mesma, desde o início do desenvolvimento da esquizofrenia, ainda na fase crítica da sua infância. Essa pessoa introjetada era *autoritária*, pode ser o pai, a mãe, ou quem sabe, a pessoa que ficou responsável pela paciente, diante da incompetência dos pais em cuidar da mesma (um dado que não ficou claro na história de vida da paciente). Então os monólogos em que a paciente parece *submergir* revelam sempre a voz autoritária de um adulto ordenando algo ou perguntando, ao que ela responde sempre automaticamente, mas ela responde enquanto caminha apressadamente sem uma direção específica, sem um rumo definido: a *expressão do seu EGO imaturo e da sua dupla orientação*.

#### **13.4. A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA OBSERVADA NO CAMPO DE PESQUISA**

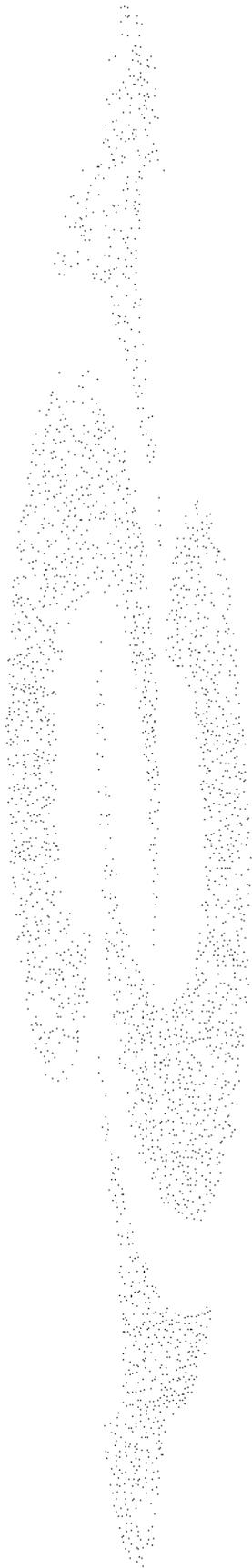
Antes de desenvolver este trabalho de pesquisa de campo no *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*, eu tinha uma idéia completamente diferente da que eu tenho agora sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde nos hospitais psiquiátricos. Algumas cenas "chocantes" me incomodaram bastante, quando iniciei as minhas atividades como fisioterapeuta em Hospitais Psiquiátricos Públicos na capital e no interior da Paraíba, no final da década de 80. Eram os resquícios da má assistência psiquiátrica, do descuido e do abandono ou exclusão social imposta ao doente mental, objeto de estudos de tantos

pesquisadores que também se incomodaram com essa realidade marcante da internação psiquiátrica no Brasil.

O que foi observado durante a realização da pesquisa de campo no "*Cândido*" (forma carinhosa com que muitos profissionais se referem ao hospital), foi uma inovação na assistência aos doentes mentais: a integração dos profissionais da equipe interdisciplinar; discussão de casos clínicos, seminários e estudos diversos sobre temas importantes para a compreensão da doença, das propostas terapêuticas e suas repercussões na evolução desses pacientes; as tentativas e os esforços de localizar os familiares de pacientes crônicos "*esquecidos*" pela família e pela sociedade; as iniciativas de resgatar a identidade e a cidadania dos pacientes, buscando reintegrá-los gradativamente ao convívio social, através das moradias extra-hospitalares.

Um outro fator que considero bastante motivador para quem buscou desenvolver um trabalho de pesquisa nesta instituição foi o apoio dos profissionais de saúde, principalmente os da equipe de enfermagem. Estes profissionais realizam um trabalho de alto nível em termos de organização, consciência profissional e cuidados freqüentes aos doentes mentais crônicos, o que facilitou bastante o meu trabalho junto aos pacientes estudados.

O presente estudo sobre a corporeidade dos pacientes esquizofrênicos crônicos hospitalizados também pode ajudar na conscientização de profissionais de saúde, indicando que ainda há muito o que se fazer nas buscas de novos métodos de tratamento que, se não conseguem restabelecer a cura completa das patologias mentais, podem no mínimo, permitir uma melhora na qualidade de vida desses pacientes.



## ***DISCUSSÕES***

Na Parte I do presente trabalho, procuramos mostrar os fundamentos do projeto de investigação científica elaborado para o estudo da corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos, a linguagem corporal da Esquizofrenia.

Na Parte II, buscamos fazer uma abordagem teórica da corporeidade na doença mental: o conceito de doença mental ao longo dos séculos; a construção do objeto da pesquisa, a linguagem corporal; a imagem corporal, a psicomotricidade, o corpo psicopatológico, além de outros enfoques, como a couraça muscular do caráter e a simbologia do corpo. A literatura estudada teve importância fundamental para a compreensão da Esquizofrenia e da corporeidade de pacientes esquizofrênicos.

No terceiro e último momento de estudo dessa corporeidade, a Parte III, apresentamos os capítulos em que foram pontuados os principais resultados da pesquisa de campo. É sobre estes resultados que iniciamos uma breve discussão neste momento.

### **1. A primeira etapa da pesquisa de campo**

Na *pesquisa documental*, estivemos analisando os prontuários dos quinze pacientes que iriam constituir o *grupo de observação ou referência* para o estudo da linguagem corporal. A análise dos dados desta etapa revelou alguns pontos em comum na maioria dos pacientes, tais como: a história de múltiplas internações psiquiátricas; o surgimento dos primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia durante a adolescência; antecedentes familiares de transtornos mentais, incluindo o alcoolismo e a desestruturação familiar. O quadro clínico atual do grupo é estável, sendo caracterizado por episódios de recaídas das alucinações auditivas e visuais; grau importante de alienação de si e do setor onde vive; pouco ou nenhum vínculo com a família; independência para as AVDs; isolamento social dentro da instituição em relação aos outros pacientes e atividade delirante, apresentando ainda, alguns desses pacientes, o risco de suicídio.

As múltiplas internações psiquiátricas, um dado observado na maioria dos prontuários estudados, nós associamos a dois outros fatores importantes na gênese dos transtornos mentais: a) os antecedentes familiares, e b) o pouco ou nenhum vínculo com a família. Estes dois fatores podem exercer influência fundamental nas internações repetidas

em diferentes instituições durante longos períodos e, também, favorecer a cronificação e o agravamento do quadro, pois as pesquisas indicam uma relação entre apoio familiar e prognóstico favorável de pacientes esquizofrênicos.

