

Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Educação Física

ESQUIZOFRENIA E ATIVIDADE FÍSICA:
UM ESTUDO TEÓRICO.

Andréa de Sousa Pasquarelli

Exemplar entregue á Faculdade de Educação Física, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atividade Motora Adaptada, sob orientação do Prof. Dr. Edison Duarte.

Campinas, 2003



RESUMO

Este trabalho buscou verificar, se a atividade física pode beneficiar a pessoa com esquizofrenia. A incidência da esquizofrenia, é de aproximadamente 4 novos casos por 10.000 habitantes, por ano

Apesar da importância, do ponto de vista epidemiológico, são poucas as publicações sobre esquizofrenia e atividade física.

O objetivo deste trabalho, foi verificar através de uma revisão de literatura, em uma pesquisa qualitativa, os temas: Esquizofrenia e Atividade Física.

Para tal abordaremos os aspectos relativos a esquizofrenia: aspectos clínicos, epidemiológicos, neurofuncionais e casos clínicos; em relação a atividade física: benefícios e sugestões (caminhada, atividades aquáticas e dança).

Partindo do pré-suposto, de que a atividade física é um dos elementos importantes na busca da aquisição e melhora a aptidão física geral, o bem estar físico, psicológico e social, acreditamos ser de excelente benefício para as pessoas esquizofrênicas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p.01
CAPÍTULO I	
História	p.03
CAPÍTULO II	
Esquizofrenia	p.05
2.1 CID-10	p.06
2.2 Epidemiologia	p.16
2.3 Idade, sexo e raça	p.16
2.4 Taxa de reprod., suicídio e risco de morte	p.17
2.5 Considerações culturais e sócio-econômicas	p.18
2.6 Leitos hospit.p/doentes mentais e custo financ.	p.18
2.7 Etiologia	p.19
2.8 Evidências de pesquisas biológicas	p.20
2.8.1 Neurotransmissores	p.20
2.8.2 Teoria genética	p.21
2.9 Casos clínicos	p.22
CAPÍTULO III	
Atividade física	p.34
3.1 Caminhada	p.35
3.2 Atividade aquática	p.36
3.2.1 Benefícios físicos e/ou fisiológicos	p.36
a) Sistema de regulação térmica	p.36
b) Coração e aparelho circulatório	p.37
c) Aparelho respiratório	p.37
3.2.2 Benefícios psicossociais	p.38
3.3 Dança	p.39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p.43
BIBLIOGRAFIA	p.44

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é reconhecida como um estado de alteração comportamental , *que vai desde uma excentricidade moderada e persistente até a severidade de uma loucura incompreensível* , sendo esta uma das mais freqüentes psicoses . Atinge cerca de 1% da população em geral , sendo que estas apresentam graves distúrbios de pensamento , emoções embotadas ou incongruentes com a *situação ambiental ; excessiva timidez e isolamento social ; alterações da motricidade como a agitação ou , ao contrário , imobilidade .*

Algumas das características são perturbações do pensamento e da atenção ; perturbações da percepção e do afeto .

O indivíduo em esquizofrenia perde essencialmente o contato com sua realidade cognitiva , afetiva e perceptiva . Como todos estes elementos de alguma forma estão ligados á sua realidade corporal , estes sujeitos fundamentalmente terminam por perder o contato com seu próprio corpo e com sua realidade . (Gonçalves, 2002)

A partir das citações a respeito das características do esquizofrênico , falaremos um pouco da atividade física para entendermos como ela poderá beneficiá-los .

Zuhrt (1983) , nos mostra alguns objetivos da atividade física :

“Desenvolver a capacidade de movimentos e fornecer possibilidades para a satisfação de necessidade de movimentação . Ativar , coordenar e harmonizar seqüências de movimentos em sua totalidade e canalizar modos de comportamento emocional e afetivo ; corrigir a motricidade . Educar através de trabalhos em grupo para a integração social . Considerar as modalidades de esportes para o lazer . Educar em todas as áreas , a capacidade de concentração e percepção , reação e endurance , e estimular o desenvolvimento intelectual em geral “ .

A atividade física realizada com movimentos contínuos , beneficia o sistema orgânico ; com movimentos não contínuos ou intermitentes , visa melhorias específicas e localidades , seja na intensidade que for realizada sendo moderada ou de grande exigência , respeitando os critérios de individualidade que são próprios de cada indivíduo .

Isso ocorre a partir do momento que ativamos a circulação , estimulando os , os músculos , evitando o acúmulo de gordura localizada (através da queima da mesma no ciclo energético) , equilibramos o funcionamento do eixo glandular tálamo- hipotalamo –gônadas –supra renal , etc , aumentamos a

produção de oxigênio ao nível cerebral e melhoramos funcionalmente a habilidade para coordenar , *estar mais ágil , rápido e mais flexível* .

Observando o lado psicossocial , já que até agora destacamos o domínio físico funcional , encontramos várias outras razões em relação a importância física no acervo terapêutico de reabilitação :

“ Se feita em grupo , estimula o convívio social ; se questionado estimula a iniciativa mental ; as vezes evita o tédio pela falta de movimento ; conduz a descoberta de suas próprias possibilidades e se motivado , leva a desinibição e consequente facilitação no desenvolvimento das potencialidades individuais “ (Rosadas , 1989) .

A questão do corpo se situa como uma dimensão do homem como ser no mundo . Uma dimensão cuja compreensão do seu significado é fundamentalmente na busca de uma vida profundamente humana (Ponty , 1971 In Gonçalves , 2002)

Para Maudire , 1988 In Gonçalves 2002 , existe na sociedade uma instrumentalização do corpo , onde o mesmo tem a tarefa de apenas desempenhar tarefas com a máxima eficiência e produtividade . Esta *condição empobrece as potencialidades do ser humano que se manifestam pelo corpo* .

CAPÍTULO I

HISTÓRIA

As duas pessoas –chave na história da esquizofrenia foram Emil Kraepelin (alemão, 1856 – 1926) e Eugen Bleuler (suíço, 1857 – 1939). Pelo menos três figuras importantes precederam Kraepelin e Bleuler; Benedict Morel (1809 – 1873) um psiquiatra belga, utilizou o termo “demência precoce” para pacientes deteriorados, cuja doença iniciava na adolescência; Karl Kahlbaum (1828 – 1899) descreveu os sintomas da catatonia, e Ewald Hecker (1843 – 1909) escreveu sobre o comportamento extremamente bizarro da hebefrenia.

Kraepelin organizou os pacientes com doença mental grave em três grupos de diagnóstico: demência precoce, psicose maníaco – depressiva e paranóia. A descrição além de incluir fenômenos clínicos como alucinações e delírios. Kraepelin relatou que aproximadamente 4% de seus pacientes tinham recuperações completas e 13% apresentavam remissões significativas. O termo “psicose maníaco – depressiva” identificou pacientes que experimentavam episódios de doença separados por remissões virtualmente completas. Os pacientes diagnosticados como sofrendo de paranóia tinham como sintoma principal, delírios persecutórios persistentes.

Bleuler criou o termo “esquizofrenia”, que significa divisão da consciência, em referencia ao cisma teórico entre pensamento, emoção e comportamento. Infelizmente este termo, historicamente, tem causado confusão com a divisão de personalidade (atualmente denominado “distúrbio de personalidade múltipla”), um distúrbio completamente diferente da esquizofrenia. A definição de Bleuler para esquizofrenia diferia da demência precoce de Kraepelin em dois importantes aspectos: em primeiro lugar, Bleuler não pensava que a deterioração fosse um sintoma necessário do distúrbio, em segundo lugar dividiu os sintomas em fundamentais (primários) e acessórios (secundários). O sintoma fundamental mais importante era um distúrbio de pensamento caracterizados por perturbações das associações, particularmente o afrouxamento destas. Os outros sintomas fundamentais eram as perturbações afetivas, autismo e ambivalência (os chamados quatro As de Bleuler consistem de associações, afeto, autismo e ambivalência). Os sintomas acessórios incluem alucinações e delírios. Tanto Bleuler como Kraepelin presumiam a existência de uma base biológica subjacente para este distúrbio.

Quatro psiquiatras modernos formularam teorias sobre a esquizofrenia : Adolf Meyer , Harry Stack Sullivan , Gabriel Langfeldt e Kurt Schneider . Meyer . O fundador da psicobiologia , acreditava que a esquizofrenia e outros distúrbios orgânicos seriam reações a uma variedade de estresses vitais , de modo que chamou a síndrome de “ reação esquizofrênica” . Sullivan , o fundador da escola psicanalítica interpessoal , enfatizava o isolamento social como causa e sintoma da esquizofrenia .

Gabriel Langfeldt , diversamente de Bleuer , derivou seus critérios da experiência esquizofrênica verdadeira e psicose esquizofreniforme . O diagnóstico de esquizofrenia verdadeira repousa sobre os da despersonalização, autismo , achatamento emocional , aparecimento insidioso e sentimentos de desrealização e irrealidade . A verdadeira esquizofrenia é , algumas vezes , denominada esquizofrenia nuclear , esquizofrenia de processo ou esquizofrenia não – remissiva .

Kurt Schneider descreveu uma série dos chamados sintomas de primeira ordem de esquizofrenia , que considerava como não sendo de modo algum específicos da doença , mas de grande valor pragmático para a confecção do diagnóstico . Os sintomas de primeira ordem de Schneider incluem a audição dos próprios pensamentos falados em alta voz , alucinações auditivas que comentam o comportamento do paciente , alucinações somáticas , a sensação de ter os próprios pensamentos controlados , a irradiação dos próprios pensamentos para outrem , e a sensação de ter as próprias ações controladas e influenciadas pelo exterior .

A esquizofrenia , Schneider apontou , também pode ser diagnosticada exclusivamente com base nos sintomas de Segunda ordem , juntamente com uma aparência típica .

Os sintomas de segunda ordem incluem outras formas de alucinação , perplexidade , distúrbios depressivos e eufóricos do afeto e achatamento emocional .

Schneider não tencionava que estes sintomas fossem rigidamente aplicados , e alertou que o médico deveria fazer o diagnóstico em certos pacientes , embora não apresentassem sintomas de primeira ordem . Infelizmente , este alerta frequentemente é ignorado , e a pessoa está livre de distúrbios esquizofrênicos .
(Shirakawa, 1999)

CAPÍTULO II

ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é reconhecida como um estado de alteração comportamental , *que vai desde uma excentricidade moderada e persistente até a severidade de uma loucura incompreensível* , sendo esta uma das mais freqüentes psicoses .

A esquizofrenia que atinge 1% da população normalmente inicia antes dos 25 anos de idade e persiste durante toda a vida afetando pessoas de todas as classes sociais .

