

Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Medicina Preventiva e Social

## O CORPO PSICÓTICO EM UMA ATIVIDADE ESPORTIVA

Maria Cristina Zago

Supervisores: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

Dr. Juarez Pereira Furtado

Campinas, Fevereiro de 2007

## O CORPO PSICÓTICO EM UMA ATIVIDADE ESPORTIVA

Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas como requisito para conclusão de aprimoramento profissional.

Dedico esta monografia à minha mãe

Agradecimentos: pacientes e equipe do Núcleo de  
Atenção à Crise (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira), à  
Fundap e a minha supervisora Rosana O. Campos.

## Sumário

Resumo.....	6
Introdução.....	8
I.O corpo psicótico.....	12
1.1 A psicose segundo um enfoque psicanalítico.....	12
1.2 Desenvolvimento da imagem corporal.....	20
1.3 O corpo como expressão do sofrimento mental.....	25
II.A atividade esportiva e a psicose.....	28
III.Um grupo de esportes em um Núcleo de Atenção à Crise.....	29
3.1 Caracterização do Campo.....	29
3.2 Metodologia do grupo.....	33
IV.Discussão .....	34
V.Conclusão .....	38
VI.Referências .....	40

## Resumo

Zago, M. C. O corpo psicótico em uma atividade esportiva. Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas como requisito para conclusão de aprimoramento profissional, 2007.

Tem-se um trabalho de pesquisa qualitativa com pesquisador participante, onde se apresenta um grupo de esportes inserido em um Núcleo de Atenção à Crise (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira), através de um pano de fundo composto pela teoria psicanalítica a respeito da estruturação da psicose (autor de base D. W. Winnicott) e da construção da imagem corporal descrita por F. Dolto e J. McDougall.

Trata-se de um grupo operativo com pacientes psicóticos e neuróticos graves, cuja frequência é de duas vezes por semana e a duração de uma hora e trinta minutos. Destina-se um espaço para reflexão, simbolização e elaboração da vivência do grupo, buscando ressignificar movimentos emocionais antes da volta ao Núcleo.

Os resultados se baseiam na comunicação verbal e não verbal dos participantes, bem como nas devolutivas prestadas pela equipe multiprofissional do Núcleo. A atividade em grupo promoveu a interação e o exercício das relações interpessoais, o que contribuiu para a diminuição de sentimentos de isolamento e exclusão dos usuários. Ofereceu também oportunidade de aprendizado.

Pôde-se interpretar, a partir da compreensão psicanalítica expressa anteriormente, que o grupo auxiliou o indivíduo com psicose a aceitar sua humanidade machucada expressa em seu esquema

corporal. Oportunizou a construção de uma imagem do corpo reatualizada, através do relacionar-se.

Entende-se que a atividade física em grupo contribuiu para uma maior qualidade de vida do paciente psicótico, figurando como uma importante aliada à terapia, quer sob o ponto de vista fisiológico, como notadamente sob os olhares da clínica em psicologia psicanalítica.

(Palavras-chaves: psicanálise, psicose, atividade física, imagem corporal, esquema corporal)

## Introdução

Este trabalho faz parte de uma trajetória de contato com pacientes psicóticos que teve início no terceiro ano acadêmico da faculdade de psicologia da Puc-Campinas através da disciplina de Psicopatologia, a qual tinha como campo de atuação um Serviço de Saúde Mental da rede de Saúde do Município de Campinas. Essa primeira experiência com pacientes psicóticos levou a novas oportunidades de contato com o Serviço por meio de um estágio voluntário em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pertencente à rede de saúde do município de Campinas . Desenvolveu-se neste Equipamento um projeto relacionado à prática de atividades esportivas, através de uma parceria com uma das psicólogas da equipe e de outros voluntários (profissionais de educação física). Posteriormente, em um outro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da rede de Saúde do município de Campinas, foi possível participar das atividades relacionadas ao cotidiano do CAPS (Atelier; grupo de família) tendo-se a oportunidade de realizar um acompanhamento terapêutico com um dos pacientes, frente à solicitação da disciplina de Estágio Supervisionado em Clínica I. No final do curso acadêmico de psicologia, optou-se pela realização de estágio de maior concentração na área de saúde mental. Este estágio tinha como estrutura básica o atendimento psicoterapêutico individual, vivência de trabalho em grupo e participação em reunião de equipe multiprofissional.

Após a graduação, houve a possibilidade de continuar esta trajetória na área da Saúde Mental através da inscrição no Programa de Aprimoramento para Profissionais de nível superior não médico (Pós-Graduação Lato Sensu), junto à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, o qual tem como um dos campos de atuação o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A

experiência anterior com grupos, mas especificamente com o grupo de esportes em um CAPS, e posteriormente com os pacientes de uma unidade de internação (Núcleo de Atenção à Crise), compõem a motivação para a elaboração desta monografia.

A apresentação de um tema que articula sofrimento mental (psicose) e atividade física figura como uma possibilidade de se estabelecer um novo olhar sobre o tratamento de pacientes inseridos nos Serviços de Saúde, mas especificamente, em uma unidade que atende pacientes agudizados. Abre novos caminhos no sentido de romper muitas vezes com a estagnação e a mesmice do cotidiano nos diversos equipamentos da rede de saúde.

Entende-se que cientificamente deva existir um espaço para se discutir como a atividade física e o sofrimento mental podem se articular. Cogita-se que a atividade física melhora a aptidão física geral, o bem estar físico, psicológico e social (Pasquarelli, 2003). O exercício regular propicia a diminuição do peso corporal, da pressão arterial e melhora o controle da diabetes, tranqüiliza o praticante, por causa da liberação de beta endorfina, hormônio produzido pela hipófise, que cai na corrente sanguínea, produzindo o efeito de euforia e bem estar (Gordon, 1993; apud Costa, 2000). O aumento do nível de beta endorfina devido à prática de atividades físicas, em quantidade aumentada no sistema nervoso central e na corrente sanguínea, pode aliviar o processo depressivo (Souza, 1994; apud Costa, 2000). Dessa forma, pode-se dizer que a atividade física contribuiria para uma maior qualidade de vida do paciente psicótico, que muitas vezes encontra-se com uma aparente imobilidade, ou em agitação motora. Pasquarelli (2003) corrobora essa hipótese ao considerar que a atividade física pode ser uma aliada à terapia da pessoa com esquizofrenia. Devido às características normalmente apresentadas pelos usuários portadores de sofrimento mental no que se refere ao corpo, a prática de atividade esportiva por si só pode levar a um rompimento com a estagnação, ou proporcionar um momento para a legitimação da agitação motora. E

ainda mais para experimentar a própria percepção do próprio corpo e seus limites, e do esquema corporal (Dolto, 2004).

Neste trabalho de pesquisa qualitativa com pesquisador participante apresenta-se um grupo de esportes inserido em um Núcleo de Atenção à Crise (NAC), que atende pacientes psicóticos e neuróticos graves através de um pano de fundo composto pela teoria psicanalítica a respeito da estruturação da psicose, tendo como autor de base D. W. Winnicott, e da construção da imagem corporal descrita por F. Dolto e J. McDougall.

