

Frederick Romano

*“Educação Física inserida em um contexto de
Atenção à Saúde Mental”*

Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Educação Física

1995/1996

TCC/UNICAMP
R662a



1290001994

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL de CAMPINAS

Aluno: Frederick Romano

***“Educação Física inserida em um contexto de
Atenção à Saúde Mental”***

*Monografia apresentada ao curso de especialização na
área de concentração de atividade física e adaptação da
Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual
de Campinas como requisito parcial para obtenção
do Título de Especialista em Educação Física Adaptada*

Orientador: Edison Duarte

*Dedico este trabalho à minha esposa Sandra e às nossas filhas
Ana Carolina e Júlia pelo afeto e colaboração necessários durante
minha presença e ausência para que pudesse me aperfeiçar, enquanto
profissional*

Agradecimentos à todos que deste trabalho participam direta ou indiretamente e à meu orientador pelas orientações e mais ainda pelo incentivo e reconhecimento da importância deste trabalho

Introdução

A participação do profissional de Educação Física que será descrita a seguir se insere na proposta de reformulação do Hospital Cândido Ferreira e no repensar a Educação Física e assistência psiquiátrica. Oferecer novos contextos de tratamento para propiciar a desejada melhora na qualidade de vida.

Hoje esta estrutura hospitalar está organizada em cinco espaços de desenvolvimento de trabalhos, cada qual autônomo e específico, com metas individualizadas a serem atingidas. Um só hospital lidando com pacientes em momentos distintos, com problemática distinta, com a opção por um trabalho setorizado. Estes setores são o Centro de Tratamento para Pacientes Agudos; Centro de Cuidados para Pacientes Asilares; Centro de Desenvolvimento Psicossocial para Pacientes Cronificados; Hospital Dia e Núcleo de Oficinas de Trabalho.

As preocupações pela deterioração da qualidade de vida tem estimulado interesse para possíveis soluções, porém com o risco de deslocar para um subjetivismo impalpável, tais adequações às exigências humanas. Evitar isto, no nosso caso, passa pelo entendimento de que a doença não é somente um sofrimento individual, mas um desvio de normalidade, historicamente mutável, e uma alteração no equilíbrio relacional induzido por transformações produtivas, regionais e culturais (Malvezzi, E. et al. 1992).

As transformações que vem acontecendo no modelo assistencial para que se supere a utilização da internação como forma de tratamento busca abranger tais aspectos e tomá-los como objeto de discussão para determinação de seu norte. Acontece que as ações intra-hospitalares refletem e são refletidas externamente, que onde nascem os problemas.

Propiciar aos pacientes o resgate de suas potencialidades, capacidades físicas e mentais e o convívio em grupo, através do uso de vivências corporais, caminhadas, jogos e atividades aquáticas, executadas na própria instituição e fora dela, organizando atividades de recreação e lazer, buscando promover a reinserção social, o resgate da cidadania e o equilíbrio corpo-espaço, é o objetivo do trabalho.

1-Histórico da Psiquiatria

"A Psiquiatria conhece a loucura de uma maneira: coleciona os sintomas e suas causas e a cura; mas o louco, a seu modo conhece-a muito melhor. O terror e a glória da ilusão que constitui a própria essência da loucura, só se abrem ao louco ou a um espírito simpatético que afronta a loucura tal como é."

Estas palavras, tomadas do livro de Santayana, Diálogos en el limbo, foram reproduzidas por Bert Kaplan na introdução da excepcional obra The Inner World of Mental Illness, na qual são transcritos os relatos de enfermos mentais sobre sua enfermidade, a terapêutica, etc.

A Psiquiatria foi a última especialidade a ser incorporada à medicina. Embora o estudo do comportamento humano seja tão antigo quanto a história registrada, somente nos últimos 200 anos os distúrbios mentais foram considerados como dentro dos limites da medicina.

A história da psiquiatria é, ao mesmo tempo, a história da civilização. À medida em que o homem aumentava seu conhecimento à cerca do mundo a sua volta também aumentava seus conhecimentos sobre o mundo interior (Kaplan, 1990).

1.1 - A Concepção Mágico-Religiosa da Doença

De acordo com Louzã Neto (1995), os povos primitivos viam a doença como um fenômeno inexplicável. Na tentativa de apreender o inexplicável os transtornos mentais são atribuídos ora à causas externas, ora influências malignas, ou são vistos como consequência de uma ação sobrenatural.

A explicação sobrenatural para as doenças mentais afirma que o espírito do homem endemoniado, possuído, enfeitado, contaminado, conspurcado. A influência divina sobre o espírito ou o corpo humano é a alternativa para compreender como se operam as manifestações destes "fenômenos incompreensíveis". Segue-se a explicação de que "a doença é uma manifestação de espíritos hostis que penetram no corpo do enfermo, há a presença de substâncias estranhas e nocivas no corpo, introduzidas pela malevolência de terceiros ou de um feiticeiro". Em última instância, a doença mental manifesta-se porque a alma perdida abandonou o corpo, roubada ou não pôr feiticeiros ou espíritos. Um exemplo clássico é a epilepsia, considerada antigamente como a "doença dos deuses".

O mesmo autor afirma que a relação que a sociedade mantém com o doente mental é ambígua. Muitas vezes, o enfermo é tratado com grande respeito, como um mensageiro dos deuses ou como um ser temido e portador de espíritos malévolos, ou ainda, como alguém castigado pela cólera dos deuses. Nesta perspectiva o enfermo mental tanto pode ser consultado como um oráculo, ou queimado como feiticeiro. O tratamento oferecido ao doente modifica-se continuamente, em função dos contextos sócio-econômicos e culturais.

Em algumas culturas antigas, os estados alterados de comportamento ou consciência eram atribuídos a forças sobrenaturais. Técnicas próprias eram criadas para tentar expulsar, controlar ou apaziguar os espíritos, a terapêutica podendo incluir meios psicológicos como a sugestão, a confissão, a suplicação, a intimação, a corrupção ou os

rituais de magia. Tais práticas eram confiadas a um homem a quem se atribuía o poder de estabelecer relação com os espíritos - o feiticeiro, o curandeiro, o xamã ou o sacerdote.

1.2 - A Psiquiatria Antiga e greco-romana

Segundo Louzã Neto e outros (1995) os primeiros registros de patologias psiquiátricas datam de cerca de 2.000 anos a.C., encontrados em papiros egípcios de Kahun, cuja concepção de histeria (do grego *hystera* - matriz, útero) vinha da convicção de que o útero seria um ser vivente e autônomo, que tinha a propriedade de deslocar-se pelo interior do corpo. Esta concepção funcional do útero diferencia-se das concepções mágico-religiosas, pois já consideravam as doenças como "vesâncias naturais" (do latim *vesanus* - loucura).

O modelo grego de doença era o de ruptura de um equilíbrio interno concebido de acordo com uma visão cósmica. Hipócrates, tomando idéias de filosofia da época, como Pitágora e Empédocles, concebia o homem como um microcosmo, regido pôr leis físicas semelhantes às do universo, o macrocosmo. Nas obras hipocráticas se encontram as primeiras descrições indiscutíveis de histeria, que explica o deslocamento do útero como decorrente da falta de funcionamento sexual. Nesta circunstância, o útero perderia o peso e subiria ao hipocôndrio, ao coração ou até mesmo ao cérebro, originando dispnêia, palpitação e até desmaios. Recomendava-se matrimônio para moças viúvas, além do emprego do método de fumegações vaginais com plantas aromáticas, para atrair o útero ao local adequado. A melancolia era também descrita pelos gregos como um quadro de tristeza decorrente da produção de "bile negra" pelo fígado.