É discutida como se fosse uma única doença , e provavelmente inclua vários distúrbios com etiologias heterogêneas e também pacientes cujas as apresentações clínicas , respostas ao tratamento e cursos de doença são variados . (Kaplan , 1990) .

“ O indivíduo em esquizofrenia perde essencialmente o contato com sua realidade cognitiva , afetiva e perceptiva . Como todos estes elementos estão ligados a sua realidade corporal , estes sujeitos fundamentalmente terminam por perder o contato com seu próprio corpo e com sua realidade . “ (Gonçalves, p.308 , 2002)

Em 1993 , entra em vigor a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10) , editada pela Organização Mundial da Saúde em Maio de 1990 . A esquizofrenia foi codificada como F – 20: Esquizofrenia, Distúrbios Delirantes e Esquizotípicos . (CID-10,p.85-94,1993)

Os transtornos esquizofrênicos são caracterizados por distorções do pensamento e da percepção e por uma afetividade inadequada ou embotada. A consciência e capacidade intelectual não são comprometidas mas ao longo do tempo alguns *deficits cognitivos podem surgir* . O indivíduo perde o sentimento da individualidade : seus pensamentos , sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como conhecidos ou compartilhados por outros .

Podem surgir delírios explicativos , de estar sendo controlado por forças *naturais ou sobrenaturais que podem influenciar os pensamentos e as ações do indivíduo* , podendo leva-lo a um comportamento bizarro . As alucinações auditivas são comuns , sendo que as vozes fazem comentários sobre o comportamento deste indivíduo e discutem entre si .

A percepção esta freqüentemente alterada : cores ou sons podem adquirir outros significados . No início é comum a perplexidade e freqüentemente leva a uma crença de que situações cotidianas possuam um significado especial , normalmente sinistro , destinado unicamente ao indivíduo .

Na perturbação os pensamentos periféricos e irrelevantes passam a Ter mais importância que o conjunto dos pensamentos tornando-o vago , incompreensível e obscuro .

São freqüentes as interrupções no curso do pensamento e os pensamentos parecem estar sendo retirados por agente exterior . O humor caracteriza-se como superficial , caprichoso ou inconveniente .

A ambivalência (coexistência de tendências opostas) e o comprometimento volitivo , aparecendo a inércia , negativismo , estupor levando a improdutividade .

Sintomas catatônicos podem estar presentes . O início pode ser agudo com comportamento gravemente perturbado ou insidioso , com desenvolvimento gradual de idéias e condutas estranhas ,

O curso do transtorno apresenta uma grande variação , podendo evoluir para quadros crônicos com deterioração em alguns casos para recuperação .

A doença atinge igualmente ambos os sexos , mas o começo tende a ser mais tardio nas mulheres .

A partir deste momento , retrataremos exatamente a CID – 10 :

2.1 CID-10

“ Embora nenhum sintoma estritamente patognomônico possa ser identificado, para fins práticos é útil dividir os sintomas acima em grupos que tem importância especial para o diagnóstico e freqüentemente ocorrem juntos , tais como :

- (a) eco do pensamento , inserção ou roubo do pensamento , irradiação do pensamento ;
- (b) delírios de controle , influencia ou passividade claramente referindo ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos , ações , sensações , percepção delirante ;
- (c) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo ;
- (d) delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis , tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidade sobre-humana (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com alienígenas de outro planeta) ;

- (e) alucinações persistentes de qualquer modalidade , quando acompanhadas por delírios “ superficiais “ ou parciais , sem claro conteúdo afetivo , ou por idéias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente ;
- (f) intercepções ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente , irrelevante ou neologismos ;
- (g) comportamento catatônico , tal como excitação , postura inadequada ou flexibilidade cérea . negativismo , mutismo e estupor ;
- (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 neuroléptica ;
- (i) uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal , manifestada por perda de interesse , falta de objetivos , inatividade , uma atitude ensimesmada e retraimento social .

Diretrizes diagnósticas

A exigência normal para um diagnóstico de esquizofrenia é que um mínimo de um sintoma claro (e em geral dois ou mais se são menos claros) pertencentes a qualquer um dos grupos listados como (a) e (d) , acima , ou sintomas de pelo menos dois dos grupos referidos como (e) a (h) devem estar claramente presentes pela maior parte do tempo durante um período de 1 mês ou mais . As condições que preenchem essas exigências sintomatológicas , porém de duração menor do que 1 mês (tratadas ou não) , devem ser diagnosticadas em primeira instância como transtorno psicótico esquizofreniforme agudo (F23.2) e reclassificadas como esquizofrenia , se os sintomas persistirem por períodos mais longos.

Vendo retrospectivamente , pode ficar claro que uma fase prodômica na qual sintomas e comportamento , tais como perda de interesse em trabalho , atividades sociais , aparência pessoal e higiene , juntos com ansiedade generalizada e graus leves de depressão e preocupação , precedeu o início dos sintomas psicóticos durante semanas ou mesmo meses . Por causa da dificuldade em determinar o início , o critério de 1 mês de duração aplica-se somente para os sintomas específicos listados acima e não para qualquer fase prodômica não psicótica .

O diagnóstico de esquizofrenia não deve ser feito na presença de sintomas depressivos ou maníacos nítidos , a menos que seja claro que os sintomas esquizofrênicos precederam um transtorno afetivo . Se ambos os sintomas , esquizofrênicos e afetivos , se desenvolvem juntos e estão igualmente balanceados , o diagnóstico do transtorno esquizoafetivo (F25-) deve ser feito, mesmo se os sintomas esquizofrênicos , por eles próprios , tivessem justificado o diagnóstico de esquizofrenia . A esquizofrenia não deve ser diagnosticada na presença de doença cerebral clara ou durante estados de intoxicação ou de abstinência de drogas . Transtornos similares que se desenvolvem na presença de epilepsia ou outra doença cerebral devem ser codificados sob F06.2 e aqueles induzidos por drogas , sob F1x.5 .

Padrão de curso

O curso dos transtornos esquizofrênicos pode ser classificado usando-se os seguintes códigos de cinco caracteres ;

- F20.x0 Contínuo
- F20.x1 Episódio com déficit progressivo
- F20.x2 Episódio com déficit estável
- F20.x3 Episódio remitente
- F20.x4 Remissão incompleta
- F20.x5 Remissão completa
- F20.x8 Outro
- F20.x9 Período de observação menor do que um ano .

F20.0 Esquizofrenia paranóide

Esse é o tipo de esquizofrenia mais comum em muitas partes do mundo . O quadro clínico é dominado por delírios relativamente estáveis , com frequência paranóides , usualmente acompanhados por alucinações , particularmente da variedade auditiva , e perturbações da percepção . Perturbações do afeto , volição e discurso e sintomas catatonicos não são proeminentes .

São exemplos de sintomas paranóides mais comuns :

- (a) delírios de perseguição , referência , ascendência importante , missão especial , mudanças corporais ou ciúmes ;
- (b) vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal , tais como assobios , zumbidos ou risos ;
- (c) alucinações olfativas ou gustativas , de sensações sexuais ou outras corporais ; alucinações visuais podem ocorrer , porém raramente são predominantes .

O transtorno do pensamento pode ser óbvio nos estados agudos , porém mesmo quando acontece , ele não impede que os delírios ou alucinações típicos sejam descritos claramente . O afeto está usualmente menos embotado do que em outras variedades de esquizofrenia , porém um grau menos de incongruência é comum , assim como o são perturbações do humor , tais como irritabilidade , raiva repentina , receio e suspeita . Sintomas “negativos”, tais como embotamento afetivo e comprometimento da volição , estão freqüentemente presentes , porém não dominam o quadro clínico .

O curso da esquizofrenia paranóide pode ser episódio com remissões parciais ou completas ou crônico . Nos casos crônicos , os sintomas floridos persistem por anos e é difícil distinguir episódios bem delimitados . O começo tende a ser mais tardio do que nas formas hebefrênica e catatônica .

Diretrizes diagnósticas

Os critérios gerais para um diagnóstico de esquizofrenia (ver introdução para F20 acima) devem ser satisfeitos . Em adição , alucinações e/ ou os delírios devem ser proeminentes e perturbações do afeto , da volição e da fala e os sintomas catatônicos devem ser relativamente inconspícuos , As alucinações serão normalmente do tipo descrito em (b) e (c) , acima . Os delírios podem ser de qualquer tipo , mas o de controle , influência ou passividade e crenças persecutórias de vários tipos são os mais característicos

Inclui : esquizofrenia parafrênica

Diagnóstico diferencial . É importante excluir psicoses epiléticas e induzidas por drogas e lembrar que os delírios persecutórios podem receber pequeno peso diagnóstico em pessoas de certos países ou culturas .

Exclui : estado paranóide involutivo (F22.8)
Paranóia (F22.0)

F20.1 Esquizofrenia hebefrênica

Uma forma de esquizofrenia na qual as mudanças afetivas são proeminentes , os delírios e as alucinações fugazes e fragmentários e o comportamento irresponsável e imprevisível ; maneirismos são comuns . O afeto é superficial e inadequado e muitas vezes acompanhado por risadinhas ou sorrisos de auto-satisfação , sorrisos de absorção em si mesmo ou por uma postura altiva , caretas , maneirismos , brincadeiras , queixas hipocondríacas e frases reiteradas . O pensamento está desorganizado e o discurso é cheio de divagações e incoerente . Há uma tendência a permanecer solitário e o comportamento parece vazio de propósito e sentimento . Esta forma de esquizofrenia usualmente se inicia entre as idades de 15 e 25 anos e tende a ter um prognóstico pobre por causa do rápido desenvolvimento de sintomas “negativos” , particularmente embotamento afetivo e perda da volição .

Além disso , as perturbações do afeto e de volição e os transtornos do pensamento são usualmente proeminentes . Alucinações e delírios podem estar presentes , mas não são usualmente proeminentes . O impulso e a determinação estão perdidos e os objetos abandonados , de tal forma que o comportamento do paciente se torna caracteristicamente sem objetivo e vazio de propósito . Uma preocupação superficial e maneirística com religião , filosofia e outros temas abstratos pode aumentar a dificuldade do ouvinte em seguir o curso do pensamento .

Diretrizes diagnósticas

Os critérios gerais para um diagnóstico de esquizofrenia (ver introdução para F20 acima) devem ser satisfeitos . A hebefrenia deve normalmente ser diagnosticada pela primeira vez apenas em adolescentes e adultos jovens . A personalidade pré-mórbida é característica , mas não necessariamente , tímida e solitária . Para um diagnóstico confiável de hebefrenia , um período de 2 a

3 meses de contínua observação é usualmente necessário , no sentido de se assegurar que os comportamentos característicos acima se mantêm .

