Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física

Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida dos Sujeitos com Transtornos Mentais

Estudo realizado nos Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte

Kátia Euclydes de Lima e Borges

Porto, 2004

Universidade do Porto
Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida dos Sujeitos com Transtornos Mentais.

Estudo realizado nos Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte.

Kátia Euclydes de Lima e Borges

Orientadora: Professora Doutora Maria Adília Sá Pinto Marques da Silva
Co - orientador: Professor Doutor Urbano Moreno Marques

Dissertação apresentada às provas de doutoramento no ramo de Ciências do Desporto nos termos do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

Porto 2004

Borges, Kátia Euclydes de Lima

Influência da atividade física na qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais: estudo realizado nos Centros de Convivência da Prefeitura de Belo Horizonte / Kátia E. L. Borges; orientadora Maria Adília Sá Pinto Marques da Silva; co – orientador Urbano Moreno Marques. – Porto, 2004.

xxix, 417 p.

Tese (Doutorado) – Universidade do Porto. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Doutorado em Ciências do Desporto, 2004.

1. Transtornos mentais 2. Qualidade de vida 3. Atividade física adaptada 4. Lazer 5. Instrumentos de avaliação

Dedicatória

A todos os usuários dos Centros de Convivência

CLEMÊNCIA

Miguel Torga

Não me posso julgar como juiz.
Tenho que ter a humana caridade
De não ouvir apenas o que diz
A verdade.

Também a minha sombra tem razão.
Também ela
Anda comigo e vela
Enquanto o sol me vai colando ao chão.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Adília Sá Pinto Marques da Silva, por aceitar me orientar, pela dedicação e pelo cuidado com a tese.

Ao Professor Doutor Urbano Moreno Marques, pela dedicação, pela confiança e pela presença constante e marcante em toda a trajetória do trabalho.

Ao Professor Doutor Pablo Juan Greco, diretor da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (EEF,F,TO), pelo contato com a Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto (FCDEF).

À Direção da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, na pessoa do Professor Doutor Jorge Olímpio Bento, por me receber nesta casa. Agradecimento especial ao Professor Doutor Rui Manuel Proença Garcia, pelo estímulo à cooperação institucional EEF,F,TO - FCDEF.

Ao Gabinete de Relações Internacionais da Ciência e do Ensino Superior (GRICES), pelo apoio financeiro a pesquisa.

Aos colegas e funcionários do Departamento de Esportes, na pessoa da Professora Mestre Kátia Moreira Lemos, pela confiança. Agradecimento especial ao Professor Mestre Pedro Américo de Souza Sobrinho.

À equipe do Laboratório do Movimento e do Centro de Extensão da EEF,F,TO.

Aos profissionais que colaboraram com a pesquisa: Professora Doutora Elizabeth Nascimento, Professor Doutor Luciano Prado, Professor Doutor Helder Isayama, Professor Doutor Luis Carlos Moraes, Professor Doutor Maurício Viotte, Mestre Paula Arantes, Professora Claide Rocha, Professora Healther Blackstone,

Enfermeira Vanessa Freire, Professor Maurício Borges, Engenheiro em Computação Frederico Ferreira, Professora Jackeliane Pellegrini e ao Técnico Daniel Cabral.

Aos Coordenadores do Serviço de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte: Cláudia Pequeno, Mússio Greco, Vanessa Freire e Miriam Abuyd,

Aos que abriram as portas dos Centros de Convivência: Terapeuta Ocupacional Marta (C. C. São Paulo), Doutor Wellington (C. C. Carlos Prates), Terapeuta Ocupacional Vilma (C. C. Pampulha), Terapeuta Ocupacional Karen (C. C. Arthur Bispo) e Psicóloga Maria Sílvia (C. C. César Campos).

À todos os usuários dos Centros de Convivência, um agradecimento especial aos que participaram da pesquisa.

Aos que muito me ensinaram: Eduardo, Sr. Feliciano, Sr. Luís, Sônia, Jô, Carlos, Luís Claúdio, Flávio, D. Rosália, D. Edda, internos do Instituto Raul Soares, usuários do CERSAM – Pampulha e do Centro de Convivência do Bairro São Paulo.

Aos discentes que sempre estiveram ao meu lado no aprendizado: Wagner, Vanessa, Gilson, Denisar, Rodrigo, Karina, Gutemberg, Guilherme, Daniel, Roselene, Cinara e Flávia. Agradecimento especial a Gisele.

A minha família, que sempre estive ao meu lado: meu pai Marcondes, meus irmãos Maurício, Valeria, Eduardo e Gabriel. "Benção, minha mãe! (em memória)". A tia Ione, tia Epione, cunhadas, cunhado, sobrinhos, sobrinhas, primas e primos.

Às minhas irmãs-amigas Cláudia, Claide e famílias, agradeço pelo carinho, pela amizade e por possibilitar fazer de Belo Horizonte minha terra.

Aos encontros de sempre: Isa e Augusto, minha fada madrinha e Sr. Manuel, Rosa, Cecília e David, Ari, Cláudia Lins e família, Hélio,

Flávia e Roger, Raquel e Ricardo. Agradecimento especial a Senhora
Lourdes e ao Professor Urbano por me ajudarem a fazer de Portugal um delicioso pedaço da minha vida.

Aos novos encontros: Rui, Natércia, Olga, Elvis, Flávio, Patrícia, Poliana, Cristina, Mauro, Vivina e colegas do Fluvial Clube de Remo. Agradecimento especial ao Brás por me ensinar a remar no inesquecível rio Douro.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta tese e que não foram citados nominalmente.

Índice Geral

Agradecimentos	**v**
Índice Geral	**xi**
Índice de Figuras e Quadros	**xvii**
Índice de Anexos	**xxi**
Resumo	**xxiii**
Abstract	**xxv**
Résumé	**xxvii**
Abreviaturas	**xxix**
Introdução	**1**
Revisão de Literatura	**9**
1 – Busca ao Ser	**9**
2 – Do Ser Doente ao Cidadão	**25**
3 – Políticas Sociais e de Saúde no Brasil	**37**
3.1 – O Enquadramento Legal da Municipalização da Saúde	**44**
3.2 – A Municipalização como Resposta	**45**
4 – Saúde Mental	**51**
4.1 – A Desinstitucionalização na Saúde Mental	**53**
4.2 – A Desinstitucionalização da Saúde Mental em Minas Gerais	**54**
4.3 – A Desospitalização em Belo Horizonte	**56**
5 – Psicose e Neuroses Graves	**59**
5. 1 – Psicose	**65**
5.1.1 – Esquizofrenia	**69**
5.1.2 – Transtornos do Humor	**78**
5.2 – Neuroses	**85**
5.2.1 – Transtornos de Ansiedade	**88**
5.2.2 – Fobia e Ansiedade Generalizada	**89**

5.2.3 – Transtornos Obsessivos Compulsivos 91
5.2.4 – Transtornos Dissociativos e Transtornos Somatoformes 92
5.2.5 – Transtornos da Personalidade 96
5.3 – O Pensamento Psicanalítico sobre o Sujeito Psicótico ou Neurótico 101
6 – Reabilitação em Saúde Mental 107
7 – Lazer 115
7.1 – Da Grécia Clássica ao Período Moderno 115
7.2 – Da Modernidade ao Contemporâneo 125
7.3 – O lugar do Lazer na Cultura Brasileira 130
7.4 – O lugar do Lazer no Sujeito 135
8 – Atividade Física Adaptada 145
8.1 – A Atividade Física Adaptada e o Indivíduo com Psicose ou Neuroses Graves 151
9 – Qualidade de Vida 161
Objetivos 187
Material e Método 189
1 – Amostra 189
2 – Material 189
2.1 – Instrumentos 189
2.2 – Projeto Piloto 193
3 – Método 195
3.1 – Procedimentos institucionais 196
3.2 – Procedimentos de esclarecimentos 197
3.3 – Procedimentos gerais 197
3.4 – Procedimentos do Questionário Sócio demográfico e de Lazer 198
3.5 – Procedimentos da Escala de Percepção de Liberdade no Lazer 199
3.6 – Procedimentos da Escala Qualidade de Vida - BR 201
3.7 – Procedimentos estatísticos 202
4 – Discussão do Método 202

Resultados **209**
1 – Dados Sócio demográficos e de Lazer **209**
2 – Dados da Escala de Percepção de Liberdade no Lazer **221**
3 – Dados da Escala de Qualidade de Vida **224**
.4 – Aprofundamento dos Resultados **232**
Discussão **239**
Conclusões **301**
Bibliografia **311**
Outras Referências **333**
Anexos **335**

Índice de Figuras e de Quadros

Figuras

Figura 1 – Distribuição da população por faixa etária **210**

Figura 2 – Distribuição da população por gênero **210**

Figura 3 – Distribuição da população pelo estado civil **211**

Figura 4 – Distribuição da população pela condição de moradia **211**

Figura 5 – Distribuição da população pela religião **212**

Figura 6 – Distribuição da população por escolaridade **212**

Figura 7 – Distribuição da população pela condição de renda **213**

Figura 8 – Distribuição da população pela experiência de internação em hospitais ou clínicas psiquiátricas **213**

Figura 9 – Distribuição da população por finalidade de participação nas atividades dos Centros de Convivência **214**

Figura 10 – Distribuição da população pela categoria diagnóstico **215**

Figura 11 – Distribuição da população pela categoria Trabalhos Manuais **216**

Figura 12 – Distribuição da população pela categoria Atividades Sociais **217**

Figura 13 – Distribuição da população pela categoria Esporte **217**

Figura 14 – Distribuição da população pela categoria Atividade Física **218**

Figura 15 – Distribuição pela finalidade da prática da atividade física **219**

Figura 16 – Distribuição por interesse em praticar atividade física **220**

Figura 17 – Distribuição por importância da prática da atividade física **220**

Figura 18 – Distribuição da população pela categoria Jogos de Salão **221**

Figura 19 – Estrutura de mediação do lazer **297**

Quadros

Quadro 1 – Avaliação das relações familiares 224
Quadro 2 – Avaliação dos relacionamentos de amizade 225
Quadro 3 – Avaliação dos relacionamentos com colegas 225
Quadro 4 – Avaliação do afastamento social 226
Quadro 5 – Avaliação do exercício ocupacional 227
Quadro 6 – Avaliação sobre realização no domínio ocupacional 227
Quadro 7 – Avaliação da satisfação no domínio ocupacional 228
Quadro 8 – Avaliação sobre metas e objetivos na vida 228
Quadro 9 – Avaliação da curiosidade 229
Quadro 10 – Avaliação da anedonia 229
Quadro 11 – Avaliação do engajamento em atividades culturais básicas 230

Índice de Anexos

1 - Escala de Qualidade de Vida – QLS-BR **1**

2 - Escala de Percepção de Liberdade no Lazer – PLL **19**

3 - Questionário Sócio demográfico e de Lazer - QSL **23**

4 - Cálculo de média – PLL **27**

5 - Análise de Consistência Interna – PLL **29**

6 - Análise de Consistência Interna – QLS-BR **35**

7 - Avaliação Média QLS-BR **41**

8 - Cálculo Faixa Etária – QSL **45**

9 - Associação: Reconhecimento de Habilidade e Ocupação do Tempo **51**

10 - Associação: Percepção de Liberdade no Lazer e Qualidade de Vida **53**

Resumo

Para a construção de programas de intervenção em Centros de Convivência julgou-se necessário avaliar os valores creditados pelos indivíduos às práticas do lazer, inclusive da atividade física, e a influência deste domínio na qualidade de vida dos mesmos.

A revisão da literatura para a escolha dos instrumentos e a análise dos procedimentos indicou a necessidade de tradução e elaboração de um projeto piloto para se garantir a confiabilidade e a estruturação de um protocolo de aplicação em língua portuguesa.

O novo protocolo de aplicação contendo três instrumentos (Escala de Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia: QLS. BR, Percepção de Liberdade no Lazer: PLL, Questionário de Dados Sóciodemográficos e de Lazer: QSL) foi aplicado em 256 indivíduos (36,83%) da população do programa.

O sentido do lazer está revestido de satisfação, possibilidade de resgate de identidade, de construção da própria história e de bandeira de luta no processo de inclusão social.

Há um distanciamento de grande parte dessa população das atividades físicas, contudo constatou-se a possibilidade de intervenção dos profissionais da Atividade Física Adaptada.

Há uma positividade na percepção de liberdade no lazer, com indivíduos percebendo-se auto confiantes e habilidosos, porém, com dificuldades na interação com outras pessoas nesse ambiente.

A investigação da qualidade de vida revelou indivíduos insatisfeitos e com pouca capacidade de realizações e de oportunidades na vida, entretanto, os resultados refletiram diferentes níveis de influencias no domínio do lazer.

A análise de tendências possibilitou a realização de uma leitura em positivo dos resultados.

PALAVRAS–CHAVE: TRANSTORNOS MENTAIS; QUALIDADE DE VIDA; ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA; LAZER; INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.

Abstract

Aiming for the settlement of intervention programs in Community Mental Health Centers, all the credit that individuals give to their leisure practices was to be auditioned, including physical activity, as well as their influence on the quality-of-life.

Upon revising the literature on the choice of instruments and the analysis of procedures, it became clear that it was necessary to translate and elaborate a pilot project, in order to ensure a protocol in Portuguese that is well-structured and trustworthy.

This new protocol comprises three instruments (Quality-of-Life Scale for Patients with Schizophrenia: QLS. BR, Perception of Freedom in Leisure: PLL, Questionnaire of Sociodemographic and Leisure Data: QSL) and was administered to 256 individuals (36,83%) within the focus group.

Leisure activities are about acquiring satisfaction with the possibility of reinsertion, remaking the life story itself, and being a groundstone in social inclusion.

This focus group is generally set apart from physical activities, although the possibility of Adapted Physical Activity intervention by professionals has been verified.

The perception of freedom in leisure is a favourable path, as individuals have the perception of being self-confident and skilled. In spite of this, interaction with other people in such environment is troublesome.

Investigation on quality-of-life has revealed unsatisfied individuals, with low expectations and few opportunities in life. In the domain of Leisure, however, the results show different levels of influence.

The analysis of tendencies produced a positive readout.

KEY-WORDS: MENTAL DISORDERS, QUALITY-OF-LIFE, ADAPTED PHYSICAL ACTIVITY, LEISURE, ASSESSMENT INSTRUMENTS.

Résumé

Pour élaborer des programmes d'intervention dans les Centres de Convivialité, on croit qu'il faut évaluer non seulement l'importance que les personnes donnent aux pratiques de loisir, y compris l'exercice physique, mais aussi l'influence qu'ils ont dans la qualité de vie des gens.

La révision de la littérature pour choisir les instruments et l'étude de procédés ont bien montré le besoin de traduire et élaborer un projet pilote afin de garantir un protocole en portugais bien structuré et fiable.