Hipócrates não considerava a epilepsia uma doença sagrada; ele acreditava que as convulsões eram de causa natural, diferenciando as decorrentes de patologia do útero (histeria convulsiva) daquelas da patologia do cérebro (epilepsia).

Os autores romanos mais importantes que se seguiram a Hipócrates foram Celso, Areteu de Capadócia, Sorano de Éfeso e Galeno, os quais compartilhavam idéias semelhantes. Para eles, havia basicamente três espécies de enfermidade mental: mania, melancolia e frenite. A histeria era ainda considerada como uma enfermidade uterina.

Para Galeno, a histeria tinha etiologia sexual-bioquímica, não era nem erótica, nem sexual mecânica, como definia Hipócrates.

A terapêutica romana era baseada em massagens corporais, sangrias e dieta alimentar.

1.3 - Psiquiatria Medieval

De acordo com Louzã Neto e outros (1995) a Idade Média foi para a psiquiatria, assim como para outras ciências, a "Idade das Trevas". Sua degradação provavelmente se estendeu até o início da Idade Moderna. (Alonso Fernandes, 1987)

Segundo o mesmo autor pouco se conhece sobre o rumo que a psiquiatria tomou neste período; acredita-se que teria sido exercida por magos e feiticeiros, desgarrando-se da tradição greco-latina. Houve um retrocesso às concepções mágico-religiosa, e um abandono da idéia de doença mental como decorrente de causa natural.

Paracelso foi um dos poucos defensores da visão de que os doentes psiquiátricos não estavam endemoniados de maus espíritos, mas sim, acometidos de uma doença natural. De qualquer modo, esse período foi de exorcismo, de perseguição aos doentes mentais, de condenação à fogueira e de uma crueldade que só terminou com a criação dos não menos brutais hospitais para doentes psiquiátricos, no início da Idade Moderna.

1.4 - A Psiquiatria Francesa e a Primeira Revolução Psiquiátrica

Segundo Louzã Neto e outros (1995) até o século XVII, a identificação dos doentes mentais era efetuada através de critérios sócio-culturais imprecisos (Pichot, 1983; Zilboorg, 1986; Alonso Fernandes, 1987; Beauchesne, 1989). A instituição da "Nau dos Loucos" (Foucault, 1978), a adoção de *Malleus maleficarum* (Kramer e Sprenger, 1975), em 1475, como instrumento de identificação de manifestações demoníacas e a sanção da lei de 1656 ordenada pelo rei Luiz XIV (Pichot, 1983; Beauchesne, 1989) tinham objetivos policiais. Tais medidas objetivaram a exclusão de leprosos, a caça às bruxas e feiticeiros, e encarceração de pessoas com comportamento social perturbado. Indivíduos libertinos, charlatões, errantes, indigentes, mendigos, ociosos, ladrões, leprosos, luéticos, lunáticos, dementes, alienados e insanos de todas as espécies eram eliminados publicamente ou levados à reclusão em toda a Idade Média.

A partir da fundação de locais para o cuidado de doentes mentais, no século XVII, pode ser reconhecido o caráter médico das perturbações de tais indivíduos. O resultado foi o aparecimento de primórdios de classificação das doenças mentais. Os doentes puderam ser reconhecidos como objeto da Psiquiatria, dignos de cuidados médicos, diminuindo o caráter demoníaco das práticas da época medieval. O objetivo da Psiquiatria só se constituiu na medida em que "a noção de doença mental destacou-se com bastante nitidez" (Ey e cols, 1978).

Ao movimento de fundação dos hospitais e casas de saúde psiquiátricos, e o reconhecimento do doente mental como objeto da Psiquiatria chamou-se habitualmente de Primeira Revolução Psiquiátrica (Zilboorg, 1968; Alonso Fernandes, 1987).

De acordo com o mesmo autor, embora os hospitais tivessem sido fundados em toda a Europa, foi a Escola Francesa de Pinel e Esquirol, também chamada de Escola Clássica de Paris, que dominou o cenário psiquiátrico europeu até o início do século XX.

O reconhecimento do doente mental como paciente de patologia natural, acima de tudo orgânica, com efeitos psíquicos, coincide com a Revolução Francesa.

Nessa época, os ideais de defesa dos direitos humanos - Liberdade, Igualdade e Fraternidade - eram empregados pelo movimento cultural do Iluminismo francês. Um historiador moderno, Michel Foucault (1978), interpretou a emergência da Psiquiatria, não do ponto de vista da necessidade da defesa da liberdade individual, mas pela óptica de que a sociedade, exercendo um papel alienante sobre o indivíduo, usava a identificação do ser alienado para se desembaraçar de todos os transviados que ofendessem a moral e a razão vigentes.

Segundo Louzã Neto e outros (1995) Phillipe Pinel (1745-1826) trabalhou nos hospitais parisienses de Bicêtre Salpêtrière. Instituiu regras de funcionamento hospitalar, enfatizando o cuidado dos doentes por princípios humanitários. A identificação das doenças mentais obteve grande aprimoramento. Pinel passava anos nos hospitais, observando e cuidando dos doentes, paralelamente ao trabalho de docência, que estimulou um corpo famoso de alienistas franceses. Esquirol (1772-1840), aluno e

herdeiro disciplinar de Pinel, continuou o trabalho do mestre, tendo aprimorado as descrições detalhadas de doentes, através de longas observações.

Dessa escola surgiram discípulos como J.P. Falret (1794-1870) e J. Baillarger (1809-1890), que descreveram, respectivamente, loucura circular e loucura de dupla forma, hoje redenominada de transtorno bipolar de humor.

Segundo Louzã Neto (1995), em 1822, A.L.J. Bayle (1799-1858) apresentou à Escola de Medicina de Paris uma tese sobre inflamação de membranas aracnóides na gênese da doença mental, em que os doentes com história de infecção sífilítica teriam mais tarde paralisia geral progressiva. Bayle enfatizou também o método de estudo das moléstias baseado na evolução e na história natural das patologias, descrevendo minuciosamente as fases da doença.

O mérito de Bayle foi inaugurar o método anátomo-clínico na descrição de uma entidade mórbida, de acordo com o modelo médico, mas aplicado à Psiquiatria. A paralisia geral progressiva teria uma patogenia específica, a aracnóidite crônica, definida claramente através da anatomia patológica. Apresentava também sintomatologia específica, combinando sinais motores e mentais correspondentes.

Mais tarde, B.A. Morel (1809-1873), um discípulo de J.P. Falret publicou "Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles e morales de l'espèce humaine", defendendo uma teoria que dominou a cena psiquiátrica por mais de meio século. Tomando idéias de Charles Darwin (1809-1882) sobre a evolução das espécies e combinando-as à teoria de J.B. Lamarck (1774-1829) sobre as modificações adaptativas de órgãos transmitidos hereditariamente, Morel contruiu sua teoria de degenerescência. Ao evocar as transformações doentias para comprovar o seu ponto de vista. Morel dizia que a degenerescência era causada por diversas etiologias: tóxicas (ópio, haxixe, álcool, etc.), climáticas, ecológicas (por exemplo cretinismo por falta de iodo), morais e sociais (conduta de vida desfavorável, miséria, etc.).

De acordo com o mesmo autor, a tara transmitida se modificaria e, com o passar das gerações iria se agravando. Por exemplo, a um indivíduo instável se seguiria outro muito instável, depois um psicótico e um alienado grave, para culminar com a extinção da família.