Inclui : esquizofrenia desorganizada
Hebefrenia

F20.2 Esquizofrenia catatônica

Perturbações psicomotoras proeminentes são aspectos essenciais e dominantes e podem se alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor ou obediência automática e negativismo . Atitudes e posturas forçadas podem ser mantidas por longos períodos . Episódios de agitação violenta podem ser um aspecto notável da condição .

Por razões que ainda são pouco compreendidas , a esquizofrenia catatônica é agora raramente vista em países industrializados , embora ela permaneça comum em outros lugares . Esses fenômenos catatonicos podem estar combinados com um estado semelhante ao sonho (oniróide) com vividas alucinações cênicas .

Diretrizes diagnosticas

Os critérios gerais para um diagnóstico de esquizofrenia (ver introdução para F20 acima) devem ser satisfeitos . Sintomas catatonicos transitórios e isolados podem ocorrer no contexto de qualquer outro subtipo de esquizofrenia , porém para um diagnóstico de esquizofrenia catatônica , um ou mais dos seguintes comportamentos deve dominar o quadro clínico :

- (a) estupor (diminuição marcante da reatividade ao meio-ambiente e de movimentos e atividade espontâneos) ou mutismo ;
- (b) excitação (atividade aparentemente sem sentido , não influenciada por estímulos externos) ;
- (c) postura inadequada (assunção involuntária e a manutenção de posturas inapropriadas ou bizarras) ;
- (d) negativismo (uma resistência aparentemente imotivada a todas as instruções ou tentativas de ser movido ou movimento em direção oposta);
- (e) rigidez (manutenção de uma postura rígida contra esforços de ser movido) ;

- (f) flexibilidade c rea (manuten o de membros e corpo em posi es externamente impostas) e
- (g) outros sintomas , tais como obediência automática (cumprimento automático de instru es) e persevera o de palavras e frases .

Em pacientes que não se comunicam , com manifesta es comportamentais de transtorno catatônico , o diagnóstico de esquizofrenia pode vir a ser provisório, até que a evidência adequada da presença de outros sintomas seja obtida .   também vital considerar que os sintomas catatonicos não são diagnósticos de esquizofrenia . Um sintoma ou sintomas catatonicos podem ser provocados por doença cerebral , perturba es metabólicas ou por álcool ou drogas e podem também ocorrer transtornos do humor .

Inclui : estupor catatonico
catalepsia esquizofrênica
catatonia esquizofrênica
flexibilidade c rea esquizofrênica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Condi es que satisfazem os critérios diagnósticos gerais para esquizofrenia (ver introdu o para F20.0 acima) , mas que não se adequam a nenhum dos subtipos acima (F20.0 - F20.2) ou apresentando aspectos de mais de um deles , sem uma clara predominância de um conjunto de características diagnosticas em particular. Essa rubrica deve ser usada somente para condi es psicóticas (isto   , a esquizofrenia residual (F20.5) e a depressão pós-esquizofrênica (F20.4) são excluídas) e após ter sido feita uma tentativa de classificar a condi o em uma das três categorias precedentes .

Diretrizes diagnosticas

Essa categoria deve ser reservada para transtornos que :

- (a) satisfazem os critérios diagnósticos para esquizofrenia ;
- (b) não satisfazem os critérios para os subtipos paranóide , hebefr nico ou catatônico ;

- (c) não satisfazem os critérios para esquizofrenia residual ou depressão pós-esquizofrênica .

Inclui : esquizofrenia atípica

F20.4 Depressão pós - esquizofrênica

Um episódio depressivo , o qual pode ser prolongado , surgindo após uma doença esquizofrênica . Alguns sintomas esquizofrênicos devem ainda estar presentes , mas não dominam mais o quadro clínico . Esses sintomas esquizofrênicos persistentes , podem ser “positivos” ou “negativos” , embora os últimos sejam mais comuns . É incerto e irrelevante para o diagnóstico saber em que extensão os sintomas depressivos foram meramente revelados pela resolução dos sintomas psicóticos iniciais (ao invés de serem um novo desenvolvimento) ou são uma parte intrínseca da esquizofrenia ao invés de uma reação psicológica a ela . Eles raramente são suficientemente graves ou extensos para preencher os critérios de um episódio depressivo grave (F32.2 e F32.3) e é muitas vezes difícil decidir quais dos sintomas do paciente são devidos à depressão e quais as medicações neurolépticas ou ao comprometimento da volição e ao embotamento afetivo da própria esquizofrenia . Esse estado depressivo está associado a um aumento do risco de suicídio .

Diretrizes diagnosticas

O diagnóstico deve ser feito somente se :

- (a) o paciente tem tido uma doença esquizofrênica que satisfaz os critérios gerais para esquizofrenia (ver introdução para F20 acima) dentro dos últimos 12 meses) ;
- (b) alguns sintomas esquizofrênicos ainda estão presentes e
- (c) os sintomas depressivos são proeminentes e angustiantes , preenchendo pelo menos os critérios para um episódio depressivo (F32.-) e estiveram presentes por pelo menos duas semanas .

Se o paciente não apresenta mais quaisquer sintomas esquizofrênicos , um episódio depressivo (F32.) deve ser diagnosticado . Se os sintomas esquizofrênicos são ainda floridos e proeminentes , o diagnóstico deve permanecer aquele do subtipo esquizofrênico adequado (F20.0 , F20.1 , F20.2 ou F20.3)

F20.5 Esquizofrenia residual

Um estágio crônico no desenvolvimento de um transtorno esquizofrênico , no qual houve uma progressão de um estágio inicial (compreendendo um ou mais episódios com sintomas psicóticos que satisfazem os critérios gerais para esquizofrenia descritos acima) para um estágio mais tardio caracterizado por sintomas “negativos” de longa duração , embora não necessariamente irreversíveis .

Diretrizes diagnósticas

Para um diagnóstico confiável , os seguintes requisitos devem ser satisfeitos :

- (a) os sintomas esquizofrênicos “negativos” são proeminentes , isto é , retardo psicomotor , hipoatividade , afeto embotado , passividade e falta de iniciativa , pobreza da quantidade ou do conteúdo do discurso , comunicação não-verbal pobre através da expressão facial , do olhar , da modulação da voz e da postura , autocuidado e desempenho social pobres ;
- (b) evidência , no passado , de pelo menos um episódio psicótico bem definido satisfazendo os critérios diagnósticos para esquizofrenia ;
- (c) um período de pelo menos um ano durante o qual a intensidade e a frequência dos sintomas floridos , tais como delírios e alucinações , foram mínimos ou substancialmente reduzidos e a síndrome esquizofrênica “negativa” esteve presente ;
- (d) ausência de demência ou outra doença ou transtorno cerebral orgânicos e de depressão crônica ou institucionalismo suficientes para explicar os comprometimentos negativos .

Se não puder ser obtida informação adequada acerca da história prévia do paciente e por isso mesmo não puder ser estabelecido que os critérios para

esquizofrenia foram satisfeitos em algum tempo do passado , pode ser necessário que se faça um diagnóstico provisório de esquizofrenia residual .

Inclui : esquizofrenia indiferenciada crônica

Restzustand

Estado esquizofrênico residual

F20.6 Esquizofrenia simples

Um transtorno incomum , no qual há um desenvolvimento insidioso mas progressivo de conduta estranha , incapacidade para atender as exigências da sociedade e um declínio no desempenho total . Delírios e alucinações não são evidentes e o transtorno é menos obviamente psicótico do que os subtipos hebefrênico , paranóide e catatônico da esquizofrenia . Os aspectos “negativos” característicos da esquizofrenia residual (p. ex. embotamento afetivo , perda da volição) se desenvolvem sem serem precedidos por nenhum sintoma francamente psicótico . Com o aumento do empobrecimento social pode seguir-se a adoção de uma conduta de vagante e o indivíduo pode então se tornar absorto em si mesmo , inativo e sem objetivo .

Diretrizes diagnósticas

A esquizofrenia simples é um diagnóstico difícil de ser feito com alguma confiabilidade porque depende do estabelecimento do desenvolvimento lentamente progressivo dos sintomas “negativos” característicos da esquizofrenia residual (ver F20.5 acima) , sem nenhuma história de alucinações , delírios ou outras manifestações de um episódio psicótico anterior e com alterações significativas no comportamento pessoal , manifestadas como uma perda de interesse marcante , inatividade e retraimento social .

Inclui : esquizofrenia simplex

F20.8 Outra esquizofrenia

Inclui : esquizofrenia cenestopática
transtorno esquizofreniforme SOE

Exclui : transtorno esquizofreniforme agudo (F23.2)
esquizofrenia cíclica (F25.2)
esquizofrenia latente (F23.2)

F20.9 Esquizofrenia , não especificada”

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Incidência e Prevalência

A falta de métodos de diagnósticos objetivos , dificuldades para a identificação de todos os casos numa comunidade em particular, e a data real do aparecimento dos sintomas, fazem com que os estudos epidemiológicos sejam *confusos*.

Estudos mostram uma incidência de aproximadamente 1 caso para uma população de 1.000 pessoas . As taxas para o grupo etário de 15 anos ou mais variam desde 0,30 a 1,20 por 1.000.

Nos Estados Unidos são diagnosticados cerca 200.000 novos casos por ano , com aproximadamente 2 milhões no mundo inteiro.(Kaplan, 1990)

No Brasil , estima-se que há cerca de 1,6 milhão de esquizofrênicos . A cada ano , cerca de 50 mil pessoas manifestam a doença pela primeira vez.(Cemp , 2003)

2.3 IDADE , SEXO E RAÇA

O aparecimento para os homens situa-se entre 15 a 25 anos , e para as mulheres entre 25 a 35 anos. É possível que o diferencial de idade reflita *biás* sociais sobre o comportamento dos dois sexos , ao invés de diferenças reais na *idade de aparecimento*.

É raro o aparecimento da esquizofrenia antes dos 10 anos ou após os 50 anos de idade. Aproximadamente 90% dos pacientes em tratamento para esquizofrenia estão entre os 15 e 54 anos de idade.

A diferença na prevalência de esquizofrenia entre homens e mulheres , não existem . Embora alguns estudos mais antigos relatassem uma prevalência maior entre os negros , estes achados presumivelmente representam uma aplicação de padrões de diagnósticos afetados por bias , ao invés de diferenças raciais reais.(Kaplan, 1990)

2.4 TAXA DE REPRODUÇÃO , SUICÍDIO E RISCO DE MORTE

As taxas de incidência e prevalência de esquizofrenia são afetadas pelas taxas de reprodução e mortalidade dos pacientes com a doença. O risco de uma pessoa se tornar esquizofrênica , é intensificado se um membro da família já sofrer do distúrbio.

Houve um aumento das taxas de casamento e fertilidade entre esquizofrênicos, devido o advento das drogas psicoativas , política de tratamento a portas abertas , e desinstitucionalização , ênfase na reabilitação e atendimento baseado na comunidade para pacientes esquizofrênicos.

