

OLIVEIRA, RÉGIA Cristina e Kátia Silva Souza dos Anjos. "Corpo, pessoa, emoção: a atividade física como instrumento e reflexão de si". *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 14, n. 42, p. 75-90, dez de 2015. ISSN: 1676-8965.

ARTIGO

<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>

Corpo, pessoa, emoção A atividade física como instrumento e reflexão de si

*Régia Cristina Oliveira
Kátia Silva Souza dos Anjos*

Recebido em: 11.07.2015
Aprovado em: 20.09.2015

Resumo: O presente texto tem o propósito de discutir algumas questões referentes à atividade física, em um centro de reabilitação para pessoas com transtornos mentais. Busca-se focalizar nesse espaço o trabalho e as questões apresentadas por atores sociais ligados à prática da atividade física na relação com os pacientes e com seu próprio trabalho. Para tanto, o texto apresenta reflexões provenientes de observação de campo, entrevista com um educador físico e relatos de estagiários, estudantes do curso de Ciência da atividade física. Podem ser destacados como resultados, a referência à fragilidade do outro – paciente - e de si mesmo, profissional/educador físico, no processo de cuidado; as tensões relacionadas à busca de apreensão do ser humano como um todo, num contexto biomédico de centralidade do orgânico e de medicação; a expressividade dos sentimentos e emoções na relação de cuidado, também ancoradas a referências fisicalistas de compreensão do corpo. **Palavras-chave:** corpo, pessoa, emoção, atividade física, biomedicina

Introdução

O texto ora apresentado tem o propósito de trazer algumas questões referentes à atividade física em um centro de reabilitação para pessoas com transtornos mentais¹. Busca-se focalizar nesse espaço o trabalho e as questões apresentadas por atores sociais ligados à prática da atividade física na relação

com os pacientes e com seu próprio trabalho. Para tanto, o texto apresenta reflexões provenientes de observação de campo, entrevista com um educador físico e relatos de estagiários, estudantes do curso de Ciência da atividade física, que desenvolvem atividades nesse local. Antes, porém, faz-se necessário apresentar sucintamente o local pesquisado.

O Centro de reabilitação estudado é descrito no *site*² como um ambiente

¹Assim considerados pelo local estudado. Os transtornos relatados em entrevista são esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, fobia social, entre outros.

²Com o intuito de preservar o espaço estudado e de garantir o sigilo da identidade dos informantes, estamos omitindo o referido site.

que “atende pacientes portadores de transtornos mentais com condições de autogerenciamento e que necessitam de um plano terapêutico diferenciado e personalizado”. Segundo informações do *site*, o espaço tem capacidade para atender, por dia, trinta pessoas maiores de dezoito anos e busca oferecer um tratamento intensivo com um programa terapêutico que inclui métodos biológicos - como o uso de medicamentos-, práticas psicológicas, lúdicas e esportivas, grupos de discussão sobre sexualidade, teatralização, passeios em áreas externas que proporcionam encontros fora do ambiente hospitalar. O tratamento inclui os familiares dos pacientes e o seu envolvimento em atividades grupais, como as saídas programadas.

A partir desse contexto biomédico de atenção e intervenção para o tratamento de transtornos mentais, o texto ora apresentado pretende focar a atenção nos atores sociais do campo da atividade física, profissional e estudantes dessa área.

A pesquisa: um exercício de estranhamento e familiaridade

Este texto parte de uma pesquisa qualitativa (SOUZA, 2006) realizada em um centro de reabilitação de um instituto de psiquiatria, em São Paulo.

Inicialmente, para a realização desta pesquisa, foram tomados para leitura relatórios de estágio, feitos em 2010, por dois alunos que estagiaram no local, após prévia autorização dos mesmos. Posteriormente, foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas (MINAYO, 2007) com dois profissionais que ali trabalham, uma com o educador físico e a outra com o diretor técnico do local.

Para fins desse texto, são apresentadas e discutidas falas do profissional de atividade física e dos dois estudantes desse campo, destacando elementos importantes para a reflexão

sobre o papel desses atores sociais no processo de reabilitação, a relação com o paciente e a relação com o trabalho, das quais fazem parte as emoções, pensadas como dimensões sociais, diferentemente definidas segundo o contexto e a situação apresentadas (LE BRETON, 2011).

As falas, provenientes de relatos escritos (relatórios) e entrevista individual realizada no local, revelam os sentidos dessas emoções no contexto dado.

Outro procedimento escolhido foi a leitura dos relatórios de estágio de dois alunos, uma vez que apresentavam apontamentos e reflexões importantes sobre a vivência no local, destacados pelos seus autores.

Por fim, as observações da dinâmica do local foram fundamentais à compreensão das falas, tanto dos relatos escritos, quanto das entrevistas.

Para os propósitos deste texto, são destacados alguns elementos dos depoimentos colhidos e comentados aspectos importantes das percepções por eles levantadas – educador físico; estudantes/estagiários de Ciência da Atividade Física - CAF.

No tocante à dinâmica das entrevistas e observações, importante destacar a postura em campo de uma das autoras deste texto, estudante do curso de Ciência da atividade física³ e responsável pela realização do trabalho de campo.

Como exercício e orientação de campo, o estranhamento foi parte constitutiva do trabalho de pesquisa. Como estudante do curso de Ciência da atividade física, observava o outro que, no caso, eram alunos ou profissional do mesmo curso.

O primeiro estranhamento parecia quase “natural”, dado as circunstâncias que a colocava em pesquisa e estágio num espaço voltado para tratamento e

³Na época, era aluna do último ano do curso de Ciência da Atividade Física e estagiava no local.

atenção a pessoas com transtorno mental. Por mais que pertencesse à mesma formação daqueles que observava, e isso lhe trouxesse a familiaridade, aquele ambiente – um hospital - e a forma como a atividade física era propagada, não lhe era familiar.

