

Novas perspectivas sobre as práticas corporais realizadas em Hospitais Psiquiátricos.

Michael Fraccarolli

Schopenhauer em sua obra “*O Mundo como Vontade e como Representação*” (1819), afirma que a ação humana é conduzida pela *vontade*, e que esta, se manifesta por meio de *representações* diversas que essa *vontade* pode acometer. Podemos então perspectivar como presente na natureza humana o que chamaremos na esteira desse autor de “imperativos da vontade” que contradizem o princípio de razão que preza, sobretudo, pela homogeneidade dos corpos e pelo afastamento dos sujeitos em relação aos seus próprios instintos. Por conseguinte, tudo aquilo que está fora do comum no campo da razão, tende a ser excluído ou descartado.

Dessa forma, o sujeito considerado louco, isto é, aquele que atua fora ou distante do princípio de razão foi separado do convívio coletivo ao longo da história, sendo visto como indivíduo de conduta desviante ou considerado indesejável pela sociedade. Pois seus “*imperativos da vontade*” extravasam os circuitos singulares de cada sujeito, como também demandam à sociedade um trabalho e uma reflexão importante em relação, ao que se compreende enquanto saúde, e ainda, quais são as possibilidades de tratamento e reintegração desses sujeitos consigo mesmo e com as diversas formas de relação.

Ainda no horizonte schopenhauriano, que compreende a *vontade* como ponto inicial da ação, como poderíamos refletir em relação aos tratamentos, condutas e especificamente aos trabalhos corporais sugeridos aos indivíduos cuja expressão dessas vontades ocorrem no exercício de forças incomuns, de difícil acesso analítico? Para refletirmos acerca dessa pergunta, tendo em vista o conceito de *vontade* do filósofo acima prescrito, avançaremos nessa discussão perspectivando possibilidades variadas em relação às propostas de trabalho corporal realizadas em hospitais psiquiátricos de nosso tempo. Que se dirigem a esses sujeitos/pacientes em situações variadas, agudas, e frequentes de sofrimento psíquico nomeadas também como doenças da mente. Compreendendo que suas vontades sinalizam algo que vai além do que se costuma nomear, ou daquilo que nos é mais comum. Logo, verificamos a importância dessa reflexão para uma atuação no campo das práticas corporais, mais prudente e sensível com esses sujeitos que extravasam a ordem convencional do princípio de razão.

De acordo com Venâncio, (1993) o período pós-guerra marca um movimento de institucionalização das práticas terapêuticas, onde o doente mental (nomenclatura utilizada para classificar esses sujeitos que não atuam conforme o princípio comum racional), deixa sua comunidade para ser internado em grandes asilos que prometem cuidado, assim como, um trabalho de reinserção social posterior.

Então diante desse cenário cabe a reflexão: Como definir saúde mental? Quais são suas possibilidades de tratamento, e ainda, quanto a saúde mental está implicada na saúde do indivíduo de forma integral?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os considerados transtornos mentais são diversos e combinam uma série de compreensões, percepções, emoções e comportamentos diante da vida e de seu entorno. Atentarmos então, a esta compreensão para refletir sobre possibilidades de tratamento com esses sujeitos em sofrimento psíquico profundo.

Tomamos ainda outra referência que amplia nossa complexidade no assunto: De

acordo com a *American Psychiatry Association* (2013), o DSM-5 de 2013, ou *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*; existe uma extensa gama de diagnósticos que descrevem e definem os transtornos da mente. Estão contemplados nessa lista transtornos como: a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia, psicoses diversas, dependência química, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo. Verificamos, portanto, que se trata de um horizonte bastante abstruso, o que exige cautela, pesquisa e sobretudo sensibilidade para propostas de cuidado e estímulos com esses sujeitos tão peculiares e com carga de sofrimento intensa.

Atualmente, vêm ocorrendo mudanças significativas no tratamento psiquiátrico, cujo sentido geral objetiva à recuperação psicossocial, ainda com muitas lacunas e certa resistência, dada a manutenção de uma visão biomédica que prevalece no interior dos processos práticos da maioria dos profissionais que atuam neste campo da saúde mental. Todavia, nossa proposta aqui é justamente trazer ao debate uma disposição distinta dessa conduta que ainda se ampara em processos sintomáticos junto a uma compreensão biologizante da vida. O que vislumbramos quanto a possibilidades de tratamento, tendo o trabalho de corpo como âncora, mas também, enquanto parte de um processo integrado de tratamento, é propor sobretudo, possibilidades de condutas e espaços para reflexões que levem em consideração o cuidado no tratamento para com as características individuais de cada sujeito. Estas, ao contrário de serem descartadas de forma impiedosas, carecem de uma escuta atenta, além de evidenciarem de acordo com Freud, cada vez mais, aspectos de uma sociedade com pré-disposições patológicas, e com recursos limitados para lidar com o assunto.

Revisitando o autor destacamos sua discussão sobre o que se concebe como finalidade da vida, e dada à sua vulnerabilidade, é necessário que tenhamos, ainda mais enquanto profissionais que atuam na promoção da saúde, o reconhecimento de nossas limitações, sendo estas, inerentes à existência humana.