O número de crianças nascidas de pais esquizofrênicos dobrou de 1935 a 1955.A taxa de fertilidade , atualmente está bastante próxima daquela da população em geral.

Em um estudo realizado de acompanhamento de 20 anos de esquizofrênicos , foi constatado , que 50% deles já tentaram o suicídio e que 10% obtiveram sucesso em suas tentativas.

Estes indivíduos , também apresentam uma alta taxa de mortalidade por causas naturais , um fenômeno não explicado por variáveis relacionadas à hospitalização ou tratamento. (Kaplan,1990)

2.5 CONSIDERAÇÕES CULTURAIS E SÓCIO-ECONÔMICAS

Há descrição da esquizofrenia em todas as culturas e classes sócio-econômicas estudadas. *Existe um número desproporcional de pacientes esquizofrênicos nas classes sócio-econômicas mais baixas. Este fato tem sido explicado pela “hipótese da mobilização descendente” , sugerindo que os indivíduos afetados movem-se para classes sócio-econômicas mais baixas ou deixam de ascender a classes mais elevadas, em razão da doença. Uma outra explicação, só que menos amparada pelas pesquisas, é a “hipótese da causação social” , propondo que os estresses experimentados pelas pessoas de classes econômicas mais baixas, contribuem para o desenvolvimento ou até mesmo causam a esquizofrenia.*

Em áreas rurais, a incidência de esquizofrenia em filhos de um ou ambos pais esquizofrênicos é duas vezes menor do que nas cidades, sugerindo que os estressores sociais podem afetar o desenvolvimento da esquizofrenia em pessoas de risco.

Acredita-se que a imigração, a industrialização e tolerância cultural com relação ao comportamento marginal, podem contribuir para a etiologia da esquizofrenia.

As culturas podem ser mais ou menos “esquizofrenogênicas”, dependendo de como a doença mental é percebida, da natureza do papel do doente, do sistema de apoio social, e da complexidade da comunicação social.

Em nações menos desenvolvidas, os pacientes são reintegrados em sua comunidade e família mais completamente do que nas sociedades ocidentais altamente civilizadas.(Kaplan,1990)

2.6 LEITOS HOSPITALARES PARA DOENTES MENTAIS E CUSTO FINANCEIRO PARA A SOCIEDADE

Nas últimas duas décadas, os padrões de hospitalização para pacientes esquizofrênicos mudaram. *Diminuiu as durações em hospitais e aumentou o*

número de admissões. No período de 2 anos, a probabilidade de readmissão, após a alta da primeira hospitalização, é de cerca de 40 a 60 por cento.

Aproximadamente 50% dos leitos hospitalares psiquiátricos, são ocupados por pacientes esquizofrênicos e são responsáveis por 16% dos pacientes que recebem qualquer tipo de tratamento.

Em termos de custos diretos do tratamento, perda da produtividade e gastos com a assistência pública, a esquizofrenia é o mais oneroso de todos os distúrbios mentais.

O custo anual da esquizofrenia nos Estados Unidos é cerca de 2% do produto nacional bruto. A manutenção direta dos cuidados psiquiátricos é responsável por somente 20% dos gastos, o restante se dá em perda da capacidade produtiva e custos da hospitalização.(Kaplan ,1990)

2.7 ETIOLOGIA

A etiologia da esquizofrenia é desconhecida. Acreditasse ser um distúrbio heterogêneo.

O modelo usado para a integração dos fatores etiológicos, é o modelo estresse-diátese, o qual requer que um indivíduo tenha uma vulnerabilidade específica (diátese) que, quando influenciada por fatores ambientais estressantes, permite o desenvolvimento dos sintomas de esquizofrenia.

De uma forma mais geral, no modelo estresse-diátese , a diátese ou estresse podem ser biológicos, ambientais, ou ambos.

O componente ambiental pode ser biológico (por ex.,infecção) ou psicológico (por ex.,situação familiar estressante, morte de um parente próximo).

A base biológica de uma diátese pode ser moldada por influências epigenéticas como: trauma, estresse psicossocial ou abuso de drogas.

O modelo estresse-diátese, é a maneira mais concisa de conceitualizar os dados e teorias disponíveis, enquanto um fator etiológico específico para esquizofrenia seja identificado.(Kaplan,1990)

2.8 EVIDÊNCIAS DE PESQUISAS BIOLÓGICAS

Com a descoberta da eficácia das drogas antipsicóticas no tratamento da esquizofrenia, alguns estudos tem comparado as características biológicas específicas e objetivas dos pacientes esquizofrênicos com as características dos pacientes psiquiátricos não-esquizofrênicos e de controles normais.

É necessário fazermos duas precauções fundamentais na interpretação das anormalidades biológicas relatadas na esquizofrenia.

A anormalidade biológica é , no máximo, uma correlação, e raramente, pode ser vista como fator causal. É difícil determinar se a anormalidade está relacionada com o processo patológico ou com o tratamento, especialmente por medicamentos antipsicóticos.

Considerando a natureza do cérebro, o fato de que a patologia foi identificada em uma área, não significa que a área primária da patologia tenha sido definida.

A função hipoativa do lobo frontal na esquizofrenia, pode ser causada por aferência inibidora hiperativa de alguma outra região do cérebro.

Um único processo patológico no cérebro pode causar uma vasta gama de fenômenos em diferentes pacientes.(Kaplan,1990)

2.8.1 NEUROTRANSMISSORES

“ A hipótese dopamínica, a principal hipótese de neurotransmissores para a esquizofrenia, afirma que existe uma hiperatividade dos sistemas dopaminérgicos na esquizofrenia. O maior apoio para esta hipótese é o de que *todas as drogas antipsicóticas eficazes ligam-se a receptores dopamínicos* .A potência clínica das drogas antipsicóticas está intimamente correlacionada com a sua afinidade de ligação aos receptores D2, o subtipo de receptor dopamínico que não estimula a adenil ciclase.” (Kaplan, p.271,1990)

Acredita-se que a administração de anfetaminas ou levodopa, torna mais intenso os sintomas de alguns, mas não de todos os esquizofrênicos, dá um apoio adicional a esta hipótese.

Os antagonista dopaminérgicos, são eficazes no tratamento de todas as psicoses. A hiperatividade dopaminérgica, não está associada somente com esquizofrenia.

As drogas antipsicóticas alcançam o cérebro rapidamente, para bloquearem os receptores de dopamina, mas os efeitos clínicos máximos podem levar até 6 semanas para se desenvolverem.

Embora algumas pesquisas demonstrem evidências neuroquímicas favoráveis, a maioria dos estudos não encontrou dados neuroquímicos confirmadores.

No sistema nervoso, os tratos mesocortical e o mesolímbico tem recebido a maior atenção, relativamente à esquizofrenia. Estes tratos possuem seus corpos celulares substância negra e na área tegmental ventral.

Todos os neurotransmissores conhecidos foram estudados na esquizofrenia. Existem algumas evidências de que a atividade da noradrenalina estaria diminuída na esquizofrenia. “ Esta idéia é amparada por achados post-mortem, MHPG diminuído no LCR de alguns pacientes esquizofrênicos, e pelo fato de que as anfetaminas, que podem produzir um quadro clínico semelhante à esquizofrenia paranóide, agem nos neurônios dopaminérgicos e adrenérgicos.” (Kaplan,p.271,1990)

O GABA, por ter a função de neurotransmissor inibidor, pode exercer um papel na esquizofrenia. A atividade diminuída do GABA pode provocar hiperatividade dos neurônios dopaminérgicos. “ Algumas evidências neuroquímicas sustentam esta hipótese, e tem-se observado que um pequeno número de pacientes com esquizofrenia melhoram com o tratamento por benzodiazepínicos.(Kaplan,p.271,1990)

2.8.2 TEORIA GENÉTICA

Pesquisas mostram dados consistentes com a hipótese da existência de uma base genética para esquizofrenia , de que o genes de pessoas afetadas conferem uma vulnerabilidade para a mesma . Entretanto existe a possibilidade de que forças ambientais (psicológicas e biológicas) possam afetar a expressão destes genes , bem como proporcionar um estresse que poderia precipitar a síndrome .

O grau de parentesco genético de uma pessoa com esquizofrenia determinará a probabilidade do sujeito desenvolver o distúrbio . Veja a tabela a seguir :

Incidência de Esquizofrenia em Populações Específicas (Kaplan,p.274,1990)

População	Incidência
População geral	1%
Irmão não-gêmeo de um paciente esquizofrênico	8%
Criança com um dos pais esquizofrênico	12%
Gêmeo dizigótico de um paciente esquizofrênico	12%
Criança com os dois pais esquizofrênicos	40%
Gêmeo monozigótico de um paciente esquizofrênico	47%

2.9- CASOS CLÍNICOS

Itaro Shirakawa em seu livro: “ O ajustamento social na esquizofrenia, 1999”
relata alguns casos clínicos , que passaremos a retratá-los neste momento:

“Caso 1

M.M.; sexo masculino, 32 anos, solteiro, fez faculdade de administração de empresas e trabalha como técnico de administração em emprego público. Recebeu diagnóstico inicial (D.I.) e final(D.F.) de esquizofrenia *paranóide*(295.3).Referiu-se no histórico que desde os 6 anos começou a sentir-se invadido e agredido. O quadro foi progredindo e na adolescência surgiram idéias de perseguição, alucinações auditivas e sintomas schneiderianos. Já havia feito 6 anos de psicanálise quando foi atendido pela 1ª vez. Depois inúmeras psicoterapias com vários terapeutas. Está sendo acompanhado há 7 anos, teve algumas recidivas com a interrupção do remédio e estabilizou com tiotixene 5mg/dia.

Ressaltam no seu quadro atitudes de rigidez, de desadaptação com a família e colegas. *Briga com freqüência com os pais, implica com tudo. É solteiro, mora sozinho em São Paulo e quando vai para a casa dos pais nos fins de semana causa grandes transtornos, quebrando móveis, ameaçando os pais de morte por serem culpados por sua doença.*

Frases:

“ O problema são os pensamentos que não são retirados de minha cabeça, vem sempre a sensação de perseguição.”

“Continuo com os pensamentos paralelos, muitas vezes percebo que não tem uma ligação conjuntural.”

“Às vezes tenho que me trancar no banheiro da repartição e deitar no chão para me acalmar.”

CASO 4

J.B.,sexo masculino, 38 anos, solteiro, professor de línguas neolatinas, D.I.295.3, D.F. 295.3. O quadro começou com 22 anos, após uso de tóxicos.