Le nouveau protocole comprend trois instruments (L'Échelle de Qualité de Vie pour Patients avec Schizophrénie : QLS. BR, Perception de Liberté dans le Loisir : PLL, Questionnaire de Données Sociodémographiques et de Loisir : QSL). Il a été adressé à 256 individus (36,83%) du groupe cible.

En fait, plus que satisfaire, le loisir rend possible non seulement la réinsertion et la reconstruction de l'histoire de vie elle-même, mais aussi la lutte pour l'inclusion social.

Malgré l'éloignement d'une majorité de cette population en ce qui concerne les activités physiques, on a constaté qu'il est possible de faire les professionnels de l'Activité Physique Adaptée intervenir.

Bien que la perception de liberté dans le loisir rend l'individu confiant en soi-même et habile, l'interaction avec des autres individus dans cet environnement devient conflictuelle.

L'investigation à propos de la qualité de vie a révélé qu'il y a des individus insatisfaits, sans grandes expectatives et opportunités de vie. Néanmoins, en ce qui concerne le loisir, les résultats ont révélé niveaux d'influence différents.

L'analyse de tendances a rendu possible une lecture positive des résultats.

MOTS-CLES : TROUBLES MENTAUX ; QUALITE DE VIE ; ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE ; LOISIR ; INSTRUMENTS D'EVALUATION.

Abreviaturas

AFA – Atividade Física Adaptada

OMS – Organização Mundial da Saúde

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

CID – Classificação Internacional de Doenças

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CC – Centro de Convivência

APA – Associação de Psiquiatria Americana

QV – Qualidade de Vida

QLS – *Quality of Life Scale*

PLL – Escala de Percepção de Liberdade no Lazer

INTRODUÇÃO

A indagação, levantada por Sayce (2000), de como e em quais condições uma pessoa diagnosticada com transtorno mental se desloca da segregação para uma completa participação na vida social e econômica permanece sem uma resposta precisa. Essa indagação continua a ser alvo de reflexões para grande parte de estudiosos e pesquisadores que atuam na perspectiva da inclusão social, na área da Saúde Mental .

A procura do entendimento das diferentes razões que levam alguns seres humanos a segregarem outros seres humanos do convívio social e a acomodação, de grande parte desses seres humanos, nessa condição de excluídos tem feito parte da construção do saber, em diferentes campos do conhecimento, ao longo dos tempos (Goffman, 1961; Foucault, 1967).

A existência de um emaranhado de disputas pelo poder e a hegemonia de doutrinas e teorias para explicar e justificar o fenômeno da díficil convivência entre os indivíduos semelhantes-diferentes, tem permeado o desenvolvimento da humanidade e da ciência.

A área de conhecimento denominada Atividade Física Adaptada (AFA) situa-se entre as várias categorias acadêmicas com pesquisas no campo da inclusão social e, historicamente, essa área tem participado da construção teórica e prática da Educação Física e do Esporte.

Sherrill (1998), pesquisadora de reconhecimento internacional, afirma que nas bases filosóficas das diferentes teorias que fazem a sustentação desta área de conhecimento, encontra-se a escola do pensamento humanista.

Segundo a autora os atuais programas de pesquisa da Atividade Física Adaptada possuem quatro variáveis de aprofundamento; são elas: atividade física; diferenças individuais e de ecossistemas; diferenças no modelo dos serviços e inclusão social.

Dentro desta perspectiva, nos planejamentos dos diferentes programas da Atividade Física Adaptada os objetivos que propõem estimular todo potencial humano das pessoas com necessidades especiais devem ser transparentes e compartilhados por todos os integrantes dos programas.

Além da concepção do desenvolvimento da dimensão subjetiva individual os aspectos de convivência social e a responsabilidade pessoal devem, também, constar dos objetivos dos programas (Sherrill, 1998).

No recorte histórico e técnico do desenvolvimento dessa área três teorias conseguiram se impor com maior relevância nos aspectos técnicos e na difusão dos seus princípios dentro da sociedade internacional.

A Teoria da Normalização foi a primeira a defender a luta pela dignidade da pessoa com necessidades especiais[1]. Os princípios proclamados por esta vertente teórica fizeram com que o tema – deficiência e suas implicações, passasse a ser debatido, mais abertamente, dentro de vários segmentos da sociedade.

Assimilada, inicialmente, pelos profissionais e pais de pessoas com deficiência mental, a Teoria da Integração Social acabou influenciando todos os outros movimentos de pessoas com necessidades especiais.

A defesa pelo direito de acesso, desta população, aos vários ambientes sociais foi um importante elemento para a desinstitucionalização das pessoas com deficiência mental e das demais populações que viviam alienadas do processo social em diferentes sociedades.

Focalizando uma mudança de atitude na sociedade, o que estava sendo colocado no centro de valorização dessas teorias era o ser humano, a pessoa frente à necessidade especial apresentada.

Seguindo, quase que naturalmente, o processo de evolução das teorias comportamentalistas e o próprio modelo democrático temos assistido, nos últimos anos, ao crescimento da Teoria da Inclusão Social.

---

[1] Pessoas com Necessidades Especiais engloba os indivíduos com deficiências congênitas ou adquiridas; os indivíduos que apresentam situações especiais na condição física ou mental e os indivíduos com doenças ou transtornos agudos ou crônicos e que demandam adaptações em determinado domínio da vida.

A teoria mencionada acima, como enfatizado por Sherrill (1998), está baseada nos princípios psicológicos da auto determinação. Contudo, um referencial chave da teoria é a ênfase no processo e no produto resultante da luta pelos direitos legais do cidadão.

Alguns termos chaves da teoria são: controle da própria vida, igualdade de forças no ecossistema, acessibilidade a programas e recursos e percepção de violação de direitos.

Enfatizando a relação existente entre os fatores psicológicos individuais e a luta dos movimentos sociais como âncora do desenvolvimento do ser humano, a Teoria da Inclusão Social tem alcançado destaque no planejamento dos programas públicos na área da Atividade Física Adaptada.

As diferentes manifestações humanas que o termo atividade física adaptada possibilita abarcar tem-se revelado presente, mais explicitamente na vida de algumas populações com necessidades especiais.

A regularidade das realizações das paraolimpíadas têm possibilitado o desenvolvimento mundial de técnicas e, consequentemente, a revelação de atletas com deficiência. Tal fato tem feito transformar, para melhor, o cenário do suporte financeiro nos patrocínios e na qualidade dos equipamentos de várias modalidades esportivas praticadas por essa população.

Outra experiência de sucesso em diferentes sociedades foi a descoberta técnica da possibilidade da utilização da recreação no desenvolvimento cognitivo e social das pessoas com deficiência mental. A partir das constatações científicas da área tem havido multiplicações das técnicas psicoeducacionais e psicossociais, que muito têm colaborado na inserção social desta população.

Em todos estes movimentos se constata a presença dos grupos de pesquisa da Atividade Física Adaptada. Os trabalhos realizados neste campo profissional contribuiram com estas populações no período histórico da Normalização, como continuam a fazer na atual proposta de Inclusão Social.

O valor cultural explicitado, dentro de cada sociedade, para as diferentes sub categorias da manifestação humana nomeada, academicamente, como

Atividade Física Adaptada é que tem possibilitado aos grupos de pesquisa investigar as necessidades e as possibilidades de adaptação de determinadas técnicas educacionais, esportivas ou de lazer para uma população alvo.

Incluso nas variáveis do aprofundamento das pesquisas estão os estudos dos fatores e dos valores culturais para a eleição em uma sociedade dos critérios para a nomeação de indivíduos ou agrupamento de indivíduos como pessoas com necessidades especiais. Estudos indicam que o padrão cultural da estigmatização, as religiões, as decisões políticas e as financeiras estão entre alguns parâmetros para estas nomeações (Farina, 1998).

As diferenças culturais, neste contexto, têm amplificado o número de grupos atendidos nos programas desenvolvidos pelos profissionais da Atividade Física Adaptada, em todo o mundo.

É a complexa rede de valores de uma sociedade influenciando a nomeação de grupos humanos como população especial .

Para a tomada de decisão sobre a relevância da implantação de um programa e do perfil de atendimento a ser construído pelo mesmo na área do lazer com indivíduos com transtornos mentais torna-se necessário o entendimento do atual estágio da qualidade de vida desses sujeitos e as variáveis no domínio do lazer que influenciam essa qualidade de vida.

Na perspectiva de se refinar as variáveis de influência acima mencionadas, o trabalho objetiva identificar e pesquisar a associação da rede social, das funções intrapsíquicas e interpessoais, bem como do nível ocupacional com as variáveis de auto confiança, do reconhecimento de habilidades e da interação com outras pessoas no domínio do lazer.

O trabalho está organizado em 15 sub divisões e anexos, estando os capítulos sistematizados em 5 grandes blocos de unidades dos conteúdos.

Abre-se o primeiro bloco do trabalho (capítulo 1, A Busca ao Ser; capítulo 2, Do Ser Doente ao Cidadão) abordando algumas indagações clássicas sobre segregação e convivência social na construção da sociedade e da área do conhecimento denominada Atividade Física Adaptada (AFA) no ocidente.

Nos três capítulos iniciais as questões filosóficas sustentam a estrutura dos textos com a intenção de se buscar ontologicamente a construção da subjetividade contemporânea e de se apreciar a trajetória que vai da individualidade à coletividade no processo do adoecer, nomeadamente na área da Saúde Mental (Foucault, 1967; Sherrill, 1998; Marcondes, 1998; Sayce, 2000).

A revisão da literatura no segundo bloco (capítulo 3, Políticas Sociais e de Saúde no Brasil; capítulo 4, Saúde Mental; capítulo 5, Psicose e Neuroses; capítulo 6, Reabilitação em Saúde Mental) objetiva definir e conceituar as estruturas institucionais e as variáveis psicopatológicas e de reabilitação neste adoecer psíquico.

A estruturação organizacional da área da saúde no Brasil tem como subdivisão o foco no "O Enquadramento Legal da Municipalização da Saúde" e "A Municipalização como Resposta" (Teixeira, 1986; Guimarães, "s/d"; Vilaça Mendes, 1991; Hockman, 1998).

O capítulo Saúde Mental aborda brevemente o impacto do adoecer psíquico na saúde mundial e indica o percurso de impacto da desinstitucionalização dos indivíduos com transtornos mentais. Esta rota começa pela "Desistitucionalização na Saúde Mental", em seguida passa pela "Desinstitucionalização da Saúde Mental em Belo Horizonte" e termina com "A Desospitalização em Belo Horizonte" (OMS,1999; Greco, 1994; Lauar, 1995).

O refinamento individual do adoecer psíquico é abordado no capítulo Psicose e Neuroses. A subdivisão apresentada do capítulo está constituída de "Psicose" com referências à "Esquizofrenia" e aos "Transtornos de Humor" e as "Neuroses" com detalhamento sobre "Transtornos de Ansiedade", "Fobias e Ansiedade Generalizada", Transtornos Obsessivos-Compulsivos", Transtornos Dissociativos e Transtornos Somatoformes" e "Transtorno de Personalidade". A última parte do capítulo aborda de maneira estrutural "O Pensamento Psicanalítico sobre a Psicose e as Neuroses" (Louzã Neto, 1995; Fernandes da Fonseca, 1997; Knapp, 1997; Freud, 1997; Viganó, 1997; Dalgalarrondo, 2000).

O capítulo da Reabilitação em Saúde Mental enfoca os princípios técnicos e o realce psicossocial que norteia os atendimentos desta população. Este capítulo, ainda, articula os cincos primeiros capítulos com o restante do trabalho (Pratt, 1999).

O quarto bloco contém o capítulo 7, Lazer, o capítulo 8, Atividade Física Adaptada e o capítulo 9, Qualidade de Vida. O fio condutor deste bloco, e do mesmo com os anteriores, encontra-se na aproximação filosófica e na interpenetração dos vários conceitos utilizadas nestas três áreas do conhecimento (Corten, 1994; Lehman, 1995; Mota, 1997; Edigton, 1998; Silva, 2000; Sherrill, 2000; Werneck, 2000; Gianetti, 2002).

Nesse contexto, torna-se importante mencionar que ao longo deste trabalho o entendimento sobre a satisfação, o prazer e a qualidade de vida na condição humana foi buscado tendo como perspectiva dois focos, a ótica filosófica e a histórica. Portanto, o dizer qualitativo da tese.

O capítulo Lazer está subdividido em "Da Grécia Clássica ao Período Moderno", "Da Modernidade ao Contemporâneo", "O Lugar do Lazer na Cultura Brasileira" e "O Lugar do Lazer no Sujeito".

O capítulo da Atividade Física Adaptada revela-se pelas principais teorias que sustentam esta área de conhecimento e, as principais escolas técnicas subsidiam o curso teórico sobre "A Atividade Física e o Indivíduo com Psicose ou Neuroses Graves".

A evolução do conceito de qualidade de vida e os principais trabalhos científicos produzidos, tendo como elo a população com transtornos mentais severos, está no capítulo Qualidade de Vida.

Na ultima parte (Capítulo 10, Objetivos; Capítulo 11, Material e Método; capítulo 12, Resultados; capítulo 13, Discussão; capítulo 14, Conclusões, Capítulo 15, Bibliografia) encontra-se a visão quantitativa e qualitativa a qual o estudo objetivou.

Dessa maneira, neste bloco encontra-se os referenciais para a escolha dos instrumentos, viabilidade, fiabilidade no âmbito do trabalho de campo e os

procedimentos para a coleta dos dados, bem como os indicativos sobre o tratamento dos mesmos e resultados sistematizados.

Uma vez que nesta trabalho houve o tratamento estatístico e a análise de intradados, por se pesquisar uma população específica e sem referenciais anteriores de investigação, no capítulo Discussão os resultados são debatidos com argumentações coletadas dentro da sistematização histórica-filosófica e técnica dos blocos anteriores.

O capítulo Conclusões apresenta uma leitura com características "em positivo" da discussão, na qual realça a lógica, o processo, o sentido e as restrições do lazer na qualidade de vida da população pesquisada.

Nos anexos apresentam-se os três instrumentos utilizados na pesquisa, bem como alguns exemplos, em bruto, do tratamento estatístico.

REVISÃO DA LITERATURA

1 - A Busca ao Ser

Na base da procura intelectual para desvelar o sentido do ser e todas as implicações do estar no mundo, os conceitos adotados pelos intelectuais para determinados termos relevaram-se de suma importância para a formação dos atuais conceitos utilizados pelos profissionais para respaldar os modelos explicativos, as intervenções terapêuticas e a implantação de programas na área da saúde mental.

Um termo chave na compreensão desse processo de exclusão-inclusão social do sujeito com sofrimento mental é o da consciência. Diferentes correntes intelectuais utilizam-se dos conceitos oriundos desse termo para pautar seus referenciais teóricos.