Clinicamente, os quadros atípicos seriam testemunhos dessa transformação, portanto, da degenerescência. Tudo isso se ajusta perfeitamente à preocupação do século XIX, quando autores como Cesare Lombroso e Krafft-Ebbing exaltaram o papel da hereditariedade e esforçaram em definir a patologia mental relacionada a ela, tal como os tipos criminosos e a psicopatia sexual.

Outro crédito de Morel foi a descrição, em 1860, de uma nova doença para a qual propôs o nome de *démence précoce*, conhecida a partir de Bleuler com o nome de esquizofrenia. A doença descrita por Morel afetava principalmente indivíduos jovens, sendo conceituada como "uma súbita imobilização de todas as faculdades... Idiotismo e demência eram o destino triste que terminaria o curso". *Démence précoce* era considerada um processo indicativo de degenerescência.

1.5 - A Psiquiatria Alemã e a Segunda Revolução Psiquiátrica

Segundo Louzã Neto e outros (1995), final do século XIX, uma nova corrente de idéias tomou força nos países de língua alemã, cujo desenvolvimento vai suplantando gradativamente a escola empirista e racionalista da Psiquiatria Francesa (Pichot, 1983).

Enquanto alienistas franceses se esmeravam em aprimorar suas observações clínicas detalhadas, a Psiquiatria germânica do início do século XIX desenvolveu-se num contexto cultural romântico, oposto ao espírito iluminista francês. O romantismo alemão enfatizava o aspecto irracional, o sentimento de contato com a natureza e os valores individuais. A empatia (*Einfühlung*) era mais enfatizada que a razão, pois a primeira era vista com uma sensibilidade que permitiria descobrir os fundamentos do indivíduo e a sua visão de mundo (*Weltanschauung*).

Segundo Pichot (1983), o mentalismo germânico teve seu desenvolvimento em quatro correntes principais:

1.5.a. Corrente Filosófica-especulativa: Johann Cristian Reil (1759-1813) foi o principal representante desta corrente de pensamento. Criador do termo Psiquiatria, Reil era basicamente especulativo em pensamentos psicológicos e somáticos, mas reconheceu a importância de técnicas psicoterápicas, utilizando meios psicológicos variados em seus pacientes.

1.5.b. Corrente Ético-religiosa: Johann Cristian Heinroth (1773-1843) utilizou a terminologia religiosa em seus trabalhos, com concepções mais próximas à religião do que à filosofia. Para ele, a doença mental é "por natureza a perda da liberdade e o resultado do pecado e da culpa". Assim, sob a influência do pecado, o homem deixaria o domínio do espírito e da liberdade: doença mental é a queda ao reino de forças inferiores. A consciência do pecado seria uma das causas dos transtornos mentais; os pecados cometidos chocariam com o senso moral, e isto geraria um conflito, diminuiria a liberdade e faria o espírito cair para um nível inferior. Assim, a doença estaria ligada a um conflito moral e a saúde seria uma integração de dados da consciência.

1.5.c. Corrente Moralizante: Wilhelm Ideler (1795-1860) concebeu a doença mental como uma hipertrofia das paixões, cuja patogênese estaria ligada à vida emocional e passional, e aos impulsos sexuais insatisfeitos, originários frequentemente nos primórdios da infância. A doença estaria ligada a um desequilíbrio no ser humano, o qual estaria incessantemente submetido a um processo de autodestruição. A realidade exterior poderia fornecer elementos de substituição para saciar as paixões, o que poderia ser utilizado em terapia.

1.5.d. A Corrente Romântica: Tendo entre seus representantes, C.G. Carus, G.H. von Schubert, Kerner, Keiser e Leupoldt, a corrente romântica constituiu o clímax do mentalismo. Baseada no princípio de que a intuição é superior à experiência, incorporava a filosofia da natureza (*Naturphilosophie*) de Schelling, sua ideia sobre "alma do mundo" e seus princípios de polaridade derivados de Cullen e Brown.

Ainda, segundo Pichot (1983) opondo-se à escola empirista-racionalista francesa, os psiquiatras germânicos enfatizavam as particularidades em conflito com suas pulsões irracionais, buscando um equilíbrio. No entanto, devido ao seu caráter especulativo teórico, os mentalistas fizeram pouco para melhorar as condições de seus doentes. Um dos autores representativos deste espírito foi Ernest von Feuchtersleben (1806-1848), da Faculdade de Medicina de Viena, o qual foi responsável pela criação do termo psicose. Para este autor, o termo designava transtorno mental, em geral sem intenção classificatória. Concebia que "o ser vivo físico é o corpo espiritualizado, e a alma é o espírito corporizado: ambos constituem um único fenômeno, sempre uno e indivisível."

Entre 1840-1860, no entanto, criou-se uma "reação somaticista" (*Somatiker*) às doutrinas mentalistas especulativas inspiradas na filosofia romântica alemã. Esta corrente baseou-se fortemente na neuroanatomia e neuropatologia. Junto com a criação

de "Hospitais para Doenças Nervosas", os somaticistas puderam ganhar desenvolvimento juntamente com o ensino prático da psiquiatria. Nesses hospitais, a psiquiatria e a neurologia eram estudadas na mesma direção, formando os "neuropsiquiatras" alemães (Lishman, 1989). Os investigadores utilizavam de dados vindos dos planos clínico, anatômico, fisiológico, histológico, tentando demonstrar a localização cerebral de funções sensoriais e motoras cada vez mais apoiadas pela experimentação.

De acordo com o mesmo autor, os representantes iniciais desta corrente ainda não reconheciam a doença mental em seu sentido estrito. Somente a partir de Wilhelm Griesinger (1817-1868) os somaticistas estabeleceram uma Psiquiatria médica na Alemanha.

Anatomista, médico, fisiologista, físico e psicólogo, W. Griesinger foi quem personificou melhor a Psiquiatria alemã do século XIX. Para esse professor de doenças nervosas e mentais em Berlim, o suporte das doenças mentais deveria ser procurado num transtorno orgânico ao nível do sistema nervoso, mesmo que nem sempre fosse possível provar sua existência. Griesinger acreditava que "doenças psíquicas são doenças do cérebro" e a "insanidade", um sintoma de patologia cerebral.

Ele colocou-se ao lado de franceses, como Bayle, entendendo que "as mais extensivas e mais constantes alterações encontradas em pacientes mentais são lesões difusas na substância cortical." Procurando construir uma psiquiatria médico-empírica e defendendo que ela deveria transcender descrições puramente sintomáticas, Griesinger levava em conta a personalidade anterior ao desenvolvimento da doença. A partir de Griesinger, se formaram duas correntes na psiquiatria germânica: a da patologia cerebral e a da nosologia clínica.

Assim, no final do século XIX, a Psiquiatria germânica encaminhou-se para uma posição dominante. A criação e a extensão das cadeiras universitárias de Psiquiatria, juntamente com os laboratórios, serviram de base material. Graças a Griesinger, a psiquiatria pode superar a fase de especulações teóricas românticas e de controvérsias estereis para seguir o caminho da medicina. A influência do somaticismo reflete a ênfase colocada na anatomia e na neurofisiologia para florescer a "patologia cerebral". Mas ao mesmo tempo, absorvendo modelos e tradições francesas na personalidade de Kahlbaum, a psiquiatria germânica pode desenvolver uma abordagem que lhe permitiu o reconhecimento internacional e o estabelecimento de um sistema moderno de nosologia clínica.