Foi internado 2 vezes. Uma vez por pouco tempo e outra em comunidade terapêutica por 1 ano. O quadro tem características paranóides com sintomas schneiderianos. Vive só com a mãe, vive, de algumas aulas particulares. Fez psicoterapias por 10 anos e psicanálise por 2 anos. Atualmente está com T.O. Está sendo acompanhada há 1 ano quando chegou com quadro aonde eram três pessoas (“três de mim”), com três pensamentos diferentes na cabeça. Neste ano uma das pessoas sumiu e ficaram duas pessoas. Teve uma recaída por interrupção dos remédios durante uma viagem da mãe ao exterior . Com frequência tem solilóquios e sorrisos imotivados . Está em manutenção com 5 mg de flufenazina .

Frases :

“ São três J . (seu nome) ; a impressão que tenho é que não sou o principal : os outros dois é que são “ .

“ Ainda consigo pensar mas aí vem uma voz e diz : logo você não vai ter mais pensamento “ .

“ Tenho dificuldade de entender a psicanálise não consigo fazer associações . Saio da sessão esqueço tudo ; se presto atenção também esqueço ; esqueço da análise de qualquer jeito “ .

“ Acho que o outro J . nenhum remédio vai tirar “ .

“ Hoje fui ao banheiro e esqueci de me limpar com o papel higiênico “ .

CASO 7

L. C. , sexo masculino , 44 anos , solteiro , engenheiro , D.I. 295.3 , D.F. 295,6 . A doença iniciou-se aos 19 anos com quadro paranóide e sintomas schneiderianos , quando estava no cursinho para a faculdade . Levou 15 anos para se formar , tendo de mudar sucessivamente para faculdades mais fáceis . Nunca chegou a trabalhar . É o mais velho da família , tem 4 irmãos de instrução superior e todos são casados . Mora com a mãe e justifica que não pode trabalhar pois a mãe está idosa e precisa dele . Acorda às 11 horas , fica em casa assistindo TV e ajuda a mãe no sentido de pagar as contas , ou ir ao Banco . Cuida de sua higiene e gosta de tomar banho todos os dias . Teve 3 recaídas com a suspensão do remédio . Vem sendo acompanhado há 9

anos . Antes fez terapia de grupo que acha que foi um desastre . Teve uma piora , embora medicado , quando a mãe fez uma pequena cirurgia e em outra ocasião quando a irmã teve um filho e a mãe ficou um mês com ela . Vive praticamente sem nenhum contato social , recusa a idéia de AT ou de fazer alguma atividade social . Está com manutenção com 5 mg de flufenazina / dia .

Frases :

“ Eu não vou me casar nunca . Já nem me masturbo , nem sinto necessidade sexual “ .

“ Quem está doente há mais de 20 anos não tem jeito , perde amizades , perde tudo “ .

“ Esqueci tudo de engenharia , como se tudo fosse desmanchando dentro do corpo “ .

“ Melhorei pois não tenho mais telepatia ou a sensação de que trocaram meus órgãos internos . Outro dia comi um churrasco e vi que a carne está bem ligada ao osso , portanto não podem ter trocado as minhas carnes “ .

CASO 12

M.P. , sexo feminino , 29 anos , separada , psicóloga , D.I. 295.3 , D.F. 295.3 . O quadro iniciou-se com 19 anos , sentia-se possuída pelo demônio . Apesar disso conseguiu concluir o curso de psicologia mas nunca trabalhou . O quadro agravou-se com 23 anos , com características paranóides e sintomas schneiderianos . Fica agressiva , sem censura , liga aparelhos de som de madrugada , grita , faz tentativas de se atirar pela janela e por isso o apartamento tem grades em todas as janelas e na área de serviço . Fez várias psicoterapias e psicodrama . Não tem limites , telefona para os médicos de madrugada até que “ eles se enchem e largam o caso “ . Muito instável , é vulnerável a qualquer ameaça . O acompanhamento foi iniciado há 1 ano . Está com 400 mg de tioridazina ao dia e conseguiu ir viajar para o exterior com a mãe .

Frases :

“ A Rede Globo me filma quando estou lavando louça , quando estou arrumando a cama para dormir , para passar o filme em Roma “ .

CASO 13

J.J. , sexo masculino , 24 anos , solteiro , escolaridade 2º grau , auxiliar de escritório , D.I. 295.1 , D.F. 295.1 . Início da doença aos 15 anos , 1 ano após a mãe casar-se com um estrangeiro . A mãe ficou fora do país por 1 ano e quando voltou para buscá-lo ele já não estava bem . No avião para o outro país deixava os alimentos caírem pelo corpo fazendo grande sujeira . Não falava nada , não queria sentar-se , tirou o pênis para fora da calça e urinou no corredor do avião . No exterior foi internado 5 vezes e depois trazido para o Brasil aonde teve mais 2 internações . O acompanhamento foi iniciado há 1 ano quando apresentava quadro de grande desagregação , puerilidade e inadequação , aonde só falava alemão com quem quer que fosse . Com a medicação voltou a falar em português , os risos imotivados diminuíram . Iniciou programa com A.T. , teve boa recuperação e iniciou trabalho de auxiliar de escritório em agencia de turismo . Esta em manutenção com haloperidol 5 mg /dia

Frases :

“Tenho medo da loucura , quando ouço vozes , fico agressivo e perco o tino “ .

“Quando eu estava ruim achava que poderia levar um tiro na rua e ficava com medo de tomar milk shake “ .

“ Não sei porque dou risada às vezes “ .

CASO 17

C.P. , sexo feminino , 33 anos , solteira , enfermeira , D. I. 295.3 , D.F. 295.3 . Está sendo acompanhada há 8 anos . O quadro paranóide com sintomas shneiderianos começou aos 21 anos . Teve 5 recaídas sempre após 3 a 4 meses

da suspensão dos remédios . Chegou a voltar a trabalhar 2 vezes , como enfermeira concursada , mas após um certo tempo sentiu que ficava estressada e saiu mesmo após ter sido promovida para a Chefia da enfermagem . Chegou a conclusão que era melhor tomar conta de uma pensão de propriedade da família . Quando em crise fica extremamente agressiva com a família e mesmo comigo , durante o atendimento médico . Fora o surto é pessoa muito amável e agradecida pelo tratamento . A última crise ocorreu sem suspensão do remédio após levar um “ fora “ do namorado . Está em manutenção com tioridazina 50 mg / dia .

Frases :

“ Desculpe-me por ter agredido o doutor . Na 3ª injeção de Anatensol Depot a consciência voltou . Eu achava que era uma Deusa . Como é possível ? Eu sofro demais . Era muito sofrimento e eu queria morrer . quando fui internada , antes de vir aqui , fui impregnada e sofri demais . Eu agia e falava como Deusa . Sabia que falava sozinha porque achava que tinha uma função aqui na terra . Deus havia me colocado como sua representante . E dava risada porque pensava que Deus fazia piadas para mim “ .

CASO 18

P.T. , sexo masculino , 41 anos , instrução primária , despachante , separado , D.I. 295.3 , D.F. 295.6 . Está sendo acompanhado há 6 anos . O quadro paranóide com sintomatologia schneideriana começou com 31 anos . Já desde o início do atendimento , apresentava um aspecto de cronicidade . Descuidado, cabelos em desalinho , movimentos estereotipados . Quando entra em crise fica muito agressivo e é internado uma vez que o tratamento ambulatorial fica impossível . Não tem noção de doença , nunca mais voltou a trabalhar e nem se interessar pela ex-mulher ou filhos . Passou a ter estabilidade com a introdução do decanoato de haloperidol 150 mg / mês .

Frases :

“ O meu assunto é espiritual . Vocês médicos são ignorantes e não vai ser injeção que vai segurar a crise . Quando Deus quiser as crises vão acontecer .

CASO 21

A .P. , sexo feminino , 32 anos casada , instrução primeiro colegial , sem profissão . D.I. 295.1 . Está em acompanhamento há 4 anos . Início do quadro aos 26 anos caracterizado por desagregações e puerilidade . Foi internada por 2 vezes e após a segunda internação fugiu de casa e só voltou depois de 1 ano . Voltou magra , desnutrida referindo ter passado fome . Esteve no Ceará aonde trabalhou em casa de família . Medicada , melhorou tendo permanecido puerilidade marcante que fez pensar em limitação intelectual . No seu histórico consta entretanto que terminou o primeiro grau muito bem e as dificuldades só começaram no segundo grau com a sua interiorização . Tentou alguns empregos como auxiliar de escritório , babá , atendente de hospital mas não se adaptou em nenhum emprego . Conheceu um rapaz na igreja protestante , casou-se , e está com um filho de 5 meses . Após o nascimento do filho melhorou significativamente , sente-se animada e útil para a vida . Está em manutenção com penfluridol 10 mg / semana .

Frases :

“ Na crise eu achava que tinha sido trocada , era de família rica e morava no Ibirapuera . Dava uma agonia na cabeça pensar que eu não era eu “ .

CASO 23

T.C. , sexo masculino , 24 anos , solteiro , instrução universitária incompleta , não trabalha , D.I. 295.3 . Está sendo acompanhado há , 11 anos desde a primeira crise . O quadro começou aos 14 anos de idade quando foi internado pela primeira vez . Na ocasião ficou agressivo que um médico havia lhe dado um remédio para parar de crescer . A primeira internação foi demorada , 3 meses e a remissão ocorreu após 1 ano . A partir daí teve uma evolução com altos e baixos . Teve inúmeras recaídas por suspensão da medicação . Como tivesse um crescimento normal até o final da adolescência e o delírio de que não iria mais crescer foi substituído por outros delírios como que iria ficar careca em 2 anos , ou estava estéril porque a quantidade de seu esperma havia diminuído ou que virara eunuco porque o tamanho de seus testículos havia diminuído o que , então era melhor matar-se . Quando em crise costumava agredir violentamente a mãe causando-lhe hematomas no rosto . Apresentava

grande vulnerabilidade e entrava em crise diante de situações estressantes . *Inteligente* , apesar das crises nunca repetiu num dos colégios conhecido por ser dos mais difíceis em São Paulo . Entrou fácil em faculdade de computação, mas não conseguiu freqüentar . Fez várias psicoterapias e 4 anos de psicanálise . Quando em situação de estresse tenta o suicídio tomando comprimidos . Já tentou o suicídio várias vezes chegando a ficar em coma . Estrangeiro , chegou ao Brasil com 12 anos , 2 anos antes do início da crise . Voltou para o seu país para fazer faculdade para ver se conseguia se adaptar-se lá . Mal começou o curso teve nova crise e foi internado lá , tendo chegado a conclusão que era melhor voltar para o Brasil . Seus dois irmãos adaptaram-se muito bem no Brasil , tem negócios próprios e estão bem financeiramente e tem vida independente . O paciente compara-se a eles , sente-se inútil e entra em desespero . Fora das crises é um dos pacientes com melhor evolução aparentemente . É difícil reconhecer sua fisionomia o aspecto psicótico . Entretanto , entra em crises súbitas e agudas que exigem atendimento imediato. Os pais o trazem a qualquer hora no consultório após a ingestão de quantidades grandes de remédios (20 a 30 comprimidos de tranquilizantes) . Está em manutenção com trifluorperazina 5 mg / dia .