(...) O que os próprios seres humanos, através de seu comportamento, revelam ser a finalidade e o propósito de suas vidas? O que exigem da vida, o que nela querem alcançar? É difícil errar a resposta: à felicidade, querem se tornar felizes e assim permanecer. Essa aspiração tem dois lados, uma meta positiva e outra negativa: por um lado, a ausência de dor e desprazer, por outro, a vivência de sensações intensas de prazer. Em seu sentido literal mais estrito “felicidade” refere-se apenas à segunda. Correspondendo a essa bipartição das metas, a atividade dos seres humanos se desdobra em duas direções, segundo busquem realizar – predominante ou mesmo exclusivamente- uma ou outra dessas metas.

Como se percebe a finalidade da vida é simplesmente o programa do princípio de prazer. Esse princípio comanda o funcionamento do aparelho psíquico desde o início; não cabem dúvidas quanto à sua conveniência, e, no entanto, seu programa está em conflito com o mundo inteiro, tanto com o macrocosmo quanto com o microcosmo. Ele é absolutamente irrealizável, todas as disposições do universo o contrariam; seria possível dizer que o propósito de que o homem seja “feliz” não faz parte do plano da “Criação”. Aquilo que em seu sentido mais estrito é chamado de felicidade surge antes da súbita satisfação de necessidades represadas em alto grau, segundo sua natureza, é possível apenas como fenômeno episódico (...). (Freud, 2010, p. 62 e 63.)

Dentro do contexto da internação psiquiátrica e da atuação na área da educação física e das práticas corporais, buscamos refletir se seria possível propor métodos ou

terapias distintas para cada indivíduo, visando tanto uma melhora no quadro pessoal, assim como, estímulos necessários aos mesmos num convite a uma atuação dentro de um convívio coletivo somado às práticas sociais. Ampliando, portanto, o leque de atuação nesse contexto de certa reclusão no qual os sujeitos em internação se encontram. É importante ressaltar que em grande parte das instituições atuais no Brasil, a internação só ocorre de maneira voluntária, ou seja, o sujeito em estado de sofrimento psíquico é que aceita ou ‘decide’ pela internação. O que de certa forma contribui para uma proposta a priori, de maior abertura e disposição a possibilidades de inversão das manifestações desse sofrimento psíquico. A compreensão da importância de um tratamento mais integrado e que corresponda sobretudo a atuações que de fato tenham um embasamento não apenas orientado por visões biomédicas, mas que projetem compreensões mais alargadas em relação aos cuidados e tratamento nesses espaços se faz vital.

Para tanto é necessário que se discuta acerca de quais tratamentos e condutas são atualmente praticadas, e ainda, qual é o lugar de reflexão que os profissionais que atuam na área se baseiam para tais condutas. Nos deteremos aqui sob a discussão dos profissionais de educação física e ou àqueles responsáveis pelas práticas corporais nesses ambientes, assim como também a interface com os terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, conselheiros, psicólogos, etc.- compreendendo que o campo de ação da saúde mental exige uma equipe multidisciplinar, que não se limita ao psiquiatra, e reconhece a necessidade de um certo holismo enquanto proposta de atuação. Portanto, verificamos que as práticas corporais possuem papel importante e singular no processo conflituoso de cada sujeito em situação de sofrimento psíquico, e que a reflexão sobre a realidade dos procedimentos nos espaços de tratamento psiquiátricos é capital, para o encaminhamento de olhares e ações profissionais pautadas sob um prisma mais humanizado e sensível.

Em meados da década de setenta são registradas inúmeras denúncias quanto à política brasileira adotada no cuidado ao paciente em sofrimento psíquico. Diante desse cenário por volta de 1987, inspirados na reforma feita na Itália pelo psiquiatra Franco Basaglia se institui a reforma psiquiátrica no Brasil, conhecida também como “*Reforma Antimanicomial*” que se caracteriza como um movimento que busca intervir no então modelo vigente de reclusão com práticas polêmicas, e com relatos de extrema violência de profissionais em relação aos pacientes. Foi possível então iniciar um processo de crítica ao sistema manicomial e a partir disso a busca por um tratamento psiquiátrico significativamente mais humanizado ganhou mais espaço.

A jornada por um processo de humanização nos tratamentos de saúde mental perdura até os dias atuais. A Organização Mundial de Saúde mantém constantes esforços em capacitar lideranças e governanças nacionais, prestação de serviços abrangentes e integrados à sociedade, e o desenvolvimento de estratégias de prevenção, com o intuito de reconhecer o papel da saúde mental no cotidiano da população em geral

Reabilitação Psicossocial.

A ideia de saúde construída pela modernidade, é reconhecida sob a manifestação de alguns atributos, tais como: um estado de bem-estar físico, um estado de bem-estar mental e um estado de bem-estar social. Não necessariamente constituindo-se na compreensão de saúde enquanto, ausência de qualquer doença prevista em diagnósticos sintomáticos ou laboratoriais. Já a saúde mental nessa definição considerada moderna,

contempla: o bem-estar subjetivo, a auto eficácia, a autonomia, a competência e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa (GOBBI et al, 2003). Diante dessas considerações sobre o conceito em saúde, é possível verificar a linha tênue, que de um lado traça a ideia da normalidade e da “harmonia” orgânica, e do outro, o seu oposto, sendo uma linha anormal e, portanto, desarmônica; traçando sobretudo uma compreensão deturbada sob o significado da saúde. Para tanto, partimos da consonância dessas compreensões, verificando que a atuação com sujeitos em sofrimento psíquico, assim como qualquer outra patologia, é uma condição que requer olhar cuidadoso, pois a saúde desse sujeito não se encontra num fluxo comum.