A tradição germânica trouxe substanciais progressos para a psiquiatria pós-escola francesa. Ressaltou a importância do aspecto biológico nos transtornos mentais através de Griesinger, Westphal e Wernick, ao mesmo tempo em que contribuiu para o aprimoramento da nosografia e da clínica, bem como aprimorou o estudo de transtornos mentais (Jaspers).

1.6 - Freud e a descoberta do inconsciente:

Segundo Louzã Neto e outros (1995), o interesse pelo inconsciente deve ser atribuído primeiramente ao movimento romântico (século XIX), tendo sido expressado nas principais correntes daquele período.

Ean Martin Charcot (1825-1893) descreveu diversos sintomas histéricos e reconhecia que um trauma, em geral de natureza sexual, estava relacionado à idéias e

sentimentos que se tornaram inconscientes. como os sintomas histéricos podiam ser reproduzidos experimentalmente sob hipnose, acreditava em sua cura através desta técnica.

Nesse período, a ênfase da psiquiatria mudou do estudo da psicose para o da neurose. Influenciado pelas idéias de Charcot, Pierre Janet (1859-1947) desenvolveu a noção de automatismo psicológico, ou seja, o aparecimento de funções psicológicas inferiores ocorre quando as funções superiores estão prejudicadas.

De acordo com o mesmo autor, somente a partir dos anos de 1890, Sigmund Freud (1856-1939) começou a desenvolver sua teoria do inconsciente. Neurologista formado em ambiente científico fervoroso do final do século XIX, Freud com seu grande rigor experimental, conservou a idéia da importância de um método científico que permitiria extrair leis naturais universais para a compreensão do psiquismo, assim como sua estreita ligação com os processos físicos e fisiológicos.

A psicanálise surge a partir de questionamentos exigidos dos fatos observados na abordagem clínica. Nasce como método de investigação das significações inconscientes através da livre associação, ao mesmo tempo em que é psicoterapêutica (Freud, 1969).

As observações iniciais de Freud eram descrições do tratamento de uma histérica pela hipnose, juntamente com Breuer, em 1896. A paciente relatou durante a sessão de hipnose um incidente de seu passado remoto, de modo vivido, porém esquecido até então, com violenta expressão de suas emoções (catarse). Após o tratamento, experimentou alívio substancial dos seus sintomas. Tais observações levaram Freud a contruir seus conceitos de inconsciente e repressão, num ponto de vista em que a emoção ligada à idéias reprimidas podia afetar as reações individuais nos eventos do presente. Tais idéias foram revolucionárias para a época, representando grande avanço no campo das psicoterapias. Posteriormente descobre o fenômeno da transferência e abandona a hipnose.

Ainda segundo o mesmo autor, Freud fez seus estudos numa época em que predominavam os somaticistas. Na primeira fase do seu trabalho, utilizou-se pesadamente da tradição neurológica vigente, através de um modelo neurológico mecanicista da mente, com suas doutrinas de determinismo e hierarquia. Assim, na tentativa de estruturar uma psicologia científica (Projeto para uma Psicologia Científica, de 1895), elabora uma concepção energética quantitativa do aparelho psíquico, regida por princípios e leis próximos aos da mecânica e termodinâmica.

A mente receberia uma quantidade de energia proveniente de estímulos internos ou externos, perceptivos ou pulsionais, que seria regulada pelo princípio da inércia (tendência de reduzir a zero as tensões do sistema) e pelo princípio da constância (manter a excitação tão baixa quanto possível). As forças em suas relações recíprocas teriam uma localização: inconsciente, pré-consciente e consciente.

O encontro com Charcot em Paris, em 1885, permitiu ao criador da psicanálise vislumbrar a passagem do suporte fisiológico para o psicológico. Aos poucos, abandonou tal visão e passou para a interpretação, para a busca de um novo sentido inconsciente nas diversas manifestações patológicas; a fronteira rígida entre o normal e o patológico se dissolvia.

De acordo com o mesmo autor, Freud publicou em 1900, A Interpretação dos Sonhos, livro que representa uma ruptura importante no modo de entender a mente humana: introduz uma técnica para o estudo dos sonhos, enfatiza o estudo introspectivo do "self" e inaugura a concepção de que normalidade e patologia fazem parte de um continuum, abrindo caminho para uma atitude mais compreensiva diante do doente mental.

Os desejos inaceitáveis apareciam de forma mascarada nos sonhos, através de mecanismos como deslocamento, condensação, simbolização, alusão, alegoria, a utilização da parte pelo todo e a expressão pelo contrário. Funcionavam de acordo com o processo primário, não obedecendo às coerções da realidade.

Posteriormente, em coesão com os conceitos evolucionistas, Freud descreveu o desenvolvimento humano baseado principalmente na sexualidade, formulando a Teoria da Libido (Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, de 1905).

Ao levar em consideração a inserção de uma pessoa em sua cultura considerou a força do recalque, que pressupunha a censura como lei.

A relação desta lei com o desenvolvimento da criança em sua família veio a se revestir de um significado e valor universais:

O complexo de Édipo passou a ser não somente o núcleo de toda neurose, mas também o fundamento de toda uma sociedade.

Em "Além do Princípio do Prazer" (1920), Freud diferencia os instintos do ego dos da libido sexual, propondo uma nova teoria com dois instintos primários: Eros (instinto de vida) e Thanatos (instinto de morte). Três anos mais tarde, postulava que o "ID" é a matriz inconsciente de cada pessoa e segue o princípio do prazer, a qual se diferencia o EGO sob a influência do SUPEREGO (regras parentais e sociais).

Em "Inibições, Sintomas e Angústias" (1925), a ansiedade passou a ser vista com um sinal perigoso da aproximação de perigos interno, ao invés de ser um produto da frustração da libido sexual. A ansiedade passou a ser o principal agente patogênico das neuroses. Posteriormente, seus escritos se voltaram para os fenômenos culturais sociais. Freud dirigiu sua atenção ao "dinamismo" da interação entre a personalidade e o meio ambiente, ao passo que outras escolas contemporâneas enfatizaram a história natural, sua base constitucional e os fatores causais e de desencadeamento.

Os principais dissidentes de Freud foram Alfred Adler (1870-1937) e Carl Gustav Jung (1875-1961).

Jung elaborou a noção de inconsciente coletivo que representaria "o depósito constituído por toda a experiência ancestral, desde há milhões de anos, o eco de eventos da pré-história, onde a cada século se acrescenta uma quantidade infinitesimal de variações e de diferenciação." O inconsciente seria expremido por imagens coletivas (arquétipos).

O plano egóico, a persona, seria a máscara do indivíduo socializado, sendo a sombra do conteúdo do inconsciente pessoal. Cada indivíduo, no decorrer do processo de individualização, passaria da multiplicidade para a unidade, num movimento de síntese ao integrar o inconsciente ao consciente.

Entre os autores que complementaram a teoria freudiana, podemos citar Karl Abraham (1877-1925), Sandor Ferenczi (1873-1933), Anna Freud (1895-1982), Melanie Klein (1882-1960) e W. R. Bion (1897-1979).

1.7. Sociopsiquiatria e Antipsiquiatria

De acordo com Louzã Neto e outros (1995), desde o fim do século XIX, a escola sociológica americana realizou pesquisas sobre a organização da personalidade num contexto social. H.S. Sullivan (1892-1949) tornou a psicanálise, no estudo das relações interpessoais e adotou uma posição sóciopsicogenético para os transtornos de etiologia

não-orgânica. As doenças resultariam de traumatismos psíquicos decorrentes de contingências exteriores durante o desenvolvimento.