Frases :

“ A minha vida não fica cem por cento . Gostaria de ter um trabalho , não sentir perseguição , ter uma companheira ... “ .

“ Eu lembro que antes dos 13 anos eu era feliz . Agora estou tendo de montar peça por peça “ .

“Depois que a minha doença começou sempre senti uma escuridão e a vida foi ficando difícil “ .

CASO 27

A .T. H. , sexo feminino , 29 anos , separada , instrução colegial , incompleta , não trabalha , D.I. 295.3 , D. F. 295. 3 . Está sendo acompanhada há 7 anos , desde o início , aos 22 anos quando as características ainda eram de quadro latente , pré-psicótico . Após 2 meses teve um episódio catatônico e com 4 meses surgiram sintomas paranóides e schneiderianos . Já era casada e tinha uma filha de 1 ano e 3 meses por ocasião da primeira crise . Posteriormente mais 7 crises por parada de medicação . A última internação foi por ocasião da

quarta crise , há 3 anos , quando apresentava-se suja , com as roupas impregnadas de urina , olhar de desconfiança . Desconfiava de todos , achava que iria ser punida , que haviam enfiado uma câmera de TV dentro de seu dente e tudo que pensava era transmitido para todo o mundo . Achava que o Presidente Sarney , o Reagan e o Richard Nixon falavam com ela em pensamento . Com as inúmeras crises o marido separou-se e ficou com a filha e a paciente passou a morar com a mãe . Não voltou a trabalhar e apenas ajuda nos afazeres domésticos . Está em manutenção com haloperidol 5 mg /dia .

Frases :

“ Minha doença vem da desconfiança , quando fico parada , pensando , começam as vozes . Se eu achasse que isso é da minha cabeça e não desconfiasse de nada passaria bem “ .

(com relação à câmera de TV no dente) “ Hoje em dia a ciência está tão avançada que poderiam ter colocado a câmera no dente . Eu pensei : não tem nexa , mas persiste a desconfiança .

CASO 37

W. V. , sexo masculino , 37 anos , solteiro , instrução primeiro grau completo , não trabalha , D.I. 295.3 , D.F. 295.6. Está sendo acompanhado há 15 anos . Início do quadro aos 19 anos com características paranóides e sintomas scneiderianos . Teve 6 internações longas até o início do acompanhamento . Posteriormente mais 3 internações . Última internação em 1977 , há 12 anos . Paciente evolui com remissão do comportamento agressivo mas sem remissão do delírio residual . Permanece delírio com características fantásticas aonde entra em contato freqüente com seres interplanetários . Mora numa cidade litorânea e refere que um dia estava caminhando na praia quando viu Hitler saindo de um submarino . Hitler havia ficado 35 anos escondido dentro do submarino e veio até a praia quando só ele estava lá . Pegou um revólver e o matou . Nunca mais conseguiu trabalhar . Mora com os pais , idosos e não tem qualquer atividade . Está em manutenção com haloperidol 15 mg / dia .

Frases :

“ Eu fumo Arizona que é o cigarro do Figueiredo , pois tem a letra G de general ... Não trabalho mais porque o Quércia não quer mais pagar a diária do hotel e da gasolina . O Montoro pagava ... “

“ Agora estou na Policia Federal . Descobri que o Mengele , o nazista , foi morto na praia com 3 tiros e depois jogado ao mar . Foram 3 argentinos que não queriam que ele morresse no Brasil , “ .

(frase do pai) “ Ele anda calmo é só não contrariá-lo muito “ . (E dirigindo-se para o filho) “ Você não vai abandonar esse homem nunca pois senão estaria internado até hoje “ .

CASO 39

A. S. , sexo feminino , 46 anos , casada , instrução primária , costureira , D.I. 295.3 . Está sendo acompanhada há 17 anos desde a sua primeira e única internação . O quadro começou aos 28 anos com características paranóides e sintomas *schneiderianos* . Teve pequenas recaídas com a suspensão do remédio e acabou convencendo-se da necessidade da manutenção medicamentosa . Teve muita pouca ajuda e compreensão por parte da família . Costureira hábil nunca conseguiu estabelecer-se por conta própria e vem trabalhando em indústria de confecção aonde nunca recebeu mais do que 2 salários mínimos . Sentindo pouco apoio da família acabou casando-se há 8 anos com um companheiro que mais a explora do que a sustenta . Mora num quarto sem banheiro , no quintal da casa do cunhado e tem como obrigação fazer as compras do supermercado para a alimentação dela e do marido . O marido paga luz e água e diz que as outras despesas são por conta dela . Sente-se infeliz mas tem medo de ficar sozinha e vai suportando a situação . Sente-se criticada no emprego mas também continua pois não sabe fazer outra coisa . Está em manutenção com flufenazina 2,5 mg / dia .

Frases :

“ As colegas do serviço me chamam de biruta . Todas olham para mim , olham com desconfiança e vivem dando risada de mim “ .

“ Piorei , senti que fiquei diferente como se o meu rosto mudasse . Quando fico estranha as pessoas ficam assanhadas e dão risada de mim . Minha irmã ficou doente e disse que a culpada sou eu ; que a minha doença é contagiosa “.

“ È , sou doente mesmo e a minha doença é hereditária . Um tio meu suicidou-se e agora minha irmã também ficou doente da cabeça “ .

CASO 40

L.N. , sexo feminino , 34 anos , solteira instrução primeiro grau completo, não trabalha , D.I. 295,1 . D.F. 295.3 . Está sendo acompanhada há 16 anos desde a sua primeira e única internação . O quadro iniciou-se aos 17 anos com *desagregação e puerilidade de grande intensidade* . Foi melhorando aos poucos e ficou 2 anos sem trabalhar . Nas duas tentativas de voltar a trabalhar foi dispensada após 2 meses . No quarto ano de evolução conseguiu emprego no Correio aonde ficou 3 anos . Foi despedida num dia que chegou no serviço e disse que havia levado um tiro e tinha certeza disso porque cruzou na rua com um homem muito alto . Chegou em sua seção e virou as cadeiras colocando-as invertidas no chão . Viu o chefe sendo levado por animais até a janela e começou a gritar : Tentou trabalhar mais 2 vezes em Bancos mas foi mandada embora e requereu auxílio-benefício Está em manutenção com haloperidol 5 mg / dia .

Frases :

“ Nervoso a gente passa , mas o mal que me abate é que de um ano para cá eu não sou mais a mesma . De uns tempos para cá quando fico nervosa , eu tenho vontade de agredir minha mãe , mas é só minha mãe que eu tenho vontade de agredir , mais ninguém , porque será isto ? “ .

“ Outro dia ouvi a voz do tio que já morreu . A voz dizia que meu pai está vivo e não morreu de verdade e que quando eu nasci a minha mãe foi trocada e que ela não era minha mãe verdadeira “ .

CASO 43

M.O. , sexo feminino , solteira , instrução colegial incompleto , não trabalha , D.I. 295.1 . D.F. 295.1 . Está sendo acompanhada há 1 ano com quadro de total desagregação , puerilidade e inadequação . A doença iniciou-se aos 14 anos , *sumiu de casa e só voltou de madrugada dando gargalhadas sem sentido*. Após o início da doença não voltou mais ao normal e vem tendo evolução contínua . O pai , Gerente de Banco , trabalhou no Japão e nos EUA. No Japão falaram que ela tinha esquizofrenia e ficou 2 anos em hospital dia . Nos EUA disseram que tinha PMD e tomou lítio e foi internada em hospital psiquiátrico . Não melhorou com nenhum dos dois tratamentos . Fica agressiva em casa , gosta dos irmãos mas os agride . Está sendo medicada com haloperidol 30 mg / dia e a melhora começou a ocorrer após 6 meses , quando começou a ajudar a mãe nas tarefas domésticas embora continue desagregada .

Frases :

“ Todo mundo diz que sou uma mulher lagartixa . Na escola : sai daqui idiota, na igreja , limpa a bunda do nené . O espirito fala comigo , se comunica através da mediunidade . O espirito comunica todo o dia *fascinação demais* . Esse pessoal brasileiro tem uma vingança de mil séculos” .
(Shirakawa,p.111-144,1999)

CAPÍTULO III

ATIVIDADE FÍSICA

Podemos definir atividade física como sendo todo e qualquer movimento do corpo produzido pelos respectivos grupos musculares e que demanda um aumento do gasto energético de reserva . Consideramos atividades físicas , as atividades do cotidiano : exercício , atividades físicas de lazer , esportivas , tarefas domésticas e atividades de trabalho . (Bouchard & Shephard , 1993) .

Nahas (2001) , define a atividade física : como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética ; sendo então um movimento voluntário , que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso .

Para Zuhrt (1983) , atividade física realizada com movimentos contínuos beneficia o sistema orgânico ; com movimentos não contínuos , visa melhorias específicas , seja na intensidade que for realizada sendo moderada ou de grande exigência respeitando os critérios de individualidade .

A atividade física e o exercício físico não devem ser entendidos como sinônimos pois o exercício físico é uma das formas de atividade física planejada , repetitiva e estruturada , que tem como objetivo desenvolver a aptidão física as habilidades motoras ou a reabilitação orgânico- funcional , fundamentando-se nos princípios referentes ao tipo de atividade desenvolvida, intensidade , frequência e duração na realização . (Nahas , 2001) .

Os benefícios da atividade física são um dos elementos importantes na busca da aquisição e manutenção de uma vida saudável , pois melhoram a aptidão física geral , o bem estar físico , psicológico e social . Mesmo assim estes fatos não tem sido suficientes para as pessoas sedentárias praticarem atividades físicas regularmente e muito menos incentivar as pessoas com algum tipo de doença crônica –degenerativa ou com algum tipo de deficiência temporária ou definitiva a se engajarem num programa de atividade física .

Pesquisas indicam que a realização da atividade física regular , influencia nos fatores de riscos primários e na promoção geral da saúde . O exercício regular propicia a diminuição do peso corporal , da pressão arterial , aumenta os níveis da lipoproteína de alta densidade – colesterol e melhora o controle do diabetes .

A American Heart Association publicou uma tabela de predominância dos fatores de risco de doenças cardíacas onde coloca a inatividade física como responsável por 60% dos fatores de risco , que podem ser alterados , seguidos

pelo tabagismo e pela hipertensão , cada um responsável por 25% dos fatores de risco. (Costa 2000)

O exercício físico tranquiliza o praticante , por causa da liberação de beta endorfina , hormônio produzido pela hipófise , que cai na corrente sanguínea , produzindo o efeito de euforia e bem estar . (Gordon 1993 In Costa 2000)

Segundo Souza 1994 In Costa 2000, o aumento do nível de beta endorfina , devido a prática de atividades físicas, em quantidade aumentada no sistema nervoso central e na corrente sanguínea , pode aliviar o processo depressivo.