O estudo da consciência humana e suas alterações já desafiava os primeiros filósofos. Desde então, esse termo continua a instigar estudiosos e cientistas de diferentes áreas do conhecimento.

Sócrates (469 A.c.) ao fazer a distinção entre mundo racional (interior) e mundo sensível (exterior), faz surgir a primeira noção de consciência. O filósofo falava de uma voz interior que o orientava na busca do Bem e da Virtude e usou da palavra *Syneidesis* para referir-se ao reconhecimento da própria culpa, e esse vocábulo foi traduzido para o latim como *Cum-sciencia.*

Para Sócrates, Deus não se encontra no Olimpo, nem na Natureza, como pensavam os filósofos naturalistas, mas dentro da pessoa, do indivíduo, do ser humano. Para ele o sujeito está acima do mundo finito e sensível.

O filósofo começa a fazer a distinção entre conhecimento racional e sensível ao afirmar que "a pessoa humana não é sem a Razão, e esta é de origem Divina", e que é somente através da racionalidade que o indivíduo se torna consciente de uma Ordem Superior e Moral das coisas (Marcondes, 1998, p. 47).

Platão (428-347 A.c.), discípulo de Sócrates, aborda uma realidade diversa da sensível, ou seja, de um mundo além dos limites do pensamento, fora do tempo e do espaço. O mundo de essências universais, incorpóreas, imutáveis, imortais e eternas, que a chamou de Mundo das Idéias (Sciacca, 1966).

Com a utilização do conceito de alma propõe a divisão da alma em três partes: racional, apetitiva e espirito-afetiva.

Na procura da identificação do sentido da loucura o filósofo relaciona a pouca influência da parte racional da alma sobre a apetitiva, ou um distúrbio divino para explicar tal fenômeno (Marcondes,1998).

Aristóteles (384-322 A.c.), apesar de discípulo de Platão, é o filósofo do real, da natureza, da ciência, ao contrário de seu mestre que é o filósofo das Idéias. Corpo e alma estão numa união indissolúvel, sendo impossível que existam como substâncias isoladas (Marcondes,1998).

Em síntese, para Sócrates ele é Sócrates, não pelo que tem de comum com todos homens, mas pelo que tem de particular, pois existe nele algo de indivisível e que se opõe a todo o resto, o que faz dele único. Este indivíduo é o verdadeiro ser. Porém, segundo Platão, é o universal que constitui o ser. Já para Aristóteles, o verdadeiro ser não é algo universal, mas o que existe em si mesmo. A substância é o ser verdadeiro, pois o fundamento da existência é a atividade.

Desta maneira, ser é agir e agir é existir. O ato mais perfeito que existe é o do pensamento contemplando seu objeto e gozando sua imediata presença (Marcondes,1998).

Desde os antigos gregos a consciência teve sempre uma conotação de moral, ou seja, de um reconhecimento da própria culpa.

A noção de culpa originária inata presente na sociedade ocidental, deve-se principalmente devido a forte influência do cristianismo.

Primeiro em Santo Agostinho que nasceu em plena decadência do Império Romano (354-430 D.c.) e que representa o elo que une uma parte do pensamento antigo ao medieval. Embaçado nos evangelhos de São Paulo e São João e nas concepções neoplatônicas afirma que o conhecimento não pode ser inteiramente

derivado do sensível, e que o mesmo necessita de um elemento prévio que sirva como ponto de partida.

Para Santo Agostinho esse elemento é a interioridade, isto é, a capacidade da mente humana em conhecer a Verdade Divina ou a Luz Interior que habita todos os seres humanos (Teixeira de Pascoaes, 1995).

Formulou-se dessa maneira a oposição interior-exterior e estava descrito, nessa perspectiva, que só existe experiência onde está o ser humano. As coisas por si só são mudas, e tornam-se experiência através da reflexão da consciência.

Os princípios universais da lógica, da ordem moral e das representações intelectuais estão inatos na consciência.

A influência dos grandes pensadores grecos acaba por influenciar, também, o mundo muçulmano, tornando os árabes, segundo Fernandes da Fonseca (1995) os grandes divulgadores dos conhecimentos grecos para a sociedade intelectual ocidental, principalmente pelas traduções realizadas.

Torna-se importante registrar que a assimilação da visão da consciência, enquanto reconhecimento de uma moral, foi traduzida em ações concretas no mundo islâmico na construção dos primeiros asilos que objetivavam tratar moralmente os doentes mentais.

A visão humanista defendida pelos médicos arábes, que praticavam a medicina centrados na visão global do ser humano, refletia o embasamento filosófico destes profissionais.

Entre os primeiros asilos construidos estão os de Fez, no ano 700, o de Bagdad, em 705, o da cidade do Cairo, no ano 800 e o de Damasco em 1280 (Fernandes da Fonseca, 1995).

No séc. XIII a escolástica atinge sua maioridade, com São Tomás de Aquino (1227-1274), que distinguia uma verdade natural que é da razão e uma verdade sobrenatural que vem com a fé. Verdades distintas, porém não separadas. A idéia de um ser universal e independente da noção de tempo e espaço, portanto, eterno.

O intelecto e a vontade são atos próprios da alma e independentes da matéria. São Tomás ao afirmar que o Criador deixa sua marca na cria começa a legitimar, do ponto de vista teológico, o interesse pela investigação científica do corpo físico (Marcondes,1998).

Mas é somente no séc. XV, com o início do Renascimento, que o choque entre o dogma religioso e a nova representação do mundo teve influência considerável na concepção que o ser humano elaborava sobre sua própria origem e natureza do mundo físico.

No Renascimento, cujo traço característico é o Humanismo, em que se busca recuperar a dignidade humana, contrariando o tema medieval da miséria hominis, o ser caído, marcado pelo pecado original.

Nesta fase histórica, com mudanças significativas em todas as áreas (científicas, filosóficas, políticas, artísticas e literárias), se assinala a saída do período medieval, marcado pelo mágico e pelo sobrenatural, e se orienta para a entrada no real, na ciência e no moderno.

De acordo com Marcondes (1998), Copérnico (1473-1543) ao publicar "Sobre a Revolução dos Orbes Celestes", destronou a teoria geocêntrica de Ptolomeu (100-178 D.c.) e quebrou um paradigma de mais de 1500 anos.

Ao remover a Terra do centro do mundo, Copérnico provocou um combate ideológico que só foi igualado quando o evolucionismo contestou outro sistema de ideias, também profundamente arraigadas acerca da origem do ser humano.

Assim, a revolução copernicana tornou-se um dos fatores preponderantes do desenvolvimento intelectual da humanidade, sendo o mesmo considerado tanto no plano ideológico como científico, um dos fundadores do mundo moderno.

Em 1609, Kepler publica "Nova Astronomia" no qual defende a ideia de que o universo é regido por leis matemáticas. Se assiste o ponto de partida para o Mecanicismo. O corpo humano, neste período, é valorizado como dotado de beleza própria. A observação, a verificação e a experimentação de hipóteses tornam-se critérios decisivos, suplantando a argumentação especulativa e da metafísica.

Neste clima de questionamento dos dogmas eclesiásticos, de valorização da razão e da liberdade individual, surge o "*Cogito Ergo Sum*" de Descartes (Marcondes,1998).

Considerado um dos filósofos mais importantes dessa época, Decartes (1596-1650), juntamente com Francis Bacon (1561-1626) e Isaac Newton (1643-1727), com o Empirismo e o Mecanicismo, respectivamente, demarcam um novo tempo, a Era da Razão.

Tanto Bacon como Descartes rompem com a tradição escolástica de inspiração aristotélica, pois ambos tem uma única preocupação: formular um método que evite o erro e coloque o ser humano no caminho do conhecimento correto. Buscam a liberação do ser humano de seus preconceitos, ilusões e supertições, partindo do princípio que para se chegar ao verdadeiro conhecimento da natureza, é preciso observar sem preconceitos.

Descartes, ao contrário dos empiristas, parte para a experiência interna e, através da dúvida metódica, da introspecção, cria um novo instrumento para a busca do conhecimento. Formula-se, então, a crença de uma consciência pura, independente da matéria.

O argumento cartesiano parte do reconhecimento da idéia de Deus como um ser perfeito, que se apresenta como consciência pura na mente humana. A consciência como certeza última de tudo que existe passa a ser uma entidade fechada em si mesma. Estava formulado o *Arqué* cartesiano, ou seja, a existência de uma consciência estática e isolada do mundo real. O conceito de consciência passa a ser utilizado como o conceito da razão (Sciacca, 1966).

Surge, também, em alemão a palavra *bewissen* que se desvia amplamente das *syneidesis e cum-sciencia*, e g*ewissen* (consciência moral). *Bewissen* quer dizer a capacidade do indivíduo de considerar as próprias vivências e clarear seus conhecimentos (Sciacca, 1966).

Leibniz (1646-1716), na Alemanha, opõe a visão cartesiana de mundo mecânico e geométrico para uma concepção dinâmica, pois, a materia como

atividade e a *aufklärung* (esclarecimento) defende a *vita-activa* para o conhecimento do mundo real (Mundo dos Filósofos, 2002).

Começa-se o aprofundamento do princípio subjetivo da moralidade dentro do estudo da consciência.

Como uma projeção de claridade sobre o obscuro os termos luz interior, lógica, ordem, racionalidade passam a compor o entendimento do termo mais amplo denominado consciência.

Bacon, por outro lado, valoriza a experiência e a experimentação. Nesta abordagem teórica, para alcançar o verdadeiro saber, o ser humano deve despir-se de seus preconceitos. Para o filósofo empirista o poder vem do saber, pois é observando a regularidade entre os fenômenos e estabelecendo relações entre eles que podemos formular leis científicas, fazer previsões e controlar a natureza em nosso favor (Sciacca, 1966).

Durante esse período a humanidade começa o movimento de pensamento conhecido como Iluminismo.

Do Iluminismo à Modernidade registra-se um grande movimento cultural, de caráter amplo e refletindo todo um contexto político e social de uma época. Nomes expressivos destes movimentos são: Rousseau, Voltaire, Kant, Goethe, Adam Smith e, também, Hume.

Citando Marcondes (1998, p 182), para Hume (1711-1776), escocês de Edimburgo, "não existem ideias sem impressões, pois as idéias só podem nascer de impressões. O fato originário do conhecimento e ao qual todo conhecimento é referido são a impressão sensível. O princípio da causalidade é uma ilusão inútil".

Para o mesmo pensador, a experiência humana não é só atividade racional, mas também sentimentos e instintos, sendo uma atividade prática que se realiza na vida social. Assim, todas as formas de atividade psíquica ou espiritual nascem das sensações (não sendo mais que sensações transformadas). É impossível apreender a si mesmo sem a percepção. Portanto o "eu" nada mais é do que "um feixe de percepções em um determinado momento e varia na medida em que essas percepções variam" (Hume, citado por Marcondes, 1998, p. 183).

Hume é um típico empirista ao sustentar que toda matéria-prima de nossos pensamentos e crenças provém da experiência, sensorial e introspectiva. Para ele a realidade é apenas a atividade atual e momentânea do perceber ou do aparecer. O escocês defendeu, também, a posição de que é a natureza que nos impulsiona a formular juízos e a agir (Marcondes, 1998).

O grande instrumento do Iluminismo é a consciência individual, autônoma em sua capacidade de conhecer o real. O pressuposto básico do movimento é o de que todos os seres humanos são dotados de uma espécie de luz natural, uma racionalidade e uma capacidade inata ou natural de apreender, capaz de permitir que conheçam o real e ajam livres e adequadamente para a realização de seus fins.

O indivíduo deve ser livre, consciente e capaz de autodeterminar-se. No Iluminismo está o pano de fundo das teorias liberais, a liberdade, o individualismo e a igualdade política e social.

Na Declaração de Independência dos Estados Unidos da América, redigida por T. Jefferson, fica clara a inspiração nas teorias liberais. Surge o indivíduo dotado de uma consciência autônoma e livre em relação à autoridade externa (política e religiosa), que o domina e oprime. O ser humano é senhor de si mesmo exercendo controle de seus próprios instintos e desejos, através de sua razão (Marcondes,1998).

O alvorecer do Romantismo, em uma frente deliberadamente contraria ao Iluminismo, tem entre seus expoente Jean Jacques Rousseau, nascido em 1712.

Entre as idéias do francês está o culto à natureza, a valorização da experiência individual e a importância dos sentimentos e das emoções, o que fez dele um dos pensadores que mais influenciaram o espírito romântico do início do século XIX (Abbagnano, 2000).

O sentimento passa a ser o fundo universal da humanidade. A consciência passou a ser mais importante que a ciência e o sentimento mais que a inteligência.

Para o antropólogo francês Levy-Strauss, Rousseau foi o que lançou os fundamentos das ciências humanas, ao recusar em fixar uma separação radical entre sujeito e objeto, ou melhor, entre o ser que se conhece, e os seres vivos a quem conhece (Ribeiro, 2000).

Com a obra de Immanuel Kant, alemão nascido em 1724, surge o marco do Modernismo na história da humanidade. Começa a surgir uma nova e original maneira de considerar a relação da natureza com a consciência que a observa. O fenômeno não é mera reprodução passiva de objetos na consciência. Desta maneira, todo conhecimento empírico ou sensorial é sempre à *posteriori*, pois pressupõe a existência da coisa em si, que é impenetrável e inacessível à razão humana (Abbagnano, 2000).

Podem-se observar duas linhas filosóficas se delineando. A Fenomênica, seguindo a tradição aristotélica, na qual tudo tem que passar pelos sentidos e a Nomênica ou Númenica, seguindo a tradição do platonismo, das essências.

Para Kant, a disputa entre Empirismo e Racionalismo, ou mesmo, entre Materialismo e Idealismo, só pode ser superada pela Crítica, pois somente esta se opõe ao Dogmatismo (Louzã Neto, 1995).

Segundo Sciacca (1966), no prefácio da segunda edição do livro "A Crítica da Razão Pura, a Crítica da Razão Prática e a Crítica ao Juízo", de 1787, Kant formula, na filosofia, famosa metáfora da revolução dita copernicana ao afirma que na relação de conhecimento, não é o sujeito que se orienta pelo objeto (o real), como declarava a tradição, mas o objeto que é determinado pelo sujeito.

Sujeito e objeto são, portanto, termos relacionais que só podem ser considerados como parte da relação de conhecimento (Marcondes,1998).

Com o pensamento reformador que surge em todo o mundo, Pinel, médico francês, que viveu entre 1745 e 1826, publica o seu tratado médico-filosófico sobre alienação mental, no qual dá inicio à moderna psiquiatria (Louzã Neto, 1995).

Na mesma época, surge também um pensamento liderado por Hegel (1770-1831) nomeado de Fenomenologia. No livro "Fenomenologia do Espírito" de 1807,

Hegel propõe como método para sua matriz teórica a descrição da experiência humana, da maneira mais fiel possível, deixando que esta se revele como experiência que é, sem alterá-la no curso de sua exposição (Marcondes, 1998).