K.Horney (1885-1952) veio a contestar as opiniões de Freud em relação à inferioridade das mulheres e seu masoquismo, creditando estes traços ao papel exercido por elas numa sociedade industrializada, onde estaria restrito ao dar e receber amor.

Dentro da perspectiva social, cresceram os estudos relacionados ao desenvolvimento dentro do meio familiar.

Segundo o mesmo autor, o grupo de Palo Alto, Califórnia (G.Ateson, L.C.Wynne, T.Lidz e P.Watslawick, entre outros) realizou, através da abordagem sistêmica, o fenômeno patológico em relação a um conjunto de comunicações patológicas, em que as mensagens contraditórias (comunicação paradoxal e formação de duplo vínculo) seriam fatores causais importantes no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, principalmente a esquizofrenia.

Ainda de acordo com Louzã Neto e outros (1995), a Anti-psiquiatria, movimento criado principalmente por psiquiatras ingleses, como R.D.Laing e A.Esterson, sustentava que a esquizofrenia era um fenômeno social que poderia ser intelegível e não resultado de uma disfunção fisiológica. A loucura representaria uma forma de libertação, uma estratégia adotada para suportar uma situação inteiramente insuportável. A originalidade desta concepção residia em questionar as estruturas dos hospitais psiquiátricos, que na maioria das vezes, reproduziam uma situação em que o paciente não podia se exprimir.

Desenvolveu-se, nesse panorama cultural, uma psicologia social experimental, sem relação direta com as concepções psicopatológicas. L.Moreno (1889-1974) concebeu o psicodrama, baseado nas noções de papel, espontaneidade e catarse.

Na Itália, F.Basaglia questionara de forma radical as instituições hospitalares psiquiátricas, culminando com a supressão dessas instituições naquele país. A doença mental aqui é considerada apenas sob o ponto de vista social, o qual prevalece sobre o indivíduo e a psicopatologia.

1.8. Terapêuticas somáticas em psiquiatria

De acordo com Louzã Neto e outros (1995), o uso de substâncias com efeito sobre o sistema nervoso central remonta à antiguidade. Possivelmente, o álcool é o primeiro fármaco a ser utilizado para tratamento de males variados. Várias outras substâncias são citadas por suas ações psicotrópicas: mandragora, beladona, rauwolfia e outras.

O mesmo autor afirma que métodos hoje considerados grotescos ou até de tortura foram aplicados, durante a idade moderna, no intuito de tratar dos doentes mentais (cadeiras giratórias, prisões, diferentes tipos de hidroterapia).

A partir da década de 30, foram descritos dois métodos de convulsoterapia: Von Meduna (1896-1964) utiliza o cardiazol em 1934; Cerletti e Bini, em 1938, introduzem a eletroconvulsoterapia. Ambos partiam da hipótese de um possível antagonismo entre epilepsia e a esquizofrenia. Ainda hoje, a eletroconvulsoterapia, utilizada sob anestesia geral, tem indicação precisa para o tratamento das depressões severas e da esquizofrenia catatônica.

Em 1949, Cade utilizou o lítio, observando seu efeito antimaniaco.

Em 1952, os psiquiatras Delay e Deniker empregaram a clorpromazina no tratamento de um paciente esquizofrênico agitado. Observaram uma ação anti-psicótica e sedativa. Anssen sintetizou o haloperidol em 1958, substância das butirofenomas.

Desde então, vários medicamentos com ação neuroléptica completam o arsenal disponível para o tratamento de quadros psicóticos, principalmente a esquizofrênia.

Em 1957, o psiquiatra R.Kuhn descreveria o efeito da imipramina; no mesmo ano, os psiquiatras americanos Loomer, Saunders e Kline estudaram a iproniazida, um medicamento inibidor da enzima monoaminoxidase, e relatando o sucesso no tratamento da depressão. Várias outras substâncias com ação antidepressiva vêm sendo, desde então, sintetizadas, algumas com ação inibidora seletiva de recaptação de neurotransmissores (principalmente a serotonina).

Embora algumas das substâncias descritas tivessem ação sedativa, elas não eram consideradas propriamente como ansiolíticos. Em 1946, surgiu o meprobamato; em 1960, o primeiro benzodiazepínico - o clordizepóxido - descoberto por L.H.Sternbach e seguido, em 1963, pelo diazepam. Hoje, há uma gama de benzodiazepínicos, e seu uso ultrapassou os limites da psiquiatria, para se tornar uma das classes mais prescritas por médicos de todas as especialidades.

1.9. Psiquiatria atual e perspectivas futuras

De acordo com Louzã Neto (1995) vê-se no momento atual um movimento de consolidação do conhecimento psiquiátrico, a partir do estudo das alterações biológicas nas doenças mentais. As neurociências também trouxeram contribuições inestimáveis para a compreensão do sistema nervoso, seus aspectos fisiológicos, bioquímicos e moleculares.

Segundo o mesmo autor, por mais minuciosa que seja a compreensão destas alterações biológicas, não se deve esquecer do doente, com suas vertentes psicológica e social (Cawley, 1993). A abordagem biológica não exclui a necessidade de um conhecimento da psicodinâmica dessa pessoa. A busca de modelos integrativos que superem a tradicional dicotomia mente-cérebro constitui-se em um desafio para o futuro.

1.10. Considerações sobre concepções atuais de trabalho em Saúde Mental

Segundo a Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, Venezuela (1990), na maioria dos países latino-americanos têm-se tratado de melhorar a situação da assistência psiquiátrica. A parte das modificações introduzidas em alguns hospitais psiquiátricos, há propostas para o desenvolvimento de dispositivos alternativos de assistência psiquiátrica em hospital geral é uma das modalidades, há opções assistenciais na comunidade, tais como Centro de Hospitalização Parcial (Hospital-Dia, hospital-noite), Centros de Atenção Psicossocial (caps), Oficinas de Trabalho Protegidos, Lares Abrigados e Pensões Protegidas, entre outros.

A atenção à saúde mental deve assegurar a conservação dos vínculos familiares e com seu meio social.

O papel da reabilitação psicossocial na atenção psiquiátrica consiste na reaprendizagem das atividades da vida cotidiana, relação interpessoal, trabalho, capacidade de contratibilidade, tendo como consequência a obtenção e conservação de

um ambiente de vida satisfatório em atividades significativas na vida sócio-cultural de meio natural.

Parte das ações de saúde tem em última instância uma função de prevenção:

-Se previne a aparição das enfermidades, se atenua os efeitos das mesmas ou se impede a aparição de suas seqüelas.

Isto tem levado a sistematização dos chamados níveis de prevenção, sobre os quais existe um consenso quase universal. A prevenção primária impede a aparição das enfermidades e, em consequência, diminui a sua incidência. A prevenção secundária, orientada pelo diagnóstico e tratamentos adequados as enfermidades, tem como objetivo a remissão sintomatológica, ou ao menos a redução do curso da enfermidade. Em consequência, diminui sua prevalência. A prevenção terciária tem como objetivo minimizar as incapacidades e problemas causados pôr condições da enfermidade que não podem ser tratadas e cujas consequências persistem depois do tratamento.

Entre as medidas de prevenção primária estão as relacionadas aos cuidados maternos com o filho, os programas de educação para a saúde e o trabalho com os pais. Envolve a participação dos trabalhadores de saúde e a cooperação com o sistema educativo em geral.