Há vários fatores que poderíamos elencar como vetores que disparam as variadas formas de patologias, no caso aqui, o sofrimento psíquico. Dentre os fatores, como Freud apontara em o “*Mal Estar da Cultura*”, a nossa trajetória cultural, como nos constituímos, e a maneira como as relações se dão nesses espaços, sinalizam condições, a respeito da estabilidade psíquica estar preservada ou não. Segue Freud:

(...) a palavra “cultura” designa a soma total de realizações e disposições pelas quais a nossa vida se afasta da de nossos antepassados animais, sendo que tais realizações e disposições servem a dois fins: a proteção do homem contra a natureza e a regulamentação das relações dos homens entre si. (...) reconhecemos como culturais todas as atividades e todos os valores que servem ao homem na medida em que colocam a Terra a seu serviço, protegem-no contra a violência das forças da natureza, etc.(...)

Porém, através de nenhum outro traço julgamos caracterizar melhor a cultura do que através da estima e do cultivo das atividades psíquicas superiores, das realizações intelectuais, científicas e artísticas, do papel dirigente concedido às ideias na vida das pessoas(Freud, 2010, p.87 e 95).

Dito isto, olhemos para os sujeitos a caminho da internação, aqueles que são considerados mais graves, ou casos agudos, com chegadas por vezes emergenciais .A dinâmica de um tratamento psiquiátrico ambulatorial pode não garantir a segurança de todos envolvidos, dada a precariedade por vezes de espaços mais apropriados para este fim, e, da dificuldade de profissionais em contribuir para um acolhimento melhor realizado. Situações como surtos psicóticos, ou explosões de humor, geram dificuldades de difícil manejo, possibilitando um grau maior de intervenção medicamentosa, e sem espaço adequado para seguir um tratamento. Em situações como estas, a hospitalização é o caminho mais indicado, pois garante a segurança do próprio sujeito em questão, assim como a de familiares e profissionais envolvidos. Vale ressaltar que a principal diferença entre o tratamento ambulatorial e o hospitalar é que no primeiro ocorre apenas as medidas ditas emergências, os “primeiros socorros”, não sendo possível um acompanhamento completo do paciente, Já no hospital (caso sejam específicos para saúde mental, e comportem internação), existe a possibilidade de um melhor acompanhamento com esses pacientes.

As possibilidades dentro de um processo de internação, contam com estrutura de cuidados e observação ao paciente mais integrada, tendo no do dia a dia, a possibilidade de acompanhamento próximo, e possibilidade de um olhar sobre as limitações e potências a serem estimuladas durante esse processo de reclusão. Junto a este processo de internação/reclusão, é possível arquitetar um projeto terapêutico individual, com cada profissional envolvido planejando as ações dentro da chamada psicoterapia ou reabilitação psicossocial, todavia a conduta mais seguida se ampara num processo comum de tratamento, tendo o olhar singularizado dos profissionais que dentro de suas práticas conduzem seus procedimentos da maneira como creem ser mais assertivos.

Forma-se então uma complexa engrenagem, onde cada saber se torna parte essencial de um todo. Ao nos depararmos com sujeitos em processo agudo de sofrimento

psíquico, lidamos com realidades aparentemente distantes de nós, muitas vezes impossíveis de se acreditar, dada a variedade de casos, assim como, a variação da própria ideia de realidade. Trata-se de estar em contato íntimo com o imponderável da vida, o inacessível a curto prazo. O arcabouço das fantasias e os chamados delírios presentes no comportamento desses indivíduos se entrelaçam em uma dinâmica multifacetada. Se faz necessário o exercício do fortalecimento de vínculos, pois os pacientes necessitam sobretudo, de se sentirem amparados e confiantes, para que não temam em compartilhar experiências tão íntimas, intensas e conflituosas com pessoas fora de seu convívio.

Desta forma, houve a necessidade de se adotar uma perspectiva mais abrangente em relação aos tratamentos, onde seja possível observar de forma cuidadosa e particular, o sofrimento latente em cada indivíduo. Eliminando em especial uma conduta classificatória por diagnósticos, o que remete aos processos de separação dos saberes e conseqüentemente, separação dos tratamentos terapêuticos. Sendo assim, torna-se mais palpável uma melhor compreensão do processo saúde/doença como um fenômeno multideterminado e de extrema delicadeza em seu curso, combinando experiências profissionais que funcionem como ferramentas terapêuticas.

Levando-se em consideração a multiplicidade do DSM - 5 e o enorme número de transtornos que ele distingue, é fortuito pensar sobre o quão heterogêneo é o ambiente em hospitais psiquiátricos. Para melhor adaptação e funcionalidade, são constituídas unidades de internação onde se acomodam apenas pacientes com o mesmo diagnóstico. Para tomar como exemplo citemos a dinâmica ocorrida em grandes hospitais nos quais tivemos experiência enquanto educador físico; existe toda uma organização, que divide o espaço em áreas de tratamento para um conjunto de casos que são passíveis, de acordo com seus consentimentos, de serem cuidados, e outros espaços reservados para casos mais delicados. Assim, determinadas patologias como a esquizofrenia aguda, possuem seus leitos em locais específicos, pois a heterogeneidade causada pelas comorbidades de cada quadro patológico, dificultaria a psicoterapia realizada em grupo.