A realidade daquele local, desde o primeiro dia, da primeira conversa com os responsáveis pelo espaço e pacientes, perturbou a pessoa e futura profissional da atividade a física. Questões foram surgindo e logo ela se viu problematizando sua vivência, saberes e prática de estágio. A partir dos relatos e observações, problematizava, então, o que lhe era familiar, estranhando sua própria formação e a prática no local. Como aponta Velho (1978, p. 12) “o processo de estranhar o *familiar* torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações”.

Assim foi que a reflexão sobre sua vivência ali no hospital tomou curso, fazendo com que confrontasse os saberes aprendidos com suas e outras percepções sobre a realidade encontrada.

A fragilidade do eu e do outro: a atividade física como “instrumento” de (auto)motivação

A prática da atividade física no local estudado é construída tendo por base uma noção que a instrumentaliza, ao mesmo tempo em que busca, por esse intermédio, “reconstruir” o outro. Na entrevista com o professor de educação física, o profissional enfatizou a atividade física como um “instrumento” no sentido da possibilidade de construção ou reconstrução da autoestima da pessoa com transtorno mental. Para o profissional, “construir” ou “desconstruir” o comportamento de uma pessoa é algo que pode ser feito

pela atividade física⁴, sendo a mesma encarada como uma “ferramenta” utilizada para esse fim.

Todavia, o profissional comenta que utilizar a atividade física não é uma tarefa simples quando se pensa em pessoas com transtorno mental, pois as mesmas vão medicadas, sedadas, para as atividades. Desse modo, o planejamento requer atenção.

Pensando que o paciente vai medicado para a atividade e pode não responder às expectativas do professor, ou educador físico, o entrevistado ressalta que o profissional da atividade física tem que se “automotivar” para motivar os pacientes, além de ter que aprender a “lidar com a frustração”, destacando assim aspectos ligados às emoções:

Então, aí que tá, o profissional, primeiro vai ter que se automotivar para motivar as outras pessoas, pacientes, né? Vai ter que... é... ser muito criativo para... é... fazer, para desenvolver, planejar uma atividade que as pessoas se interessem em fazer isso daí, né? Então, o profissional tem que aprender a lidar com frustração, porque, normalmente, o profissional vai planejar uma aula, uma sequência de aulas vai chegar e vai querer aplicar isso daí. No transtorno mental não é sempre assim, ou nunca é assim. Então, a pessoa vai ter que ter uma capacidade de adequar a atividade para os pacientes que ele tem, para o momento que ele está, senão as

⁴Vamos compreender aqui a atividade física como parte do cotidiano das pessoas e não associada a alto rendimento, performance. A atividade física assim colocada compreende as atividades diárias, mas sem finalidade de profissionalização. O uso do termo atividade física implica qualquer atividade motora que tenha gasto energético. Quando usamos esse conceito não pensamos em alto nível de treinamento, muito menos em competição. A atividade física abrange tanto as atividades esportivas quanto as de lazer, danças, atividades domésticas, de locomoção etc.

peças não participam e o maior desafio, então, do profissional, é fazer com que eles participem, né?

A “motivação” aparece como algo que precisa ser “acionada” tanto pelo profissional que precisa usar de criatividade, quanto dos pacientes que irão participar das atividades propostas.

O corpo enquanto ente potencial para a realização dos exercícios propostos nas atividades físicas está inscrito pelas emoções que o tocam e que são construídas na relação entre profissional e pacientes. A motivação é um sentimento que se constrói na e pela relação entre ambos, redefinindo-se em cada situação, em cada aula proposta.

Segundo o profissional, o objetivo de sua aula é a inclusão de todos, independente do que será trabalhado, pois, segundo avalia, o trabalho acontece em função da demanda dos pacientes. Existem passos a serem seguidos antes da atividade física propriamente dita; para o entrevistado, esses passos são cruciais para a adesão do indivíduo ao tratamento como um todo, sendo entrelaçados à ideia de motivação para a atividade.

As palavras recorrentes no relato do entrevistado são “acolhimento” e “vínculo”. Para ele, sem esses elementos não há o envolvimento dos pacientes com o tratamento, pois essas pessoas estão mais fragilizadas pelo processo da doença, do local e das terapias onde a medicalização, diz, tem papel central.

Em virtude dessa “fragilização” se faz necessário trabalhar o acolhimento e o vínculo, elementos que aparecem na fala, por vezes, indiferenciados.

Saber ouvir a história de vida de cada uma é, de acordo com o entrevistado, um dos passos para o vínculo.

Então, acolhimento, o que é acolhimento? (...) é receber a pessoa, dar atenção à pessoa, ouvir a história da pessoa, ouvir a experiência motora, ou a falta de experiência

motora de cada pessoa... é... quais as demandas que ele traz, né? Você recebeu, você ouviu... é... você deu atenção para a pessoa, é o caminho para o vínculo.

Ouvir a experiência motora, aponta o entrevistado, evidenciando a importância do sensorial na percepção do outro, no alcance de suas demandas, da atenção, considerada *caminho para o vínculo*.

O vínculo, segundo a compreensão do entrevistado, acontece no sentido da tríplice aliança: *confiança, respeito e responsabilidade*. Assim colocado, permite uma aproximação entre o profissional e o paciente.

No campo da saúde, autores envolvidos com a reflexão da prática profissional advogam a importância da clínica, do encontro entre paciente e profissional de saúde. Merhy (1998, p. 6), ao discutir sobre o modelo assistencial e de intervenção no modo de trabalhar a assistência em saúde, destaca a ideia de que, nesse campo, todos os trabalhadores, incluindo profissionais e porteiros de um estabelecimento de saúde, fazem clínica, esta entendida não apenas como o “saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma ‘disfunção biológica’, mas também como um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir”.

Para o autor, quando um usuário procura um serviço de saúde, ele busca “a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo”.

Na entrevista com o educador físico, esses sentimentos - acolhimento, responsabilização e vínculo - são por ele resgatados para falar de um usuário específico, o paciente com transtorno mental. Nesse caso, a expressão desses sentimentos, “confiança” no profissional, “repeito” pelo paciente,

“responsabilidade” do profissional pelo trabalho, têm como pressuposto um sujeito “frágil” que precisa ser acolhido – ser ouvido, ter suas demandas e (im)possibilidades ouvidas para a construção das atividades.