Trata-se de um grupo operativo com pacientes psicóticos e neuróticos graves, cuja frequência é de duas vezes por semana e a duração de uma hora e trinta minutos em uma quadra localizada no Serviço. Num primeiro momento tem-se a definição e preparação da atividade; os participantes escolhem entre as práticas de futebol, basquete, voleibol. Estabelecem-se dois capitães de equipe que estruturam os times (colocação dos uniformes). Num segundo momento, faz-se um alongamento muscular e inicia-se a atividade dividida em dois tempos de aproximadamente dez minutos. Finalmente, nos reunimos com os pressupostos da psicanálise de grupo buscando a reflexão, simbolização e elaboração das vivências.

Como escutar esse corpo psicótico que pode tentar se comunicar, mas que muitas vezes não fala nenhuma língua conhecida por nós? McDougall (1992) nos diz que muitas vezes, o corpo serve de quadro ao teatro do Eu. Só a maneira como esse corpo é “vivenciado”, imaginária e simbolicamente, pode determinar a natureza das “representações” passíveis de aparecer:

*“O Eu psicótico cria uma nova realidade, sem nenhuma sombra de dúvidas, um mundo no qual ainda lhe pareça possível viver, em sua tentativa de proteger a pele psíquica, um mundo no qual ele poderá guardar intactos os bastiões tão permeáveis de seu edifício identificatório, um mundo, enfim, onde ele poderá*

*conter da melhor maneira possível sua mortificação narcísica e sua raiva frente ao insensato e ao intolerável do que ele compreendeu ser o “seu” lugar na vida” (McDougall, 1992, p. 46).*

Dessa forma, pensa-se a construção de projetos terapêuticos baseados não em medidas ortopédicas, onde o ser é reduzido a condicionamentos pavlovianos, mas em trazer à tona estratégias que operem em todas as dimensões do Sujeito. Ouvir o que o paciente tem a dizer, nas suas mais diferentes linguagens e, muitas vezes, na ausência de qualquer som. Resgatar a responsabilização do Sujeito por seu tratamento, colocar em foco o protagonista da história, relembrar sua capacidade de escolher e viver, promover autonomia e não apenas gerenciar um tratamento.

Este trabalho é apresentado em três capítulos, onde o primeiro trata da estruturação da psicose e da construção da imagem corporal por meio da teoria psicanalítica, o segundo fala da atividade esportiva em pacientes com psicose e o terceiro caracteriza o campo e apresenta o grupo operativo. Esses capítulos embasam a construção da discussão e conclusão.

## I. O corpo psicótico

### 1.1 A psicose segundo um enfoque psicanalítico

Um enfoque psicanalítico da psicose pressupõe percorrer caminhos primitivos, referentes à construção do sentimento de “ser”, do “Eu”. O que torna cada um de nós uma “pessoa” distinta das demais, um indivíduo (do latim *Individuum* = “unidade indivisível”? (McDougall,1996).

Toma-se como alternativa de resposta a teoria winnicottiana do amadurecimento emocional. Segundo Winnicott (1994), o indivíduo progride da dependência absoluta para a independência relativa e no sentido da independência. Ele herda um processo de amadurecimento que o faz progredir na medida em que exista um meio ambiente facilitador e somente na medida em que este exista. O meio ambiente facilitador é um fenômeno complexo; ele possui uma espécie de amadurecimento próprio, estando adaptado às necessidades mutantes do indivíduo em crescimento. Ele pode ser descrito como *sustentação* (“holding”), evoluindo para o *manejo* (“handling”), ao qual se acrescenta a *apresentação de objeto* (“object-presenting”). Em um meio ambiente facilitador deste tipo, o indivíduo passa por um desenvolvimento que pode ser classificado como *integrador*, ao qual se acrescentam a *personalização* (“indwelling”) e, depois, o relacionamento objetal (“object-relating”).

O desenvolvimento é uma questão de herança de um processo maturacional e da acumulação de experiências de vida; esse desenvolvimento só ocorre em um ambiente facilitador. O ambiente facilitador é primeiro absolutamente, e depois relativamente importante, e o curso do desenvolvimento pode ser descrito em termos de dependência absoluta, dependência relativa e um caminhar para a independência (Winnicott, 1980).

O processo de amadurecimento se inicia após a concepção e continua até a morte natural. A teoria “winnicottiana” desdobra o amadurecimento em estágios, que podem ser enumerados em:

*“Dos estágios primitivos, de dependência absoluta, fazem parte : 1) a solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada teórica. Dos estágios iniciais, de dependência relativa, participam: 2) o estágio de desilusão e de início dos processos mentais; 3) o estágio da transicionalidade; 4) o do uso do objeto; e 5) o estágio do EU SOU. Após isso o bebê caminha “rumo à independência”. 6) estágio do concernimento. Em seguida vêm os estágios de independência relativa: 7) o estágio edípico; 8) o de latência; 9) a adolescência; 10) o início da idade adulta; 11) a adultez; e 12) a velhice e a morte. Na velhice, algo da dependência absoluta ou relativa retorna (Dias, 2003; p.101-102)”.*

Na teoria “winnicottiana” o processo de amadurecimento não é linear. Os estágios se superpõem parcialmente no decorrer da vida e o amadurecimento não é sinônimo de progresso. Existe a possibilidade de regredir em momentos de fadiga, de sobrecarga e de tensão. Apesar do processo de amadurecimento não ser linear, a resolução de tarefas de cada estágio depende do sucesso na resolução das tarefas dos estágios anteriores. Se o indivíduo não resolve as tarefas referentes ao estágio em que se encontra, há uma interrupção no processo de amadurecimento. O que ele constrói a partir desse ponto assume um caráter defensivo e sem valor pessoal. É importante destacar que, a conquista da unidade acontece no estágio denominado de EU SOU (presença de um sentimento de ser real e de existir como unidade) (Dias, 2003).

Excetuando-se às tendências herdadas do bebê, o ambiente teria um valor absoluto no início. Com a aquisição crescente de autonomia e identidade, a criança vai progressivamente colocando o ambiente em

segundo plano, numa situação de saúde. Ela se percebe real e o meio ambiente como fenômeno separado. Uma mãe suficientemente boa capacita o bebê a não se deparar com o imprevisível até poder considerar fracassos ambientais.(Winnicott, C. ,1994)

De acordo com Winnicott, (2000), as bases da saúde mental de um indivíduo são lançadas na primeira infância por uma mãe devotada, preocupada em cuidar dele; a mãe deve adaptar-se as necessidades de sua criança de maneira sensível e ativa. A psicose pode ter sua origem nos estágios primitivos do desenvolvimento emocional, quando o bebê está sendo gradativamente apresentado à realidade externa. Num estágio muito precoce, o bebê é afetado pelas tendências do ambiente. Quando o ambiente se adapta ativamente às necessidades do bebê, permite que ele se mantenha em isolamento; o ambiente é descoberto sem a perda da sensação de ser. Porém, numa situação de falha da adaptação suficientemente boa do ambiente, a sensação de ser é perdida pela intrusão do ambiente sobre a criança. O bebê reage voltando ao isolamento numa tentativa de readquirir a sensação de ser. Os relacionamentos levam a uma perda da sensação de ser, que vem a ser readquirida pelo retorno ao isolamento. Dessa forma, pode-se tentar esclarecer a etiologia das distorções psicóticas. A criança vai progressivamente se organizando para repudiar a intrusão ambiental. Há uma tendência para uma cisão básica no conjunto ambiente-indivíduo pelo fracasso da adaptação ativa do ambiente no início da vida. Porém, segundo o autor é importante assinalar que a adaptação às necessidades jamais é completa. Faz-se necessário que o indivíduo enfrente as falhas do ambiente através dos seus processos mentais. Por meio da compreensão intelectual, as falhas tornam-se aceitáveis, toleráveis, e até previsíveis, desde que o ambiente comporte-se de maneira coerente.