Hegel começa por mostrar que a experiência humana é antes de tudo experiência perceptiva das coisas. Trata-se da experiência que a consciência tem de si-mesma.

Toda a sua teoria se apoia no método dialético. Este começa com uma tese, por exemplo, a existência é incompleta e inadequada, provocando com isso sua antítese, a não-existência que é vista, também, como inadequada; então estes dois opostos se juntam formando uma síntese no caso o "tornar-se" ou o "vir-a-ser".

Para o pensador o mais importante e universal princípio é o da contradição, pois é através dele que se inicia o processo dialético: de tese, antítese e tese (Marcondes,1998).

De acordo com Nobre de Melo (1970), um dos principais seguidores de Hegel é Wilhelm Dilthey (1833-1911), que em 1894 enuncia que o ser humano, no que se refere a sua individualidade biológica, pode ser perfeitamente explicado, mas quanto ao ser psíquico, anímico, ou espiritual, pode ser apenas compreendido.

Franz Brentano, filósofo e psicólogo austríaco, nascido em 1838, constrói uma psicologia empírica, na qual os fenômenos físicos são diferentes dos psíquicos. Todo fenômeno psíquico contém em si, de maneira intencional, um objeto e esta presença intencional pertence exclusivamente aos fenômenos psíquicos.

Com a noção de intencionalidade (relação existente entre o ato de consciência e o objeto ao qual a mesma se encontra dirigida) o conceito de consciência é apresentado em uma nova dimensão, rompendo com a noção cartesiana de consciência intangível e isolada do mundo externo (Nobre de Melo, 1970).

Consciência é ação que sem cessar se cria e se enriquece, enquanto matéria é ação que se desfaz e se gasta. Portanto, nem matéria nem consciência se explicam por si mesmas, não existindo paralelismo rigoroso entre mente e cérebro, mas sim a existência entre eles de uma total interdependência.

Na tentativa de conciliar introspecção e experimentação William James, com o livro "Princípios de Psicologia", lançado em 1890, advoga que a consciência não é entidade mas sim função. Para o pensador, as funções mentais nada mais são que os instrumentos de adaptação do indivíduo ao meio. Com James surge a importância do Outro na constituição da consciência (Nobre de Melo, 1970).

Husserl (1990), que viveu entre 1859 e 1938, tentando desfazer a confusão estabelecida pelo naturalismo entre o físico e o psíquico, afirma que o psíquico não é um conjunto de mecanismos cerebrais e nervosos, mas uma região que possui especificidade e peculiaridade própria. Os conceitos de sujeito, objeto, consciência, princípio, coisa e causa só têm sentido quando reduzidos a entidades empíricas observáveis.

O psíquico é fenômeno, não é coisa, pois coisa é o físico. O fato exterior, o empírico, é governado por relações causais e mecânicas.

O fenômeno é a consciência, enquanto fluxo temporal de vivências, cuja peculiaridade é a imanência e a capacidade de significar ou dar significado às coisas exteriores. Em sua estrutura imanente e específica ultrapassa o nível do sensível e do empírico e surge como condição *à priori* da possibilidade do conhecimento, como consciência transcendental.

Para Husserl (1990) consciência é aberta ao mundo, não existindo uma consciência sem mundo. Portanto, há um "eu empírico corporal", mutável, e um "eu puro" que se identifica com a unidade e identidade da consciência.

O "eu penso", o cogito, é absoluto e possui ou conserva aquilo que as coisas empíricas parecem não possuir, ou seja, a permanência e a identidade através de todas as vivências, diferente do "eu psicológico", empírico, múltiplo e mutável (Marcondes,1998).

Coube ao filosofo alemão Karl Jaspers, com o livro "Psicopatologia Geral", em 1913, inaugurar, na investigação psiquiátrica que até aquela data fazia uso da observação semiológica da Psiquiatria Clássica, o modelo com os fundamentos críticos e metodológicos de uma psicopatologia científica.

Assim, para o filósofo, a consciência é tudo que captamos através dos sentidos, todas as vivências num dado momento, isto é o que penso, o que sei, o que quero, o que faço, o que sinto e o que desejo. Todas as vivências conectadas a um Eu que se mantém em conexão temporal pela memória.

Pensamento, afetividade, inteligência, vontade, senso-percepção, atenção e memória, não existem como faculdades ou propriedades psíquicas independentes, mas coordenadas em um ato único que é a totalidade manifesta da consciência.

Nesta linha de raciocínio, a vida psíquica consciente não é um aglomerado de fenômenos particulares isolados, mas sim um constante interagir.

Jasper (1970) fala de uma consciência do objeto, de uma consciência do eu e de uma consciência corporal, estando as mesmas estreitamente ligadas às vivências de tempo, de espaço e entremeadas por vivências afetivo-emocionais.

Descobre-se na escrita de Freud (1856-1939), fundador da Psicanálise, outras atividades do psiquismo humano, que foram nomeadas pelo mesmo como pré-consciente e inconsciente.

A partir da Psicanálise a consciência deixou de ser a sede única da razão, uma vez que Freud descreveu uma intencionalidade do inconsciente, passando esta a ser, apenas, 10% de nossa atividade psíquica, o que fez surgir a noção de um sujeito do inconsciente (Louzã, Neto, 1995).

De acordo com O Mundo dos Filósofos (2002), o termo inconsciente foi, primeiramente, utilizado por Leibniz como algo inerente a todas as substâncias criadas, mas com Freud passou a ser nomeada como "camada profunda e só indirectamente abordável da consciência" (Fernandes da Fonseca, 1997, pg 77).

Freud, seguidor da tradição romântica alemã, enfatizou o indivíduo e, inicialmente nomeou a líbido (força instintiva sexual) como a referência da

consciência e a principal fonte de estruturação da personalidade (Fernandes da Fonseca, 1997).

Posteriormente, dedicou-se em estudar a dinâmica de interação entre a personalidade e os fenômenos culturais e sociais.

Carl Gustav Jung (1875-1961), um dos psicanalistas dissidentes da teoria freudiana, cunhou vários termos utilizados no encaminhamento do debate consciência-inconsciente. Destaca-se entre os termos o "inconsciente coletivo". Tal termo representaria o depósito das experiências ancestrais da humanidade que se expressaria por meio de imagens coletivas ou arquétipos (Louzã Neto, 1995).

Baseado no princípio do desenvolvimento inconsciente dos opostos, Jung defendeu a cooperação como principal meta no trabalho psicoterapêutico da díada consciência-inconsciente.

Com outro enfoque, para além da inteligência e da percepção, existiria uma função fundamental intitulada, pelo francês Merleau-Ponty, como "arco intencional". Este filosofo defendeu que por meio dessa intencionalidade se faz a unidade da consciência. Para ele se projeta em torno de nós nosso passado, nosso futuro, nosso meio humano, nossa situação ideológica e moral a qual faz com que sempre estejamos situados sob essas relações.

Para o autor do livro "Fenomenologia da Percepção" todas as funções psíquicas, tais como memória, atenção, percepção, pensamento e afetos, no seu brotar, admitem uma corrente inconsciente que constitui o sistema de projeção do inconsciente até o campo da consciência (Merleau Ponty, 1971).

O psiquiatra francês Henri Ey, em 1960, conceitua a consciência como a atualização do vivido. Em outras palavras, a necessidade do fenômeno vital inconsciente de circunscrever-se em um sentido. Para este psiquiatra existiria uma relação dinâmica perfeita entre o consciente e o inconsciente, pois ambos estão entrelaçados.

Desta maneira, Ey não descreve a consciência como uma função psíquica, mas como um local onde as experiências imediatas se apresentam em sua totalidade.

Portanto, a memória, a atenção, a crítica, a linguagem, a inteligência e a percepção do Eu são modalidades do psíquico que requerem, para alcançar seu objetivo, que os chamemos de "ser consciente" ou de "estar consciente".

Esse estado nomeado no parágrafo acima é que torna possível que as vivências internas e externas do ser humano se integrem, se conservem e se elaborem, fazendo com que se estruture a concepção pessoal de si mesmo e do mundo (Louzã Neto, 1995).

Com isso, tentou-se deixar de lado a visão dualista de consciente e inconsciente, como compartimentos estanques, isolados ou independentes, e passou-se a propor a enxergá-los como variações de um mesmo tema.

Atualmente, acredita-se, cada vez mais, na noção de uma intencionalidade inconsciente, pois se pudermos dividir a consciência em níveis, ou estratifica-la desde seu estado de plena lucidez, até aquela fímbria virtual que demarca a região do inconsciente, vamos observar gradações de claridade das vivências, sendo a mais clara delas quando a consciência se torna consciente de si-mesma, lugar onde se funda a subjetividade.

O embate filosófico sobre a consciência humana ganha um novo ator, durante o seculo XIX, com a sintetização em laboratórios de substâncias de atuação no sistema nervoso central.

O estudo de intervenções terapêuticas com resultados positivos em indivíduos com alterações da consciência e a associação entre a influência de lesões cerebrais na racionalidade de alguns indivíduos (caso Phineas Gage) reacendeu a tese defendida por Aristóteles da origem cerebral para as doenças psíquicas (Fernandes da Fonseca, 1997).

O surgimento da linha organicista nos estudos da Psiquiatria refletiu o amadurecimento de séculos de debate entre o paralelismo e o unicismo defendido

pelas correntes filosóficas sobre a possibilidade, ou não, de divisibilidade psicofísica do ser humano.

Entre alguns participantes deste debate, podem-se citar: Paracelso, Morel, Kraepelin e Kretschmer.

As primeiras contribuições dos estudos físico-biológicos nas alterações psíquicas foram berço para o desenvolvimento de teses mais recentes da neuropatologia, neurofisiologia, bioquímica e da atual neurociência.

Tais áreas da ciência da saúde pesquisam sobre o impacto do corpo e dos seus sistemas, principalmente o sistema neuronal, na formação do ser, do Eu e do *Self* (Damásio,1994).

Fernandes da Fonseca (1997) cita algumas intervenções terapêuticas que merecem destaque nesta área: a malarioterapia; a sonoterapia; a insulinoterapia; a convulsoterapia (com cardiazol) e a eletroconvulsoterapia.

Mais recentemente, entre o final dos anos 40 e os 60, os psicofármacos ganharam reconhecimento. Em 1949 houve a primeira utilização do lítio nos quadros de mania.

O arsenal antipsicótico surgiu com Delay e Deniker, em 1952, utilizando a cloropromazina e, desde então, viu-se crescer o desenvolvimento de novos neurolépticos.

Atualmente, principalmente os indivíduos com esquizofrenia, passaram a beneficiar dos neurolépticos de última geração, pela redução dos efeitos colaterais que os medicamentos anteriores apresentavam.

Os antidepressivos e os ansiolíticos foram sintetizados entre os anos de 1957 e 1960, respectivamente. A ação inibidora seletiva de recaptação de neurotransmissores passou, então, a ser estudada com mais profundidade (Louzã Neto, 1995).

Portanto, a dimensão subjetiva humana demonstra ser um lembrete impresso e impregnado de força que faz com que cada pessoa busque seu auto conhecimento e a sua felicidade.

O deslocamento confuso que se observa no estar contemporâneo, no qual a busca heróica por ser feliz manifesta-se como algo que se adquire como mercadoria, ou seja, "ter" a felicidade nas mãos, parece sempre incapaz de se desgrudar, também, da condição humana de vida como atividade.

Dessa maneira, contrariando os ditames impostos na atual sociedade ocidental, de se obter a felicidade instantaneamente, a reflexão histórica da consciência demonstra que a busca por ser feliz, pelo prazer e pela qualidade de vida são demandas humanas construídas com responsabilidade e discernimento tanto no plano individual como no coletivo.

2 - Do Ser Doente ao Cidadão

Para melhor expressar o atual estado da arte da área denominada Saúde Mental além de se entender os diferentes conceitos históricos formulados sobre a consciência humana torna-se necessário, também, delinear, historicamente, o debate da Psiquiatria - disciplina médica, e os conceitos básicos responsáveis pela criação da área nomeada como Saúde Mental - disciplina transdisciplinar responsável pelo cidadão com algum transtorno mental.

São vários os caminhos que podem ser adotados para se analisar os fatos e fatores que contribuiram na ampliação da visão de um ser mentalmente doente para um cidadão com um transtorno mental. A perspectiva histórica é um deles.

A história da Psiquiatria com suas reformas são temas chaves para se compreender o impacto da opção pela razão no trato dos indivíduos de comportamentos bizarros e socialmente desviantes.

O embate entre a determinação da construção de um saber médico para explicar os males que acometem a consciência humana e a resistência no investimento de desconstrução dos valores positivistas agregados a essa prática estão na base dos movimentos contemporâneos de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos usuários dos serviços públicos de saúde mental.

Em uma macro-análise a formação de três etapas históricas podem ser consideradas relevantes no desenvolvimento do tema.

A primeira delas foi a quebra da concepção mágico-religiosa pela explicação filosófica para alguns dos sofrimentos humanos (Louzã Neto, 1995). A segunda etapa veio do questionamento pela ciência positivista desses conceitos filosóficos (Amarante, 1995) e, nas últimas décadas, temos assistido o questionamento do modelo psico-médico pela concepção do direito individual (Sayce, 2000).

A forma linear de se apresentar esta macro-análise precisa vir acompanhada de um olhar mais atento ao processo ecológico da evolução humana e do progresso conceitual que permeia o desenvolvimento social e científico de cada geração.

Porém, a limitação didática para a exposição do tema não pode ser um fator limitante na percepção do impacto de cada concepção à sociedade da época na subjetividade construída em cada período histórico.

O adoecer humano, na concepção mágico-religiosa, buscou suas raízes no imaginário. Tanto as crenças como os rituais de cura desempenhavam papéis importantes nas culturas primitivas, pois através deles passavam a conquista e a manutenção dos sistemas de poder dentro dos grupos.

Na perspectiva da doença mental, o sacerdote ou curandeiro possuía o poder de lutar contra, ou mesmo, compartilhado com os espíritos do mal e do bem, para o controle das forças sobrenaturais, na tentativa de tratar os enfermos.

A doença podia acontecer pelo consumo de substâncias nocivas ao corpo ou pela possessão do espírito por forças do mal.

Entre as técnicas utilizadas pelos feiticeiros ou xamãs para extrair o que havia de ruim se apoderando do espírito dos doentes estavam: a confissão, a suplicação e os rituais de magia. As intervenções tinham, portanto, como princípio a retirada de influências más que objetivavam o controle do espírito e do corpo da pessoa para obter benefícios (Louzã Neto, 1995).

O resultado da luta pelo controle, ou não, do poder existente dentro dos próprios indivíduos e o papel assumido pelos sacerdotes dentro de cada cultura auxiliaram na formação do olhar cultural de divinização ou de figura endemoniada do louco na sociedade ocidental.