O profissional torna-se um “observador”, segundo aponta o entrevistado. Para ele, a observação é mesmo anterior à prática profissional. Busca-se observar o comportamento do paciente, expresso em suas atitudes corporais, que denotam maior ou menor motivação e capacidade motora para a atividade.

Como destaca Sarti (2001, p. 7), “o corpo define-se de acordo com as regras do mundo social no qual se inscreve”. Perceber maior ou menor motivação é resultado da observação sobre determinadas atitudes corporais assim lidas.

Por meio da observação e do conhecimento dessas atitudes e da história de vida dos pacientes, o profissional acredita ter “ferramentas utilizáveis” no curso do tratamento.

Elevando a autoestima, isso que a gente faz aqui, o portador de transtorno mental é a meia, negativo, e atividade física atua como trabalhando na autoestima, trabalhando na socialização e interação pessoal, né? [...].

Então deu papel, material pra trabalhar na psicoterapia, deu material pra trabalhar em psicodrama nas outras terapêuticas, então isso vai trabalhando junto, dá suporte aqui, né? E o cara se fortaleceu na atividade física, ele falou - opa eu consigo – então, nas outras atividades, eu também, se consigo lá, eu consigo aqui, né? Se eu consigo aqui, eu consigo lá.

Para o entrevistado, “elevar a autoestima” é fazer o outro perceber que consegue realizar uma atividade proposta. *Se eu consigo aqui – participar de atividades físicas - eu*

consigo lá – referindo-se ao trabalho com material na psicoterapia.

É como se a atividade física desse o suporte, a força necessária para as outras atividades, *o cara se fortaleceu na atividade física*. É como um “instrumento”, no caso, uma espécie de termômetro a indicar as possibilidades de ação. Ao mesmo tempo, é como “ferramenta” por meio da qual a ação corporal incide sob a autoestima, sinalizando possibilidades, criando um sentimento de que se é capaz de realizar as tarefas propostas.

Na mesma esteira de compreensão, o corpo é o material sob o qual o instrumento - atividade física- trabalha. Ele, corpo, aparece como meio, o caminho para a construção de novos sentimentos, como “motivação”, “acolhimento” e “capacidade”, que apa-rece primeiro como algo sensorial, como diz, *opa, eu consigo aqui, então nas outras atividades eu também consigo*.

Em sua entrevista, o educador físico, ao reforçar a importância do acolhimento e do vínculo, fez uma reflexão, a partir de uma vivência que teve, destacando a importância para o profissional de pensar em si, naquilo que é, antes de exercer seu trabalho ou pensar nas técnicas disponíveis, buscando encontrar a saída para o exercício de sua profissão. Nesse ponto, parece que o entrevistado, ao dizer isso, sugere ao profissional da atividade física o reconhecimento de si e do outro, no seu caráter mais humano, ou seja, naquilo que afirma sua diferença e sua singularidade, pressupostos para a conquista da empatia, da compreensão do outro como um indivíduo na sua integridade. Corpo e mente interrelacionados também no que se refere a fatores internos e externos que o moldam enquanto ser (LE BRETON, 2011).

O pensar o indivíduo como um todo também significa trabalhar as emoções que lhe são constitutivas, num

difícil movimento de afastamento e aproximação entre indivíduos e suas vivências, do qual faz parte a busca pela criação de vínculo. O relato de um dos alunos de CAF evidencia esse aspecto ao descrever como esse ambiente hospitalar o envolveu não só no âmbito profissional, mas também afetivo e emocional. O aluno menciona um caso específico de contato com uma paciente e por meio desse contato, da leitura de seu prontuário e da descoberta de uma tentativa de suicídio pela paciente na noite anterior ao seu encontro com ela:

Nesse momento, [da descoberta da tentativa de suicídio] comecei a questionar tudo o que eu fazia assim como as pessoas que estavam ao meu redor. Foi quando eu procurei o professor de educação física e relatei o que eu estava sentindo. Como sempre, muito atencioso, ele disse que quando começou a trabalhar naquele local também passou por esse período de reflexão sobre a vida relatando as mesmas sensações que eu senti naquele momento. A mensagem que ficou clara para mim é que eu não deveria ter um vínculo tão afetivo com os pacientes, pois eu não conseguiria colocar em prática o que eu havia aprendido.

A afetação com o caso revela o quanto a ideia de “fragilidade” também é uma construção que tem o sentido de ser variável de acordo com a situação. A fragilidade antes colocada para falar dos pacientes no hospital, foi apresentada como algo que os constitui. Essa noção de frágil constrói a ideia de pessoa com transtorno mental, no local estudado.

A reflexão que o estudante faz das emoções vividas com a descoberta da tentativa de suicídio de uma paciente, expressa a fragilização da condição humana; a fragilização de si, da sensação de impotência que o fez refletir sobre o sentido da vida e de seu trabalho: *comecei a questionar tudo o que eu fazia como as pessoas ao meu redor.*

Como dimensão social que prescinde do outro para se definir na situação apresentada, olhar para o outro, nesse local, significava olhar para si, num ato reflexivo que implicava a reavaliação da própria prática. Como revela o estudante, nos trabalhos de atividade física nesse hospital era preciso olhar para si, rever seu trabalho, seu papel no local. Tratava-se menos da aplicação de atividades mais condizentes com as possibilidades motoras dos pacientes do que da compreensão dos sentidos dessas atividades para os pacientes, a partir de experiências por eles vividas.

Redefine-se aí um novo sentido para a ideia de “vínculo” com o doente. Como menciona o estudante, *não conseguiria colocar em prática o que eu havia aprendido*, uma vez que ele *não deveria ter um vínculo tão afetivo com o paciente.*

Esse contexto social, em que o aluno percebe a necessidade de constante reconstrução da prática, coloca em cena e em relação os dois sujeitos da situação – profissional e estudante de atividade física e pacientes. Como aponta Merhy (1998, p. 5) “qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações”. Segundo o autor, há produção de expectativas e momentos que propiciam “falas, escutas e interpretações (...), momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação”.