Segundo Winnicott (1980) uma criança que tem uma mãe ambiente vive uma situação em que seu ego está ao mesmo tempo fraco e forte. A criança depende da capacidade da mãe de dar suporte ao seu ego potencial, isto é, de sua “devoção”. Pode ser dito que o

“self” da criança, nesse primeiro estágio, é somente potencial. Na regressão a esse estado, o indivíduo torna-se imerso no “self” da mãe. O ego da mãe deve estar sintonizado com o ego do seu bebê, e ela poderá dar apoio somente se for capaz de ser sensível às necessidades dele. Quando há uma ótima integração na dinâmica mãe-filho, o ego da criança é reforçado, e é capaz de muito cedo organizar defesas e de desenvolver padrões que são pessoais, os quais são fortemente influenciados por tendências hereditárias. A criança cujo ego é forte por causa do apoio do ego da mãe logo se torna ela mesma, rapidamente se estabelece como pessoa. Onde esse apoio não existe, ou é fraco, ou cheio de remendos o desenvolvimento se relaciona a uma sucessão de reações ao fracasso do ambiente, do que a necessidades internas ou fatores genéticos. Os bebês que recebem apoio patológico ou inadequado ao ego tendem a serem iguais em padrões de comportamento (inquieta, desconfiada, apática, inibida, submissa). Eles não conseguem adquirir o “status” de um eu integrado; não há ainda um eu. Nenhum objeto externo ao “self” potencial da criança é conhecido. A criança não é capaz de se identificar com a mãe, com nenhuma mãe; nenhum objeto externo ao “self” é conhecido. Quando a experiência relacional mãe-lactente não proporciona a emergência da criança do seu estado original, pode ocorrer o desenvolvimento de um falso “self”, o qual esconde os vestígios que possam existir de um verdadeiro “self”.

Winnicott (1983) nos fala da etiologia do falso “self”, como este se desenvolve no relacionamento mãe-lactente (no estágio das primeiras relações objetais). Segundo o autor, o lactente está “não-integrado” na maior parte do tempo, e nunca completamente integrado. A mãe envolve o lactente simbolicamente e, às vezes, fisicamente. A onipotência infantil pode ser revelada através de um gesto (associação sensório-motora); um impulso espontâneo cuja fonte é o “self” verdadeiro. A mãe suficientemente boa é aquela que alimenta a onipotência do lactente, complementa as expressões de onipotência do lactente. Dessa forma, a mãe dá força ao fraco ego e um “self”

verdadeiro começa a ter vida. Ela age de modo a não colidir com a onipotência do lactente. Assim, ele vai, gradativamente renunciando a onipotência. O lactente começa a acreditar na realidade externa que aparece. O “self” verdadeiro pode criar e se sentir real. A mãe que não é suficientemente boa, não é capaz de sentir as necessidades do lactente falhando repetidamente em satisfazer o gesto do lactente. Ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão significa o estágio inicial do falso “self”. Um falso “self” submisso que constrói um conjunto de relacionamentos falsos.

A teoria formulada por Winnicott sobre o amadurecimento pessoal, nos introduz uma nova visão em relação à etiologia da enfermidade psicótica. O autor nos leva a entender a psicose como uma sofisticada organização de defesa, que se estrutura em função dos repetidos fracassos ambientais nos estágios primitivos do desenvolvimento. Segundo Winnicott, as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância por uma mãe ambiente que se adapta as necessidades do bebê de maneira sensível e ativa. Numa situação de falha da adaptação suficientemente boa do ambiente, a sensação de ser é perdida pela intrusão do ambiente sobre a criança. Ela vai progressivamente repudiando a intrusão ambiental dando origem as distorções psicóticas. A doença psíquica acontece se a tendência à integração não puder seguir seu curso. Todo indivíduo possui uma tendência inata ao amadurecimento; a enfermidade psicótica consiste no reverso dessa tendência, na sua paralisação (Dias, 2003).

Winnicott entende a enfermidade psicótica como uma organização defensiva bem-sucedida relacionada a uma agonia primitiva (Winnicott, 1994). Se há uma mãe suficientemente boa, a criança inicia um processo de desenvolvimento pessoal e real; caso contrário, a criança falha em se formar, ou se torna escondida atrás de uma falsa identidade (falso “self”), a que se submete e geralmente evita as

solicitações do mundo. Winnicott (1980; p. 31) classifica as funções da mãe suficientemente boa nos primeiros estágios em:

*“-segurar – segurar satisfatório é uma reação básica de cuidados, somente experienciado nas reações ao segurar “mal”. Segurar inadequadamente produz extrema tensão na criança, dando base para:*

*a-) a sensação de partir em pedaços;*

*b-) a sensação de cair num poço sem fundo;*

*c-) o sentimento de que a realidade externa não pode ser usada para reassuramento;*

*d-) e outras ansiedades que são usualmente descritas como psicóticas.*

*- tocar – facilita a formação de uma associação psicossomática na criança. Isso contribui para o sentido de “real”, como oposto a “irreal”. O toque desajeitado atua contra o desenvolvimento do tônus muscular e aquilo que é chamado “coordenação”, e contra a capacidade da criança de se comprazer na experiência do funcionamento corporal, e de ser.*

*- apresentação de objetos ou concretização (isto é, tornar real o impulso criativo da criança) inicia a capacidade da criança para se relacionar com objetos. A insuficiente apresentação de objetos bloqueia mais tarde o caminho rumo ao desenvolvimento da capacidade da criança para sentir-se real, ao se relacionar com o mundo do real de objetos e fenômenos. (Winnicott, 1980; p. 31)”*

A base da existência pressupõe o estabelecimento de um sistema de memórias e uma organização de lembranças. Desde o início do amadurecimento (bebê ainda no útero) as memórias corporais pessoais começam a se juntar. O apagamento da memória da presença é um dos traumas específicos que surgem na etiologia das psicoses (uma agonia impensável). A mãe ao tecer permanentemente a presença, apresentando continuamente ela mesma, e o mundo ao bebê (momento do gesto espontâneo), impede essa agonia. Dessa forma, a mãe previne o aparecimento da psicose através de um bom manejo (Dias, 2003).