Avalia-se que atualmente a diversidade de intervenções (medicamentosa, psicoterápica, social e de trabalho) favoreça não somente a remissão de sintomas característicos das doenças mentais, mas também a reinserção do portador destas na sociedade, através de atividades que estimulem o convívio em grupo, assimilação de regras sociais, desenvolvimento de hábitos de trabalho, que pode ser "protegido", isto é, desenvolvido pôr instituições especializadas no atendimento à uma determinada população (doentes mentais, deficientes físicos, entre outras) ou com a proposta de inseri-los no mercado de trabalho.

Esta proposta de trabalho tem pôr objetivo integrar a abordagem biológica ao conhecimento psicodinâmico (vertentes psicológica e social) no sentido de propiciar a desejada melhora na condição de vida.

2-Espaços de desenvolvimento dos trabalhos

2.1.Hospital-dia

Proposta de trabalho (imagem-objetivo): Oferece espaços de tratamento psiquiátrico, sem internação e sem cortes nos vínculos familiares, mobilizando para uma nova cultura psiquiátrica de não internação. Presta atendimento a psicóticos, neuróticos, drogadictos e alcoolistas através de atividades grupais como verbalização, grupos de medicação, atividades livres e alternativas, atividades motoras, atividades artísticas (cênicas e plásticas). Oferece apoio e continência às famílias, através de grupos de família e visitas domiciliares, buscando a ressocialização do usuário e mudança da cultura manicomial.

2.2.Unidade de internação

Proposta de trabalho (imagem-objetivo): Oferece atendimento à usuários com quadro situacional de caráter agudo através de internação psiquiátrica de curta permanência. Além da introdução ou adequação medicamentosa, oferece atendimento grupal e recursos como terapia ocupacional, oficinas de trabalho, atividades sócio-recreativas, grupos de família, entre outras ações. Orienta a família dos pacientes sobre as necessidades de seguimento ambulatorial pós-alta, buscando evitar nova internação.

Neste espaço são atendidos preponderantemente pacientes psicóticos jovens, freqüentemente de primeiro surto, pacientes psicóticos cronificados pelos tratamentos de exclusão e que tiveram reagudizado o seu quadro psicopatológico, pacientes alcoolistas com história de cronificação por internações psiquiátricas, e usuários de drogas que apresentam necessidade de assistência contínua.

2.3.Unidade de atendimento à pacientes moradores

Com a transformação do Sanatório "Dr. Cândido Ferreira" iniciada em maio de 1990, hoje vivem no serviço 136 pessoas que têm longa história de tratamento psiquiátrico. Inumeros pacientes moram no "Cândido" há mais de 20 anos. Os graus de dependência institucional são os mais variados, indo desde a dependência total apresentada por idosos com seqüela de acidente vascular cerebral, até pacientes que estão sendo preparados para o encaminhamento para Pensões Protegidas ou Lares Abrigados. Além disso, há pacientes sendo preparados para o retorno à família.

O objetivo do centro nomeado acima é o de promover a desospitalização da clientela cronificada, através do aprimoramento das atividades de ressocialização, visando o resgate da identidade e da cidadania.

O caminho que o projeto de desospitalização tem seguido é o de oferecer contextos de trabalho e de interação onde os pacientes moradores convivem e reaprendem as regras culturais perdidas após longos anos de vida nos pátios, submetidos aos inúmeros rituais de despersonalização.

Para esta unidade a proposta é a de funcionamento em regime de hospital aberto.

2.4.Ambiente de trabalho

Predomina o trabalho multi-profissional, com vistas ao funcionamento em regime de "Equipe de Referência", no qual há uma socialização do saber, permeada por uma comunicação clara e não contraditória entre profissionais e clientela.

São realizadas discussões diárias centradas no trabalho e não nos papéis;

Vínculo entre os profissionais e entre estes e a clientela e objetivos dos projetos de intervenção terapêutica claros para todos os componentes da equipe.

3. Características da clientela

Assim como pessoas normais podem às vezes fazer coisas estranhas, muitos pacientes acometidos por doenças psiquiátricas podem pensar, sentir, e agir de forma normal. A menos que se encontre em estado extremamente desorganizado, uma pessoa esquizofrênica terá um certo senso de realidade; por exemplo, sabe que a maioria das pessoas comem 3 vezes ao dia e dorme durante à noite. Estar fora de contato com a realidade (que é a forma de descrever os sintomas psicóticos da esquizofrênia) não significa que o indivíduo esteja vivendo totalmente em outro mundo, mas, que há certos aspectos do mundo deste indivíduo que não são compartilhados pelos demais, e que parecem não ter nenhuma base real.

Ouvir uma voz que ninguém mais pode ouvir não é uma experiência compartilhada pela maioria dessas pessoas e é, claramente, uma distorção da realidade, porém é somente a distorção de uma parte da realidade. Uma pessoa esquizofrênica pode, portanto, parecer normal durante boa parte do tempo (normal versus anormal).

O corpo implicado no psicopatológico encarna as características das funções mentais e afetivas; o corpo é a parte integrante do funcionamento humano global.

Corpo adormecido, lento, bradicinético, pobreza de movimentos, limitação de gestos, ausência de imitações às vezes (confusões mentais agudas).

Impressões de descorporalização e de despersonalização, sentimentos de estranheza com relação ao seu próprio corpo, impressões de leveza, de impressão preceptiva e sensorial (esquizofrenia). A esquizofrenia é o termo utilizado para descrever um estado extremamente complexo - a mais crônica e incapacitante entre as principais doenças mentais.

A esquizofrenia pode consistir em uma só doença ou pode incluir muitas doenças com causas diferentes. Devido à complexidade desta doença, poucas generalizações podem aplicar-se a todas as pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas.

Assim como os indivíduos normais vêem o mundo sob sua perspectiva pessoal, os indivíduos acometidos por doenças mentais têm sua própria percepção da realidade.

Sua visão de mundo, entretanto, é em geral surpreendentemente diferente da realidade que normalmente é percebida e compartilhada pelas pessoas que o cercam (realidade não comum); ele pode perceber estímulos ou objetos que na realidade não existem, tais como ouvir vozes que lhe ordenam que faça determinadas coisas, ou ver objetos que não estão realmente ali ou sentir dedos invisíveis que lhe tocam o corpo (alucinações).

Podem ter crenças pessoais falsas, não sujeitas à realidade ou evidência contrária, e que não fazem parte da cultura da pessoa. São sintomas comuns e podem, por exemplo, envolver temas de perseguição ou grandeza (delírios).

Freqüentemente o pensamento da pessoa é afetado pela doença. A pessoa pode ter dificuldade em "pensar estruturadamente" durante muitas horas. Os pensamentos podem ir e vir tão rapidamente que não é possível "retê-los", pode não conseguir concentrar-se em um só pensamento por muito tempo e distrair facilmente, ter dificuldade de fixar atenção. Os pensamentos podem saltar de tema em tema, deixando as demais pessoas sem compreender o que o paciente quer dizer.

Esta falta de continuidade lógica de pensamento, denominada "distúrbio do pensamento", pode tornar difícil o diálogo e contribuir para o isolamento social.

As pessoas com esquizofrenia às vezes manifestam o que se denomina "afeto inadequado". Isto significa demonstrar uma emoção que não tem relação com o que a pessoa pensa ou diz.