O aparecimento das primeiras manifestações da esquizofrenia na adolescência é também outro dado interessante. Na adolescência, um período de transição importante na evolução do indivíduo dentro da sociedade, podem ocorrer, segundo Uchôa (1979), dois tipos de mecanismos de defesa do EGO:

A) O *Ascetismo*, quando o indivíduo procura repelir toda satisfação instintiva, exibindo comportamento narcísico e isolando-se do convívio social;

B) O *Intelectualismo*, quando desenvolve um interesse acentuado por assuntos intelectuais, passando a se preocupar com inventos, ficções científicas ou especulações filosóficas, entre outras preocupações dessa natureza.

Acrescenta o autor (Ibid.) que a adolescência é um período de "*irrupção da atividade glandular que aumenta a carga de libido no organismo*" (p.40), havendo uma conexão entre os mecanismos de defesa do EGO, as fases de desenvolvimento da libido e os quadros neuróticos e psicóticos. Tanto os homens quanto as mulheres do grupo estudado apresentaram os primeiros sinais da doença entre os 15 e 18 anos de idade: o comportamento estranho ou bizarro, caracterizado por: a) isolamento social, apatia, humor deprimido e solilóquios, e b) alterações psicomotoras, como a agitação, inquietação, as fugas de casa, o ato de despír-se e sair para a rua. Estas primeiras manifestações da doença revelam:

- Inibição da atividade neuronal, quando o corpo parece sem expressão ou emudecido na sua linguagem corporal, como observa-se no isolamento social, na apatia e humor deprimido;

- Excitação neuronal, quando o corpo está acelerado em sua motricidade e expressividade gestual. O indivíduo não se contém ou não cabe em si mesmo e, numa agitação indefinível, ele pode fugir, rasgar as roupas, correr sem rumo.

Então, foram estes dois tipos de expressividade corporal, as primeiras manifestações da doença que observamos no estudo da história psiquiátrica desses 15 pacientes.

Atualmente, os pacientes deste grupo estudado apresentam uma alienação importante em relação a si, ao espaço onde vivem e ao seu passado. Algo foi rompido na sua história individual; houve uma ruptura do EGO com as experiências adquiridas no passado.

O uso de medicamentos psicotrópicos tem estabilizado o quadro, mas não tem evitado as recorrências das alucinações auditivas e visuais e os delírios que muitos pacientes apresentam com certa frequência.

## **2. As histórias de vida**

Na investigação sobre as histórias de vida desses pacientes, realizada na segunda etapa da pesquisa de campo, não encontramos dados significativos sobre as condições de nascimento e infância, porque os entrevistados não sabiam informar (os próprios pacientes ou os familiares muito mais jovens que eles). Da infância, apenas um dado podemos considerar importante, que é o aspecto psicológico referido pela maioria dos pacientes: foram crianças retraídas (07) e inquietas (03). Outros dados que poderiam ser considerados representativos são pouco confiáveis, pois as respostas foram duvidosas.

Os dados sobre a adolescência e idade adulta dos pacientes deste grupo revelam: a) dificuldades em conquistar e manter amizades; b) fobias, pesadelos constantes, tabagismo e alcoolismo; c) timidez excessiva ou atitude sedutora diante do sexo oposto; d) incapacidade para exercer atividades produtivas; e) incapacidade para relacionamentos conjugais; f) alienação quanto ao quadro clínico e as circunstâncias em que adoeceu.

Os estados psicológicos mais frequentemente observados nos pacientes nos momentos em que se realizavam as entrevistas foram: a) pensativo/desatento, e b) apreensivo/preocupado; a religião predominantemente encontrada foi a católica; alguns pacientes apresentam um bom relacionamento entre si dentro da instituição, outros são isolados e associais; a maioria não recebe visitas no hospital e o comportamento durante a entrevista foi considerado bom.

A análise destes dados nos permite comentar que, a partir do período da adolescência, houve, para a maioria desses pacientes, uma quebra significativa no processo de continuidade na evolução individual. Os pacientes foram se voltando cada vez mais para dentro de si mesmos, fechando-se para o mundo externo e constituindo o seu próprio universo psicopatológico: *a vivência psicótica num mundo fantasiado, criado a partir dos desejos mais profundos*. Tendo esse mundo passado a representar para o paciente, a realidade (Bleuler, 1995).

Não tendo sido possível uma investigação mais clara e precisa das condições de nascimento e infância destes pacientes, surge e permanece uma questão intrigante: *aconteceu algo nessas fases do desenvolvimento que marcou profundamente os pacientes estudados neste grupo?*

### **3. A Avaliação Psicomotora**

A partir da avaliação psicomotora podemos fazer algumas observações qualitativas quanto à psicomotricidade desse grupo de pacientes. A marcha em bloco, sem dissociação de cintura e sem expressão motora dos membros superiores foi um dado bastante evidente; a postura cifótica associada à protusão de ombros para diante é outro dado encontrado; a respiração costo-diafragmática de incursões rápidas e superficiais; dor à palpação nos músculos do tórax; alguns pacientes apresentam deformidades e dores articulares; a maioria não apresenta alterações de movimentos voluntários e involuntários, mas a expressividade está bastante comprometida, revelando uma máscara facial e gestos contidos; a maioria dos pacientes são independentes para as AVDs. Quanto ao esquema corporal e lateralização funcional, a maioria tem maior consciência do hemicorpo direito, não tendo noção de lateralidade em relação aos outros e ao espaço físico. Os pacientes também não apresentam noção de ritmo.

Nesse exame psicomotor, as atitudes dos pacientes frente ao examinador mais freqüentemente observadas foram a apatia e a hostilidade, tendo sido difícil a realização do mesmo. Os pacientes tinham uma aparência saudável, mas havia labilidade do humor e embotamento afetivo.

#### 4. A observação direta dos pacientes

Os dados referentes à Observação Participante foram bastante significativos para a compreensão da corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos.

A maior dificuldade, entretanto, estava em como fazer a análise e interpretação desses dados sem incorrer no erro de quantificá-los e generalizá-los, sendo que o nosso objetivo era a abordagem qualitativa.

Apesar desta etapa da pesquisa ter acumulado uma grande quantidade de impressões sobre a expressividade corporal dos pacientes observados em diferentes momentos e situações, optamos pela análise de três casos, os quais consideramos bastante ilustrativos para a análise e compreensão da corporeidade e linguagem corporal da esquizofrenia.