Winnicott (1994; p.155) classifica as ansiedades “impensáveis” ou psicóticas em:

*“Nenhuma integração é mantida – desintegração*

*Uma certa integração é mantida – Queda eterna*

*Ir em todas as direções, Cisão somática; cabeça e corpo*

*Ausência de orientação*

*Perda de relacionamento dirigido com objetos*

*A integração é mantida- Meio ambiente físico imprevisível, ao invés de imprevisível médio.(Winnicott ,1994; p.155)”*

De acordo com o autor (1994), entende-se que a psicose é uma enfermidade que tem seu ponto de origem nos estágios do desenvolvimento individual anteriores ao estabelecimento de um padrão individual de personalidade. Dessa forma, o apoio do ego da figura ou figuras dos pais é de máxima importância. Um fracasso no meio ambiente pode levar a uma cisão no indivíduo em desenvolvimento. Winnicott (1994; p. 153) afirma que:

*“ uma mãe suficientemente boa, pais suficientemente bons e um lar igualmente bom podem realmente proporcionar à maioria dos bebês e das crianças pequenas a **experiência de não terem sido significativamente decepcionados**. Desta maneira, as crianças médias têm a oportunidade de construir uma capacidade de acreditarem em si mesmas e no mundo: elas constroem uma estrutura sobre a acumulação da confiabilidade introjetada. Elas são desditosamente ignorantes de sua boa sorte e acham difícil entender aqueles entre seus companheiros que carregam consigo, durante toda a vida, experiências de impensável ansiedade e uma deficiência no setor da confiabilidade introjetada. É entre estas últimas pessoas que a enfermidade, quando ocorre, tende a assumir uma forma que rotulamos de esquizofrenia, antes que psiconeurótica ou depressiva. (Winnicott, 1994; p.153)”*

Dessa forma, o autor coloca que os fracassos na confiabilidade ambiental nos estágios iniciais levam a rompimentos na continuidade pessoal como reação ao imprevisível. Os mecanismos de crescimento do indivíduo tornam-se bloqueados e aspectos regressivos podem ser observados. Pode-se entender a esquizofrenia como sendo uma sofisticada organização de defesa, uma organização no sentido da invulnerabilidade; uma organização que visa evitar que o indivíduo experiencie novamente a ansiedade impensável que foi experienciada em um momento de fracasso da confiabilidade ambiental, em um momento em que a personalidade imatura se encontrava no estágio de dependência. Dessa forma, ocorre um rompimento da linha contínua da existência do indivíduo em reação à falha ambiental; o resultado tem de ser um certo grau de distorção do desenvolvimento (Winnicott, 1994).

A psicose surge a partir de adiamentos, distorções, regressões e confusões nos estágios iniciais do crescimento do conjunto ambiente-indivíduo. As repetidas falhas de adaptação ambiental, representadas por um apoio materno patológico, ou ausente, causam uma falta de

confiabilidade da criança em desenvolvimento em relação ao meio. Assim, os fracassos da confiabilidade ambiental, decorrentes da imprevisibilidade do meio ambiente, criam uma situação propícia a instalação da enfermidade psicótica nos estágios primitivos do desenvolvimento emocional (Winnicott, 2000).

## 1.2 Desenvolvimento da imagem corporal

Segundo Dolto (2004) a imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais. Ela pode ser considerada como a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante antes mesmo que o indivíduo seja capaz de designar-se a si mesmo pelo pronome pessoal “Eu” e saiba dizer “Eu”. A autora entende que desde a concepção existe o sujeito inconsciente desejante em relação ao corpo. Assim para Dolto (2004):

*“A imagem do corpo é, a cada momento, memória inconsciente de todo o vivido relacional e, ao mesmo tempo, ela é atual, viva em situação dinâmica, simultaneamente narcísica e inter-relacional: camuflável ou atualizável na relação aqui e agora, por qualquer expressão “linguageira”, desenho, modelagem, invenção musical, plástica, assim como mímica e gestos” (Dolto, 2004, p.15).*

Dolto (2004) também estabelece considerações a respeito da definição de esquema corporal:

*“O esquema corporal especifica o indivíduo enquanto representante da espécie, quaisquer que sejam o lugar, a época*

*ou as condições nas quais ele vive. É ele, o esquema corporal, que será o intérprete ativo ou passivo da imagem do corpo, no sentido de que permite a objetivação de uma intersubjetividade, de uma relação libidinal “linguageira” com os outros que, sem ele, sem o suporte que ele representa, permaneceria para sempre um fantasma não-comunicável” (Dolto, 2004, p.14).*

Para a autora, o esquema corporal é o mesmo para todos os indivíduos (aproximadamente de mesma idade, sob um mesmo clima) da espécie humana, porém a imagem do corpo é particular a cada um: está ligada ao sujeito e à sua história; é específica de um tipo de relação libidinal. Dessa forma o esquema corporal para Dolto é em parte, inconsciente, mas também pré-consciente e consciente, enquanto que a imagem do corpo é eminentemente inconsciente. Ela pode se tornar em parte pré-consciente, quando se associa à linguagem consciente; utilizando-se de metáforas e metonímias referidas à imagem do corpo (Dolto, 2004, p.14).

Segundo Dolto (2004) a imagem do corpo não deve ser vinculada unicamente à necessidade, mas relaciona-se ao desejo; podendo preexistir a qualquer expressão do sujeito, mas com ela coexistente. A imagem corporal seria uma testemunha da falta de **ser** que o desejo pretende preencher, onde a necessidade visa saturar uma falta de **ter** (ou **fazer**) – esquema corporal. Assim, as pulsões advindas do substrato biológico estruturado sob a forma de esquema corporal só podem efetivamente passar para a expressão no fantasmático, e na relação transferencial, através da imagem do corpo. Dolto (2004) afirma:

*“Se o lugar, fonte das pulsões, é o esquema corporal, o lugar de sua representação é a imagem do corpo” (Dolto 2004; p. 28).*

Dolto (2004) ressalta que a elaboração da imagem do corpo só pode ser entendida na criança ao longo da estruturação de seu esquema corporal, em relação com o adulto educador. De que maneira a imagem corporal se constrói e se remaneja ao longo do desenvolvimento da criança?

Para responder essa pergunta devemos recorrer às definições apresentadas pela autora (Dolto, 2004) para as três modalidades da mesma imagem do corpo: ***imagem de base, imagem funcional, e imagem erógena***, que em conjunto constituem e asseguram a imagem do corpo vivente e o narcisismo do sujeito a cada estágio de sua evolução. Essas modalidades da mesma imagem corporal se associam entre si, mantendo-se coesas através da ***imagem dinâmica***; metáfora subjetiva das pulsões de vida **sustentadas pelo desejo do sujeito de se comunicar com outro sujeito através de um objeto parcial, sensorialmente significado.**

A ***imagem de base*** é o que permite uma continuidade narcísica, ou uma continuidade espaço-temporal que permanece que vai se preenchendo desde o nascimento.

Dolto (2004) define narcisismo:

*“...como a mesmice de ser, conhecida e reconhecida, indo-devindo para cada um no espírito de seu sexo”* (Dolto, 2004 p. 38).

O sentimento de existir de um indivíduo provém da convicção ilusória de continuidade, o qual sustenta seu corpo em seu narcisismo. A ***imagem de base*** é fundamentalmente constitutiva do que a autora denomina de ***narcisismo primordial*** (Dolto, 2004):

*“...narcisismo do sujeito enquanto sujeito do desejo de viver, preexistente à sua concepção... a criança é herdeira*

*simbólica do desejo dos genitores que a conceberam*” (Dolto, 2004, p.38).