Por exemplo, uma pessoa esquizofrênica pode dizer que está sendo perseguida por demônios e rir. Isto não pode ser confundido com o comportamento de pessoas normais quando, por exemplo, têm riso nervoso depois que acontece um incidente pouco importante. Freqüentemente as pessoas com esquizofrenia tem um afeto embotado. Isto representa uma severa redução da capacidade de expressar emoções. Um esquizofrênico pode demonstrar afeto embotado através de um tom de voz monótono e diminuição da expressão facial.

Algumas pessoas com esquizofrenia também apresentam estados de extrema euforia ou depressão, e é importante determinar se um paciente é esquizofrênico ou se, na realidade, tem um transtorno afetivo bipolar (maníaco-depressivo) ou um, transtorno depressivo maior. Quando não é possível categorizar o diagnóstico com clareza, o paciente apresenta ao mesmo tempo sintomas da esquizofrenia e doenças afetivas, classificam-se estes casos como transtorno esquizo-afetivo.

O termo Psicótico define perda do sentido de realidade ou incapacidade de distinguir entre experiências reais ou imaginárias.

Algumas pessoas apresentam um episódio psicótico apenas uma única vez; outras têm vários episódios no decorrer de sua vida, porém levam uma vida relativamente normal nos intervalos entre um episódio e outro.

4.A Educação Física na assistência psiquiátrica

"O mais importante é a conquista ou a retomada da capacidade de existir com relação a si mesmo e não somente com relação a outrem". Paul Sivadon (1973).

4.1.O corpo, a psicomotricidade, o indivíduo, o grupo

O homem-motor desenvolve suas funções motrizes em torno de 3 sistemas em estreita sinergia: piramidal (movimentos), extra-piramidal (postura) e o regulador cerebelar (equilíbrio). Mas, o homem-motor está, por causa de seu corpo, em relação: a singularidade humana não é dada de saída, ela se constitui com a ajuda, e por intermédio, de outrem. Wallon (desde 1925) ligava o movimento motor ao gesto e às atitudes. Piaget, por sua vez, insiste sobre a necessária interiorização, pela criança, de esquemas sensório-motores primeiros, através de sua socialização.

Para Ajuriaguerra (1971) terapia psicomotriz é uma "técnica que, por intermédio do corpo e do movimento, endereça-se ao ser em uma totalidade. Não visa a readaptação funcional em setor e, ainda menos, uma supervalorização do músculo, mas a fluidez do corpo em eu meio" (1969). P.Sivadon e J.Gantheret descreviam sob o nome de "reeducação corporal das funções mentais" (1965) todo um programa de intervenções terapêuticas visando devolver melhor consciência do corpo, e maior amplitude à ação do indivíduo sobre si mesmo em relação aos outros, no quadro das instituições psiquiátricas.

De acordo com Bleger (1993) o grupo operativo, segundo a definição do iniciador do método, Enrique J.Pichon Rivière, "é um conjunto de pessoas com um objetivo comum" que procuram abordar trabalhando como equipe. A estrutura de equipe só se consegue na medida em que opera; grande parte do trabalho do grupo consiste, em resumo, no treinamento para trabalhar em equipe.

No campo do ensino, o grupo se prepara para aprender e isto só se alcança enquanto se aprende, quer dizer, enquanto se trabalha.

O grupo operativo tem objetivos, problemas, recursos e conflitos que devem ser estudados e considerados pelo próprio grupo, à medida que vão aparecendo; serão examinados em relação com a tarefa e em função dos objetivos propostos.

Através de sua atividade, os seres humanos entram em determinadas relações entre si e com as coisas, mais além da mera vinculação técnica com a tarefa a realizar, este complexo de elementos subjetivos e de relação constitui o fator humano mais específico da mesma.

Esta prática privilegiará o atendimento grupal. Organização e grupos visam atender necessidades específicas.

Os grupos foram organizados segundo propostas de objetivos e metodologia a serem usadas e, segundo a elaboração de um projeto terapêutico individual e a partir disto, a constituição de grupos com perfil e características semelhantes.

4.2. Atividades motoras adaptadas aos usuários do Hospital-dia

Esta clientela participa ativamente da elaboração, organização e desenvolvimento das atividades.

Durante este processo evidencia-se o convencer e o ser convencido, em detrimento do aceitar esta ou aquela atividade. Reproduzem-se assim, atitudes e comportamentos estereotipados que passam então a ser trabalhados no sentido de tentar novos significados e valores.

Há a possibilidade de que durante a atividade motora em grupo o indivíduo descubra novas formas de se relacionar com o outro, devido à necessidade de interação com o grupo para realização da atividade.

Nas atividades percebem-se os níveis de comunicação, cooperação, pertinência, afiliação e aprendizagem apresentados pelos participantes para realização das mesmas.

Durante esta prática há a possibilidade do indivíduo descobrir novas formas de interação e reproduzir esta forma com outras pessoas, no intuito de estabelecer melhor maneira de se relacionar.

Na maioria das atividades predomina a forma semi-dirigida de coordenação, porém devido a diversidade de características de um grupo de pacientes para outro (diagnóstico, pragmatismo e outros) esta forma está sujeita a variações.

As atividades desenvolvidas são caminhadas, circuitos (preferida dos alcoolistas), sessões de alongamento e relaxamento (preferida pelos psicóticos), jogos, atividades aquáticas e outras.

No grupo o paciente é confrontado com o espaço que está diante dele: saleta, ginásio, terreno aberto; e com a importância do grupo, podendo este ser ampliado até um certo limite, ou seja, o número de pacientes que compõe um grupo é diretamente proporcional ao número de integrantes da equipe de coordenação (professor, auxiliar e outros, por exemplo).

A idade, a aptidão esportiva dos participantes e a duração das sessões: de alguns minutos à 30 ou 60, segundo graus de fixação (capacidade de permanecer em atividade) dos pacientes segundo suas possibilidades de evolução e aquisições constituem parâmetros para elaboração e desenvolvimento das atividades.

Os métodos esportivos clássicos (basquete, futebol e volei) podem ser utilizados segundo arranjos apropriados, tais como, maior ou menor flexibilidade na aplicação de regras durante as práticas esportivas (variando de acordo com os participantes) e possibilidade de variação do número de integrantes das equipes em esportes coletivos.

Estas medidas adotadas possibilitam um melhor entendimento da dinâmica e prática destes jogos e o aumento do número de integrantes por equipe possibilita u'a maior probabilidade de sucesso, trabalhando assim, a questão da tolerância à frustração.

Em reuniões, onde os profissionais que trabalham com o mesmo grupo de pacientes, são discutidos aspectos ligados ao projeto terapêutico daquele paciente dentro do programa de tratamento em hospital-dia, procedimentos e outros.

4.3. Atividades motoras adaptadas aos pacientes agudos

Esta clientela durante as atividades caracteriza-se por uma dificuldade de configurar um grupo e como tal organizar-se para a realização de uma tarefa (atividade motora). Esta (dificuldade) dá-se devido ao nível de exacerbação dos sintomas descritos anteriormente (vide cap. III). Contudo, a atividade motora constitui um contexto de

tratamento "diferenciado" na medida em que há a possibilidade de canalizar a energia decorrente desta exacerbação para realização de atividades nas quais ela possa ser transformada em "algo prazeroso", que leve o indivíduo, inserido em um grupo, à uma reflexão sobre sua postura durante a execução da atividade.

Esta se dá na medida em que os pacientes interagem entre si para realizar as atividades, pela satisfação de sentir um ato motor transformar-se em uma brincadeira, uma roda cantada, um ponto, uma cesta ou um gol e pela ocorrência de sub-grupos formados por afinidades durante as atividades.