4. 1. No primeiro caso, denominado M1, trata-se da expressão da doença, com a apresentação de estudo de caso, sobretudo da exclusão e do abandono social, um problema importante relacionado à cronificação e ao agravamento do quadro de pacientes esquizofrênicos. Vimos no capítulo teórico sobre a esquizofrenia a importância da família no prognóstico da doença.

O paciente M1 é isolado e associal, apresentando atividade delirante constantemente. Tem um comportamento calmo e uma atitude infantil diante dos profissionais de saúde. A análise da sua corporeidade revela uma introspecção e regressão profunda nas posturas adotadas pelo paciente, a posição fetal.

4. 2. O outro caso que analisamos nesta etapa, o paciente M2, é caracterizado pelas alucinações auditivas freqüentes e atividade delirante, os delírios místico-religiosos, uma falsa percepção da realidade. O paciente apresenta boa verbalização apesar da percepção distorcida, e fala claramente sobre sua vida e sua doença. Ao contrário do primeiro caso apresentado, este paciente recebe um bom apoio familiar e é visitado com freqüência, mas segundo ele, as alucinações auditivas (as vozes de comando de conteúdo destrutivo) o impedem de ter uma vida normal no seio da sua família.

A corporeidade de M2 é assim observada: a face em máscara; marcha normal; a postura apresentando uma elevação acentuada do ombro direito; e uma agitação psicomotora alternada com períodos de sonolência e quietude corporal.

Seguindo uma análise feita por Uchôa (1979) sobre o quadro clínico da esquizofrenia, o paciente M2 *apresenta sintomas de regressão e sintomas de restituição*. Nos primeiros há uma predominância de fantasias de destruição do mundo, que psicanaliticamente traduz, segundo o autor, a retirada ou perda da libido do mundo dos objetos: "*a sensação de vazio e destruição é uma projeção externa do estado de exaustão, esgotamento da libido objetal*" (p. 120); nos sintomas de restituição, ocorrem, ao contrário, fantasias de reconstrução do mundo, observadas no discurso do paciente: "*espero a volta do Mestre Jesus*".

4. 3. O terceiro caso é o da paciente F2, que apresenta antecedentes familiares de alcoolismo do pai e da mãe e negligência destes nos cuidados para com a paciente na sua infância. F2 é totalmente alienada quanto a si mesma e ao seu passado. *Não se lembra de nada*, vivendo num monólogo constante, onde assume simultaneamente duas personalidades.

A sua corporeidade é revelada pela atitude infantil de perplexidade diante dos objetos e das pessoas; a marcha com base alargada, pés planos e aduzidos (para dentro) e uma agitação psicomotora alternada com períodos de quietude.



## ***CONCLUSÃO***

A conclusão de um trabalho científico ocorre num determinado momento em que todas as informações e os dados apreendidos durante o estudo parecem ter sido compreendidos e codificados, a partir de uma profunda reflexão do (a) pesquisador (a). Concordamos com Botega (1989), quando ele afirma que "o momento de concluir é peculiar e paradoxal" (p. 242). Todavia, é importante concluir, e necessária ao trabalho científico, a conclusão. Sendo assim, chegamos ao momento de síntese final do nosso trabalho.

### **1. Sobre o problema e a escolha da metodologia para a realização da investigação:**

Quando iniciamos esse trabalho de investigação da corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos, não tínhamos apenas uma questão a ser compreendida, mas sim, várias questões que, de certa forma, problematizavam o tema "*corporeidade*" e incitavam a busca de respostas a estas questões formuladas inicialmente.

Tendo sido determinado o objeto de estudo, *a linguagem corporal*, e o referencial, ou seja, *a esquizofrenia ou o estudo de pacientes esquizofrênicos crônicos*, houve uma segunda inquietação: *o método* a ser aplicado para a apreensão dessa corporeidade e *os instrumentos e procedimentos* para realizar tal empreendimento.

Os estudos sobre metodologia permitiram compreender que a melhor abordagem seria a qualitativa, estudando o fenômeno em si, ou alguns aspectos importantes do fenômeno. Assim, o método clínico para o estudo desse grupo de pacientes numa perspectiva fenomenológica foi, na nossa opinião, o mais indicado, mesmo sabendo das limitações que cada método em particular apresenta, posto que *nenhum deles pode apreender a totalidade do objeto estudado*. Foi também interessante ter desenvolvido a investigação em etapas, ou seja, estudando o fenômeno sob diversos olhares: a pesquisa documental, a história de vida, a avaliação psicomotora e a observação direta ou participante do grupo de pacientes.

## 2. Sobre os aspectos da corporeidade ou linguagem corporal de pacientes esquizofrênicos crônicos:

Para o estudo desses pacientes estivemos considerando alguns aspectos importantes, como: *a expressão corporal do desenvolvimento da doença, o uso de medicamentos psicotrópicos e a hospitalização prolongada*. Estes aspectos foram melhor compreendidos à medida em que avançávamos nas etapas propostas para a pesquisa de campo.

2.1. *Sobre as falas e os silêncios do corpo de pacientes esquizofrênicos crônicos*, compreendemos a expressão corporal desde as primeiras manifestações da doença, incluindo o motivo da internação psiquiátrica e o critério diagnóstico de esquizofrenia utilizado no momento da internação. Houve, a partir da análise dos dados sobre a história psiquiátrica desses pacientes, dois tipos de discurso corporal relacionados ao comportamento estranho ou bizarro: a inibição ou hipoatividade corporal, a expressão da apatia, isolamento social e humor deprimido; e a excitação ou hiperatividade corporal, caracterizada pela agitação psicomotora.

*"crises convulsivas"*

*"episódios de choros e risos imotivados, brigas com a mãe, fuga de casa, mania de despír-se, agressões físicas à genitora"*

*"hábito de introduzir objetos no orifício anal, inquietação, insônia, agressividade, ouvia vozes, fugas de casa"*

*"isolamento, apatia, discurso vago, reticente, crítica comprometida, sem noção de morbidez, descuido com a higiene, solilóquios, humor deprimido" (Fonte: pesquisa documental)*

2.2. Existe uma relação importante entre *história de vida e expressão corporal*.

Mesmo não tendo sido possível uma investigação mais detalhada sobre as condições de nascimento e a infância desses pacientes, os dados relativos à história de vida, associados aos dados da história psiquiátrica, permitem-nos afirmar que a história de vida está *registrada*, mesmo que de forma *inconsciente*, tanto na corporeidade dos pacientes esquizofrênicos crônicos, quanto na gênese da esquizofrenia.