Verifica-se assim, a necessidade uma postura mais cautelosa dos profissionais, pois desta forma, pode-se aperfeiçoar suas práticas de forma que consigam direcionar seus esforços e tornar a dinâmica mais potente, e desta forma viabilizar caminhos frutíferos na dinâmica de estímulos e cuidados necessários.

Ao refletirmos sobre as práticas corporais, o profissional de educação física pode se deparar com situações de diferentes naturezas, como por exemplo; um grupo de pacientes com o mesmo diagnóstico, porém, com diferentes idades, corpos, origens e mais do que isso, com uma carga de sofrimento que lhe é singular. Apesar de conter em si múltiplos vetores para o transbordamento de seus estados emocionais, para que as atividades possuam maior alcance, deve-se respeitar as particularidades de cada indivíduo.

E para tanto é necessário grande devoção, uma entrega profunda do que se compreende por cuidado com o outro. Vale a pena então refletirmos um pouco sobre a maneira na qual, a educação física, na promoção das práticas corporais, acontece nesses ambientes, e, se podemos vislumbrar maneiras de melhorar tais dinâmicas de atividades. Contribuindo assim, por alargar as perspectivas de atuação, e talvez apontar, novas reflexões e abordagens para o trabalho de corpo que também é capital para todo sofrimento psíquico.

As práticas corporais no tratamento.

A prática de atividades físicas como fator de promoção da saúde em todos os campos, vem ganhando cada dia mais relevância em um tratamento multidisciplinar. As escolhas, atitudes e comportamentos, relacionados às práticas corporais definem um estilo de vida mais individualizado para o sujeito em questão (NAHAS, 2010).

A atividade física como parte do processo terapêutico ocorre de maneira simples. A realização de exercícios físicos, mesmo que desconhecidos, faz com que o paciente consiga preservar sua capacidade de adaptação funcional, permitindo retornos mais próximos daquilo que se considera normal, ou dito melhor, mais comum. Choshi, (2000) esclarece que em tratamento, o paciente é estimulado a buscar novas alternativas psicomotoras enquanto realiza uma nova prática ou modalidade esportiva.

Nesse mesmo horizonte, Roble, Moreira e Scagliusi (2012), nos apontam que, através da consequente melhoria da aptidão física o paciente adquire outras características significativas em seu organismo, já que o trabalho com o corpo proposto de maneira cuidadosa, propõem rotas onde a possibilidade de lidar com situações imprevisíveis, através de corpos em transbordamentos variados e intensos. O trabalho corporal permite que se atinja toda uma gama de circuitos orgânicos, hormonais e afetivos, capazes de num espaço de tempo considerável contribuir para a jornada desses sujeitos.

Um olhar mais cauteloso quanto à prática de atividades físicas em sujeitos que sofrem dos chamados transtorno mentais, deve sempre se atentar a grande vulnerabilidade apresentada. São imensos os prejuízos físicos associados às patologias; como perda de massa muscular, perda de força física, aumento do peso corporal, prejuízos coordenativos, organização espacial, dificuldade de atenção, entre outros. Além disso, há também as incontáveis perdas sociais, como quebra de vínculos familiares e exclusão de boa parte da sociedade. O corpo é precursor de sentidos, e na relação com o próprio corpo é possível iniciar o processo de identificação, fundamental para o estímulo à vida. A possibilidade de reativar habilidades esquecidas ou abandonadas, auxiliam no reencontro de certa estabilidade psíquica, promovendo ainda, uma melhoria quanto a qualidade de vida e de sua saúde. De maneira mais direta, após experienciarem possibilidades de reintegração de hábitos saudáveis e desenvolvimento de certa autonomia, a retomada para o corpo se afirma de forma importante para uma possível reintegração efetiva em escala familiar e social. (NASCIMETO E GAIO, 2016).

Entretanto, com a evolução da educação física como ciência e o avanço tecnológico e de pesquisa nas mais diversas áreas, é possível verificar uma aproximação cada vez maior das práticas corporais com o modelo biomédico. A postura técnica, que os profissionais de educação física em sua maioria promovem, tende a se acomodar em metodologias fixas que dificultam o trabalho neste campo. Sua proposta está ancorada em uma terapêutica que coloca os saberes científicos da fisiologia e da biomecânica como o núcleo central na elaboração das práticas corporais, o que muitas vezes não é cabível com a realidade que se enfrenta nesses espaços, sendo antes necessário uma avaliação mais apurada com os casos, o que requer, entretanto, um olhar mais intimista e sensível.

Práticas e conceitos elaborados a partir desse saber biomédico cientificista, norteiam uma certa periodização realizada pela maioria da equipe profissional neste campo. Em larga escala pautados sob o diagnóstico, limitam e generalizam grande parte das condutas. Para que se visualize melhor o apresentado, vale a exposição de um exemplo clássico; é conceito geral nesta ceara, que pacientes dependentes químicos necessitem de atividades vigorosas, para que seu gasto energético seja mais significativo e que desta forma ele diminua seu sentimento de abstinência das drogas, “propondo” assim um estado de calma, ou um estado mais pacífico, e assim, seja possível que seu

aproveitamento junto as demais psicoterapias sejam mais vantajosos. No entanto elencamos as seguintes reflexões para amparar nossa premissa que considera fundamental o alargamento da reflexão e das condutas: É possível considerar o mesmo método ou protocolo a todos os indivíduos portadores de dependência química? Não deveríamos antes, nos importar mais com as características ou necessidades particulares de cada indivíduo, buscando saber quais são as referências dadas por cada sujeito, buscar integrá-los nas possibilidades de dinâmicas propostas, e ainda, estar atento em cada forma sentida de sofrimento, refletindo sobre quais necessidades se fazem presente em tão arrevesado caminho?