Ao falar da prática profissional, uma aluna relata dificuldades enfrentadas no estágio, especialmente no tocante à separação entre trabalho e vida pessoal.

A aluna relata que a sensação que teve ao estagiar no local foi de alguém que havia “caído de paraquedas” nesse ambiente. Ao mesmo tempo, menciona que gostou dessa sensação, pois ali percebeu como a atividade física poderia ser um “instrumento” de recondução da pessoa humana ao seu papel social e não só de melhora do funcionamento biológico do corpo doente. No caso, tratava-se da reconfiguração de papéis – o papel de doente com transtorno mental, pressuposto frágil, reconfigurado pela ideia de motivação e melhora da autoestima. A atividade física, pensada como instrumento para essa reconfiguração. Para a entrevistada, por meio da atividade física em grupo, a pessoa começa a ter contato social novamente e pode aprender a resolver problemas em grupo e a transportar tal aprendizado para outras situações da vida, dando respostas parecidas a problemas parecidos.

O papel social segundo Berger (2001, p. 108) pode ser definido como “uma resposta tipificada a uma expectativa tipificada”. Valendo-se da linguagem teatral o autor ainda afirma que nós somos orientados por *scripts* e seguimos representando os personagens que nos são colocados. Porém, não fingimos durante a atuação na vida real, acabamos incorporando o personagem que desempenhamos.

O papel social do professor de atividade física é trabalhar a reconfiguração de um papel social de doentes com transtorno mental, superando a “fragilização” que os constitui enquanto representação social.

Ao mesmo tempo e para que a reconfiguração seja dada, é preciso um processo de aprendizagem do papel social de profissional de atividade física, do qual faz parte o contato com o paciente.

No local estudado, a aluna relata que teve que aprender a lidar com

“pessoas com comportamentos não habituais, como a esquizofrenia e a depressão”. O diálogo e a intensa necessidade de “motivar” as pessoas à prática de atividade física era constante, mas o que se buscava, segundo afirma, não era somente a melhora e manutenção da saúde física, mas a mudança de seu comportamento. No grupo, o paciente tinha que manter uma relação com os integrantes, visto que todas as atividades que a aluna presenciou eram em grupo e nele havia várias pessoas com diferentes tipos de transtorno e com idades distintas, sendo por isso um grupo bem heterogêneo.

Berger (2001, p. 118) ao falar sobre as situações de terapia de grupo afirma que “a recente popularidade deste método na psiquiatria americana não pode também ser interpretada simplesmente em bases econômicas. Ela tem sua base sociológica no princípio perfeitamente correto de que as pressões de grupo atuam efetivamente para fazer o indivíduo aceitar a nova imagem que lhe é proporcionada”.

Ao promover a prática de atividade física em grupo, a ideia, como observada pela aluna e estagiária, é promover uma mudança no papel social de cada paciente, fazendo com que ele se reconheça numa nova imagem que lhe é ofertada, da qual faz parte a percepção da capacidade para a atividade física proposta. Segundo afirmam os entrevistados, isso requer “motivação”.

“Motivar” as pessoas à prática de atividade física requer muita criatividade por parte dos profissionais, foi o que a estagiária ouviu do educador físico que na ocasião disse a ela e aos demais estagiários que o profissional tem que ter um leque de opções para “convencer” as pessoas a praticarem a atividade.

É preciso “convencer” o outro que não se percebe e/ou não é percebido como alguém inicialmente capaz de realizar atividades físicas sem que haja

para isso motivação. É como instrumento/meio que a atividade física se coloca buscando “*um leque de opções*” criativas para “motivar”, “convencer”, transformar a imagem que os pacientes com transtornos mentais carregam.

Especialmente no caso dos transtornos mentais, a transformação da imagem do paciente responde aos interesses e expectativas daquele(s) que o busca(m) fazer, no caso acima, o educador físico. Como desenvolve Goffman (2008, p. 116), ao discorrer sobre o “alinhamento grupal, a identidade pessoal e a identidade social são partes, antes de tudo, dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo cuja identidade está em questão”.

Corpo e emoção: da experiência motora ao sentido das ações

“Criatividade” é outro ingrediente necessário à busca de motivação e comprometimento na realização de atividades físicas, no local estudado. Na fala do educador físico, a criatividade diz respeito à percepção do outro, de suas experiências de vida, pelo profissional de atividade física, que sinalizam limites e possibilidades para a ação.

Em entrevista, o profissional relatou uma experiência que teve com uma mulher que sofreu abuso sexual e como essa situação colocou a necessidade de trabalhar a criatividade. Ele comentou que resolveu usar o forró⁵ para integrar a mulher ao grupo e utilizou certas estratégias para que a mulher dançasse.

A gente tem uma paciente aqui que sofreu abuso sexual então ela tem o diagnóstico, hipótese diagnóstica por enquanto de depressão pós traumática, né? Ela não consegue ficar num ambiente fechado só com homens, nem com a maioria dos homens. Então que eu pensei, ela é baiana, então pensei assim numa aula de forró. E fui vendo como que era o

comportamento dela nessa aula, então ela demonstrou a vivência motora no forró muito importante, muito boa, né? Ela tinha experiência com o forró muito boa por sinal, ela sorria, o movimento dela é de quem sabe dançar forró tal... é... Aí qual que foi o próximo passo, então se ela tem dificuldade ainda com homens, então vamos colocar ali nos exercícios com mulher, vamos falar assim, dois a dois, condução um com olho fechado outro com olho aberto para conduzir, então ela conseguia fazer com mulher, com homem ela não consegue ainda, mas o que ela conseguiu, espelhar, fazer um homem e uma mulher ela comigo foi no começo e depois ia com outros alunos, com outro paciente.

A gente dançava, mas sem um tocar no outro e seguia passo um do outro tal e colocava com outro aluno também, então isso tá em progressão tá muito recente ainda, né? Mas você vê como as estratégias, os instrumentos da atividade física podem ser úteis para determinada situação.