*"História de múltiplas internações psiquiátricas"*

*"antecedentes familiares de doença mental ou transtornos do comportamento (pais alcoólatras, família desagregada)"*

*"história de violência sexual na adolescência ..."*

*"pouco ou nenhum vínculo com a família"* (Fonte: pesquisa documental, histórias de vida).

2. 3. A relação entre o uso de medicamentos psicotrópicos, a hospitalização de pacientes crônicos a longo prazo e a expressividade corporal é também um dado considerável.

*"A expressividade facial e gestual estava bem comprometida na maioria dos pacientes (14), apenas um paciente tendo apresentado expressividade adequada durante a realização do exame psicomotor.*

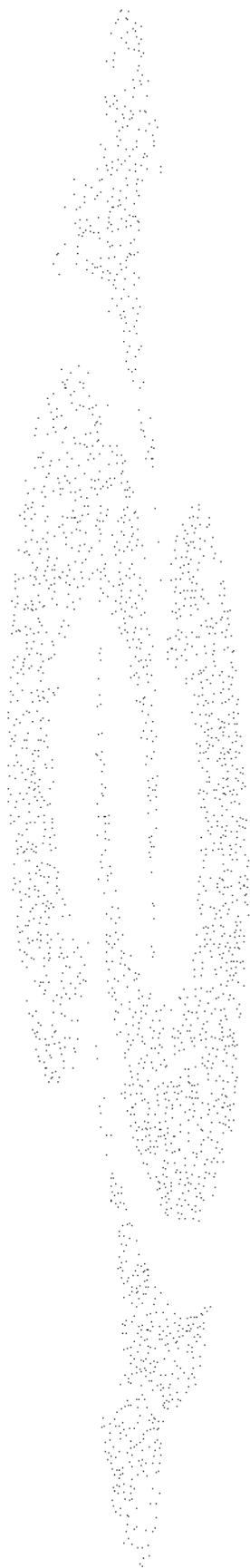
*Máscara facial/gestos contidos (10);*

*Máscara facial/gestos exacerbados (03);*

*Lábios proeminentes (focinho catatônico)/gestos contidos (01)"* (Fonte: avaliação psicomotora)

A maioria dos pacientes apresenta alterações quanto à marcha e postura. A marcha em bloco, sem dissociação de cintura e sem expressão dos membros superiores e a postura cifótica associada à protusão de ombros, é um quadro característico do uso prolongado de neurolépticos antipsicóticos, utilizados no tratamento dos pacientes esquizofrênicos.

A hospitalização de doentes mentais crônicos é ainda um procedimento inevitável, levando-se em consideração todos os fatores apontados ao longo desta pesquisa, mas a exclusão social (abandono familiar) durante décadas, a que estes pacientes foram submetidos, é um fator muito agravante para o quadro de *anomia* ou alienação profunda em que a maioria deles se encontra; esse dado é muito visível, basta observarem-se estes pacientes no que revelam através da sua corporeidade.



***CONSIDERAÇÕES  
FINAIS***

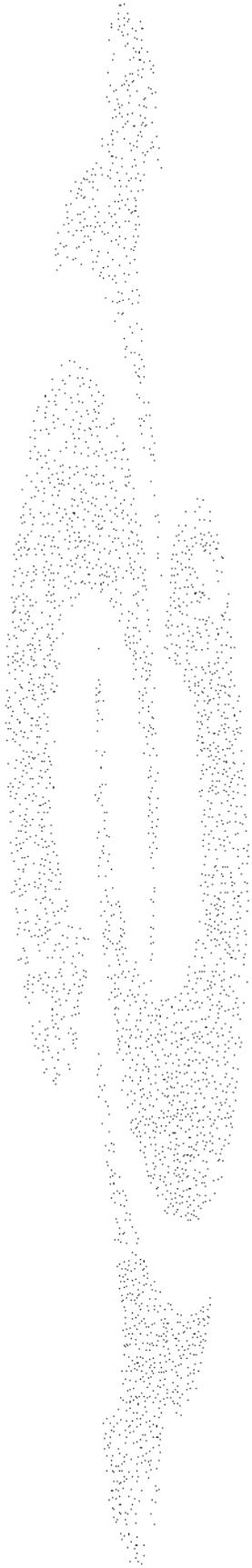
Ter realizado o estudo sobre a corporeidade de pacientes esquizofrênicos crônicos foi para mim uma experiência no mínimo marcante.

O estudo da linguagem corporal, da esquizofrenia e o contato direto com estes pacientes hospitalizados a longo prazo, possibilitou-me momentos de profunda reflexão sobre a natureza da doença, os fatores pré-disponentes que provocam tanto o desencadeamento quanto o agravamento da esquizofrenia no indivíduo que adoece.

Tentar compreender a linguagem corporal da esquizofrenia é o mesmo que tentar compreender o mundo e a vivência psicótica do paciente esquizofrênico nesse mundo, criado a partir da sua imaginação, a partir dos seus desejos mais profundos, talvez intensamente reprimidos ao longo da sua existência como indivíduo dentro de um contexto sócio-cultural.

A busca dessa compreensão do doente e dos fatores que estão direta ou indiretamente envolvidos no seu adoecimento, tais como a sua história de vida, sua visão de mundo e sua realidade existencial dentro do meio social em que ele vive, eu considero como sendo um alicerce importante na construção de uma atuação profissional mais coerente com as reais necessidades do paciente a ser tratado, um fundamento necessário não apenas à cura das doenças, mas à melhora da qualidade de vida de pacientes que ainda não puderam ser curados.

Tendo finalizado o trabalho a que me propus desenvolver no estudo da linguagem corporal de pacientes esquizofrênicos crônicos, eu o considero concluído, mas não o estudo da corporeidade humana.

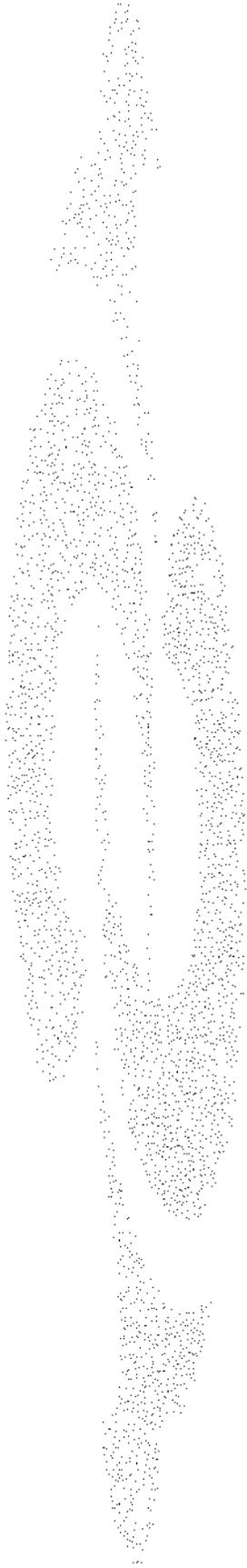


## ***SUMMARY***

The purpose of this research on corporeality of chronic schizophrenic patients was to study the body language, wherein the body is the vehicle of psychic expression and conflicts, “*for various reasons something was imprisoned deep inside the individual, which he couldn't make known*” (Barbosa, 1996).