Alguns tipos de esquizofrenia causam alterações da motricidade, como agitação ou ao contrário, imobilidade, e depressão. Acreditamos que com a liberação da beta endorfina , a atividade física devido as citações acima , contribuem não só no convívio social , como também na melhora física e psicológica do esquizofrênico.

Não podemos afirmar que a atividade física é a solução de todos os problemas do esquizofrênico, mas podemos notar que contribui na sua qualidade de vida geral.

Neste momento passaremos a descrever algumas atividades físicas , que acreditamos serem propícias para o esquizofrênico .

3.1 CAMINHADA

A caminhada é considerada um dos mais apropriados exercícios aeróbicos . Além de propiciar todos os benefícios desejados , principalmente o cardiovascular , não necessita de equipamento especial , a não ser vestimenta e calçados adequados . É uma atividade de fácil controle da intensidade do esforço , quando realizada de forma correta . Respeitando os limites individuais é uma das atividades com poucas probabilidades de acarretar ou agravar problemas na musculatura esquelética e articulações .

Na caminhada o nível de estresse no sistema de sustentação é mínimo , o controle da intensidade do ritmo é extremamente simples , sendo então de fácil execução . (Gordon , 1993 In Costa 2000)

A caminhada não precisa de um lugar específico para ser realizada , podendo ser feita também em lugares fechados . Deve ser desenvolvida ao ar livre, sempre que possível em contato com a natureza , sendo esta uma oportunidade de retirar o esquizofrênico do ambiente doméstico ou mesmo da clínica de

reabilitação , proporcionando o contato com o mundo exterior , novas situações e em contato com as pessoas, propiciando-lhes a sociabilização .

3.2 ATIVIDADE AQUÁTICA

As atividades na água , são uma excelente opção de exercício aeróbico , pois , os benefícios fisiológicos e psicológicos da água sobre o organismo humano já são amplamente conhecidos e divulgados através de várias pesquisas científicas .

Pesquisas mostram os efeitos benéficos das atividades na água para as pessoas com necessidades especiais , mas na realidade , a utilização da água , como elemento terapêutico já era utilizada na época de Hipócrates , aonde a água era utilizada no auxílio à reabilitação ; os gregos e romanos já utilizavam água corrente para a cura de algumas doenças .

Nos Estados Unidos , a atividade na água como terapia iniciou-se antes da Primeira Guerra Mundial , sendo utilizada para indivíduos com problemas reumáticos . Após a Segunda Guerra Mundial , a água , também , foi utilizada como elemento terapêutico para os traumáticos e amputados , bem como para os soldados com problemas psicológicos .

A natação para pessoas com necessidades especiais é entendida como a capacidade do indivíduo para dominar o elemento água , deslocando-se de forma independente e segura sobre a água , utilizando , para isto , toda a sua capacidade funcional , residual e respeitando suas limitações . (Costa , 2000)

3.2.1 BENEFÍCIOS FÍSICOS E/OU FISIOLÓGICOS

(a) *Sistema de Regulação Térmica*

O sistema de regulação térmica esta ligado ao processo de resistência do organismo com as mudanças do meio ambiente . Os vasos cutâneos fazem o papel de regulação da liberação ou retenção de calor no organismo . Por exemplo : quando o corpo esta exposto a um estímulo frio , em água fria , estes vasos se contraem , evitando que seja liberado o calor interno . Se o

estímulo de calor é maior que a temperatura interna a uma vaso dilatação para que o calor seja liberado e a temperatura interna se mantenha em equilíbrio . Este mecanismo é constantemente acionado , devido as constantes mudanças de temperatura da água , fazendo com que o organismo adquira maior resistência contra as mudanças bruscas de temperatura externa , proporcionando ao indivíduo mais resistência contra as doenças provocadas pelas mudanças do meio . (Costa , 2000)

(b) *Coração e Aparelho Circulatório*

A água proporciona melhora no sistema circulatório e coração pois pressão e a resistência exercidas pela mesma sobre o corpo , e o esforço exigido na execução dos movimentos agem diretamente sobre este sistema. Isto provoca o aumento do metabolismo , fazendo com que haja o fortalecimento da musculatura cardíaca , aumento do volume do coração , e conseqüentemente uma melhora no sistema circulatório , devido a pressão sistólica , que durante o repouso , será diminuída e a diástole sofrera um pequeno aumento . Com isto aumenta a capacidade de transporte do oxigênio , com conseqüente aumento na elasticidade dos vasos sanguíneos e redução do esforço cardíaco . (Costa , 2000)

(c) *Aparelho Respiratório*

No aparelho respiratório , a força da pressão da água sobre o abdômen caixa torácica (densidade 775 vezes maior que o ar) , exige um grande esforço no movimento de inspiração e , a mesma força de pressão dá maior facilidade do movimento de expiração (na liberação de anidrido de carbônico) .

Devido a constância desse movimento há o fortalecimento dos músculos respiratórios , aumento do volume máximo respiratório e melhora , da elasticidade da caixa torácica .

Os exercícios desenvolvidos na água , principalmente com o nível da água até os ombros , proporcionam melhora na capacidade respiratória , e na tolerância relativa ao período de débito de oxigênio .

Nas atividades da natação , normalmente as vias aéreas externas de respiração (boca e nariz) estão sob a água . Se faz necessário a utilização da técnica correta de coordenação respiratória , para que não haja acúmulo de gás na

região abdominal , trazendo um desconforto para o indivíduo , por ser uma expiração mal feita . (Costa , 2000)

3.2.2 BENEFÍCIOS PSICOSOCIAIS

A natação não é uma atividade solitária e individualista , faz parte também de um processo de aprendizagem de socialização . As atividades aquáticas proporcionam ao indivíduo situações de desenvolvimento de atividades em pequenos e grandes grupos , estimulando as experiências corporais , a integração e o convívio social .

As atividades devem proporcionar a pessoa com necessidades especiais , um encontro consigo mesmo (busca de sua identidade própria) , o desenvolvimento da sua auto consciência e da sua representatividade no grupo. (Innenmoser , 1983 In Costa ,2000)

As atividades na água , muitas vezes significam para as pessoas com necessidades especiais um momento de liberdade .

Movimento livre na água possibilita experimentar suas potencialidades , vivenciar suas limitações , conhecer a si próprio , confrontando-se consigo mesmo , quebrando as barreiras com o seu EU próprio .

Quando a pessoa com necessidades especiais descobrem suas potencialidades , apesar das suas limitações , descobrindo sua capacidade de se movimentar na água , iniciando seu prazer em desfrutar a água , cresce a sua auto estima , aumenta sua auto confiança , melhora sua auto imagem e conseqüentemente a sua independência . (Lepore et . al . , 1998 In Costa , 2000)

A atividade física regular possibilita ao indivíduo, ter uma sensação de bem estar consigo mesmo , principalmente , quando provêm de experiências que o levem a superação de tarefas novas ou que imaginava impossíveis de serem realizadas . Estas experiências , podem gerar estados emocionais positivos , melhorando sua auto valorização . (Boutcher ,1993 In Costa 2000)

3.3 DANÇA

“ A dança , como movimento ordenado e rítmico , tem por base as manifestações biológicas dos seres humanos e animais . São a respiração e a pulsação que dirigem o movimento” . (Ellmerich , p.13, 1964) Segundo o autor , *não é exagero dizer que a dança existe desde os primórdios da humanidade* . Ele cita simples manifestação rítmica , a princípio motivada por motivos religiosos , eróticos , bélicos entre outros .

Os povos patriarcais , com índole guerreira , quando praticavam a caça, executavam *danças mímicas e de imitação* ; os povos matriarcais , de caráter pacífico , pastores ou agricultores se entregavam as danças estáticas e tranqüilas . Usavam jóias e máscaras . Cantavam , batendo as palmas das mãos , estalando os dedos ou taquaras no chão , movimentavam as danças . *Com o passar do tempo , surgem os primeiros instrumentos de percussão* , sendo estes tambores feitos de troncos de árvores , cabaças esvaziadas e cheias de pedrinhas ou sementes ; instrumentos de sopro como : flautas rudimentares , feitas de bambus ou ossos e trombetas de chifres . (Ellmerich 1964) .

As danças populares na Idade Média , encontram os mesmos motivos das danças primitivas . O Cristianismo conseguiu amenizar o sentido pagão dessas danças .

“ O Carnaval é a festa mais popular sob o ponto de vista psicológico : trata-se de uma “válvula de escape”, sem dúvida necessária , para que o povo , durante um certo período , possa expandir seus sentimentos , alegrias e seus desejos , recalcados no severo regime de escravidão feudal e tutelado pelo clero , às vezes fanático (ex : Inquisição) , porém sempre onipotente (ex : submissão de imperadores e reis ao Papa) (Ellmerich, p.20,1964)

“Na época da Renascença as artes tomam novo impulso . A ampliação do horizonte geográfico em consequência da descoberta de novos continentes resulta na introdução de motivos exóticos nos divertimentos , nas representações teatrais e nas danças . Com a invenção da imprensa aparecem as primeiras músicas de danças escritas para diversos instrumentos . Embora continue a severa divisão entre camponeses e nobreza , esta adquire novos elementos para suas formas de divertimentos ; o “ ballet “ que começa a

desenvolver-se , não é mais do que uma dança mímica de estilo mais elevado.”(Ellmerich ,p.22, 1964) .

A dança nos balés da corte eram , por assim dizer , horizontais porque os espectadores a apreciavam de cima dos balcões. Os grupos se movimentavam em passos cadenciados e contados , justificados pelo fato dos cortesões serem amadores e incapazes de dançar com mais elementos que as simples evoluções marcadas e os saltos . Os balés da corte eram totalmente organizados , dançados e cantados pelos nobres . (Mendes , 1987)

Houve uma mudança no século XVII , aonde o balé assumiu uma feição melodramática .

Os balés da corte passaram das salas dos palácios para os palcos dos teatros. A partir de 1681 , houve a introdução de dançarinos profissionais nos espetáculos . Este foi um grande passo para a profissionalização da dança, obtendo resultados impressionantes .

Segundo Laban (1987),o homem se movimenta para satisfazer uma necessidade , com a movimentação atinge algo que lhe é valioso . Para ele , é fácil perceber o objetivo do movimento do ser humano , se este é dirigido para algum objeto tangível ; sendo que existem também valores que inspiram os movimentos .