A ***imagem de base*** tem uma dimensão estática, já a ***imagem funcional*** é a imagem estênica de um indivíduo que busca a realização de seu desejo. Graças à ***imagem funcional*** as pulsões de vida podem se dirigir ao prazer. Uma demanda localizada no esquema corporal, em um lugar erógeno, provoca o desejo, dessa forma, a elaboração da ***imagem funcional*** realiza um aumento de possibilidades relacionais com o outro nessa busca de realização do desejo (Dolto, 2004).

Dolto (2004) apresenta a ***imagem erógena*** como associada à determinada ***imagem funcional***, lugar onde se situa o prazer, ou o desprazer erótico na relação com o outro. Segundo a autora é necessário que:

“1. que a ***imagem funcional*** permita uma utilização adaptada do esquema corporal; 2. que a ***imagem erógena*** abra ao sujeito o caminho de um prazer partilhado, humanizante naquilo que tem como valor simbólico e pode ser expresso não apenas através da mímica e agir, mas com palavras ditas por outrem, memorizadas na situação pela criança que as utilizará com conhecimento de causa quando vier a falar” (Dolto, 2004, p.44).

A ***imagem dinâmica*** é expressa como o “desejo de ser” e de perseverar; ela é tensão de intenção, não tem representação própria, sendo inacessível a qualquer evento castrador; expressa o Sendo, o sujeito “em desejança”. (Dolto, 2004). A ***imagem dinâmica*** é sempre a de um desejo que visa um novo objeto, sendo contraditória ao autoerotismo, visto como uma tentativa de encobrir a ausência do objeto real adequado ao desejo (Dolto, 2004).

Dessa forma assinala Dolto (2004), a ***imagem do corpo*** é:

“... a síntese viva, em constante devir, destas três imagens: de base, funcional e erógena, ligadas entre si através das pulsões de vida, as quais são atualizadas para o sujeito naquilo que denomino *imagem dinâmica*” (Dolto, 2004, p.44).

Dessa maneira, diz-se que de um lado está o desejo agindo na *imagem dinâmica*, buscando realizar-se graças à *imagem funcional* e à *imagem erógena*, em que se focaliza para atingir um prazer por apreensão de seu objeto, e de outro lado estão os obstáculos à sua realização. Estes impedimentos se apresentam na figura de um sujeito que não tem desejo suficiente, ou de um objeto ausente, ou ainda de um objeto proibido. O narcisismo é remanejado na medida em que o desejo da criança é sujeito a provas. Essas “provas”, as *castrações* vão permitir à simbolização contribuindo para reatualizar a *imagem corporal* através do processo de re-elaboração (Dolto, 2004).

Assim, a *castração oral* (desmame) vai permitir a criança não ser exclusivamente dependente da mãe proporcionando a ela desenvolver uma linguagem compreensível a outros além da figura materna: a *linguagem verbal*. Já a *castração anal* possibilita a humanização e a socialização da criança (24 a 28 meses) através da privação do prazer manipulatório partilhado entre a criança e a mãe (proibição do prazer corporal entre mãe e criança). A autonomia conquistada em relação a mãe permite a descoberta da relação com outros (pai, amigos, etc.). Possibilita discriminar o dizer do fazer; desenvolvendo uma ética humana. A aceitação da verbalização de proibições pelos pais e familiares faz com que a criança assuma valor vivente no grupo. A *castração edípica* (interdição do incesto) possibilita a adaptação social da criança (Dolto, 2004). Para Dolto (2004) seria possível resumir os “frutos da castração” em uma frase, ou duas frases:

“... direi que o destino dado às pulsões que não podem satisfazer-se diretamente na satisfação do corpo a corpo, ou na satisfação do corpo com objetos eróticos incestuosos” (Dolto, 2004, p.61).

Se a castração é a proibição que se opõe à satisfação procurada e conhecida, tem-se que a **imagem corporal** se estrutura por meio das emoções dolorosas relativas ao desejo erótico, desejo proibido onde o prazer foi anteriormente experimentado e agora não é possível (Dolto, 2004).

### 1.3 O corpo como expressão do sofrimento mental

O sentimento de existir de um indivíduo provém da convicção ilusória de continuidade, o qual sustenta seu corpo em seu narcisismo. Porém as eclipses de narcisismo segundo Dolto (2004) podem dar abertura a aberrações do equilíbrio; desarranjos funcionais passíveis de serem interpretados como verdadeiras “quebras”, ou falhas no narcisismo, que através de pulsões de morte localizadas podem provocar ataques de órgãos (enfarte ou úlceras) no momento de choques emocionais.

Pode-se dizer que o conflito existente entre pulsões de vida e de morte pode ser apreendido na **imagem de base** e no **narcisismo primordial**; quando o bebê é tratado como um objeto, em que a figura cuidadora não fala com o **sujeito bebê**, as pulsões de morte podem prevalecer por muito tempo.

O fato de existirem palavras não significa para a criança comunicação de uma pessoa com ela, o que pode ocorrer na verdade é uma brecha na simbolização, capaz de levar a um quadro de esquizofrenia. Nos indivíduos com esquizofrenia a potencialidade de simbolizar a **imagem do corpo** foi interrompida em um dado momento devido a uma falha na comunicação (palavras desprovidas de valor emocional verídico; palavras incapazes de comunicar a vida e o amor,

ou o ódio do sujeito que verbalizava à criança e a quem a criança falava) a criança então simboliza o que vive de maneira particular, em um código que não é mais comunicável. A criança é reduzida a um **esquema corporal** do momento em que se torna esquizofrênica; o **esquema corporal separa-se da imagem do corpo** (uma ruptura do espaço e do tempo); seu desejo apresenta-se dissociado de sua possível realização. Não existe uma representação com credibilidade para o narcisismo de um indivíduo em comunicação com outro indivíduo. O indivíduo se retira para si mesmo estabelecendo um código de linguagem que para nós se apresenta como delirante, embora este código permita dar sentido as suas vivências (Dolto, 2004).

A **imagem dinâmica** é inacessível a qualquer evento castrador, como foi dito anteriormente, mas pode ser subtraída do sujeito através de um estado fóbico. O objeto fóbico obstrui a **imagem dinâmica** em seu trajeto desejante, ameaçando o sujeito do direito de sê-lo (Sendo).

O auto-erotismo vem como uma tentativa de encobrir a ausência do objeto real adequado ao desejo (Dolto, 2004). A masturbação pode ser entendida como uma repetição de uma mesma sensação corporal (sintoma compulsivo de estilo obsessivo), onde não há contato relacional entre sujeitos (relação sensorial de objetos parciais diferentes na realidade) e de relações emocionais inter-relacionais, onde cotidianamente novidades e descobertas se tornam possíveis (Dolto, 2004).

Para a autora (Dolto, 2004) a criança psicótica (autismo) compreende um tumor da simbolização:

*“... de um tumor imaginário construído **por uma função simbólica que andou no vazio e sem nenhuma possibilidade de relação com um outro humano**. Porque o humano que as pulsões da criança visavam estava ausente ou, se seu corpo*

*estava presente, estava psiquicamente fora de alcance para uma criança desde então solitária*” (Dolto, 2004, p. 181).