A literary review was first carried out and then 15 patients were selected for observation. These patients had to fulfill the following criteria: a) *to be included* - diagnosis of schizophrenia; ages between 30 years to 60 years; chronic infirmity; desire to participate in the study and b) *to be excluded* – evidence of a neurological disease or mental retardation. **Method:** The *Clinical Method* was utilized to conduct a *Qualitative Phenomenological Research*. **Tools and Procedures:** The study was conducted in four stages: A) *Documentary Research* - psychiatric history and clinical conditions; B) *Life History* – obtained through semi-structured interviews; C) *A Psychomotor Examination* of the patient; D) *Direct Observation or Participation* in expressive and motor activities. **Results:** 1. History of multiple Psychiatric hospitalizations; 2. The first symptoms of the disease appeared during adolescence (between the age of 15years to 18 years); 3. Family Antecedents were present, which included alcoholism and separations; 4. Stable clinical condition with recurring episodes of audible and visual hallucinations and deliriums; 5. Difficulty in making and maintaining friendships; 6. Phobias, nightmares, smoking and alcoholism; 8. Excessive timidity regarding the opposite sex; 9. Incapable of conjugal relationships; 10. The clinical condition showed an important degree of mental derangement; 11. Rigid walk; 12. Posture: humpback with protruding shoulders; 13. Inexpressive facial expression as well as gestures; 14. Body scheme and rhythm affected .

**Conclusion:** Considering the aspects studied: a) The chronic schizophrenic patients chosen here showed that there was a relationship between life history which included psychiatric history and corporeal expression; and b) another important factor which was the relationship between the use of psychotropic medication and long periods of hospitalization .



***REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

- ALMEIDA FILHO, A. - **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica.** Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- BARBOSA, R. C. S. - **Qualidade de vida e suas metáforas: uma reflexão sócio-ambiental.** Campinas, 1996. [tese Doutorado - Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas].
- BOLTANSKI, L. - **As classes sociais e o corpo.** [trad. Regina T. Machado]; Org. Leblond, M. a. L. & Machado, R. A. 3.a ed., Rio de Janeiro, Graal, 1989.
- BOTEGA, N. J. - **No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra.** Campinas, 1989. [tese Doutorado - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas].
- CARDOSO, E. - **Da psicologia à psiquiatria: fundamentos necessários.** Feira de Santana, Radami, 1995.
- CHAUÍ, M. - Espinosa: a alma idéia do corpo. In: Filho, C. U. J., org. - **Corpo - mente: uma fronteira móvel.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995. p. 109 - 26.
- CHIZZOTTI, A. - Da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_ - **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo, Cortez, 1991.
- DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. (eds.) - Introduction: entering the field of qualitative research. In: \_\_\_\_\_ - **Handbook of qualitative research.** London, Sage Publications, 1994.
- FIGUEIREDO, L.C. - O silêncio e as falas do corpo. In: FILHO, C.U.J., org. - **Corpo-mente: uma fronteira móvel.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995. p. 127 - 44.
- FOUCAULT, M. - A doença e a história individual. In: \_\_\_\_ - **Doença Mental e psicologia.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975. p. 39 -52.
- \_\_\_\_\_ - **História da loucura;** [trad. José Teixeira Coelho Netto]. São Paulo, Perspectiva, 1978.

- FURTADO, J. P. - A fisioterapia à luz da motricidade humana. **Rev. Fisiot. em Mov.**, VI (supl. 1): 101 - 109, 1993.
- \_\_\_\_\_ - A fisioterapia na Saúde Mental. **Rev. Fisiot. em Mov.**, VIII (supl. 1): 13 -23, 1995.
- JASPERS, K. - **Psicopatologia Geral**. [trad. Dr. Samuel Penna Aarão Reis]. Rio de Janeiro, Atheneu, 1973.
- KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. - Esquizofrenia. In: \_\_\_\_\_ - **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. [trad. Dayse Batista]. 7a. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- LE BOULCH, J. - **Rumo a uma ciência do movimento humano**; [trad. Jeni Wolff]. Porto alegre, Artes Médicas
- LE LOUP, J-Y. - **O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial**; [org. Lise Mary Alves de Lima], Petrópolis, Vozes, 1998.
- LUZ, M. T. - **Natural Racional Social: racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- MARINHO, P. E. M. - O corpo e o contexto sócio-cultura: proposta para uma reflexão. **Rev. Insight**, IV (supl. 41): 10 - 12. 1994.
- MARINHO, L. C. P. & MIOLO, S. B. - Ação fisioterápica aplicada às necessidades do portador de sofrimento psíquico. **Rev. Fisiot. em Mov.**, X, (supl. 2): 44 - 51,1998.
- MINAYO, M. C. S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4a. ed. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO,1996.
- NOBRE DE MELO, A. L. - **Psiquiatria**. Vol. 1. 3a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980.
- PAIM, I. - **Curso de Psicopatologia**. 11. ed. São Paulo, Epu, 1993.

- PESSOTTI, I. - **A loucura e as épocas**. 2a. ed., Rio de Janeiro, 34 Literatura, 1995.
- QUEIROZ, M. S., - O paradigma da medicina ocidental: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Públ.**, 20: 309 - 17, 1986.
- PORTELA NUNES Fo.,E.; BUENO, J. R.; NAERDI, A. E., - **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo, Atheneu, 1996.
- REICH, W. - A linguagem expressiva da vida. In: \_\_\_\_\_ - **Análise do caráter** ; [trad. Ricardo Amaral do Rego]. 3a. ed. São Paulo, martins Fonte, 1998.
- SCHILDER, P. - **A imagem do corpo**; [trad. Rosanne Wertman]. São Paulo, Martins Fontes, 1994.
- SIMS, A., - Distúrbio do movimento e comportamento. In: \_\_\_\_\_ - **Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopatology**. London, Baillière Tindall, 1989.
- SIVADON, P. - **Corpo e terapêutica: uma psicopatologia do corpo**; [trad. Regina Steffen]. Campinas, Papirus, 1988.
- SPOERRI, T.H. - **Manual de Psiquiatria: fundamentos da clínica psiquiátrica**. 8a. ed. [trad. Samuel Penna Reis]. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.
- THIOLLENT, M. - Estratégia do conhecimento. In: \_\_\_\_\_ - **Metodologia da pesquisa-ação**. 7a. ed., São Paulo, 1996.
- TRUJILLO FERRARI, A. - O método científico. In: \_\_\_\_\_ - **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1982.
- WARNER, R. & DE GIROLAMO, G. - **Schizophrenia: Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems**. England, World Health Organization, 1995.
- WEIL, P. & TOMPAKOW, R. - **O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal**. 4 ed., Petrópolis, Vozes, 1973.