Para desenvolvermos as reflexões acima pregressas, se faz necessário retomarmos a discussão a respeito do sofrimento humano. Ora, é certo que vivemos em uma sociedade excludente, que conforme já sinalizamos, tem pouca ou quase nenhuma preocupação com as questões da saúde mental. Esta mesma sociedade, em sua larga e nefasta contradição evidencia constantemente dinâmicas variadas de comparação, com indicativos diversos que em sua maioria apontam para ideias ilusórias de felicidade, o que remete a compreensões deturbadadas de normalidade. Tal perspectiva dominante, dirige sempre para fora a busca pela felicidade ou por maneiras de se fazer sentir integrante de uma compreensão deturpada. O que traçamos na esteira de Freud, é reconhecer que junto com o que se passa no ambiente social e relacional de cada indivíduo, é necessária uma investigação mais profunda em cada processo patológico. Buscando verificar possíveis causas dessa teia simbólica das emoções que manifestam no corpo e em toda sua integrada conexão (orgânica, mental, espiritual), o que geralmente não se enquadra e não é compreendida ou debatido na dinâmica proposta pela sociedade moderna; pois esta, limita os cuidados ainda nos saberes mais afinados a psiquiatria, que em sua maioria aludem ao excesso de medicalização e sobretudo ao adormecimento do inconsciente como prática normativa na conduta com esses pacientes.

Freud em sua obra “*O mal estar na cultura*” (2010), nos convida a uma consideração fundamental, no que toca a discussão sobre o sofrimento. Ele evidencia que a avaliação que elaboramos em nosso *ego* e *superego*, acerca de nossos sentimentos e da maneira pela qual lidamos com nosso sofrimento, é algo primordial para a compreensão do sofrimento conosco e de nossos pares. Entretanto nos transtornos psiquiátricos, a fronteira entre o eu (*ego*) e o mundo exterior se torna ainda mais precária, devido às inúmeras perturbações inerentes a patologia que os assola. Poderiam então as ações sensoriais adequadas contribuir para uma melhor distinção sobre uma percepção mais objetiva do que está dentro e do que está fora desse eu? E com isso, propiciar um fluxo emocional e até mesmo psicomotor desse paciente em processo de cuidados quando em internação especialmente, contribuindo por uma melhora gradual do quadro inicial agudo?

Levantamos a hipótese que sim, os estímulos sensoriais e as práticas corporais pensadas sob os cuidados e reflexões que elencamos, são de extremo valor a esses pacientes e aos profissionais que assim se dedicam ao cuidado nessa tejedura. Por meio do corpo, somos convidados a acessar circuitos que muitas vezes estavam ocultados e carentes de estímulos quaisquer. O que nos remete a trazer o movimento, como condição nefrágica em relação a um possível e importante avanço na retomada da saúde nesses pacientes, sendo ainda, todavia, a retomada de suas condições de existência. Por meio da produção de sentidos, que o trabalho de corpo convida e promove em seu exercício profícuo, podendo conduzir o sujeito a uma retomada em sua própria condição de sujeito, através desse encontro consigo, parafraseando Nietzsche em Zarathustra (1885), com o movimento “de sua única e verdadeira casa”, a saber, nosso corpo.

Ainda discorrendo sobre a questão do sofrimento, recorreremos a Freud na mesma obra sobre a cultura, na qual o autor nos apresenta três formas de sofrimento nessa dinâmica cultural humana, são elas: primeiro; aquela que ameaça nosso próprio corpo e a forma como o mesmo perde sua funcionalidade, segundo; o sofrimento oriundo da natureza ou das forças superiores, e, por fim ao sofrimento oriundo das relações humanas. Dito isso, podemos esboçar um mapeamento das possíveis origens em relação as causas de nossos sofrimentos, e, verificar que essas três formas ou manifestações permeiam a vida de todos os seres humanos. Portanto, a questão do sofrimento se configura em algo comum, ao contrário, todos estamos lidando com o sofrimento no curso intenso da existência.

Ocorre que com os sujeitos em situações de sofrimento psíquico, ao invés do percurso comum que a maioria de nós faz ao lidar com tais sofrimentos, o peso da vida se dá de forma ainda mais intensificada, dando a eles o que Freud (*Totem e Tabu* 1912-1914) chamou de *deslocamento* e *transferência* em *objetos imaginários* (se transformam em megalomanias ou introversões diversas), ou ainda, transferindo por meio dos *transbordamentos* das emoções uma carga dificultosa ao *ego*, o que em linguagem psicanalítica refere-se a expressão e manifestação da doença ou patologia. Logo, a proposta de trabalho com os mesmos sujeitos em diferentes intensidades de sofrimento, deve partir de premissas ancoradas nesse lugar de compreensão. Temos então, enquanto profissionais dessa ceara do corpo, larga tarefa de reinvenção quanto a práticas e sensibilidades ao contato com os pacientes, visto que, os ambientes hospitalares da saúde mental ainda seguem o modelo antigo e em muito obsoleto, limitado às cartilhas biomédicas, distanciando a operação cabal de “troca de sapatos” de nós com esses sujeitos.