Os filósofos greco-latinos questionaram a concepção mágico-religiosa para as doenças mentais quando justificaram que o organismo dos seres humanos é regido por leis físicas, como as que regiam o universo.

Com esse novo olhar, da influência dessas leis sobre o comportamento humano, surgiram as primeiras explicações para a histeria, a melancolia e um longo debate sobre as causas da epilepsia.

Na proposta de restituir o equilíbrio interno dos enfermos, a terapêutica recomendava o "uso de banhos, fulmegações vaginais com plantas e alteração na alimentação" dos mesmos (Louzã Neto, 1995, p.11).

A construção do olhar da cultura ocidental sobre a loucura, desde essa época, tem-se defrontado com as visões e os argumentos filosóficos e com a tradição jurídica greco-romana em definir quem seria lesivo ou não para a sociedade. Tais influências desempenharam um importante papel na construção do olhar de periculosidade do indivíduo insano (Prazeres, 2001).

É possível rastrear que vem desde esse período histórico o início do debate jurídico-filosófico da responsabilidade do seres humanos por seus atos em momentos de alteração da consciência.

O tratamento penal como forma de contenção dos insanos utilizava-se da exclusão para punir os desviantes. As formas eram: aprisionamento e rechaça social pelos outros membros da sociedade.

Com a Idade Média o movimento de exclusão dessas pessoas saiu do caminho da prisão e caminhou para os asilos e hospitais psiquiátricos.

A criação para esses depósitos humanos se pautava na argumentação da necessidade da ciência defender os loucos deles próprios e, também, de resguardar a sociedade das pessoas que apresentavam comportamentos degradantes e desviantes dos padrões estabelecidos.

A responsabilidade social por esses indivíduos de algum modo estava estabelecida, porém, a dignidade humana dos mesmos era desconsiderada. Restava a eles morrer ou viver assistindo aos outros companheiros de infortúnio confrontarem-se com a completa degradação humana. Morte, vazio existencial e exclusão social (Foucaut, 1967).

Dentro desse cenário ocorreu outra grande virada na concepção história da loucura. O avanço no campo das ciências físicas e naturais desafiava a humanidade, pois a era da razão com a teoria cartesiana passou a ser o maior referencial de juízo da verdade.

A forma peculiar de razão do louco foi negligenciada pela lei do positivismo.

Os médicos, que já se ocupavam dos cuidados desses seres degradados, não haviam conseguido, até aquele momento histórico, explicar pelo olhar científico o fenômeno da loucura.

No século XVIII começou a grande influência médica sobre a concepção da loucura na cultura ocidental. Tal condição foi alcançada através das explicações das causas e do desenvolvimento das doenças mentais.

O trabalho sistemático de observação e registro do médico Pinel (1745-1826) e seus seguidores, dos indivíduos internos nos asilos possibilitou o diálogo mais estreito entre aquela prática e a medicina tradicional. Por sua vez o estudo de Antoine Bayle (1822) sobre paralisia geral progressiva inscreveu a psiquiatria no campo da medicina, uma vez que o trabalho utilizou o modelo médico para registrar e explicar o desenvolvimento da doença (Amarante, 1995).

Sem recursos terapêuticos com comprovada eficácia científica, o tratamento disponível pelos médicos desse período se resumia na exclusão, com encaminhamento dos doentes para os hospitais psiquiátricos, e o uso da persuasão enquanto técnica educativa para enquadramento dos transgressores sociais (Amarante, 1995).

Nessa época, a moral e a razão justificavam a conduta médica com os alienados.

O fortalecimento da Psiquiatria no atendimento aos indivíduos com transtornos mentais colocou, na cultura ocidental, o diagnóstico médico como o principal elemento de identificação individual e social dessas pessoas.

Quando se tem como objeto de pesquisa a Saúde Mental e os serviços públicos de saúde de atenção comunitária os estudos médicos, do século XIX e XX, no campo da Psiquiatria ganham um significado especial.

Foi nesses dois séculos que ocorreu o estabelecimento das classificações de um grupo de doenças que apresentavam sinais e sintomas semelhantes denominadas de psicose e esquizofrenia. As classificações foram feitas pelos médicos psiquiátricos Emil Kraepelin (1856-1926) e Bleuler (1857-1939) (Louzã Neto, 1995).

Segundo Birman (1983), estes dois termos são os que melhor definem e são os mais identificados, pela população em geral, com o conceito historicamente construído de loucura.

A influência descritiva dos sinais e sintomas que vêm permeando a história do diagnóstico psiquiátrico desde o século XIX continua a ser o referencial do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV- institucionalizado pela Associação de Psiquiatria Americana*)* e da Classificação Internacional de Doenças Mentais (CID 10 – institucionalizada pela Organização Mundial da Saúde) (Dalgalarrondo, 2000).

Citando Louzã Neto (1995, p. 23), "o diagnóstico adquire importância ao permitir o estabelecimento de condutas (terapêuticas, legais, e seleção de pacientes para pesquisas), prognóstico, investigação científica e hipóteses explicativas".

A ciência do século XX trouxe, para além da consolidação das categorias médicas e jurídicas, outros dois elementos como referências de saberes na doença mental: o desenvolvimento das técnicas psicoterapêuticas e o crescimeto da industria de psicofármacos.

Estas novas formas de tratamento possibilitaram o processo de desinstitucionalização desses pacientes. Tal fato, em um primeiro momento, trouxe alivio e sentimento de dignidade aos mesmos, contudo, com o passar do tempo observa-se e, portanto, estuda-se a perpetuação do estigma e da discriminação sofrida por essas pessoas dentro da comunidade.

A euforia da desinstitucionalização ocorrida na década de 60 pode ser comparada com o sentimento ocorrido no século XVIII com as construções dos asilos. Todavia, alguns estudiosos do tema chamam a atenção ao movimento cíclico destas experiências (Bair, 1982; Rochefort, 1988; Handy, 1994, citados em Sayce, 2000).

Para esses autores, mais que um real desenvolvimento das políticas na área da saúde mental o que temos assistido são hegemonias políticas de determinadas correntes e teorias se alternando na condução dos processos políticos da área.

O embate entre se ter: um olhar às pessoas doentes, um olhar às pessoas "incapazes de cuidar de si mesmos e que são, também, uma ameaça à comunidade" ou um olhar às pessoas humanas com sofrimento mental com

subjetividade e individualidade própria, merecedoras de dignidade humana e social, continuam a desafiar os estudiosos, os familiares e uma grande parcela da população que questiona e busca um novo paradigma para a Saúde Mental, no ocidente (Goffman, 1961, p. 16).

Na busca de melhor entendimento dos modelos e das categorizações anti discriminatórias, que surgiram e se desdobraram ao longos dos anos na disciplina Saúde Mental, optou-se por utilizar o marco teórico desenvolvido por Sayce (2000), no qual a estudiosa aborda quatro modelos sobre a convivência social desta população.

O modelo de explicação biológico e neurofisiológico foi denominado Modelo de Doença Cerebral (*Brain Disease Model*) e, como anteriormente mencionado, baseia-se na explicação médica para o fenômeno (Sayce, 2000).

A lógica anti discriminatória defendida nesse modelo está relacionada ao fato de que não existe falta por parte de ninguém; todos estão diante de uma doença. Nesta perspectiva, a doença mental deve ser encarada como qualquer doença física, portanto, ninguém deve ser culpabilizado pelo surgimento da mesma.

Tal abordagem facilitou e fez crescer a procura aos serviços especializados, tanto por parte dos indivíduos com transtornos mentais como por parte de seus familiares.

Outra ponderação, com base nesse modelo, esta a tentativa de se vencer a associação leiga entre o aparecimento da doença e uma possível fraqueza moral do indivíduo.

É possível observar que nesse modelo explicativo causal espera-se que se vença a discriminação pelo conhecimento e pela educação.

Segundo essa autora, entre algumas críticas associadas a esse modelo está o foco de resposta aos problemas familiares, e não ao processo de inclusão social das pessoas com sofrimento mental.

As famílias, muitas vezes, procuram uma explicação externa para diminuir o sentimento de culpa e de vergonha a que se vêem confrontadas por possuírem, entre seus membros, um indivíduo com transtorno mental.

Tem restado às famílias: o "defeito familiar ou o defeito cerebral" (Sayce, 2000, p. 88).

É possível observar que nesse modelo explicativo causal espera-se que se vença a discriminação pelo conhecimento e pela educação.

O posicionamento dos transtornos mentais como doenças cerebrais colocou esses indivíduos nas mesmas condições dos outros pacientes médicos dentro dos planos de saúde. Ou seja, com direitos e deveres a serem cumpridos pelas duas partes dentro do contrato de serviço.

Porém, entre o proposto e os direitos que foram realmente adquiridos existe uma distância grande, principalmente, nos países onde os sistemas de saúde tendem para a exclusão, e não para a universalidade.

Outra crítica está relacionada com a possibilidade de se criar um paralelo entre a relação de isenção e de culpabilidade pela doença nesse modelo, pois, uma vez que se isenta o indivíduo pela responsabilidade de sua doença, isenta-o, também, de responsabilidades penais quando em crise e de ser co-responsável pelo seu próprio tratamento, sua reabilitação, sua inclusão social e pela própria melhoria de sua qualidade de vida (Sayce,2000).

Outro risco de se tomar os transtornos mentais como doenças, puramente cerebrais, está no confronto de se restringir os direitos sociais da pessoa que tem algum outro tipo de transtorno mental, contudo tal indivíduo não apresenta uma base neurofisiológica, bioquímica ou genética explícita para o transtorno.

Corre-se o perigo de se estabelecer categorias de indivíduos, com direitos diferenciados, mesmo passando todos pelo sofrimento mental.

A prioridade do tratamento médico, em que se tem por referência os psicofármacos, constitui outra fonte de crítica a esse modelo. Tal atitude tem estabelecido uma hierarquia, muito rígida, dentro das equipes de profissionais da Saúde Mental.

Tal modelo reforça a visão que para um problema biológico a solução é também biológica. Nessa perspectiva, defende a autora, os outros trabalhos desenvolvidos pelos outros profissionais da equipe passam a ser coadjuvantes ou alternativos (Sayce, 2000).

A ligação entre a classe médica e industria farmacêutica acaba por manipular o próprio custo do tratamento e da reabilitação; essa associação passou a ser o orientador financeiro dos sistemas de saúde.

Pelo apresentado, observa-se que a simplificação da questão da discriminação a um modelo causal-explicativo não tem sido suficiente para proteger todos esses indivíduos do estigma e da discriminação e, ainda, tem contribuído pouco para o avanço dos direitos sociais desses indivíduos.

O segundo modelo, que foi nomeado como Crescimento Individual, (*The Individual Growth Model*) defende a existência de um *continuum* entre bem estar emocional-espiritual e a bipolaridade saúde-doença (Sayce,2000).

As conceituações estabelecidas nesse modelo baseiam-se nas experiências de aconselhamento e nas técnicas das psicoterapias.

Para os seus defensores, a capacidade humana de aprendizagem, desenvolvimento emocional e espiritual está presente em todos os seres humanos, portanto, cada um pode beneficiar-se do auto-conhecimento, independentemente, de apresentar ou não algum transtorno mental.

O modelo surgiu como uma reação ao modelo psiquiátrico, no qual o paciente pode fazer pouco, ou quase nada, pelo seu tratamento. No modelo exposto de crescimento individual, cada um se torna responsável pelo seu desenvolvimento e pela sua autonomia.

Entre os principais argumentos antidiscriminatórios apresentados na perspectiva do *continuum* está a localização da existência desse espectro dentro de cada ser humano e, por conseguinte, o reconhecimento das dificuldades deveria ser entendido por todos como uma busca individual para o crescimento.

Duas críticas apresentadas estão relacionadas, primeiro, à visão individualista do modelo e segundo ao custo financeiro a que pode chegar tal abordagem.

A redução de um fenômeno tão complexo, como o do transtorno mental, a soluções de responsabilidade meramente individual diminui, politicamente, as responsabilidades dos diferentes segmentos sociais no avanço de soluções coletivas e de abrangência mais ampla.

Nessa perspectiva, muitas atividades de lazer, recreativas e esportivas, que estão ancoradas em representações e movimentos coletivos, perdem muito do seu significado enquanto abordagem de reabilitação e inclusão social.

O individualismo, ressaltado no modelo, coloca sobre o indivíduo, que está vivendo uma quebra na sua história de vida, uma responsabilidade, muitas vezes, acima do que pode ser suportado por aquela pessoa. Nessa ótica, aumenta a possibilidade de se criar um super elo de dependência entre o indivíduo e o terapeuta.

Outro alerta está no risco de implantação de um modelo dessa natureza em serviços de Saúde Mental com financiamento público, uma vez que se torna quase impossível definir o tempo necessário de cada tratamento.

A personalidade e a disponibilidade interior para o avanço em assuntos muitas vezes dolorosos pode prolongar o trabalho e torna-lo impossível nas bases do atual custo da saúde pública, principalmente em países onde o financiamento da saúde mental possui um caminho excludente, como é o caso do Brasil.

Outra reflexão a ser feita está, diretamente, vinculada à promoção do sentimento de bem estar.

A avaliação feita sob o olhar do *continuum* facilita a visão fechada sobre o conceito de saúde, ou seja, com a redução dos sintomas e a participação adequada nas atividades familiares e sociais pressupõe-se o avanço do indivíduo no *continuum* e, consequentemente, a aproximação da nomeação do indivíduo como saudável.

Esse tipo de modelo explicativo possibilita a criação de sub-grupos de indivíduos que não respondem da mesma maneira aos padrões de crescimento físicos, psíquicos, espirituais e sociais predeterminados. Portanto, os mesmo podem ser possíveis alvos de discriminação entre os profissionais, os familiares e a comunidade em geral.

Nesta perspectiva, corre-se o risco de colocar o sentimento de bem estar manifestado pelo indivíduo como um simples sub-tópico de avaliação clínica e rotular a vida desses indivíduos como de menor valia pelo fato de serem incapazes de se deslocarem no sentido saudável do *continuum.* Ou seja, essa abordagem abre uma frente ao julgamento moral do indivíduo que se mostrou incapaz de deslocamento dentro do *continuum.*

Para muitos defensores da luta pelos direitos civis, políticos e sociais das pessoas com transtornos mentais, o modelo de Crescimento Individual restringe a luta à dependência de oportunidade individual, deixando de lado a necessidade de transformação coletiva.

Como destaque de vitória que foi alcançada pela luta coletiva apresentada pelas lideranças dos movimentos revindicatórios dos direitos desses indivíduos, ao redor do mundo, encontram-se as leis, adotadas por vários países, que proíbem as internações involuntárias e as que diminuem o tempo de hospitalização para os que chegam a ser internados.

A própria posição declarada pela OMS que referenda tais políticas para os seus países membros demonstra o grau de organização e o caminho de luta do movimento, a nível mundial.