O sujeito se “dessolidariza” de seu corpo (pulsões de morte); uma retração do desejo do sujeito que vive como que vegetativamente, como diz a autora (Dolto, 2004):

“... *em férias de libido*” (Dolto, 2004, p.179).

Qualquer ameaça à integridade da ***imagem de base*** é sentida como mortal. Se ela é atingida ocorre a desvitalização parcial, ou total, o que leva a uma reação lesional (Dolto, 2004).

## II. A atividade esportiva e a psicose

Defini-se atividade física como sendo todo e qualquer movimento do corpo produzido pelos respectivos grupos musculares e que demanda um aumento do gasto energético de reserva (Bouchard & Shephard, 1993; apud Pasquarelli, 2003). Segundo Pasquarelli (2003) a atividade física melhora a aptidão física geral, o bem estar físico, psicológico e social. O exercício regular propicia a diminuição do peso corporal, da pressão arterial e melhora o controle da diabetes, tranqüiliza o praticante, por causa da liberação de beta endorfina, hormônio produzido pela hipófise, que cai na corrente sanguínea, produzindo o efeito de euforia e bem estar (Gordon, 1993; apud Costa, 2000). O aumento do nível de beta endorfina devido à prática de atividades físicas, em quantidade aumentada no sistema nervoso central e na corrente sanguínea, pode aliviar o processo depressivo (Souza, 1994; apud Costa, 2000).

Dessa forma, pode-se dizer que a atividade física contribuiria para uma maior qualidade de vida do paciente psicótico, que muitas vezes encontra-se com uma aparente imobilidade, ou em agitação motora.

Alguns autores argumentam que indivíduos com esquizofrenia parecem ter um risco aumentado à obesidade; sendo que 40% a 80% das pessoas que tomam medicação antipsicótica experimentam ganho de peso corporal que excede o peso corporal ideal em 20%, ou mais (Umbricht, Pollacks Kane, 1994; Masand, Blackburn, Ganguli, Goldman & Gorman, 1999; apud in Fogarty, Happell, Pinikahana, 2004). Sugere-se que os exercícios podem representar um importante papel no alívio dos sintomas das doenças mentais, figurando como um auxiliar no tratamento da esquizofrenia (Pasquarelli, 2003; Faulkner & Biddle, 1999; apud in Fogarty, Happell, Pinikahana, 2004;).

### III. Um grupo de esportes em um Núcleo de Atenção à Crise

O projeto de desenvolvimento de atividades esportivas, mas especificamente, o grupo de esportes surgiu a partir da escuta dos usuários, os quais denotaram interesse em conseguir um espaço para treinamentos regulares. Os usuários verbalizaram este desejo em Assembléia (espaço de encontro semanal para discussão de questões pertinentes à Unidade). Elaborou-se um projeto, que foi apresentado e apreciado em reunião de equipe.

#### 3.1 Caracterização do Campo

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira é uma instituição que não é apenas um hospital psiquiátrico, mas um conjunto de serviços ou projetos, complementares entre si e articulados pelo conceito da habilitação ou reabilitação psicossocial.

A situação do “Cândido” era de aprisionamento no passado. Esse aprisionamento tornava a instituição refém de um modelo anacrônico que enclausurava a loucura e mantinha profissionais e pacientes operando de acordo com o “modelo do dano”. Pode-se dizer que o Cândido hoje é uma escola. Escola de negociação, de respeito, de esperança e de confiança, para superar a tradição psiquiátrica promotora da apartação. Através da convivência democrática procura-se promover a inclusão social (Harari, A. , Valentini, W., 2001).

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira pode ser definido a partir de dois grandes eixos:

a-) como agência de promoção da saúde mental, em defesa do respeito à diferença e comprometido com o desenvolvimento de processos de inclusão e reabilitação psicossocial.

b-) como instituição filantrópica e pública de saúde, integrada ao SUS, comprometida com a defesa dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e sob controle social.

Vê-se o direito à moradia e à privacidade como eixos diferenciais do projeto das moradias extra-hospitalares. O direito ao trabalho é o eixo diferencial do Núcleo de Oficinas e Trabalho, cuja proposta extrapola o terapêutico propriamente dito, para buscar a reinserção das pessoas, sob seus cuidados, nas redes de produção, de troca e de consumo. Os direitos ao lazer, à arte, à cultura e à educação são, por sua vez, os eixos diferenciais que estão na base do projeto do Centro de Convivência / Espaço & Atelier / Projeto Casa-Escola, assim como o direito fundamental à liberdade e o respeito à dignidade e à integridade da pessoa humana estão na base do conjunto de estratégias terapêuticas utilizadas para o acolhimento, tratamento e acompanhamento das pessoas portadoras de transtornos ou sofrimento mental, seja no Núcleo de Atenção à Crise, seja no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (Harari, A. , Valentini, W., 2001).

De uma maneira geral, todos os CAPS procuram alinhar as suas práticas terapêuticas às diretrizes da luta antimanicomial. Os indivíduos que freqüentam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebem atendimentos oferecidos por uma equipe interdisciplinar com uma periodicidade que pode variar de um atendimento por semana até um tratamento diário. Nos momentos de crise, os pacientes utilizam o tratamento em período integral, pernoitando no CAPS. Nos finais de semana e feriados, existe sempre um profissional de nível universitário de plantão (psicólogo, terapeuta ocupacional ou enfermeiro), o qual permanece por um período de seis horas (Camargo, A. C. S. P. de, 2004).

A equipe do CAPS divide-se em equipes de referência, cada uma compõe-se de um médico-psiquiatra, dois ou três profissionais de nível universitário (psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros) e auxiliares de enfermagem (em média, três auxiliares de enfermagem). Essas equipes dispõem-se aleatoriamente entre os períodos matutino e

vespertino. O plantão noturno não se divide em referências; seu funcionamento tem um caráter independente.

Quando o CAPS passou a funcionar vinte e quatro horas diárias, a equipe se defrontou com um desafio: o de responsabilizar-se por funções relacionadas à reabilitação psicossocial, ao atendimento dos pacientes em crise e ao cuidado com moradias terapêuticas. A equipe do CAPS organiza-se de forma a dispor diariamente, exceto finais de semana e feriados, de um grupo de pelo menos três profissionais (dois de nível universitário e um auxiliar de enfermagem), que se responsabilizam por um “plantão multiprofissional”. Este grupo é chamado de acolhedores das demandas do dia/crise e de acolhedores de casos novos (triagens); O grupo de acolhedores foi especialmente planejado para atender aos casos de pacientes em crise. Aos pacientes são oferecidos grupos abertos, fechados, atividades manuais, ou físicas e os momentos de convivência. (Camargo, A. C. S. P. de, 2004).

O NAC é um serviço que atende pacientes psicóticos e neuróticos graves agudizados, ou de difícil manejo nos Caps. Até março de 1991, o Sanatório “Dr. Cândido Ferreira” operava com duas alas, uma masculina e outra feminina, que atendia tanto pacientes crônicos moradores como os pacientes agudos. À partir desta data, após a assinatura do convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde, criou-se a Unidade de Internação para usuários em crise aguda, fatos que marcam o início de um processo de diferenciação na atenção à assistência, contraposto ao modelo do passado de aprisionamento. O Núcleo conta, atualmente com 40 vagas para internação (15 femininas e 25 masculinas), mais as cinco vagas do *Leito Noite* (utilização: passar a noite em leito protegido; pacientes encaminhados pelas UBSs ou serviços de referência em saúde mental da rede municipal de saúde (NAC, Plano de metas, 2007).