Merhy em sua obra “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde.” (1998), propõe uma desconstrução quanto a atuação dos profissionais junto a saúde mental. De acordo com este autor se faz necessário a reinvenção desses profissionais, no que toca o exercício de seu fazer frente as realidades muitíssimo singulares e flutuantes em questão. Em um ambiente atípico, em alguns casos hostis e de difícil alcance, um fator se faz vital: o vínculo. A relação entre terapeuta e paciente necessita de confiança e espaço para esse processo compreendido quase que de maneira atemporal. Através de pequenos atos em nosso comportamento, desenha-se um convite capaz de promover com maior naturalidade, pontes que fortaleçam o elo e amenizem os transbordamentos emocionais, por mais agudos e graves que sejam estes.

Pontes para outras Perspectivas.

O tratamento psiquiátrico em ambiente hospitalar engloba um emaranhado de dificuldades para pacientes e terapeutas. Os que se encontram internados vivenciam uma condição diferente de tudo que já vivenciaram; ambiente confinado, convívio impessoal e a necessidade de reviver seus medos e frustrações por meio de propostas que visam certa produtividade. Uma mudança drástica de hábitos, que em sua maioria desconsideram o tempo particular de cada um, e se articulam sobretudo mais em demonstrações de um certo “status ou conduta profissional correta”, do que no cuidado devido para com esses sujeitos. Portanto, a aceitação desses pacientes num ambiente de internação se configura como um desafio imenso, especialmente por se tratar de pessoas distantes de seu convívio mais íntimo, fazendo com que tais pacientes não se sintam amparados. A saudade dos familiares, assim como a perspectiva de dinâmicas que estão na “vida lá fora”, são algumas das maiores queixas descritas por esses sujeitos em

processo de tratamento. O que de certa forma nos traz diretrizes da importância do estabelecimento de vínculos, assim como a construção contínua de um ambiente que se traduza mais integrado, e se faça mais convidativo e interessante aos que desejam ressignificar o seu eu.

Essa realidade nos permite refletir sobre a forma como cada terapeuta lida com sua prática. Se este manifesta predileção ao caráter técnico, ou seja, a presença exagerada e confiante em um único método (biomédico tradicional), ou, se permite o atravessamento de outras técnicas, além do exercício profícuo de sua própria criatividade e intuição, se distinguindo ferozmente do modelo biomédico. Que por sua vez, expressa uma postura apartada da produção de vínculos, como forma de “avaliar com mais clareza” os melhores procedimentos à um tratamento.

Essa visão cientificista ainda se faz muito presente no tratamento psiquiátrico, dirigindo orientações aos profissionais da equipe em uma terapêutica baseada em diagnósticos apontados em anamnese inicial. Esse olhar pragmático constitui uma relação paciente/terapeuta generalista, levando em consideração apenas o diagnóstico, e então a partir disso, se organizam as diretrizes nas quais os terapeutas devem atuar. O que corrobora para a manutenção desse mesmo modelo que a tempos vem sendo criticado, como também, para um certo embrutecimento das capacidades criativas de atuação dos demais profissionais envolvidos.

O tratamento medicamentoso que ocorre paralelamente a psicoterapia, apesar de certa eficiência na regressão do quadro sintomático, demonstra sua face gélida, visto que é mantido em primeiro plano. Assim, fica em segundo plano toda mudança necessária quanto aos estímulos que possam vir a impulsionar os pacientes. Dessa forma, é possível que verifiquemos a importância que a psicoterapia tem no processo de reintegração desses sujeitos, sendo então fundamental a compreensão desta responsabilidade. Do contrário, continuarão a alimentar posturas desencorajadas, e com pouca legitimação no campo afetivo para com os pacientes, além de consigo mesmo.

É dentro desse contexto que as práticas corporais podem possibilitar uma mudança de olhares dos profissionais e desse modelo que insiste em vigorar. Já que por meio da reabilitação do corpo, passível de observação objetiva, verificarmos as melhoras graduais alcançáveis. Um olhar cuidadoso e humanizado que busque auxiliar o paciente no que mais lhe seja importante naquele momento, e em respeito com cada caso em singular, faz potencializar atitudes sentidas no próprio corpo, e que certamente apontam vetores de melhora em toda extensão corpórea integrada.

Nem todos os pacientes deprimidos se enquadrarão na mesma prática, na mesma metodologia ou ao mesmo tipo de abordagem. O presente texto tem como intuito propor ao terapeuta responsável pelas práticas corporais em ambientes hospitalares um olhar alargado e empático para a prática. Na figura a seguir demonstra-se como a prescrição das práticas corporais ocorre normalmente, onde de acordo com diagnóstico proposto, se escolhe a prática a ser executada.

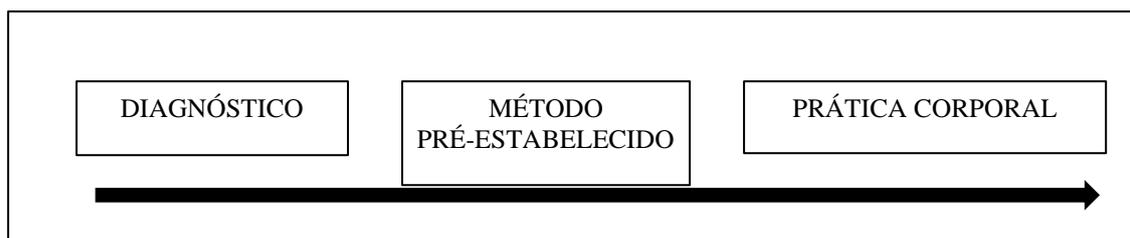


Figura 1. Modelo biomédico de prescrição de práticas corporais.