Para falar da experiência da paciente com a dança forró, o profissional menciona a “vivência motora”, por meio da qual buscou trabalhar a criatividade, reinventando outro modo de dançar forró, sem o toque corporal, fazendo o “espelhamento” entre a paciente e uma aluna.

A “experiência motora” está referida ao orgânico; à funcionalidade biológica do corpo, ao que toca a capacidade de realização de determinados movimentos e atividades no sentido da fisiologia. Segundo a fala, o “saber dançar forró” implicava “experiência motora”, portanto, física.

Todavia, o que dava sentido à ação era a emoção, o sorriso manifesto na dança. *Ela sorria*, diz o entrevistado, *o movimento dela era de quem sabe dançar forró*, avalia. Todavia, “sorrir ao dançar forró” não é algo restrito ao orgânico, é, antes, a expressão de um

⁵Um tipo de dança nordestina.

sentido positivo que essa experiência corporal tem para a paciente. Como descreve Le Breton (2011, p. 9), os “gestos que sustentam a relação com o mundo e que colorem a presença não provêm nem de uma pura e simples fisiologia, nem unicamente da psicologia: ambas se incrustam a um simbolismo corporal que lhes confere sentido, nutrindo-se, ainda, da cultura afetiva que o sujeito vive à sua maneira”.

A terminologia “experiência motora” articula-se à hegemonia do orgânico na explicação do corpo, sendo comum aos cursos que se referenciam pela biomedicina⁶. Como descreve Daolio (2007, pp. 44-45), “a educação física ainda tende a considerar o corpo como primordialmente biológico (...). No discurso da área, o corpo que se movimenta não é o mesmo corpo que representa aspectos da sociedade, como se ele não fosse, ao mesmo tempo e indissociavelmente, biológico e cultural”. Ao dizer isso, Daolio se refere à Mauss, ao fato de que, “no fundo, corpo, alma, sociedade, tudo se mistura”.

A expressão dessa totalidade é refletida por uma estagiária que destaca o caráter emocional que entrelaça corpo e pessoa. Ao mesmo tempo, evidencia como a emoção se constrói na situação.

Essa aluna relembra uma das aulas de vôlei adaptado, onde os alunos jogavam sentados. Nessa aula, segundo conta em relatório, havia uma senhora que apresentava fibromialgia e depressão. A senhora, que já havia tentado suicídio, tinha um semblante sempre de tristeza. Nessa aula, a paciente disse ao professor que não queria ficar mudando de posição no vôlei, pois sentia dores, então ficou somente no arremesso, lançando a bola da forma que lhe fosse mais agradável. A aluna comenta ter achado interessante ver a paciente discutir durante o jogo, expressando sua

opinião quando achava que alguém estava “roubando”. Nesses momentos de participação, a paciente revelava uma expressão facial de contentamento. A aluna lembra-se dela “*arregalando os olhos*” e *sorrindo durante a atividade*.

Sorrir durante a atividade é estabelecer com ela relações significativas, naquele dado momento. O sorriso, diz Le Breton (2011, p. 140), “não é um automatismo definitivamente inscrito na natureza do homem, automaticamente executável independentemente das circunstâncias. Expressando um ritualismo, ele tem origem na simbologia corporal adquirida pela presença dos outros e permanentemente renovada pelos inúmeros laços que se tecem a cada instante entre os atores”.

Como o sorriso, destaca o autor, os sentimentos e as emoções, longe de serem estados absolutos ou unicamente respostas de processos fisiológicos no corpo, são relações, estas, ancoradas a diferentes repertórios culturais.

Em outra ocasião, conta a estagiária, a mesma senhora participou de uma roda de capoeira, organizada pela estudante. A princípio, a paciente não queria participar, mas depois foi envolvida pelo grupo em que estava e, de mãos dadas com a estagiária, dançou a capoeira.

Fazer parte do grupo foi condição indispensável para a participação na atividade. A paciente foi então “convencida” pelo grupo de pertença, pelos seus iguais, que participavam da atividade. De acordo com Goffman (2008, p. 123), na análise sobre os “alinhamentos intragrúpicos”, “o que um indivíduo é, ou poderia ser, deriva do lugar que ocupam os seus iguais na estrutura social”.

A roda de capoeira, composta por indivíduos em situação semelhante à da paciente citada, possibilita a participação de todos os envolvidos na atividade porque mesmo aqueles que estão

⁶Sobre a racionalidade biomédica, ver Camargo Júnior (2003).

“de fora do jogo”, ou seja, não estão dançando a capoeira, estão de algum modo participando, seja batendo palmas, seja cantando ou apenas ficando atentos ao jogo dos colegas.

Ao final da atividade de capoeira, a estagiária conta que a paciente a elogiou e lhe deu um beijo no rosto, expressando contentamento.

Na mesma roda de capoeira, a aluna relata que descobriu que um dos pacientes já tinha se envolvido com essa modalidade de atividade, tendo já participado de festivais. Ela menciona o fato ao educador físico, que acha interessante saber que esse paciente já havia tido envolvimento com a capoeira e comenta que essa informação poderia ser usada a favor do paciente.

Ao destacar o fato, a estudante revela a importância de uma escuta atenta no sentido da percepção do outro, para além do rendimento da atividade proposta.

A apreensão de experiências anteriores da paciente – ter participado de atividades de capoeira – também constrói a relação, sinalizando novas possibilidades. Trata-se da valorização da escuta, da percepção do outro, do acolhimento e das experiências vividas. Como destaca Merhy (1998, p. 6), “a clínica não é só saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma 'disfunção biológica', mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções”. Essa “tecnologia leve⁷” diz respeito às relações entre usuário e trabalhador de saúde, à clínica, por meio da qual se busca o acolhimento e o vínculo com o paciente.