Estas são geralmente dirigidas, podendo durante a discussão serem levadas em consideração as opiniões dos pacientes, havendo posteriormente ao desenvolvimento da mesma, durante o fechamento, uma avaliação por parte do grupo, a respeito da atividade realizada, ou seja, sentimentos, dificuldades, sugestões, auto-avaliação, dentre outras.

As caminhadas, atividades em forma de circuito, na qual em cada estação deve ser realizado um exercício (correr, saltar, arremessar, entre outros), jogos, atividades aquáticas, massagens e outras são executadas de acordo com a clientela predominante na unidade, devido a rotatividade e características da mesma.

A integração da "equipe-multiprofissional" se dá na medida em que são trocadas informações à respeito do paciente durante as mais variadas atividades promovidas pela unidade. Através de uma análise destas informações avalia-se a redução ou não dos sintomas produtivos ou indicações que determinaram a internação daquele indivíduo.

4.4. Atividades motoras adaptadas aos pacientes moradores

Esta população de pacientes possui algumas características particulares, além das já citadas anteriormente e importantes para determinação dos objetivos do trabalho a ser desenvolvido.

São pessoas que têm longa história de tratamento psiquiátrico. Tratamento este diferente dos utilizados atualmente e caracterizados pelo isolamento, ou pelo abandono nos pátios, que proporcionaram aos pacientes a despersonalização, segregação social e quebra do vínculo familiar e social.

Logo, o primeiro passo a ser dado, pelas atividades propostas para esta clientela, é o de despertar e resgatar o interesse dos pacientes pelo prazer de brincar, estimular a socialização e vivências grupais.

Para tanto, os objetivos das atividades deveriam ser também, para os pacientes, estímulos concretos para suas ações, por exemplo: a atividade objetiva trabalhar a coordenação viso-motora, mas para os pacientes este pode ser traduzido pelo número de garrafas derrubadas durante o "boliche" ou nas bolas encestadas. Portanto, ver seu ato motor transformar-se em algo concreto o estimula a repetir esta atitude, na tentativa de resgatar e melhorar suas capacidades e habilidades motoras.

Posteriormente ao despertar o indivíduo pelo brincar, estimular-se-á a sua convivência em grupo, na tentativa de proporcionar um contato mais próximo da "realidade" extra-institucional, reproduzindo características de aceitação de si mesmo em um grupo e vice-versa, limites de relacionamento, vínculo, regras de funcionamento, cooperação, entre outros aspectos.

Observa-se durante esta prática, que os resultados são alcançados à médio e longo prazo, e as melhoras são traduzidas de forma qualitativa e não quantitativa.

As atividades predominantes no trabalho desenvolvido junto a essa clientela são aquelas que, tem por objetivo alcançar uma execução satisfatória de determinados movimentos no intuito de facilitar as chamadas atividades de vida prática e diária.

São utilizadas caminhadas, atividades de roda cantada, circuitos, atividades aquáticas e outras, que geralmente são dirigidas ou semi-dirigidas.

O domínio corporal é efetuado segundo certas referências. Estas etapas e esses movimentos são misturados no decorrer de diversos atos propostos (P.Sivadon e A.F.Zöila-1988):

-Com relação à outrem, por imitação, continuação, oposição (ao movimento do outro);

-Com relação aos objetos; mobilizados, manipulados, para adaptar-se à eles;

-Com relação aos deslocamentos: exploração espacial, de distâncias;

-Com relação ao seu corpo: manutenção de posturas, sentir as tensões e os relaxamentos musculares.

Estas etapas e esses movimentos são misturados no decorrer de diversos atos propostos (P.Sivadon e A.F.Zöila-1988).

5. Conclusão

O desenvolvimento desta proposta de assistência psiquiátrica executada pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira integra as diretrizes da reforma psiquiátrica elaboradas e discutidas na Conferência para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, Venezuela (1990) na medida em que privilegia o atendimento em sistema de Hospital-Dia, em regime de internação de curta permanência e promoção da desinstitucionalização da clientela "moradora" com a criação de "pensões protegidas" e "lares abrigados"; assegurando assim a conservação dos vínculos familiares e com o meio social.

Mais do que conclusões, chegamos a constatações, como a de que para chegarmos a esta descrição, foi preciso muita prática e discussão, ponto a ponto, e para continuarmos a crescer precisaremos muito mais discutir e praticar.

Mais do que discutir, praticar e discutir, precisaremos ter ao nosso lado, os setores desta instituição em articulação com os diversos setores da sociedade (comunidade, rede pública de saúde e educação, universidades, entre outras) com os quais buscaremos, passo-a-passo, integrar, desinstitucionalizar e promover ações desalienantes.

A Educação Física integra esta proposta proporcionando ao indivíduo formas alternativas de comunicação e expressão na medida em que através de atividades motoras propicia a convivência em grupo.

É o grupo que permite o interjogo entre o psicossocial e o sócio-dinâmico através da observação das formas de interação (vínculo), comunicação e aprendizagem.

Gostaríamos de finalizar com a exibição de resultados quantitativos e qualitativos, porém, faltam-nos instrumentos que permitam identificar, discriminar e compilar dados que possam melhor instrumentalizar e orientar esta prática.

Contudo, tornam-se presente em nossa mente cenas que exemplificam de forma qualitativa (entendemos como melhora qualitativa o aumento do interesse pela atividade, internalização das pessoas que compõe o grupo e interação com estas e outras pessoas do convívio diário do indivíduo, entre outras) e extremamente gratificante e estimulante a Educação Física inserida no contexto da saúde mental, como por exemplo a de um grupo de pacientes conversando sobre o incômodo de executarem atividades motoras fora do espaço do hospital, devido ao preconceito e quais seriam as alternativas para o problema. Ou ainda o encontro com uma paciente pela manhã desejando bom dia, chamando-nos pelo nome e em seguida dizendo:

"Amanhã é dia de atividade lá na quadra! Não é?" (mostrando um sorriso maroto).

Ou ainda os pacientes relatarem quem está faltando na atividade.

Estes exemplos e essas atitudes fazem com que acreditemos que durante a convivência com estas pessoas nas atividades motoras ou fora delas, temos muito a trocar (aprender e ensinar e/ou ensinar e aprender) junto com eles.

Os resultados proporcionados por esta prática procuram converter para uma melhora da qualidade de vida do indivíduo no desenvolvimento de suas atividades de vida diária e prática.

Bibliografia:

BECHELLI, L. P. de C. (coord.)

Esquizofrênia: perguntas e respostas. s.l.p.: Sociedade Brasileira de Psiquiatria, 1991.

BLEGER, J. Temas de psicologia: entrevista e grupos

6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FOUCAULT, M. História da loucura

2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

KAPLAN, H. I. Compêndio de psiquiatria dinâmica

Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MALVEZZI, E. et al. Espaço 8: atelier. s.n.t. (projeto pesquisa).

MANUAL de organização. Campinas:

Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira", 1994.

NETO, M. R. L. et al. Psiquiatria básica

Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SIVADON, P.; ZOILA, A. F. Corpo e terapêutica: uma psicopatologia do corpo

Campinas: Papyrus, 1988.

UZCATEGUI, R. G.; LEVAU, I. (Ed)

Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases ... Caracas:

Org. Pan. de Salud, 1991

VERA, A. A. Metodologia da pesquisa científica.

4.ed. Porto Alegre: Globo, 1987.