O modelo biomédico por vezes parece ter a intenção de garantir a reputação do profissional envolvido frente a questionamentos, e deixa de lado a dor, a angústia e o sofrimento inerente a cada caso. Em outras palavras, coloca o profissional em evidência e não o paciente. Não devemos nos acomodar dentro de muralhas erguidas pelos diagnósticos que visam nos tornar “seguros” para determinar a prática mais adequada. De nada adianta estar seguro quanto às técnicas aplicadas visto que não se alcança o íntimo dos principais beneficiados, os pacientes.

O trabalho em saúde mental, principalmente no campo das práticas corporais, demanda um comportamento do profissional em assumir riscos frente aos desafios enfrentados diariamente; incertezas e oscilações de comportamento, humor variado e paradoxal e condições físicas bastante comprometidas. Não é possível nos darmos ao luxo de nos prendermos a cartilhas, métodos ou protocolos que se dizem conclusivos. É preciso sensibilidade aliada à coragem para se colocar no lugar do outro. Tratar as práticas corporais como receitas prontas, onde determinada patologia é tratada com métodos, cargas de exigências e modalidades de atividades específicas, revela um modo de agir profissional que se configura em um pensamento demasiadamente simplório frente à imensa complexidade da mente humana e da mudança de comportamento que ela está sujeita.

O sentimento de deterioração do corpo pode ser amenizado, através de práticas que com cautela devida e responsabilidade, tragam benefícios aos pacientes. Alongamento e treinamento de mobilidade articular podem trazer conforto muscular; um protocolo de treinamento aeróbico incluindo caminhada ou corrida pode providenciar uma perda de peso que afeta diretamente na autoestima do indivíduo.

Na esteira de Schopenhauer podemos dizer: *às vontades mais instintivas*, que não são passíveis de controle, tem no trabalho de corpo mais do que uma simples prática física. Esta por sua vez passa a vigorar, como uma ferramenta com mira para a percepção dos afetos daquele que experiência no gesto, na *physis*¹, ou melhor seria dizer, o desejo ou repulsa que antecede à vontade. Para melhor nos explicar, revisitemos Schopenhauer quando este discorre sobre seu conceito *objetividade da vontade* (vontade tornada objeto), sendo então a *ideia* um de seus maiores atributos, diferenciando-se com isso do *princípio de razão*:

(...) A multiplicidade de tais indivíduos é concebível unicamente mediante o tempo e o espaço, seu surgir e desaparecer unicamente mediante a causalidade, em cujas formas reconhecemos somente as diversas modalidades do princípio da razão, princípio último de toda finitude, toda individuação, forma geral da representação, tal como esta se dá na consciência do indivíduo como tal. A idéia, porém não se submete àquele princípio: por isto não experimenta pluralidade nem mudança. Enquanto os indivíduos em que se manifesta são inumeráveis e nascem e perecem incessantemente, ela permanece invariavelmente a mesma, e para ela o princípio de razão não possui significado algum(...). (Schopenhauer, 2000, p.21).

São variadas as práticas corporais que podem contribuir, acrescentar e potencializar percursos mais frutíferos de reabilitação, como práticas de yoga, relaxamentos conduzidos por estímulos musicais, entre outros. Dentre os quais, são propostos entre outras coisas, caminhos de movimentos e dinâmicas com o corpo e o seu estado corporal. Por meio de exercícios respiratórios ritmados, posturas aparentemente simples, estímulos sutis de toque, se faz possível convites mais interessantes a sujeitos muitas vezes carentes de lampejos que lhe pareçam menos invasivos ou de praxe. Nesses exemplos de práticas corporais, podemos verificar o quão atuante são, e ainda, o quanto contribuem por

harmonizar o fluxo volumoso e intempestivo dos pensamentos e expressões corporais desses pacientes.

Além dos estímulos mais individualizados como os supracitados, práticas coletivas como a dança, meditação, exercícios em grupo, jogos coletivos, entre outros, também estão presentes no cabedal possível dos trabalhos com corpo. Visto que este trabalho se trata sobretudo de um processo contínuo, com muitas entradas e saídas de abordagens, prezando pela experiência do instante que constantemente é reconstruído, e no caso da saúde mental deve implicar ainda a incessante reconstrução de significados e a sementeira para a centelha de novas teceduras para a existência.

Faz se então de especial apreço, a necessidade dessas práticas corporais, enquanto um cuidado especial e mais sensibilizado com o corpo em sua totalidade ou holismo integrado. Compreendendo ainda, que, os fatores sociais, econômicos, religiosos, limitações físicas e cognitivas e preferências de gosto, daqueles que a praticam, também devem ser levados em consideração. Desta forma, a próxima figura tem o intuito de ilustrar a perspectiva que defendemos, para possíveis construções futuras.