O **NAC** estrutura-se em dois espaços físicos diversos, segundo o momento em que se encontra o sujeito dentro de um processo que se estende desde a franca crise até a alta: o **NAC I** mais protegido (sujeito

em franca crise) e **NACII** onde a circulação é livre pelas dependências do Cândido Ferreira; ampliação do seu espaço físico; possibilidade de contato com outras unidades da instituição; maior autonomia e responsabilização pelo tratamento (NAC, Plano de metas, 2007).

O Núcleo conta também com o **Espaço Aberto**, local onde os usuários podem expressar sua criatividade através de atividades artísticas diversas. A equipe realiza tratamento medicamentoso, atendimentos psicológicos e terapêuticos ocupacionais, oficinas de trabalho e atividades sócio-recreativas. Os Projetos Terapêuticos (PTIs) individuais são construídos com os serviços da rede pública de saúde mental e com familiares, tornando-se a Internação parceira nos processos de reabilitação psicossocial. O Projeto Terapêutico Individual (PTI) é o norteador para construção de possibilidades, tendo como objetivo a reorganização e fortalecimento do sujeito para a produção de laços sociais, aumento da rede de suporte, da autonomia e contemplação de necessidades e desejos. (NAC, Plano de metas, 2007).

O NAC tem por missão atender usuários com transtorno mental grave em crise, e que demandem atenção intensiva, inseridos, ou não, nos Serviços da rede municipal de Campinas. Para cada usuário, constrói-se um projeto terapêutico individual e integrado dentro do processo que culminará com sua alta, o qual tem como proposta a reinserção social e vinculação à rede de saúde mental de Campinas” (NAC, Plano de metas, 2007, p.2, 2006).

#### Recursos Humanos:

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Número</b>	<b>Carga Horária Semanal</b>
Auxiliares/Técnicos de Enfermagem	27	972 hs
Psicólogos	03	90 hs

Terapeutas Ocupacionais	02	60 hs
Enfermeiros	04	144 hs
Psiquiatras	03	60 hs
Auxiliar Administrativo	01	40 hs
Monitor de Oficina	01	36 hs
Usuário Terceirizado	02	72 hs
Total	43	1474 hs

(NAC, Plano de metas, 2007, p.6-7, 2006).

### 3.2 Metodologia do grupo

O grupo de esportes é aberto, heterogêneo em relação à faixa etária e patologia. Frequência: 2 vezes por semana, com duração de uma hora e trinta minutos em uma quadra poli esportiva localizada no Serviço. Num primeiro momento tem-se a definição e preparação da atividade. Os elementos do grupo escolhem entre as práticas de futebol, basquete e voleibol. Estabelecem-se dois capitães de equipe, que estruturam os times (colocação dos uniformes). Num segundo momento, faz-se um alongamento muscular e inicia-se a atividade dividida em dois tempos de aproximadamente dez minutos.

Após a atividade esportiva, destina-se um espaço para reflexão, simbolização e elaboração da vivência do grupo, buscando ressignificar movimentos emocionais antes da volta ao Núcleo.

## IV. DISCUSSÃO

A enfermidade psicótica pode ser entendida como uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, segundo a teoria winnicottiana descrita anteriormente. Os fracassos na confiabilidade ambiental nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional provavelmente levaram a rupturas na continuidade pessoal desses indivíduos. Dessa forma, pensa-se que houve no início da vida desses pacientes com psicose uma cisão básica entre eles e o ambiente. A coordenadora do grupo procurou dar suporte ao ego dos sujeitos (elementos do grupo), na relação transferencial, do mesmo modo que uma mãe a um filho (mãe suficientemente boa). O espaço terapêutico tentou proporcionar a confiabilidade necessária para promover o abandono da posição de invulnerabilidade por parte do paciente psicótico (narcisismo exacerbado).

Pode-se interpretar que o individualismo marcado dentro da atividade traduz um narcisismo exacerbado, ilustrado pelo sair da quadra sem dar notícia ao coordenador, ou aos demais (abandono); na estruturação das jogadas, onde observou-se, em determinados momentos, um empobrecimento no desempenho do grupo pelo pouco número de “passes de bola”; um correr com a bola sem estratégia, onde não se percebia os outros elementos do grupo. Ao mesmo tempo, a baixa tolerância à frustração (estar perdendo o jogo) foi impactante em determinadas situações levando à fuga da atividade.

Dessa forma, entende-se o grupo como uma oportunidade de estabelecimento de um processo de re-atualização da imagem corporal, através do relacionar-se, “jogar em grupo” (time), onde a atividade proporciona um ambiente que oportuniza o movimento dos sujeitos participantes do grupo no sentido de perceber os outros corpos como objetos também pertencentes à realidade; cada corpo representativo de um sujeito desejante; objetos oferecidos a seu desejo, provocando-os a desejá-lo de uma maneira filica, ou fóbica; desejar para entrar em contato com ele em uma relação de troca de

prazer, ou para recusar uma relação de troca com ele que seria desprazer. Busca-se através da atividade física em grupo, oportunizar um espaço onde na re-atualização, possa se dar à “posse” do corpo percebido no movimento e no inter-jogo relacional que a presença do “Não Eu” propicia.

Se o indivíduo é reduzido a um esquema corporal do momento em que se torna esquizofrênico, visto que o esquema corporal separa-se da imagem do corpo (uma ruptura do espaço e do tempo), tem-se que o desejo do sujeito apresenta-se dissociado de sua possível realização, não existindo uma representação com credibilidade para o narcisismo de um indivíduo em comunicação com outro indivíduo. O indivíduo se retira para si mesmo estabelecendo um código de linguagem que se apresenta como delirante para os outros, embora para ele este código permita dar sentido as suas vivências.

Pensa-se o esquema corporal como um interprete do sofrimento, intérprete ativo, ou passivo da imagem do corpo. Assim, as queixas de dores nos joelhos, costas, pernas, etc., dos elementos do grupo, as quais não encontravam ressonância física significativa, podem ser entendidas como sintomas hipocondríacos, por exemplo, como linguagem do “Eu” inconsciente solidário com o esquema corporal; talvez um meio de expressar o sofrimento de um ser humano atingido em seu narcisismo. Como diz Dolto (2004), os traumas do coração não falados podem ser expressos pelo corpo, o qual se sente traumatizado, por intermédio da imagem do corpo urdida no narcisismo do sujeito. Dores físicas também podem significar uma herança de uma dívida inconsciente que “desdinamiza” um dos descendentes da segunda, ou da terceira geração; onde um filho hipocondríaco pode falar, através de suas dores do sofrimento de um pai, ou de uma mãe que não pode ser dito verbalmente.