⁷O conceito tecnologia leve foi introduzido por Merhy, no campo da saúde. Segundo Campos (2011), os “conceitos de tecnologia leve e dura apareceram nos anos oitenta, ressaltavam a importância de construir-se técnicas apropriadas também para o território das relações humanas (...)”.

Em seu relato, a aluna ressalta a necessidade que sentia, como futura profissional, de “*perceber o ser humano como um todo*”, dificuldade que encontrava na sua formação acadêmica. Segundo relata, o que mais aprendeu na graduação foi como a atividade física *promove a saúde*, mas sempre a saúde sendo referida na perspectiva da biologia, do pleno funcionamento do organismo, sendo o sujeito apresentado apenas como objeto de sua futura intervenção enquanto “cientista da atividade física”.

Ao começar o trabalho de estágio, percebeu o quanto era importante “*o ato de olhar*”, o modo como se olhava para o outro e como era importante perceber o olhar do outro/paciente nas atividades, uma vez que definiam maior ou menor interesse, entusiasmo e mesmo dificuldades remetidas às experiências vividas. Como menciona Le Breton (2009, p. 215) “pousar o olhar sobre o outro não é um acontecimento anódino”. De fato, olhar o outro implica não apenas ver, mas também o estímulo a outras sensações físicas geradas por esse ato. Olhar é perceber o outro, implicando-o na relação. Segundo o autor, “o olhar toca o outro e este contato está longe de passar despercebido no imaginário social”. Essa “*tatilidade do olhar*” proporciona uma relação recíproca e alternada de poder. No hospital, tanto a aluna observava aquelas pessoas quanto era por elas observada.

Para a aluna, tratava-se de “*observar a fundo*” o comportamento dos pacientes nas atividades, conforme menciona. Esse “observar a fundo” diz respeito ao olhar enquanto dimensão social, do qual faz parte a relação com o outro. O olhar da aluna que “observava a fundo” expressava, ao mesmo tempo, afeto e julgamento, este no sentido da definição dos pacientes, segundo expectativas referidas à pessoa com transtorno mental, de quem estaria mais

ou menos motivado para as atividades, por exemplo.

Transtorno mental, atividade física e medicalização: referências e tensões no campo biomédico

O local estudado apresenta-se como um espaço que “atende pacientes portadores de transtornos mentais”. Como desenvolve Esperanza (2011, p. 56), um transtorno, segundo o *DSM-IV* “é uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico que tem significação clínica. Qualquer que seja sua causa é a manifestação individual de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica”. O termo transtorno indica, portanto, “a desordem de uma ordem prévia perturbada”. Segundo o autor, essa classificação mascara o fato de que sua aplicação irá expor o sujeito ao controle social. Ao mesmo tempo, mascara a ideia de que a avaliação supõe “a normalidade do avaliador, seu juízo de realidade e sua ideologia”.

Para o autor, a utilização do termo *transtorno* mental, que substitui o anterior, *doença* mental, segundo o *DSM-IV*, implica a volta “ao anacrônico reducionismo mente/corpo, que separa os transtornos físicos dos mentais”, contrário, portanto, à articulação entre físico e mental.

Resultando na separação entre corpo e mente, o conceito de transtorno mental, que permite que seja aplicado o modelo médico à psiquiatria, pondera Esperanza (2011), “é homogêneo à correção do erro (...) qualquer que seja o meio de tratá-lo, médico, químico ou terapêutico”.

Esse conjunto de ações - médico, químico e terapêutico - faz parte do tratamento no local estudado, contando com diferentes profissionais da área da saúde, dentre os quais, psiquiatra e educadores físicos.

A atividade física apresenta-se como instrumento para o alcance da

autoestima por meio da percepção da “capacidade motora”, como mostram os relatos e observações de campo e de estágio.

Um conjunto de atividades e terapias buscam focalizar o paciente como um todo, ao mesmo tempo operam no interior de um campo de saberes e práticas biomédicas, das quais fazem parte a focalização no orgânico, em especial, no cérebro, e na medicalização.

Um dos entrevistados, educador físico, ao falar da importância da atividade física na composição do tratamento a pacientes com transtorno mental, descreve, em primeiro lugar, os benefícios fisiológicos e bioquímicos, visto como incontestáveis, da atividade física no cérebro. O entrevistado aponta alguns hormônios que são liberados por causa da atividade física, especificando como atuam ou quais respostas são geradas no corpo:

Primeiro o que eu acho é que a atividade física é importante não só pra questão funcional, porque você sabe que tem bastante pesquisa, na questão fisiológica, questão bioquímica, né? Das endorfinas que faz analgesia, da ocitocina que é um hormônio antissolidão, da serotonina que é um hormônio que dá prazer, dá energia, né?

Na fala, o entrevistado busca apoiar-se em pesquisas biomédicas para validar a relação entre atividade física e liberação de hormônios. Como diz, *tem bastante pesquisa, na questão fisiológica, questão bioquímica*. Ao mesmo tempo, destaca nessas pesquisas a organicidade das emoções aí implicadas, como a solidão: *da ocitocina, que é um hormônio antissolidão, da serotonina, que é um hormônio que dá prazer, dá energia*.

A centralidade do cérebro e o fortalecimento do cientificismo no momento contemporâneo são analisados por Ortega (2008, p. 7), que define o

contexto geral como sendo da “cultura somática” ou da “biossociabilidade”, e do “sujeito corporal”, que é descrito em termos corporais. Como desenvolve o autor, o “espetacular progresso da neurociências, o intenso processo de popularização pela mídia de imagens, as informações que associam a atividade cerebral a praticamente todos os aspectos da vida e certas características estruturais da sociedade atual vêm produzindo, no imaginário social, uma crescente percepção do cérebro como detentor das propriedades e autor das ações que definem o que é ser alguém.”

Esperanza (2011) também aborda, sobre outra perspectiva, a questão da centralidade do cérebro e sua relação com a medicação, no momento contemporâneo. Ao discorrer sobre a psiquiatria no século XXI, afirma que com “a era do cérebro acede-se a uma verdadeira medicalização da vida”. Segundo o autor, ao participar ativamente da era do cérebro, a psiquiatria reingressa na medicina e o psiquiatra torna-se o médico dos médicos, e encarregado de um paciente em sua totalidade. Todavia, ressalta o autor, em muitos casos, constata-se o contrário, ou seja, o psiquiatra acaba reduzido “a ser um mero administrador de psicofármacos”.