Por outro lado, não se pode deixar de observar que as políticas, mencionadas anteriormente, vão também ao encontro dos interesses de se diminuir o custo-saúde, implantado por vários países que fazem parte da OMS, como é o caso do Brasil.

Portanto, deve-se analisar com cautela os avanços legais alcançados até o presente momento como sendo esses avanços um reflexo das transformações sociais.

O modelo de Libertação (*Libertarian Model*), como os modelos de Doença Cerebral e do Crescimento Individual, tende a reduzir as lutas de movimentos organizados a uma bandeira única (direitos e responsabilidade individuais e do Estado) o que possibilita o enfraquecimento dos movimentos e corre-se o risco em afunilar o olhar sobre uma questão tão multi-dimensional.

O caminho de exclusão, vivido pelas gerações de indivíduos com deficiência nas diferentes sociedades do ocidente, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, possibilitou o fortalecimento de grupos que buscaram algo mais que o simples reconhecimento pelas deficiências.

O modelo de Inclusão propõe contrapor o que normalmente ocorre (a procura, pela família e amigos, de explicação para o surgimento do transtorno e de tratamentos que objetivem a cura do indivíduo) para uma visão de esperança baseada nos direitos a oportunidades e aceitação das limitações imposta pelo transtorno (Sayce, 2000).

A chegada ao movimento de Inclusão, após a ultrapassagem dos movimentos de Normalização e Integração tem provocado que forças sejam unidas e, mais que isso, tem estimulado o debate entre as lideranças dos dois movimentos: pessoas com deficiência e pessoas com transtornos mentais.

O diálogo entre experiências e vivências muitas vezes diversas mas, também, com bastantes situações e sentimentos comuns tem propiciando, principalmente nos últimos cinco anos, uma troca e uma aproximação cada vez maior entre os dois movimentos.

Citando Sayce (2000, p. 131) "A luta para que as diferenças humanas sejam absorvidas e respeitadas na sociedade ocidental tem feito com que as experiências de lutas anti discriminatórias, vividas por grupos de diferentes etnias e gênero, não sejam esquecidas ".

O fortalecimento desses movimentos tem buscado, em macro esfera política, o avanço nos direitos civis dos indivíduos que sofrem algum tipo de discriminação pelas suas diferenças.

Este fenômeno torna-se, ainda, mais preocupante pelo fato de muitas vezes estarmos tratando de indivíduos que apresentam mais de uma diferença, como exemplo: mulher, idosa, negra, praticante de religião afro-brasileira e que, também, apresenta algum transtorno mental.

Entre as várias transformações sociais, sugeridas pelo movimento de inclusão, está a recusa em se aceitar limitar as condições de vida de uma pessoa, pelo fato da mesma ter vivido um ou mais surtos psicóticos.

Nesta perspectiva, a potencialidade humana está, diretamente, relacionada às oportunidades na vida e ao reconhecimento do ser enquanto único.

Com a defesa da cidadania pelo respeito e cumprimento dos direitos civis, políticos e sociais tenta-se ampliar a profundidade da luta contra a discriminação e a implantação de serviços de saúde mais coerentes com as demandas dos próprios usuários.

A estruturação do modelo de inclusão social no ocidente tem possibilitado o crescimento e o desenvolvimento de programas de lazer, esportes e atividades físicas para pessoas com deficiência e para os indivíduos que apresentam algum transtorno mental.

No Brasil, como em outros países, tais direitos estão resguardados na Constituição.

Entre algumas críticas a serem observadas neste modelo deve-se citar a discrepância no estágio de cidadania vivida pelos diferentes povos do ocidente e o tom único dos discursos propostos pelos movimentos.

O efeito da globalização tem aproximado as bandeiras de lutas, mas muitas vezes tem negligenciado a historia social dos povos.

3 - Políticas Sociais e de Saúde no Brasil

O processo de transição entre a conceituação de povo para cidadãos passa pela luta na afirmação de existir responsabilidades mútuas entre o Estado, instituição formal, e os indivíduos participantes dos diferentes grupamentos sociais de uma sociedade-nação.

A construção do conceito de cidadão está diretamente vinculada ao processo político de democratização social. Pelos princípios básicos da democracia – "participação, controle a partir de baixo e liberdade de dissenso" (Teixeira, 1986, p. 119), se instala a possibilidade de mediação, pelo Estado, dos diferentes interesses originados dentro de cada grupo social.

Cada projeto de cidadania definido é que legitima o poder do indivíduo, como ser único, nas articulações entre o Estado e a sociedade. Portanto, a declaração de ser cidadão coloca o sujeito como participante das relações de poder daquele grupo social.

A formação da cidadania, no ocidente, passou inicialmente pelo ganho dos direitos civis, depois os políticos, para no terceiro momento, legitimarem os direitos sociais dos cidadãos (Guimarães, s/d).

Historicamente, para o completo entendimento das responsabilidades das duas partes envolvidas no processo, torna-se importante mencionar que os fatores de desenvolvimento econômico, político e sócio-cultural têm influenciado o ritmo e o caminho a ser adotado pelas sociedades do ocidente na definição e implementação das leis e dos programas que transformam o contrato social em uma realidade de proteção social.

Na visão política, o referencial de concepção do valor humano torna-se importante para a construção dos aparatos legais e sociais envolvidos neste dinâmico processo, dentro das diferentes sociedades-nação.

O atual estágio de proteção estatal difere entre os vários países. Dentro do espectro político do tema pode-se observar a existência de modelos mais assistencialistas, aos modelos em que a sociedade reconhece a necessidade de

um Estado que forneça as condições mínimas de sobrevivência a todos os cidadãos – Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*) (Teixeira, 1986).

Na maioria dos modelos coloca-se que para o pleno gozo da cidadania e da democracia o Estado deve assegurar padrões mínimos de saúde a todos os cidadães.

Segundo Draibe, (1991; citado em Guimarães, s/d, p. 5) na América Latina o modelo de Bem Estar configura-se como um "modelo conservador ou meritocrático particularista" no qual o caráter universalista é desconsiderado em detrimento a ações estatais que visam privilegiar os grupos com maior mobilização e poder de pressão dentro da sociedade.

Buscando analisar o desdobramento desta desconsideração torna-se possível vislumbrar as conseqüências negativas sobre o pleno exercício dos direitos civis e políticos dos indivíduos excluídos do sistema.

Por outro lado, torna-se possível detectar a fragilidade em que são colocadas as mesmas instituições, uma vez que o pleno exercício da cidadania potencializa a participação de cada cidadão nas instituições civis e políticas.

Como um dos primeiros exemplos do modelo de exclusão na história das constituições brasileiras pode-se observar, no documento de 1891, a reserva aos direitos políticos somente aos indivíduos alfabetizados. Na mesma Carta, não havia menção da obrigatoriedade do Estado em oferecer educação primária a todos os brasileiros (Teixeira, 1986).

Como em quase todos os outros países, onde se consolidou uma proposta de proteção estatal do cidadão, o processo brasileiro de instalação de políticas públicas que visam os direitos sociais teve início na época da urbanização e industrialização do país.

No contexto da saúde o modelo sanitarista, de inspiração americana, das campanhas contra as epidemias que estavam ocorrendo no país na virada do século XIX aparece como uma viga de sustentação para vários projetos políticos na área da saúde ao longo das décadas (Luz, 1991).

Este processo trouxe mudanças estruturais profundas na sociedade brasileira. Com a perda de poder político da elite agrária, durante os anos 30, a classe operária e o Estado estabeleciam novos padrões em suas relações. Nesta época, a classe operária já se mobilizava e se organizava nas grandes cidades.

A fragilidade do poder legislativo, neste período, fortaleceu o papel de árbitro do executivo entre os vários interesses dos diferentes segmentos sociais. Tendo as massas populares da cidade e a incipiente elite industrial como legitimadoras do poder decisório da burocracia, os benefícios sociais eram direcionados para as principais categorias profissionais consideradas representativas dos diferentes segmentos e classes sociais.

A utilização da expressão "cidadania regulada" mostra a relação existente entre o Estado e seus cidadãos daquele período, e coloca em uma determinada perspectiva a dimensão das bases de desigualdades utilizadas para a estruturação do modelo brasileiro de desenvolvimento econômico e social (Santos, 1979; citado em Guimarães, s/d).

A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões nos anos 30 e das Caixas de Aposentadorias e Pensões de determinados grupos de trabalhadores, nos anos 40, demonstram a condição de exclusão de uma faixa da população brasileira, que não se encontravam inserida na estrutura considerada, pelo Estado, como produtiva.

O modelo do sistema previdenciário, até os anos 50, denunciava a estreita relação entre os grupos de trabalhadores organizados e o Estado. Explicitava, também, as bases de gerência das políticas sociais do país como instrumento de controle.

Com o salto da industrialização da economia brasileira, por meio do capital estrangeiro, durante os "anos dourados" de 50, observou-se a consolidação da política liberal e os primeiros passos institucionais para a democratização do país. Mas, com relação às políticas sociais, o sistema previdenciário permaneceu como instrumento de controle e de discriminação entre os cidadãos.

A nova ordem econômica estabelecida no Brasil, neste período, contribuíu para a ampliação das relações políticas das diferentes classes de trabalhadores, porém, não aproximou os trabalhadores das tomadas de decisão das questões sociais e não alterou substancialmente o modelo previdenciário excludente.

Com o quadro político e social delineado torna-se possível vislumbrar no contexto da saúde o dilema político e financeiro criado e prevalecente, até os dias atuais, ou seja: o gerenciamento e financiamento do Estado a uma saúde pública ou o investimento em uma medicina individual ou de grupo.

A "era dos militares", à frente do país, foi marcada pelo autoritarismo político e a tecnocracia do aparato estatal. O poder executivo no comando do país estreitou as relações com o setor empresarial brasileiro dando origem à base do setor privado.

Na primeira fase de governo as demandas sociais apresentadas ao Estado foram rejeitadas em prol de realizações de projetos julgados pela ótica de viabilidade, exclusivamente técnica.

A resistência dos intelectuais e das classes populares às políticas adotadas pela ditadura militar configurou-se em movimentos políticos organizados. A luta pela democracia tornou-se, então, obsessão para a grande parte da população brasileira.

A assistência preventiva na saúde dos trabalhadores estava sob a responsabilidade da previdência social.

Na Constituição de 1967 foi confirmada aos municípios a autonomia na organização dos serviços públicos (Teixeira, 1986).

Assistiu-se, neste período, a um retrocesso no processo de cidadania dos brasileiros.

Durante os anos 70, o setor privado passa, definitivamente, a fazer parte do grupo de atores que participam das tomadas de decisão nas políticas públicas sociais. Tal fato ocorre quando o setor passa a executar serviços contratados pelo Estado na área da saúde.

Outra mudança relevante foi o deslocamento do alvo das ações das políticas sociais, propostas pelo governo, para a classe média. Ocorreu um crescimento nas ações de desenvolvimento da habitação e da saúde e constatou-se a total rejeição de políticas desta natureza voltadas para os sindicatos e associações (Guimarães, s/d).

O contrato de responsabilidade mútua entre o Estado brasileiro e seus cidadãos, no final dos anos 70, passa a ter outra dimensão quando o governo começa a investir em uma política nacional de desenvolvimento. O social é declarado, também, uma das áreas de responsabilidade do Estado.

Ironicamente, tal declaração não abre espaço para a participação dos cidadãos nas formulações das políticas sociais, como era esperado pela população do país. O verificado foi o poder legislativo - registre-se: o partido do governo, buscar para si a aprovação dos projetos sociais.

A partir deste período as definições das ações sociais, inclusive as da área da saúde, que passavam pelos tecnocratas de Brasília retornam ao julgo dos políticos aliados do governo. O termo "clientelismo" passa, definitivamente, a fazer parte do vocabulário político e social dos brasileiros.

Por conseguinte, a política social toma um perfil assistencial, relembrando o perfil do início dos debates do "*Welfare State*" nos países europeus - aos incompetentes sociais, ajuda!

O fim do governo militar e a nova ordem política vigente no país trouxeram, mais uma vez, a possibilidade do debate sobre o papel das políticas públicas nas áreas econômica e social e a importância delas na formação da cidadania do povo brasileiro.

Os anos 80 foram marcados pelo apogeu das lutas dos grandes sindicatos, pela consolidação dos partidos de oposição no cenário político, pelas manifestações de rua, pela nova Constituição e pelo "resgate da dívida social" (Guimarães, s/d, p.8).

O tema da proteção estatal do cidadão brasileiro estava na ordem do dia uma vez que a área estava inclusa entre os pressupostos da "nova política

econômica que garantisse o desenvolvimento, a elevação salarial, a expansão do emprego e das políticas sociais" (Draibe et al., 1991; citado em Guimarães, s/d, p. 8).

A reorganização das instituições políticas como um espelho da luta pela democracia e pela cidadania da sociedade brasileira possibilitou alguns avanços na nova Constituição. De acordo com este autor entre os avanços estão: mudanças nas relações de trabalho, definição das responsabilidades do Estado e da sociedade no financiamento da área social e descentralização das responsabilidades e ações na área social, nas diferentes esferas do governo - federal, estadual e municipal.

A criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) e posteriormente a sua transformação em Sistema Único de Saúde (SUS) representou, um pouco, das políticas e ações que se vislumbravam para o cenário social do país naquela época.

Ficaram para a década de 90 várias ações legais e políticas a serem tomadas para a consolidação das mudanças propostas na Constituição de 1988.

Com uma retrospectiva recente pode-se observar que tal fato não aconteceu. O avanço, idealizado na Constituição, sucumbiu diante dos problemas estruturais, políticos e sociais que o país nunca deixou de viver ao longo de sua existência.

Nesta última década, em termos de programa de política nacional, tentou-se no país superar uma recessão financeira, uma crise de identidade política partidária, um empobrecimento da classe média e consequentemente um aumento da faixa da população que vivia em estado de miséria.

O investimento governamental para superação dos problemas tem sido em uma única linha política: o ajuste econômico nas contas internas e externas, a abertura ostensiva para o capital e a cultura internacional e o afastamento "progressivo" do Estado dos terrenos em que a economia de mercado torna-se vigente (Guimarães, s/d, p. 9).

Ou seja, mais uma vez se assistiu no final do século XX, e se continua assistindo neste início de novo século, o descaso do Estado com as políticas sociais que demandavam maior participação dos cidadãos e de mobilizações populares.

De maneira geral, o pressuposto que o desenvolvimento social está atrelado à estabilidade da econômica fez com que as políticas públicas na área da saúde fossem encaminhadas privilegiando a aliança do setor público com o setor privado.