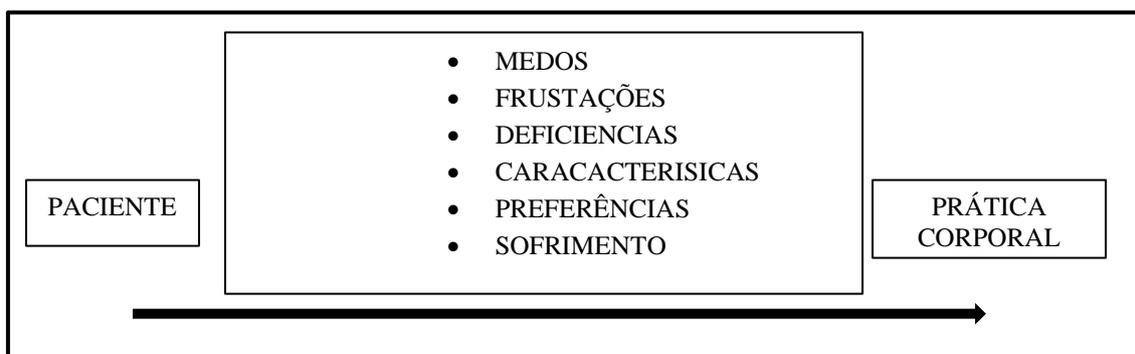


Figura 2. Modelo empático e humanizado de prescrição de práticas corporais.

Concedemos ao corpo o lugar no qual, se abriga e reverberam nossas afecções e emoções de importância legítimas. Nos apropriamos das palavras de Nietzsche para saudar tal acuidade, e assim falou este filósofo:

Aos que desprezam o corpo quero dar meu parecer. O que deve fazer não é mudar de preceito, mas simplesmente despedirem-se do seu próprio corpo e, por conseguinte, ficarem mudos.

“Eu sou corpo e alma” – assim fala a criança – E por que se não há de falar como as crianças?

Entretanto o que está desperto e atento diz: - “Tudo é corpo e nada mais; a alma é apenas nome de qualquer coisa do corpo”.

O corpo é uma razão em ponto grande, uma multiplicidade com um só sentido, uma guerra e uma paz, um rebanho e um pastor.

Instrumento do teu corpo é também a tua razão pequena, a que chamas espírito: um instrumentozinho e um pequeno brinquedo da tua razão grande.

Tu dizes “Eu” e orgulhas-te dessa palavra. No entanto, maior- coisa que tu não queres crer- é o teu corpo e a tua razão grande. Ele não diz Eu, mas: procede como Eu. (Nietzsche, 2001, p. 41).

Não é a intenção do presente ensaio trazer medidas impositivas, a compreensão de que a educação física ou as práticas corporais são as salvadoras da psiquiatria e que

configuram a ciência régia no tratamento em saúde mental, não são fundamentos que enxergamos legitimar. Prezamos pelo desejo na relação com o *cuidado* em sua mais profunda atribuição, confiantes que abordar novas perspectivas e experimentos concretos com formas variadas de trabalhos corporais, possam vir a permitir, a experiência em consonância entre profissionais e pacientes. Colocando em cheque virtudes como a coragem, a criatividade, assim como, o reconhecimento de um princípio comum a todos, isto é, o princípio da fragilidade, inerente a toda existência corpórea. Ademais, elencamos o fazer nessa ocasião do *cuidado* com o outro, como ato de aprendizado “*mútuo e significativo*” (Libermam, 2010), se realizando sob um horizonte ampliado de inserções e possibilidades de mudanças constantes, configurando-se em uma roda de forças que não cessa em movimentar mais confiança e menos apatia naqueles que de fato devotam ao corpo a audácia de experimentá-lo em suas muitas camadas e alcances.

Referências.

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- CHOSHI, K. **Aprendizagem motora como um problema mal resolvido**. Revista Paulista de Educação Física, São Paulo, Suplemento, n.3, p. 16-23, 2000.
- FREUD. S. **O mal estar na cultura**. Porto Alegre. L&PM, 2010.
- FREUD S. **Totem e Tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos**. São Paulo, Companhia das Letras, 2012.
- GOBBI S. COELHO F.G.M., COSTA J.L.R., GOBBIL.T.B. **Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria a pratica**. CRV. Curitiba, 2013.
- LIBERMAN, F. **O corpo como pulso**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.33, p.449-60, 2010.
- MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. In: CAMPOS, C.R. et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. rev. atual. Midiograf. Londrina. Pag. 318. 2010.
- NASCIMETO A, GAIO D. **Possibilidades de recursos terapêuticos para pacientes psicóticos**. Cad. da Esc. de Saúde, Curitiba. 2016; 1(15): 81-95.
- NIETZSCHE, F. Assim Falou Zaratustra. São Paulo. Martin Claret. 2001.
- ROBLE, O.J., MOREIRA, M.I.B., SCAGLIUSI, F.B. A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. Interface vol.16, no.41, Botucatu, Epub July 05, 2012.
- SCHOPPENHAUER, A. **O Mundo como vontade e como representação**; III Parte. Os Pensadores. São Paulo, Editora Nova Cultural. 2000.
- ROCHA, G. S. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1989.
- VENANCIO, Ana Teresa. **A Construção Social da Pessoa e a Psiquiatria: Do Alienismo à "Nova Psiquiatria"**. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva Vol. 3, Número 2, 1993.
- WILLIAMS, M., PENMAN, D. **Atenção plena: Como encontrar a paz em um mundo frenético**. Rio de Janeiro. Sextante, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO special initiative for mental health** (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization. 2019.