No presente estudo, a referência à centralidade do cérebro e a utilização de psicofármacos é ressaltada pelo entrevistado, educador físico. Após destacar as questões funcionais do corpo e o campo de conhecimentos a respeito desses benefícios, o entrevistado menciona que a atividade física proporciona benefícios que vão além da esfera biológica. Todavia, é no orgânico, especialmente no cérebro, que esses benefícios ganham expressividade.

Para falar da ação sobre o cérebro, o entrevistado também menciona outras terapias que, segundo afirma, podem compor o tratamento de um paciente. São elas: psicofarmacoterapia, eletro-

convulsoterapia (ECT), terapias não medicamentosas, como a psicoterapia, a prática de atividade física, entre outras.

A psicofarmacoterapia e a ECT, explica, são terapias de ação cerebral, que vão agir no encéfalo, na condução nervosa, as demais terapias agregadas a essas, ou a uma delas, como a atividade física, irão compor o tratamento da pessoa internada.

Apoiada à psicofarmacoterapia e à ECT, a atividade física surge como “*outra terapia, não medicamentosa*” em torno da qual são organizados grupos de atividades para pacientes com transtornos mentais.

É nesse contexto constituído em torno da centralidade do cérebro que os grupos de pacientes são organizados para a realização de atividades físicas. Segundo Ortega (2008, p. 9), a “noção de neurosociabilidade permite compreender como o sujeito cerebral se torna um critério de agrupamento, isto é, como dá lugar à formação de diversos grupos (...)”, dentre os quais, menciona o grupo de “portadores de alguma doença neurodegenerativa⁸ e seus familiares (...)”.

Constitutivo ao processo de tratamento de muitos dos transtornos mentais, a medicação figura-se como componente central, ainda que o entrevistado mencione sua redução em alguns dos casos, ele a afirma como “o carro chefe do tratamento”. Na fala, a atividade física apresenta-se como instrumento complementar de tratamentos do qual a medicalização tem posição central.

É o nosso carro chefe, o medicamento, então, a gente não abole a medicação, porque faz parte do tratamento, mas junto com isso a gente tem uma oferta de terapias não medicamentosas para suprir outras áreas que o portador de transtorno

⁸Uma dessas doenças citadas pelo autor, também mencionada nas entrevistas, é a esquizofrenia.

mental tem que... Vai fazendo com que ele melhore, que ele evolua no tratamento, então, a gente tem esse suporte da psicofarmacoterapia, dessas outras terapêuticas não farmacológicas, complementares também que dão uma potencializada nesse tratamento, né?

Interessante observar o caráter paradoxal da atividade física como proposta de atendimento. Ao mesmo tempo em que busca superar o foco na doença e nas partes do corpo afetadas, valorizando a experiência dos sujeitos e a reapropriação dos exercícios físicos pelo sujeito a partir de suas possibilidades, trabalham num referencial biomédico de supremacia do orgânico e da medicalização.

As tensões apresentadas que fazem o profissional de atividade física e os alunos se voltarem para si ao olharem os pacientes, nas situações que os colocam em relação, expressam as contradições dessa ambivalência, evidenciando o humano e as fragilidades que a todos toca – profissionais e pacientes.

O trabalho do educador físico é por princípio um trabalho sobre o corpo, um corpo visto em partes, no campo biomédico, no interior do qual estão os cursos de formação universitária em educação física. As falas expressam o esforço de superação da fragmentação do corpo e do indivíduo⁹, tanto de si mesmo, quanto de sua prática. O olhar busca estar inteiro, “observando a fundo”, não sem tensões e dificuldades.

Le Breton (2011), dando conta desse processo histórico de concepção de corpo e de pessoa nas sociedades ocidentais, demonstra como a ciência mecanicista e tecnicista desumanizou o homem e o fez máquina. Nesse proces-

so, o corpo perdeu valor, desumanizando-se.

Essa separação de corpo e pessoa, que se consolida em Descartes, compõe o pensamento ocidental e orienta a medicina orgânica e a biomedicina. Em tempos atuais, pensar o sujeito como um todo responde à necessidade de dar sentido à vida e à existência humana, hoje fundada numa luta constante contra a morte, o envelhecimento e os desgastes de um corpo (ORTEGA, 2008), visto em partes.

Segundo Camargo Júnior (2003), a medicina Ocidental é vista como uma ciência das doenças, o ser humano não é tomado como um todo, ele é visto em partes, sistemas, que, se por algum motivo “falharem”, irão prejudicar o funcionamento correto da “máquina humana”.

Nessa perspectiva, destaca Le Breton (2009), a intervenção terapêutica se resume a dois procedimentos mais usados: as técnicas cirúrgicas e a medicamentosa, técnicas essas voltadas para “as partes” do corpo. Em desigual medida, técnicas como exercícios físicos e dieta podem ser pensadas como tratamentos que priorizam o bom funcionamento do todo, mas, muitas vezes, por não serem aplicadas pelos médicos, são menos utilizadas e, mesmo, menos valorizadas. Camargo Júnior (2003) também destaca esse aspecto. Como menciona o autor, ao discorrer sobre o sistema biomédico de intervenção terapêutica, em detrimento da terapia cirúrgica e medicamentosa, a dietética e a terapia física, por não serem de domínio exclusivo dos médicos, são usualmente menos valorizadas por esses profissionais. São terapias “complementares” a um tratamento central, biomédico. Ao mesmo tempo, são referenciadas por saberes objetivos desse campo que têm na funcionalidade do orgânico, em especial, do cérebro, um lugar privilegiado

⁹Sobre a desvalorização do corpo, do humano nas sociedades ocidentais contemporâneas, ver Camargo Júnior (2003) e Le Breton (2011).

de construção de discursos e saberes sobre o corpo.