Torna-se importante mencionar, ainda, que a partir dos anos 70 com a entrada da iniciativa privada, como ator, no sistema de saúde e de sua consolidação nos anos 80 fez com que a saúde passasse a ser entendida, mais recentemente, por uma grande parcela da sociedade, como um "bem de consumo" (Luz, 1991). Os produtos, como: seguro de saúde e plano de saúde entraram para a lista de "objetos de desejo" da população brasileira, inclusive da classe baixa.

O significado da universalidade e igualdade na proteção estatal foi deixado de lado no debate do governo com a população do país.

A construção da cidadania dos brasileiros entra no século XXI mostrando fragilidade e necessidade de investimento, tanto da parte do Estado como dos cidadãos, na medida em que a existência de responsabilidades mútuas no conceito de cidadania demanda das duas partes co-responsabilidades nas políticas e ações públicas.

O novo patamar de desenvolvimento dos serviços e da industria criou ilhas de prosperidade no Brasil e, consequentemente, estão auxiliando o país na passada rumo a globalização da cultura e economia mundial, porém, a maior parte da população brasileira está excluída do processo de produção e dos benefícios e riquezas produzidas por aqueles setores.

Espera-se que o Estado, enquanto mediador dos interesses de seus cidadãos, seja parceiro da sociedade brasileira na formação de cidadãos conscientes e responsáveis de seus direitos e deveres.

O aprofundamento das discussões sobre os modelos e gerências públicas de saúde (federalização, estatização ou municipalização), a opção pela cobertura total ou parcial pelo setor público ou privado, ou mesmo, a implantação do Programa de Saúde da Família passam, primeiramente, pela escolha do modelo de cidadania eleita pela população.

Caso contrário corre-se o risco histórico de subordinação do padrão social do país a interesses diversos e atrelados à visão de valores e lucros de grupos específicos e detentores de força política junto às instituições formais.

3.1 - O Enquadramento Legal da Municipalização da Saúde

Os avanços e retrocessos da legislação brasileira para a área da saúde refletem, entre muitas coisas, o fraco diálogo entre os legisladores e os cidadãos a que eles representam.

Como mencionado anteriormente o governo legislativo e executivo estabeleceram mudanças na política e na gestão do sistema público da saúde e, consequentemente, as diretrizes estabelecidas vêm causando impacto tanto na assistência do sistema público como na do privado.

A lei n° 8.080, sancionada em 1990, passou a regular todas as ações e serviços que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território nacional (Ministério da Saúde,1990).

Dentro das disposições gerais, contidas na lei, destacam-se :

Art. 2° "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

Art. 3° "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País".

Para cumprir as disposições gerais, a lei estabeleceu o SUS: órgãos e instituições públicas; da administração direta ou indireta; das esferas federais,

estaduais e municipais, bem como, das fundações que estão sob as responsabilidades do poder público.

No capítulo I , que dispõe sobre o SUS, são encontradas as atribuições das diferentes esferas administrativas. A responsabilidade municipal ficou assim esclarecida:

Parágrafo IX "descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde".

A portaria 1882 ratifica e consolida o poder público municipal na função de gestor responsável pela atenção à saúde dos cidadãos habitantes do município (Ministério da Saúde, 1997).

Rompendo o modelo tradicional que está centrado na doença o novo modelo gestor propõe ampliar o horizonte, pois, passa a propor ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

3.2 - A Municipalização como Resposta

A descentralização como sinônimo de eficiência tornou-se palavra-chave para os gestores das políticas públicas nas sociedades democráticas. Tal significado não tem sido diferente para os dirigentes brasileiros.

A sociedade brasileira vem assistindo à implantação de medidas que visam a municipalização das ações governamentais como uma das respostas dos administradores públicos para o controle mais eficiente dos gastos com os recursos públicos.

Em uma esfera de análise mais ampla e teórica outro argumento importante para a adoção da municipalização, enquanto modelo gerencial, está na possibilidade de implantação de medidas político-administrativas mais coerentes com o processo democrático.

Segundo Jacobi (1990), teoricamente os argumentos político-administrativos estariam baseados nos seguintes aspectos: maior participação dos

cidadãos em todos os níveis das ações, aumento da autonomia dos gestores na tomada e implantação das decisões e, consequentemente, maior racionalização dos mecanismos administrativos adotados no controle dos gastos públicos.

Argumentos teóricos, como os acima mencionados, se mostram facilmente aceitos nas sociedades onde os processos de consolidação da democracia, ainda estão em marcha como no caso do Brasil.

Porém, alguns pontos para reflexão devem ser abordados quando se tem em vista a importância do tema no amplo processo de construção da cidadania e na definição do sistema de saúde.

A possibilidade de apropriação por diferentes correntes ideológicas desse tipo de discurso, enquanto argumentação técnica para a solução de problemas de espaço político para o exercício da cidadania, facilita o desvio da atenção das questões históricas do país em relação às tomadas de decisão, tanto no universo político quanto no econômico e no social.

Outras questões relevantes para o processo da descentralização e da municipalização das políticas públicas estão situadas no campo da trajetória institucional brasileira. Poucas vezes se menciona a pouca experiência das instituições e do poder burocrático na captação, aceitação e implantação das demandas apresentadas pelos movimentos sociais e populares ao poder público.

A simples transferência, via definição de competências, das responsabilidades do Estado para o município, por se entender que essa esfera de governo é a mais próxima do cidadão, não assegura a participação popular, muito pelo contrário, aumenta o risco de fortalecer o poder de grupos seletivos organizados dentro do município.

Como abordado anteriormente o Brasil, na área da saúde, sempre encontrou na sua historicidade face-a-face com este tipo de problemática.

Alguns autores, entre eles Hockman (1998), consideram a área da saúde como determinante na definição de macro-modelos de gestão uma vez que muitos dos problemas realçados no sistema de saúde demandam uma visão mais global e ações em diferentes esferas.

Vilaça Mendes, em 1991 alertava para algumas possibilidades que o modelo brasileiro de municipalização poderia tomar na área da saúde. Para o autor (p. 4) duas variáveis seriam relevantes: "se a gestão se faz com ou sem uma efetiva transferência de poder decisório e, ou se vem acompanhada, ou não, de uma mudança do modelo assistencial hegemônico".

Passou-se uma década de tal alerta e o que se observa, neste momento, é o governo federal, após minar o poder de força da esfera estadual da saúde, entrar em negociações com os municípios no sentido de se fazerem algumas concessões de poder.

Um dos primeiros elementos políticos dessa negociação passa pelo amortecimento da discrepância entre a legislação vigente e a realidade vivida pela sociedade, e as possíveis alianças para as campanhas políticas em andamento.

Em síntese, o que se pode observar são transformações irrelevantes quanto à hegemonia histórica do modelo assistencial e ao poder de decisão dos seletos grupos de categorias já existentes. O que salta aos olhos da população são ocorrências de repetições, na esfera municipal, de todos os tipos de práticas históricas das elites do Brasil, que vão deste a manutenção do clientelismo até à manutenção da doença como referencial da saúde.

A experiência internacional de países com democracias mais estáveis como a Inglaterra, a Holanda e outros países com histórias mais recentes de conquistas democráticas como a Espanha, demonstra que o debate dos problemas coletivos em esferas locais facilita que os mesmos se tornem um problema de todos e portanto de responsabilidade, também, de todos.

Contudo, um real investimento nas transformações necessárias dentro do poder político e econômico, do poder institucional em todas as esferas governamentais e na educação do país, se torna imprescindível para uma verdadeira absorção pela sociedade do importante significado da municipalização no processo de gestão descentralizada.

Aliado ao debate histórico sobre as esferas de competência governamental no sistema de saúde pública, o Brasil vem se debatendo, em várias instâncias

sociais e políticas, com outro elemento chave para o processo de amadurecimento do sistema: a participação do setor privado na promoção e assistência à saúde.

Ao longo dos tempos são também percebidas no atual modelo as diferentes influências internacionais sofridas pelo sistema.

Entre algumas delas ocorridas no início do século XX, estão a do modelo alemão para a formulação da previdência social, e a do desenvolvimento de saúde pública da Fundação Rockefeller para o movimento sanitarista brasileiro.

Nas influências mais recentes estão as distintas orientações dos modelos americano e canadense de participação do setor privado na gestão e financiamento do sistema público de saúde e as lutas dos movimentos sociais internacionais para a formulação do SUS.

Entre os fatores que mergulharam os cidadãos brasileiros no convívio com um sistema de saúde de modelo conflitante entre seus objetivos e suas diretrizes, estão: o percurso histórico do setor saúde, as influências dos modelos internacionais no brasileiro de atendimento, o modelo de gerência e financiamento da saúde, bem como, as conquistas e derrotas dos vários grupos organizados que participam dos *lobbies* políticos na área da saúde.

Como exemplo de pontos expressivos deste conflito está o objetivo de ter um sistema com uma cobertura universal e igualitária mas com uma diretriz financeira sem transparência e coerência para a proposta do sistema.

Ainda, segundo Londoño e Frenk (1997), o modelo brasileiro de contrato público, ou seja, o setor público financia o setor privado para o atendimento de saúde a toda população brasileira, apresenta alguns problemas, nomeadamente a pouca articulação funcional entre os dois setores o que leva ao setor público, na maioria das vezes, a ser um repassador de verbas públicas.

Para os autores, este fato tem como conseqüências uma fragmentação na oferta dos serviços e uma possibilidade de diminuição na qualidade dos mesmos.

Pelo exposto torna-se possível perceber como a complexa rede de interesses e objetivos que envolvem o setor público de saúde torna-se um campo aberto para manipulação e *lobbies* políticos.

Portanto o processo de municipalização demanda, juntamente com as assinaturas das leis, a construção de uma cidadania identificada, consciente e participativa.

4 - Saúde Mental

O ser humano torna-se indivíduo diante do diálogo com outros seres humanos, e a necessidade de atuar no seu meio o torna sujeito da sua própria história.

Contudo, o indivíduo, o sujeito, o cidadão, tanto na saúde como na doença, é antes de tudo um ser de transcendência (o que lhe confere o *status* de humano).

O potencial filosófico humano junto com seu arcabouço psicológico e sua constituição biológica demandam forças integrativas para que o mesmo possa exercer seu desigino de se tornar um ser cultural.

Pela leitura fenomenológica, o centro psicológico ou anímico do ser humano possui a personalidade como seu canal de expressão.

Segundo Fernandes da Fonseca (1997) são três os setores estruturantes e integrativos da personalidade:

- a atividade afetiva;
- a atividade volitiva;
- a atividade intelectual.

Ainda para este mesmo autor, "a organização das funções da consciência e à elaboração da noção do Eu" nos seres humanos vai depender da qualidade e quantidade do sistema integrativo dessas atividades da personalidade (Fernandes da Fonseca, 1997, p. 331).

Portanto, a saúde mental passa pelo jogo de forças entre a natureza, a experiência humana transformada em cultura e pela qualidade e quantidade do repertório psicológico que são apresentados pela personalidade.

O aumento dos problemas de saúde mental, que ocorreram nos últimos anos envolvendo a população do planeta, tem sido encarado como um desafio para a OMS.

Relatada como uma das possíveis áreas que mais contribui para o aumento das doenças e deficiências entre a população mundial, a organização declara que

três quartos da população que apresenta problemas neste campo vive nos países em desenvolvimento. A questão tem desafiado tanto os gestores públicos como os profissionais da área da saúde (OMS, 2000).

A Saúde Mental é considerada pela OMS como um "fenômeno determinado por fatores ambientais, sociais, biológicos e psicológicos", e que está diretamente relacionado com as políticas adotadas pela saúde pública de cada nação (OMS, 1996).

Esta instituição encara a violência contra as crianças e mulheres, o aumento do poder do narcotráfico no planeta e a problemática ligada ao aumento da população em condição de miséria em diferentes continentes, como causas do aumento mundial das taxas da área da Saúde Mental.

O modelo laboral adotado nos países desenvolvidos, que demanda trabalhadores ultra-especializados e com capacidade de processar as informações na mesma velocidade que o atual progresso tecnológico possibilita em sintonia com as expectativas sociais são também avaliados como fatores para o aumento dos problemas na saúde mental da população mundial.

A desestruturação do modelo individual-familiar de vida, relativamente adaptado face ao processo de apropriação de bens pseudo-essenciais (consumismo provocado e assumido), parece ser outro fator, não negligenciável, da aclusão dos transtornos mentais.

Porém, a organização nomeia os transtornos neuro-psiquiátricos como responsáveis pelo aumento de 11.5% das doenças na população mundial. Na constituição da taxa, há um destaque especial para a contribuição das depressões e das psicoses (OMS, 2000).

Fernandes da Fonseca (1997, p. 331) apresenta a seguinte conceituação para os transtornos mentais " um estado de desequilibrio funcional susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desaptação social".

Em uma perspectiva epidemiológica os dados expostos tornam-se desafiadores, uma vez que os mesmos passam a ser relevantes no planejamento da saúde pública.

4.1 - A Desinstitucionalização na Saúde Mental

As estratégias da OMS para enfrentar o desafio imposto pelo atual quadro da Saúde Mental, seguem as orientações políticas da organização. São elas defesa do direito legal, políticas e intervenções baseadas em custo eficiência (Suzuki, 2000).

No contexto mundial espera-se que todos os países membros compartilhem com os objetivos da organização.

Estes objetivos, que passam a nortear os trabalhos da organização com os diversos países, propõem a confecção de um pacote informando os pilares da formulação e implantação de políticas públicas em Saúde Mental, a orientação para a construção destas políticas, inclusive, no tocante às reformas, e a longo prazo, a capacitação das gerências na área da Saúde Mental (Suzuki, 2000).

Dentro das propostas de reforma, a desinstitucionalização já pode ser considerada uma realidade em alguns países, sendo o oeste europeu como referência neste percurso de transição do modelo assistencial hospitalar para o comunitário.

Para a OMS (1999), desinstitucionalização significa a oferta de tratamento alternativo na comunidade evitando a admissão em hospital psiquiátrico, a convivência comunitária, para todos os pacientes institucionalizados, que tenham sido adequadamente preparados para a mudança e o estabelecimento e a manutenção de sistema comunitário para o suporte das pesssoas desinstitucionalizadas.

Dez requisitos são sugeridos para estarem presentes na oferta de serviços comunitários em um processo de reforma. Entre os requisitos estão a oferta de leitos nos hospitais gerais, a equipe multidisciplinar de cuidadores, a reabilitação ocupacional e os programas e serviços de suporte para os pacientes e familiares.

Os setores considerados pela OMS (1999), em que os indivíduos com transtornos mentais apresentam melhoras em atendimento comunitário são nos sintomas globais das doenças, no ajustamento psicossocial, nas taxas de

admissão e readmissão nos hospitais psiquiátricos, na permanência-dia nos hospitais, no emprego e na relação familiar.

Na perspectiva de avaliação dos novos modelos de atendimento comunitários, a organização sugere ter algumas questões básicas nesse processo, designadamente a expectativa da comunidade em relação ao que deve ser feito pelos serviços da própria comunidade, por profissionais da saúde ou por outros profissionais.