Alguns pacientes apresentavam uma “lentificação” dos movimentos, entendida por alguns técnicos como uma reação à prescrição medicamentosa pertinente ao tratamento da crise psicótica. Porém dentre eles pôde-se observar em alguns uma outra expressão

corporal durante a atividade. Progressivamente, a lentificação motora ía dando lugar a uma maior agilidade, dentro de uma mesma sessão de grupo, ou paulatinamente nas seguintes. Pensa-se que, no relacionar-se em grupo, esses indivíduos puderam trabalhar sua imagem corporal; talvez uma re-atualização de sua imagem funcional (neuromuscular) atingida por um acontecimento traumático no passado, o qual não permitiu uma utilização adaptada do esquema corporal pela imagem funcional. Por trás de uma apresentação caricaturada de fraqueza motora, ou imobilidade, existe um sujeito de sua história, da história de seu desejo, que através de uma imagem corporal proibitiva, tem sua mobilidade motora prejudicada, ou impedida. Um enfraquecimento motor físico, inexplicável do ponto de vista orgânico pôde ter na verdade uma origem psicogênica. Pode se dizer que muitas vezes, os pacientes não tinham nenhuma lesão, nenhuma disfunção orgânica. Sua apresentação, aparência eram devidos a uma imagem do corpo por eles construída, com impossibilidade de tónus e de motricidade imaginárias inconscientes.

É possível pensar que a apatia e a inércia de alguns também esteja relacionada a uma questão lesional de imagem de base, provavelmente de sua imagem funcional, a qual se refere ao estado de atividade, força física de um indivíduo que busca a realização de seu desejo. A aceitação do convite ao relacionar-se durante a atividade física em grupo permite interpretar que uma demanda localizada no paulatinamente ocorreu a utilização mais adaptada do esquema corporal, em um lugar erógeno, provocou o desejo e corporal pela **imagem funcional**, a qual realizou um aumento de possibilidades relacionais com o outro nessa busca de realização do desejo, através do inter-jogo.

Era comum a verbalização de medo da ocorrência de lesões físicas durante a atividade esportiva; uma expressão de medo exagerada, por vezes isso causava o abandono da quadra. Pensa-se que essa expressão de uma provável vulnerabilidade física pode ser entendida como um medo da possibilidade de uma nova lesão em seu

esquema corporal (vulnerabilidade psíquica). Medo consciente que pode ter suas raízes no passado, onde a imagem de base (inconsciente) foi lesionada; uma lesão em seu narcisismo primário.

Observou-se que o exercício regular pôde ter um efeito tranquilizador por questões fisiológicas provavelmente referentes à liberação de beta endorfina, traduzido por expressão de euforia e verbalização de bem estar por parte dos pacientes após a atividade física; o que aparentemente pôde aliviar o processo depressivo de alguns e propiciou um espaço para se legitimar a agitação motora de outros.

## V. CONCLUSÃO

Os resultados a seguir se baseiam na comunicação verbal e não verbal dos participantes, bem como nas devolutivas prestadas pela equipe multiprofissional do Núcleo. Entende-se que esta prática esportiva pôde vir ao encontro dos Projetos Terapêuticos Individuais de alguns usuários por propiciar um espaço para a convivência, onde foi possível trabalhar também questões como: frustração, regras, competição.

A atividade em grupo promoveu a interação e o exercício das relações interpessoais, o que contribuiu para a diminuição de sentimentos de isolamento e exclusão dos usuários. O grupo pôde servir como continente para desejos e emoções. Ofereceu também oportunidade de aprendizado.

A prática de atividade esportiva pôde levar a um rompimento com a estagnação e proporcionar um momento para a legitimação da agitação motora. E ainda mais, sugere-se um experimentar da percepção do próprio corpo e seus limites, e uma atualização da imagem corporal através do relacionar-se. Ressalta-se outro aspecto inerente ao grupo: a questão da reinserção social; através dessa atividade os usuários deste Serviço puderam interagir com outros jogadores (funcionários de uma loja de esportes de Campinas; pessoas da comunidade), em partidas amistosas, ocupando outros espaços que não o da “doença”; um correr em direção a bola, ou apenas um acompanhar das jogadas parecia revelar o “sadio”.

Pode-se interpretar, a partir da compreensão psicanalítica expressa anteriormente, que o grupo pôde ajudar o indivíduo com psicose a aceitar sua humanidade machucada expressa em seu esquema corporal. Ofereceu a oportunidade de se construir, através do relacionar-se, uma imagem do corpo re-atualizada.

Entende-se ser possível através da atividade física em grupo criar um ambiente terapêutico que oportuniza a expressão das dificuldades relacionais passadas permitindo, dessa forma, entender esse “setting” não convencional como um importante aliado no tratamento de pacientes psicóticos em um Serviço de Saúde Mental Público. Faz-se importante ter em vista, que por trás de um aspecto de embrutecimento, imobilidade motora, lentificação, apatia, debilidade, psicose, existe um sujeito desejante, que busca comunicar-se. Acredita-se que através de movimentos transferências referentes à relação psicoterapêutica entre coordenador e elemento do grupo, e nas inúmeras situações propiciadas pelo inter-jogo relacional, pôde-se trilhar o caminho no sentido de que esses sujeitos reencontrassem o desejo.

Entende-se que a atividade física em grupo contribuiu para uma maior qualidade de vida do paciente psicótico, figurando como uma importante aliada à terapia, quer sob o ponto de vista fisiológico, como notadamente sob os olhares da clínica em psicologia psicanalítica, por oferecer uma oportunidade de liberdade a sujeitos muitas vezes aprisionados em si mesmos e impossibilitados de desejar. É preciso ouvir o que o paciente tenta comunicar nas suas mais diferentes linguagens e, muitas vezes, na ausência de qualquer som, estar atento a esse “teatro do corpo psicótico”, que se apresenta nos diversos Serviços de Saúde Mental Públicos. Colocar em foco o protagonista da história, da história de seu desejo. Falar à pessoa do paciente psicótico e não apenas reconhecer o sujeito por seus sintomas.

## VI. REFERÊNCIAS

- Camargo, A. C. S. P. de (2004) A vivência do caos: uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental. Campinas: Puc-Campinas.
- Costa, A. M. da (2000) Atividade Física e a relação com a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). Dissertação de Doutorado, Campinas, São Paulo.
- Dias, E. O. (2003) A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. Imago, Rio de Janeiro, RJ.
- Dolto, F. (2004) A imagem inconsciente do corpo/Françoise Dolto. Editora Perspectiva, 2 ed. São Paulo, SP.
- Harari, A. , Valentini, W. (2001) A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, SP.
- Material produzido pela equipe do Núcleo de Atenção à Crise (Unidade do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira); Plano de Metas 2007 (2006). Campinas, SP.
- McDougall, J. (1996) Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. Martins Fontes , 2 ed., São Paulo, SP.
- Pasquarelli, A. de S. (2003) Esquizofrenia e Atividade Física: Um Estudo Teórico. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atividade Motora Adaptada, Unicamp, São Paulo, SP.
- Winnicott, C. (1994) Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott / Clare Winnicott. Ray Shepherd & Madeleine Davis. Artes Médicas, Porto Alegre, RS.
- Winnicott, D. W. (1980) A Família e o Desenvolvimento do Indivíduo. Interlivros, Belo Horizonte, MG.

Winnicott, D. W. (1983) O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Artes médicas, Porto Alegre, RS.

Winnicott, D. W. (2000) Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Imago, Rio de Janeiro, RJ.