Não sem tensões e fragilidades, os educadores físicos trabalham num espaço de referência biomédica, ao mesmo tempo em que apreendem na prática das atividades que propõem, indivíduos inteiros, com vivências e emoções apreendidas de modo singular e modeladas social e culturalmente (Le Breton, 2009), as quais fazem repensar, na relação com o outro, os saberes, a prática profissional e os papéis sociais que os definem.

Comentários finais

O presente texto teve por finalidade trazer elementos para a reflexão acerca dos limites e possibilidades de ação da Atividade Física, no espaço de saúde considerado, bem como em outros locais a ele similares.

Buscou-se não a generalização a partir da observação de campo e apreensão de relatos, dois deles escritos, de estagiários, alunos em formação no curso de atividade física, e o terceiro, oral, de um educador físico do local. Antes, pretendeu-se, a partir desses relatos, pensar a prática da atividade física no referente ao papel que ali desempenha, tendo em vista a centralidade biomédica do local.

Buscou-se apreender desses atores sociais, o modo como pensam a prática da atividade física no local, a relação com os pacientes, a visão sobre a participação da atividade física no tratamento, bem como sobre o corpo e a pessoa que aí se constitui.

Do apreendido, algumas questões se destacam:

A referência a fragilidades do outro e de si mesmo intercalaram-se, nas falas, às ideias de motivação, vínculo e escuta, expressos como fins, na relação de cuidado. A atividade física aparece como um instrumento utilizado para esses fins.

Entre meios e fins, a ação sobre o corpo físico, nas atividades de capoeira e de dança de forró, explicitam as emoções nos contextos em que surgem, revelando o caráter social e cultural que as modelam. Os sentidos apreendidos do sorriso de uma paciente desnaturalizam os sentimentos e as emoções, ancorando-se ao contexto em que surge.

A busca de percepção do outro/paciente, em sua totalidade, faz-se mediante a percepção de si mesmo e de sua própria prática profissional. Aí, algumas tensões se revelam, em especial, a que coloca em cena a referência ao modelo biomédico e a centralidade do orgânico, incompatível com a apreensão do ser humano como um todo.

Terminologias fiscalistas, como “escuta motora”, expressam essa referência, que também entram em cena no estranhamento que propiciam à própria prática profissional, uma vez que o mesmo se depara com diferentes sentimentos e emoções que percebe nos outros: seja a tristeza de uma paciente e, com ela, a descoberta da tentativa de suicídio que talvez a explicasse, seja o sorriso e abraço ganhos de outra paciente, que ultrapassam a fisiologia e a psicologia do ato, uma vez que inscreve a dimensão do social, da relação com o outro e dos seus sentidos.

Sentidos que são construídos na relação com o doente e a doença, e que sinalizam diferentes possibilidades de ação, tanto do professor de atividade física, quanto do paciente que participa de uma atividade de vôlei, não em pé, mas sentado; que pode dançar a Capoeira de modo “espelhado”, olhando para o outro que dança à sua frente e que resignifica a atividade proposta para além da doença que a princípio poderia lhe impossibilitar.

Como parte da vida, a doença é uma condição humana. A doença, como nos mostra Foucault (1975, p.18), “não é uma essência contra a natureza, ela é a

própria natureza, mas num processo invertido; a história natural da doença só tem que restabelecer o curso da história natural do organismo”, não sendo, portanto, uma realidade autônoma, é, ao contrário, “um corte abstrato no devir do indivíduo doente”, como evidenciam os relatos sobre a recriação das atividades pelos pacientes.

Referências

- BERGER, Peter Ludwig. *Perspectivas sociológicas: uma visão humanística*. 23ª Edição. Petrópolis: Vozes, 1978.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. In: *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem clínica*. São Paulo: Hucitec, p. 101-103, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. “A mediação entre conhecimento e práticas: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.2, p 3033-3040. 2011.
- COIMBRA, Valéria Cristina Christello. *O acolhimento no centro de atenção psicossocial*. Dissertação. Ribeirão Preto: USP, 2003.
- DAOLIO, Jocimar. *Da cultura do corpo*. 12ª edição. Campinas: Papirus, 2007.
- ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: Jerusakubsky, Alfredo; Fendrik, Silvia (Orgs). *O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, p. 53-62, 2011.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- GOFFMAN, Erving. “Alinhamento grupal e identidade do eu” In: *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LCT, 2008, p. 116-136.
- LE BRETON, David. “As fontes de uma representação moderna do corpo – O corpo- Máquina” In *Antropologia do corpo e Modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 97-126.
- LE BRETON, David. *As paixões ordinárias: antropologia das emoções*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/Edusp, 1974.
- MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CR Campo et al. (Orgs.). *O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, p.103-120, 1998.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). *Pesquisa Social*. 26ª edição. Petrópolis: Vozes, 2007.
- ORTEGA, Francisco. “O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade”. *Mana*, v. 14, p. 477-509, 2008.
- RUSSO, Jane. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2002.
- SARTI, Cynthia Andersen. A dor, o indivíduo e a cultura. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.
- SOUZA, Alicia Navarro. Pesquisa qualitativa em saúde. In: NA, Souza; J. Pitanguy, *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, p. 75-87, 2006.
- VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira. *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 36-46, 1978.

Body, person, emotion: physical activity as tool and reflexion of yourself

Abstract: This text is intended to discuss some issues concerning physical activity in a rehabilitation center for people with mental disorders. We seek to focus the work in this space and the issues presented by social actors linked to physical activity in the relationship with patients and with their own work. Therefore, the text presents reflections from field observation, interview with a physical educator and reports of trainees, students of Sciences of Physical Activity. As a result, we can mention the reference to the fragility of other (the patient) and yourself (occupational / physical educator) in the care process; the tensions related to the search for apprehension of the human being as a whole, in the context biomedical of organic centrality and medication; the expressiveness of feelings and emotions in relation of care, also anchored to physicalist's references to understanding of the body. **Keywords:** body, person, emotion, physical activity, biomedicine