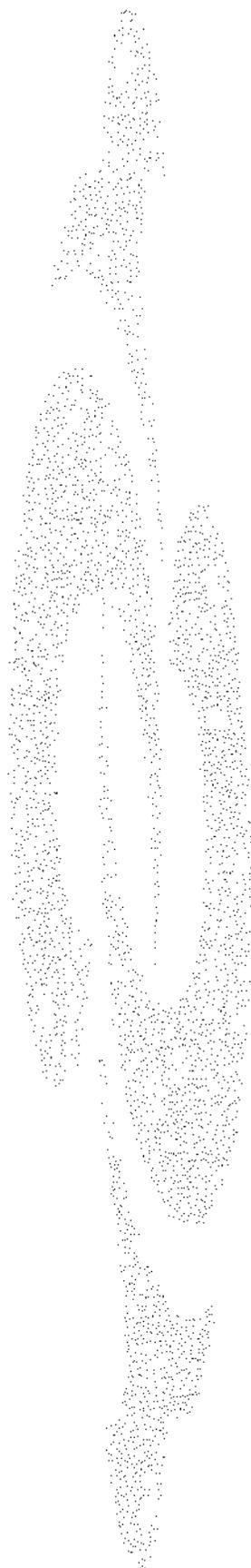


***BIBLIOGRAFIA  
CONSULTADA***

- AMARAL, L. A. Corpo desviante/olhar perplexo. **Psicologia USP, SP, 5** (1/2), p. 245-268, 1994.
- ANGERMEYER, M. C., & MATSCHINGER, H. - Relative's beliefs the causes of schizophrenia. **Acta Psychiatr. Scand, 93**: 199-204, 1996.
- BAKER, C. - Subjective experience of symptoms in schizophrenia. **Canadian Journal of Nursing Research, 28**: 2 (19-35), 1996.
- BALINT, M. - **O médico, o paciente e sua doença**. Ro de Janeiro, atheneu, 1975.
- BENEDETTI, G. - The Bleuler tradition of the schizophrenia concept and Burgholzli as the site for psychotherapy of schizophrenic patients. **Schweiz-Arch-Neurol-Psychiatr.;** **146**(5): 195-9, 1995
- BRIKMAN, L. - **A linguagem do movimento corporal**. [trad. Beatriz A. Cannabrava], São Paulo, Summus, 1989.
- CARIDGE, G. - **Origens da enfermidade mental**. [trad. Maria Sílvia Mourão Netto], São Paulo, Summus, 1988.
- COLP, R. - History of psychiatry. In: KAPLAN, H. J. & SADOCK, B. J. (ed.) - **Textbook of Psychiatry**. VI. 6th ed., Baltimore, Willians & Wilkins, 1995.
- FROMMER, J. - Eccentric path and schizofhrenic ego splitting. Friefrich Holderlin's philosophical writing fragments in their relation to his life and illness. **Fortschr-Neurol-psychiatr. Sep;** **63**(9): 341-9. 1995
- GLAZER, W. M.; ERESHEFSKI, L. - A farmacoeconomic model of outpatient anipsychotic therapy in "revolving door" schizophrenic patients. **J-Clin-Psychiatry. Aug;** **57**(8): 337-45. 1996
- GOFFMAN, E. - **Manicômios, prisões e conventos**. 4.a ed., São Paulo, Perspectiva, 1992.
- GORMAN, R. A. - **A visão dual: Alfred Schutz e o mito da ciência social fenomenológica**. [trad. Livia Neves de H. Barbosa]; Rio de Janeiro, Zaar, 1988.

- GUILLARMÉ, J-J., - **Educação e reeducação psicomotoras**. [trad. Arlene Caetano]. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- GREGORY, I. & SMELTZER, D. J. - Schizophrenic and paranoid disorders. In: \_\_\_\_\_ **Psychiatry: essentials of clinical practice**. Boston, Little, Brown and Company, 1977.
- GUYTON, A. C. - **Tratado de fisiologia médica**. 5.a ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1976.
- JAGGAR, A. M. & BORDO, S. R. - **Gênero, corpo, conhecimento**. [trad. Britta Lemos de Freitas]; Rio de Janeiro, Record, 1997.
- KUHN, T. S. - A função do dogma da investigação científica. In: Deus, J. D. - **A crítica da ciência: sociologia e sociologia da ciência**. Rio de Janeiro, Zahar, 1974.
- LYSAKER, P.; BELL, M. - Work and meaning: disturbance of volition and vocational dysfunction in schizophrenia. **Psychiatry. Nov; 58(4): 392-400. 1995**
- LOWEN, A. - **La bio-énergie**, Paris, Tchou, 1976
- \_\_\_\_\_ - **Le langage du corps**, Paris, Tchou, 1977
- MADALENA, J. C. - **História da esquizofrenia**. Rio de Janeiro, Imago, 1982.
- MASSON, S. (DIR.). - **Generalidades sobre a reeducação psicomotora e o exame psicomotor**. [trad. Laura Catharina de Almeida e Violette Nagib Amary] São Paulo, Manole, 1985.
- NEGRINE, A. - **Educação psicomotora: lateralidade e orientação espacial**. Porto Alegre, Palloti, 1986.
- O'CONNELL, K. L. - Schizoaffective disorder: a case study. **J- Psychosoc-Nurs-Ment-Health-Serv. Oct; 33(10): 35-40. 1995**
- PERESTRELO, D. - **Medicina da pessoa**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974.