O movimento revela muitas coisas diferentes . É o resultado da busca de um objeto com algum valor ou de uma condição mental . Suas formas e ritmos mostram a atitude da pessoa que se move numa determinada situação , podendo caracterizar um estado de espírito e uma reação , como atributos mais constantes da personalidade . O movimento também pode ser influenciado pelo meio ambiente do ser que se move . (Laban , 1978)

Embora sempre possa descrever um movimento , normalmente é impossível esquematizar o conteúdo de uma dança em palavras .

Segundo Laban , 1978 ; a arte do movimento no palco engloba as expressões corporais , o falar , a representação , a mímica , a dança e até mesmo um acompanhamento musical .

Segundo Gândara, (1992) , é mais fácil executar um movimento com o auxílio da percepção corporal , sendo que com a música , é importante executá-los com vivacidade e expressão .

A expressão através do movimento ,sendo esta a dança , o movimento criativo , os gestos ou qualquer outro simples modo de expressão corporal , acaba se transformando em um meio formativo da personalidade e se constitui, em uma das mais adequadas formas para desenvolver a criatividade.

Segundo Miranda (1980) , a arte do movimento é uma experiência que reconheça a inter-relação de todas as coisas através do movimento , que acaba levando as pessoas a relacionar suas atitudes internas com suas formas

externas de movimento , aumentado assim , seu vocabulário expressivo e lhe dando capacidade para transformar suas ações em símbolos de emoção , através de padrões e ritmos ordenados . Estes padrões e ritmos ocorrem constantemente conosco ou á nossa volta , sendo que na maioria das vezes não nos conscientizamos disso e acabamos sendo incapazes de reconhecer que estão todos relacionados .

Quando usamos a dança criativa , o trabalho é desenvolvido a partir de um interesse ou tema em comum . As pessoas do grupo , mesmo utilizando gestos diferentes , trabalham na mesma idéia . Para que este trabalho seja bem sucedido , é necessário que cada participante seja responsável por si mesmo e pelo grupo e que esteja preparado para liderá-lo e para se adaptar a liderança de outros participantes .

“Ao focalizar procedimentos de dança como uma possibilidade estratégica do planejamento educacional a função social da dança atinge outra dimensão . Mais do que somente uma manifestação artística ou um movimento estético e plástico como tem sido considerada . Evolutivamente , a dança pode comportar também a perspectiva de ter os seus procedimentos utilizados enquanto recursos para novas aprendizagens da pessoa ampliando o seu universo de experiências e exploração , e contribuindo desta forma , para o seu desenvolvimento ” . (Zaniolo,p.26, 1995)

Expressar-se e criar corporalmente faz parte do ser humano , qualquer que seja seu estágio cultural ou sua condição física . Mover-se é uma necessidade da pessoa e quanto mais seja ajudada a expressar-se , mais benefícios obterá para o resto de suas atividades em sua vida privada ou social . (Fux , 1983)

Com a possibilidade de estimular o movimento com a música , a palavra ou o silêncio , pode-se revelar no espaço a psicologia profunda do ser humano.

Para se obter isto , é necessário melhorar as possibilidades existentes , desenvolvendo outras e fundamentalmente fazendo sentir ao grupo a possibilidade criadora de cada um de seus integrantes . Sendo assim , é possível desenvolver sua parte física e psíquica , estimulando-os a um reencontro que produz descarga e alegrias .

Segundo Fux , 1983 , a dança e o movimento , ajudam a uma profilaxia terapêutica que deveríamos realizar todos os dias . Temos uma grande necessidade de utilizar o corpo e mesmo as pessoas que são totalmente impossibilitadas , podem pelo influxo do movimento dado , mobilizá-lo .

Segundo Haselbach (1988) , a criatividade e expressão fazem parte dos seres humanos . Para ela , devemos a massificação dos homens , estimulando a individualização também na Educação Física , através da improvisação , dança e movimento .

Garaudy (1980) , acha que a dança é uma união do homem com seu próximo . Para ele a dança é um ritual sagrado e social , encontrando nela essa dupla significação que está na origem de toda atividade humana , sendo a dança uma das raras atividades humanas em que o homem se encontra por completo : corpo , espírito e coração .

Para Gândara (1993) , os valores da dança são muitos ; estimula e exercita a atenção ; imaginação ; memória e raciocínio ; possibilita o desenvolvimento do auto domínio ; perseverança e segurança ; aperfeiçoa as qualidades físicas do praticante .

Segundo Miranda (1980) a pessoa pode utilizar a percepção mesmo não compreendendo-a intelectualmente ou não sendo capaz de explicá-la . A resposta virá através do desenvolvimento de seu vocabulário de movimento e do aumento de sua capacidade de estabelecer relações .

A dança permitirá uma integração ao processo de aprendizagem como um todo ao convergir seus objetivos gerais oferecendo oportunidade da pessoa mover-se , aprender por meio de movimentos , ser criativo através dos movimentos , aprender modelos e ritmos dos movimentos , manipular o corpo em relação a dimensão espaço – tempo , aprender a se relacionar com outras pessoas e com o mundo . Este tipo de experiência proporcionará a pessoa desenvolver habilidades motoras fundamentais através de padrões básicos da dança , como : se expressar simbolicamente através dos movimentos ; ter percepção de discriminação da forma , tamanho , linhas retas e curvas , profundidades , relação figura – fundo . (Nanni , 1995)

Segundo Jay ,(1991): Acredita-se que a dança para pessoas com necessidades especiais aumenta a criatividade , fornecendo um escape de sentimentos interiores e encorajando a liberdade de expressão e comunicação , sendo através desta , possível ultrapassar sua individualidade .

Dança e programas de exploração do movimento , tem sido conduzidos por pessoas com necessidades especiais tão bem quanto por pessoas ditas “normais” . Por isso acreditamos que a dança poderá beneficiar o esquizofrênico . Pessoas ditas normais , tem maior oportunidade de dominar a experiência da dança do que as pessoas com necessidades especiais . Estas pessoas normalmente , não são capazes de se expressar completamente devido suas limitações físicas , psicológicas e sociais impostas pela natureza e sociedade . É importante que estas pessoas tenham contato com a dança , sendo que esta poderá contribuir para suas experiência .

Se não dermos oportunidade destas pessoas experienciem a dança , estaremos prendendo-as em suas incapacidades , por não permitir que elas possam ir além delas mesmas .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da revisão de literatura feita, chegamos a conclusão de que a atividade física pode ser uma aliada à terapia da pessoa com esquizofrenia.

Pudemos constatar também, que existem poucas publicações sobre os temas : Atividade Física e Esquizofrenia, nos bancos de dados pesquisados, na biblioteca da Faculdade de Educação Física da Unicamp e sites relacionados a áreas médicas , procurando por esquizofrenia e atividade física. Por isso, optamos por fazer uma correlação entre os temas citados.

Em relação à atividade física, os temas pesquisados : caminhada, atividades aquáticas e dança, apontam para melhorias na sociabilização, nos aspectos físicos e motores. Isto posto, observamos que na esquizofrenia alguns aspectos como: embotamento afetivo, rigidez, isolamento social, delírios de controle, estão presentes. Nesse sentido, a atividade física como fator principal de socialização, poderá ser uma aliada à terapia

A área de Educação Física , através das Atividades Motoras Adaptadas, tem se expandido para o trabalho com pessoas com necessidades especiais. Neste sentido, o paciente esquizofrênico, apresenta necessidades especiais, visto sua alteração de comportamento.

Procuramos mostrar neste trabalho, os benefícios da atividade física para o esquizofrênico, de uma forma geral, englobando os benefícios físicos, psicológicos e sociais.

Conseguimos também compreender os benefícios da dança para o esquizofrênico, através da correlação dos temas, sendo que não achamos nos bancos de dados pesquisados, nenhum trabalho de dança para esquizofrênicos. Cremos que essa revisão de literatura, seja um ponto de partida para professores que queiram atuar nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- BOUCHARD ,C.& Shephard, R. Physical Activity, Fitness and Health. Consensus Statement. Claude Bouchard/ Roy J. Shephard/ Thomas Stephens,1993.
- CEMP : Centro de Estudos em Psicologia . Artigo apresentado no jornal Correio Popular em 03 de Maio de 2003 .
- CID-10:Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento da CID-10. Coordenação da OMS. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas,1993.
- COSTA, Alberto Martins da. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico(AVCI) .Campinas, 2000. Dissertação de Doutorado. *
- ELLMERICH,Luis. História da Dança. São Paulo: Ricordi ,1964
- FUX , Maria . Dança , Experiência de vida . São Paulo : Summus , 1983
- GÂNDARA , Mari . A Expressão Corporal do deficiente visual . São Paulo : edição do autor , 1993 .
- GARAUDY , Roger . Dançar a vida . Rio de Janeiro : Nova Fronteira , 1980.
- GONÇALVES , Clézio José dos Santos . Atividades de Corporeidade e Sensibilização Com Portadores de Sofrimento Psíquico. *
Artigo apresentado no congresso da UNIMEP . Piracicaba , 2000 .
- HASELBACH , Barbara . Dança , Improvisação e Movimento : expressão corporal na Educação Física .Rio de Janeiro ; ao livro técnico , 1988.
- JAY , Danielle . Effect of Dance program on the creativity of preschool handicapped Children . Adapted Physical Activity Quarterly , volume 8 , number 4 , 1991 .
- KAPLAN , Harold I . Compêndio de Psiquiatria / Harold I. Kaplan ,

Benjamim J. Sadock : trad. Maria Cristina Monteiro , Daise Batista
Porto Alegre : Artes Médicas , 1990 .

LABAN , Rudolf . Domínio do Movimento . São Paulo : Editora Àtica, 1987.

MENDES , Miriam G. A Dança . São Paulo Editora Àtica , 1987

MIRANDA , Regina . O Movimento Expressivo . Rio de Janeiro : Funarte ,
1987 .

NAHAS , Markus Vinicius . Atividade Física , saúde e qualidade de vida :
conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo . Londrina ,
Midiograf . 2001 .

NANNI , Dionisia . Dança – Educação : Pré – escola à Universidade . Rio de
Janeiro : Editora Sprint , 1995 .

ROSADAS , Sidney C . Atividade Física Adaptada e Jogos esportivos para o
Deficiente : eu posso , vocês duvidam ? Rio de Janeiro :Ateneu , 1989 .

SHIRAKAWA , Itiro . O ajustamento social na esquizofrenia . São Paulo :
Lemos – Editorial , 1999 .

ZANIOLO , Leandro . Motricidade Humana e Tecnologia Educacional.
*Aplicação de Procedimentos de Dança em crianças portadoras de
Síndrome de Down* . São Carlos . 1995 . Dissertação de Mestrado .

ZUHRT , Renate . Desenvolvimento motor da criança deficiente .Ed, Manolli,
1983 .