- POSTRADO, L. T. - Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. **Psychiatry-serv. Nov;** 46(11): 1161-5. 1995
- SAMI-ALI. - **Corpo real, corpo imaginário.** [trad. Sueli cassal] Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- SCHNEIDER, K. - **Psicopatologia clínica.** São Paulo, Mestre Jou, 1968.
- SCHIFFERFECKER, M.; PETERS, U. H. - The origin of the concept of paranoia. **Psychiatr-Clin-North-Am. Jun;** 18(2): 231-49. 1995
- SIMONEAU, T. L. ET AL. - Nonverbal interactional behavior in the families of persons with schizophrenic and bipolar disorders. **Fam. Proc.** 35: (83-102), 1996.



***ANEXOS***

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Projeto de Pesquisa - **Aspectos da Linguagem Corporal de um  
Grupo de Pacientes Esquizofrênicos Crônicos**

**ANEXO 1**

**PESQUISA DOCUMENTAL**

NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO:

INSTITUIÇÃO:

DATA DO DOCUMENTO:

RESUMO

LOCAL/DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Projeto de Pesquisa - **Aspectos da Linguagem Corporal de um  
Grupo de Pacientes Esquizofrênicos Crônicos**

anexo 2

**ROTEIRO DE ENTREVISTA EM SAÚDE MENTAL<sup>1</sup>**

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. , Exame Clínico do paciente psiquiátrico. In: \_\_\_\_\_ - Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

Profissão \_\_\_\_\_ Grau de Instrução \_\_\_\_\_  
Atividade Ocupacional \_\_\_\_\_ Renda \_\_\_\_\_  
Naturalidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRIA CLÍNICA - PESQUISA DOCUMENTAL**

Queixa Principal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

História da Doença Atual

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**História Progressiva Patológica:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Antecedentes Patológicos Familiares:**

---

---

---

---

**3. HISTÓRIA DA PESSOA - ENTREVISTA COM O PACIENTE E/OU COM PARENTE MAIS PRÓXIMO OU RESPONSÁVEL PELO MESMO:**

**3.1 Cronograma Familiar:**

**3.2 - Biografia Resumida da Pessoa -** Relato da vida do paciente, como ele a vivenciou, aproveitando suas próprias palavras; Relato da vida do paciente através de informante (familiar e/ou pessoa responsável pelo paciente):

OBS: Em cada questão, tomar nota (nome e parentesco), caso a informação não tenha sido dada pelo paciente.

3.2.1 - Aspectos que podem ser destacados:

A) Condições de nascimento, primeiros anos de vida, relações com os pais e demais parentes durante a infância:

A.1) Como era a situação familiar no período do nascimento do paciente? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

A.2) Houve problema com a gravidez? sim ( ) não ( );

relate: \_\_\_\_\_

---

A.3) Houve problema com o parto? sim ( ) não ( );

relate: \_\_\_\_\_

---

---

A.4) O paciente apresentou alguma evidência de defeito ou lesão ao nascer?

sim ( ) não ( ); cite: \_\_\_\_\_

A.5) Qual era o estado físico e emocional da mãe, à época do nascimento do paciente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A.6) Houve algum problema de saúde na mãe durante a gravidez?

sim ( ) não ( ): qual? \_\_\_\_\_

A.7) A mãe abusava de álcool ou drogas, durante sua gravidez?

sim ( ) não ( ) que substância? \_\_\_\_\_

A.8) O paciente apresentou problemas excessivos na primeira infância, com ansiedade à estranhos ou ansiedade de separação?

sim ( ) não ( ); descreva-os: \_\_\_\_\_

A. 9) O paciente foi amamentado no seio ou com mamadeira? \_\_\_\_\_

A. 10) Houve alguma problema com a alimentação do paciente nos primeiros \_\_\_\_\_ anos de vida? Qual? \_\_\_\_\_

**B) Irmãos e relacionamentos com estes**

**B.1) O paciente era uma criança:**

tímida

inquieta

hiperativa

retraída

estudiosa

extrovertida

quieta

atlética

amigável

outros; citar: \_\_\_\_\_

**B.2) Quais eram os brinquedos e brincadeiras favoritos do paciente?**

\_\_\_\_\_

B.3) Preferia brincar: sozinha, com outros, ou simplesmente não brincava? \_\_\_\_\_

C) Escolaridade e aproveitamento no ambiente escolar

C.1) Como foi o desenvolvimento do paciente na escola? \_\_\_\_\_

D) Jogos, brinquedos e preferências, aspirações e interesses quanto à vida adulta: \_\_\_\_\_

**E) ADOLESCÊNCIA:**

E.1) Qual era a atitude do paciente com relação aos irmãos? \_\_\_\_\_

E.2) Havia facilidade de conquistar e manter as amizades? \_\_\_\_\_

E.3) Houve algum acontecimento marcante na vida do paciente nesse período?

Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E.4) Qual ou quais os maiores problemas emocionais ou físicos que o paciente enfrentou durante esse período?

( ) pesadelos

( ) fobias

( ) masturbação

( ) enurese

( ) fugas de casa

delinquência

hábito de fumar

uso de álcool e drogas

anorexia

bulimia

problemas de peso

complexo de inferioridade

outros;

citar: \_\_\_\_\_

E.5) Como o paciente adquiriu os primeiros conhecimentos sobre sexo?

---

---

---

E.6) Qual era a atitude dos pais em relação ao sexo? \_\_\_\_\_

E.7) Houve algum tipo de preparação em relação a puberdade? Quais os sentimentos do paciente sobre a menstruação, aparecimento de características sexuais secundárias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E.8) O paciente sofreu algum tipo de abuso sexual? \_\_\_\_\_

E.9) Quais as atitudes do paciente quanto ao sexo oposto, nessa fase?

( ) tímido

( ) recatado

( ) agressivo

( ) necessidade de impressionar

( ) sedutor

( ) ansiedade

( ) outros; citar: \_\_\_\_\_

F) IDADE ADULTA

F.1) Como se deu a escolha profissional do paciente? Houve treinamento e preparação necessários

F.2) Quais os objetivos e ambições a longo prazo?

F.3) O paciente poderia descrever sua história profissional (duração/razões paramudanças/alterações no status ocupacional)?

F.4) O que o paciente faria, em termos profissionais, se pudesse escolher?

F.5) O paciente está tendo algum relacionamento a longo prazo?

sim ( ) não ( )

F.6) Quanto tempo durou o seu relacionamento mais longo?

F.7) Qual a qualidade do relacionamento sexual do paciente?

satisfatória ( ) inadequada ( )

F.8) O que o paciente busca em um parceiro? \_\_\_\_\_

F.9) É capaz de iniciar um relacionamento ou abordar alguém pôr quem se sente atraído? sim ( ) não ( )

F.10) Como percebe os fracassos nos relacionamentos passados? De quem foi a culpa? \_\_\_\_\_

F.11) Até que série o paciente cursou? Qual a disciplina que mais gostava de estudar? E a que menos gostava?

F.12) Até onde os outros membros da família estudaram, e como isso se compara ao progresso do paciente? \_\_\_\_\_

F.13) Qual a religião da sua família? \_\_\_\_\_

F.14) O paciente tem uma forte afiliação religiosa? em caso afirmativo, como isso afeta a sua vida? \_\_\_\_\_

F.15) O que a sua religião diz, acerca do tratamento para doenças psiquiátricas? \_\_\_\_\_

F.16) Qual a atitude religiosa em relação ao suicídio? \_\_\_\_\_

F.17) Que tipo de interesses sociais o paciente compartilha com amigos? \_\_\_\_\_

F.18) Que tipo de relacionamentos o paciente tem com pessoas do mesmo sexo e com pessoas do sexo oposto? \_\_\_\_\_

F.19) O paciente é essencialmente isolado e associal?

sim ( ) não ( )

F.20) Prefere o isolamento ou isola-se pôr causa de temores sobre outras pessoas?

sim ( ) não ( )

F.21) Quem o visita no hospital, e com que frequência? \_\_\_\_\_

F.22) Traumas psíquicos e perdas de relevância: \_\_\_\_\_

F.22) Quais as circunstâncias da vida nas quais sobreveio a enfermidade atual e/ou circunstâncias de vida dentro das quais adoeceu anteriormente:

---

---

---

3.4 - Maneira como encara a vida atual e fantasias a respeito desta.  
Reações às enfermidades passadas:

---

---

---

---

3.5 - Modificações e/ou adaptações de vida decorrentes da enfermidade:

---

---

3.6 - Forma como se relaciona com a equipe médica:

---

---

---

4.1- Estado Geral do Paciente: \_\_\_\_\_

4.2 - Comportamento durante a entrevista:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Projeto de Pesquisa - **Aspectos da Linguagem Corporal de um Grupo de Pacientes Esquizofrênicos Crônicos**

**ANEXO 3**

**AVALIAÇÃO PSICOMOTORA**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_

Tempo de Internação Psiquiátrica \_\_\_\_\_

**2. EXAME PSICOMOTOR**

**2.1 - INSPEÇÃO ESTÁTICA/ DINÂMICA**

a) Tipo de marcha: \_\_\_\_\_

b) Postura adotada e/ou alterações posturais evidentes:

a) Padrão respiratório:

## 2.2 - PALPAÇÃO

a) Músculos:

b) Tônus muscular:

Hipotonia ( )    Hipertonia ( )    Normal ( )

Sede:

c) Trofismo muscular:

Hipotrofia ( )    Hipertrofia ( )    Normal ( )

Sede:

d) Ossos e articulações:

e) Pele:

f) Movimentos voluntários:

2.4 - Movimentos involuntários e/ou anormais:

a) Maneirismos. Sim ( ) Não ( ) Tipo: \_\_\_\_\_

b) Tiques. Sim ( ) Não ( ) Sede \_\_\_\_\_

c) Gestos expressivos. Sim ( ) Não ( ) Tipo: \_\_\_\_\_

d) Contrações faciais anormais. Sim ( ) Não ( )  
Sede/músculo \_\_\_\_\_

e) Estereotípias. Sim ( ) Não ( )

f) Ecopraxia. Sim ( ) Não ( )

g) Ecolalia. Sim ( ) Não ( )

h) Obediência automática. Sim ( ) Não ( )

i) Negativismo. Sim ( ) Não ( )

j) Mutismo. Sim ( ) Não ( )

l) Agitação psicomotora. Sim ( ) Não ( )

m) Acatisia. Sim ( ) Não ( )

n) Ataxia. Sim ( ) Não ( )

o) Retardo psicomotor ou lentidão generalizada dos movimentos corporais.

Sim ( ) Não ( )

p) Rigidez. Sim ( ) Não ( )

Sede: \_\_\_\_\_

q) Postura catatônica. Sim ( ) Não ( )

r) Flexibilidade cérea. Sim ( ) Não ( )

### 3. EXAME FUNCIONAL:

3. 1 - Atividades da Vida Diária - o paciente tem independência funcional para:

( ) alimentação

( ) cuidados de higiene pessoal

( ) cuidados de higiene ambiental

atividades recreativas

atividades esportivas

trabalhos domésticos

trabalhos artísticos

outros: \_\_\_\_\_

obs: \_\_\_\_\_

#### 4. ESQUEMA CORPORAL

##### 4.1- Lateralidade:

A) Lateralização anatômica: M. D. ( ) M.E. ( ) P. D. ( ) P. E. ( )

B) Lateralização funcional:

B.1) Mãos

escrita ( )

desenho ( )

cortar com tesoura ( )

enrolar fio ( )

### B. 2) Pés

escolha no equilíbrio ( )

salto ( )

amarelinha ( )

chute ( )

### B. 3.) Olho

fechar ( )

mirar ( )

### C) Orientação D. E.

em si próprio ( )

nos outros ( )

em relação ao espaço ( )

D) Ritmo

reprodução: 1) imediata ( ) 2) demorada ( ) 3) não reproduz ( )

5. Atitude frente ao examinador:

( ) cooperativa

( ) amigável

( ) atenta

( ) interessada

( ) franca

( ) sedutora

( ) defensiva

( ) perplexa

( ) apática

( ) hostil

( ) outras: \_\_\_\_\_

6. Aparência:

saudável

doentio

desconfortável

afetado

envelhecido

jovial

desmazelado

infantil

bizarro

outros: \_\_\_\_\_

7. Humor (emoção abrangente e constante, que colore a percepção que a pessoa tem do mundo):

disfórico

eutímico

expansivo

irritável

oscilações (lábil)

exaltado

euforia

êxtase

depressão

anedonia

tristeza ou luto

alexitimia

8. Afeto (comportamento expressivo - expressão corporal externa da resposta emocional do paciente / expressão facial. Pode ser congruente ou incongruente com o humor):

adequado

inadequado

embotado

restrito ou limitado

plano (voz monótona, face imóvel)

lábil

Data de Realização do Exame: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do

Profissional: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Projeto de Pesquisa - **Aspectos da Linguagem Corporal de um  
Grupo de Pacientes Esquizofrênicos Crônicos**

**anexo 4**

**FICHA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

PACIENTE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_

Situação \_\_\_\_\_