4.2 - A Desinstitucionalização da Saúde Mental em Minas Gerias

A Lei da Reforma na Saúde Mental (Lei 11.802) , que alteraria o modelo de atendimento psiquiátrico no Estado de Minas Gerais, após três anos de tramitação, foi aprovada e sancionada em 18 de Janeiro de 1995 (Assembléia Legislativa de Minas Gerais,1995).

A construção da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais sofreu várias influências de experiências internacionais e nacionais (Lauar, 1995) .

Obedecendo a um ritmo histórico internacional, a psiquiatria mineira passou pelo movimento da Antipsiquiatria e viu crescer, em seu meio, a escuta da Psicanálise como "um novo agente promotor da Reforma em Minas" (Lauar, 1995, p. 9).

Entretanto, foi a experiência da reforma italiana, com a Psiquiatria Democrática, que fez com que se levantasse a bandeira da "defesa de ampliação do espaço de tolerância social e da reabilitação produtiva do louco" no Estado de Minas Gerais (Lauar, 1995, p. 9).

No cenário nacional, em 1995, quatro outros estados da federação, e alguns poucos municípios, haviam estabelecido as reformas. Além dos Estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco, o Estado do Rio Grande do Sul também havia sancionado a lei.

Segundo Lobosque (1995), o texto da lei gaúcha, juntamente com o projeto paulista e a experiência do município de Santos-SP, serviram de inspiração para o desenvolvimento do projeto da lei mineira.

A autora também coloca o importante papel desempenhado pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, constituído por trabalhadores da saúde mental e representantes dos usuários dos serviços públicos, na construção da lei.

É possível concluir que a reforma, em Minas Gerais, teve seu berço na casa dos psiquiatras, mas foi acolhida por outras categorias profissionais e pelos usuários dos serviços públicos.

No dizer de Lauar (1995, p. 12), a reforma psiquiátrica mineira foi balizada por dois sustentáculos fundamentais: "de um lado, pela noção de sujeito e, por outro lado, pela noção de cidadania".

Em termos gerais a Lei 11.802 "dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências".

Entre os trinta e um artigos da lei, os três primeiros estabelecem os direitos dos portadores de sofrimento mental e as responsabilidades dos poderes públicos em garantir esses direitos.

No Art. 1°, está preservado ao portador de sofrimento mental:

"direito a tratamento constante de procedimentos terapêuticos, com o objetivo de manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional".

O artigo não só registra o direito ao tratamento, mas também define a rota a ser seguida pelo mesmo, uma vez que são os objetivos do sujeito e do cidadão que prevalecem. Para Lauar (1995, p. 12), "agora caberá ao sujeito situar-se dentro de uma complexa malha cultural sem contudo deixar de ver-se a si próprio".

As bases de infra-estruturas para funcionamento dos recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos estão no Art. 3°, que nomeia como possíveis os

seguintes locais para atendimento dos portadores de sofrimento mental: ambulatórios; serviços de emergência psiquiátrica em pronto-socorros gerais e centro de referência; leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais; serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite; centros de referência em saúde mental; centros de convivência e lares e pensões protegidas.

Kinoshita (1995, p. 20), chama a atenção para as dimensões estabelecidas no Art. 3°, no que se refere aos objetivos dos novos serviços a serem implantados: "a pessoa deve ser mantida em dimensões complementares, na questão do sofrimento psíquico através de tratamento continuado (mantido) e na questão da vida em sociedade (mantida ou reconstruída) pelas relações com a família, o trabalho e a comunidade ".

Ao longo do texto da lei, é possível observar a orientação para os serviços alternativos, no sentido de estar oferecendo, junto com o tratamento, programas que objetivem a prevenção, a reabilitação e a inserção social dos usuários.

Os programas que buscam desenvolver um trabalho de equipe com referenciais teóricos definidos, e que refletem as demandas apresentadas pela população atendida, terão mais chance de sucesso em estimular os diferentes segmentos sociais, na modificação do olhar sobre a loucura e sobre o ser humano-louco.

Por conseguinte, a aprovação e sanção da lei estadual 11.802 provocou mudanças profundas na estrutura física, no modelo gerencial e de pessoal do sistema de atendimento público na área da Saúde Mental.

4.3 - A Desospitalização em Belo Horizonte

O final do ano 2000, foi o marco na lei para a extinção dos hospitais psiquiátricos e a sedimentação das estruturas dos Centros de Referências em Saúde Mental (CERSAMs), como serviço prioritário no atendimento de urgência.

Os serviços especializados intermediários entre a urgência e a rede ambulatorial, e a estruturação das equipes para atendimento em hospitais gerais,

que ainda não estão em funcionamento, apesar de não terem a mesma obrigatoriedade temporal imposta pela lei para a consolidação, pode ser um fator determinante para o sucesso ou o fracasso no processo de atendimento desta população na comunidade.

O município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, com mais 17 municípios, formam a região metropolitana e possuem um dos principais parques industriais do país. No censo de 1998, divulgado em 2000, foram registradas 2.229.697 pessoas residentes no município (IBGE, 2000).

Atualmente, o município conta com a seguinte estrutura pública de atendimento ao portador de transtorno mental: 4 CERSAMs, 9 Centros de Convivência e 40 Equipes Básicas de Saúde Mental, que trabalham nos Centros de Saúde. Estão em fase de implantação Lares e Pensões Protegidas (Coordenação de Saúde Mental, 2003).

Assim, entre os recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos para atendimento aos usuários dos serviços públicos na área da Saúde Mental, no município de Belo Horizonte, encontram-se os Centros de Convivência.

A justificativa para o modelo deste serviço surgiu a partir da bem sucedida experiência desenvolvida, entre os anos de 1991 e 1992, no Instituto Raul Soares (Coordenação de Saúde Mental, 2000).

Segundo Greco (1994, p. 2), os Centros de Convivência são "um recurso complementar ao tratamento, na medida em que pode contribuir para a estabilização de pacientes psiquiátricos através de atividades produtivas e do convívio desses pacientes em um ambiente de respeito à singularidade de cada um".

A população alvo atendida pelo serviço é constituída, prioritariamente, por pacientes psicóticos em tratamento ambulatoria improdutivos e/ou sem possibilidade de inserção social pelo trabalho através das vias regulares.

Este serviço está, também, habilitado para o atendimento a sujeitos com outros transtornos mentais, como os portadores de neuroses graves com história

de internação. Porém, os encaminhamentos são avaliados, levando em consideração as possibilidades das ofertas de outros serviços.

Os objetivos dos Centros de Convivência, estão dimensionados em três áreas de abrangências, sendo elas a artística, a terapêutica e a social (Greco, 1994).

A dimensão artística do projeto estabelece o elo entre as outras duas dimensões. Ao objetivar o estímulo ao ato criativo, o projeto reserva um espaço singular aos sujeitos com sofrimento mental na possibilidade de vivência de cada delírio de forma produtiva.

Na vertente terapêutica, Greco (1994, p. 2) utiliza-se da base teórica da Terapia Ocupacional e da Psicanálise para justificar o serviço: "as atividades artísticas, lúdicas, profissionalizantes ou ocupacionais têm efeitos na valorização pessoal e contribuem na organização psíquica. Pelo saber psicanalítico, o ato criativo, ao respeitar a singularidade do sujeito, possibilita a abertura de um discurso social, que contribuirá para a estabilização das psicoses.

No social, o projeto valoriza a produção de objetos artísticos e artesanais com fins comerciais, como uma possibilidade de inserção social e como uma forma de assegurar a dignidade e o respeito do sujeito psicótico, nas relações familiares e comunitárias.

Atualmente existe, de forma isolada e incipiente, a oferta de atividades físicas em alguns Centros de Convivência. Entre as práticas ofertadas estão: o futebol, o alongamento, a dança, a ginástica e a recreação.

5 - Psicose e Neuroses Graves

Os critérios para o estabelecimento de diagnósticos na área da saúde mental vêm sofrendo alterações ao longo dos tempos.

A disputa entre os aspectos filosóficos, sócio-culturais e médicos fez com que surgissem diferentes escolas de pensamentos na tentativa de compreender, explicar e interpretar o fenômeno da loucura e de outros transtornos.

Como relatado em capítulos anteriores, a inserção da Psiquiatria na Medicina se fez a partir da defesa do papel fundamental das alterações orgânicas no comportamento humano.

Porém, com o aprofundamento dos conhecimentos nesse campo profissional, a psiquiatria, os fatores comportamentais e sociais passaram, também, a ser relevantes para o fechamento de um diagnóstico.

A Psicopatologia, entendida como "um conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano", utiliza-se do método fenomenológico para o exame do paciente (Dalgalarrondo, 2000, p. 21).

Este mesmo autor (2000, p.19, 20) conceitua os sinais, na semiologia psiquiátrica, como "comportamentos verificáveis pela observação direta do paciente" e, como sintomas "as vivências subjetivas que são apresentadas pelo paciente" .

Compõem, ainda, o vocabulário psicopatológico outros termos que possibilitam a descrição e a caracterização dos transtornos mentais: processo, reação e desenvolvimento.

Fernandes da Fonseca (1997) descreve processo como uma ruptura na história de vida do indivíduo (agudo ou crônico) e reação psíquica anormal como uma resposta aguda a um desiquilíbrio psicológico. Já o termo desenvolvimento é utilizado para descrever uma evolução inadequada do viver psíquico.

Na perspectiva descritiva temporal do adoecer psíquico, o termo crise ou surto significa a explosão súbita e grave de algum transtorno mental. A palavra

episódio delineia a vivência de crises por um longo período (dias, semanas ou meses).

Outros dois termos se mostram, também, importantes no arsenal terminológico da psicopatologia. Citando Fernandes da Fonsesca (1997, p. 336), são eles: "fase quando um surto apresenta características sintomatológicas do tipo reversível e que podem ser até opostas às de um surto anterior" e defeito: "situação de redução do tônus da personalidade após várias crises ou fases".

Segundo Motta (1995), na psicopatologia se examina cada função psíquica do paciente isoladamente para, em seguida, montar um quadro do todo psicológico.

As funções psíquicas, segundo Jaspers (1970), podem ser classificadas em funções de rendimento (memória, orientação, psicomotricidade, linguagem e inteligência) e em funções âncoras da subjetividade (impulsividade, sensopercepção, atenção, juízo-crítico, afetividade, vontade e prospecção). A função consciência é reconhecida como a função psíquica integradora de todas as outras.

Tais funções apresentam formas e conteúdos. A forma possibilita o indivíduo colocar ordem e nomear atributos aos objetos que se apresentam à consciência e o conteúdo está relacionado ao sentido e ao valor que se coloca aos objetos que foram apreendidos pela consciência (Jaspers, 1970).

Para a psicopatologia a forma das funções psíquicas é considerada fundamental, por ser capaz de revelar as influências sócio-culturais a que o indivíduo está sujeito (Motta, 1995).

Na produção, pela OMS, do Código Internacional de Doenças (CID), que encontra-se na 10° versão, os transtornos mentais possuem uma classificação sindrômica, ou seja, deve-se observar os sinais e os sintomas apresentados pelo paciente para o estabelecimento do código a ser definido no diagnóstico.

Nessa perspectiva, para Fernandes da Fonseca (1997, p.233), o adoecer mental está, então, ancorado em quatro bases: "a personalidade, a etiologia, a precipitação e a patogenia".

Além da OMS, diferentes grupos de pesquisa da Psiquiatria e da Saúde Mental lançam-se no aprofundamento e detalhamento de instrumentos que possam ser cientificamente confiáveis para o estabelecimento dos diagnósticos nestas áreas.

De acordo com Fernandes da Fonseca (1997, p.171), a classificação da OMS "procura conciliar um modelo categorial ou etio-clínico defendido primeiramente por Kahlbaum, Kraepelin e Kreschmer e um modelo dimensional ou reacional proposto por Jaspers, Schneider, Eysenck, entre outros"

Tal formatação de classificação proporciona uma estrutura multiaxial para os diagnósticos. Os eixos utilizados, no CID-10, são os seguintes: "síndromes psiquiátricas gerais, condições de desenvolvimento (personalidade, retardo mental), condições físicas concomitantes, situações psicossociais anormais e incapacidades" (Louzã Neto, 1995, p. 30). Estes eixos possibilitam multiplos diagnósticos para um mesmo paciente.

Dentro desta perspectiva de sistematização, a prioridade pelas etiopatogenias demostráveis, ou seja, as que apresentam causas e comportamentos mensuráveis cientificamente, foram as ancôras de referência para essa classificação.

O CID-10 apresenta duas versões: uma para uso clínico e educacional, outra para ser utilizada em pesquisas.

Entre as críticas, levantadas por especialistas, nomeadamente Fernandes da Fonseca (1997) no formato do CID-10 estão a insuficiência de suporte na associação entre personalidade e meio-ambiente, bem como a difícil localização para as doenças psicossomáticas.

O CID-10 está estruturalmente, assim, formatado (CID-10, 1993):

- F00-F09 – Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos;
- F10-F19 – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas;
- F20-F29 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes;
- F30-F39 – Transtornos do humor (afetivos);

• F40-F48 – Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes;

• F50-F59 – Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos;

• F60-F69 – Transtornos da personalidade e de comportamentos em adultos;

• F70-F79 – Retardo mental;

• F80-F89 – Transtornos do desenvolvimento psicológico;

• F90-F98 – Transtornos emocionais e de comportamento com início habitualmente ocorrendo na infância e adolescência.

Louzã Neto (1995) chama a atenção para o abandono, no CID-10, da terminologia neurose, explicada pela etiologia não-demonstrada dessa situação clínica.

Um segundo grupo que ganhou reconhecimento internacional na sistematização nosográfica dos transtornos mentais foi a Associação Psiquiátrica Americana (APA).

O modelo hipotético-dedutivo, até hoje utilizado pelos psiquiatras, desafia os chamados neo-kraepelinistas americanos pela fragilidade de sistematização e abrangência do método.

Este modelo classificatório tem sofrido influência do desenvolvimento das novas formas de tratamento e dos avanços da neurociência.

A APA defende a necessidade de maior precisão no diagnóstico para se avançar na comunicação entre os médicos, para definir uma abordagem mais científica para o diagnóstico e, também, para possibilitar consistência nas pesquisas desse campo de estudo (Louzã Neto, 1995).

Seguindo a tradição empirista, a criação do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM) baseou-se, para formatação de seus critérios, na descrição e classificação por categorias e tipos.

No entender de Scharfetter (1999), as bases operacionais do DSM-IV, (em fatores de inclusão e exclusão dos críterios), ainda não conseguiu expressar as

características individuais de forma consistente, o que pode possibilitar um reducionismo no diagnóstico.

Portanto, a frágil confiabilidade e validade de um diagnóstico pode fazer com que, freqüentemente, dois psiquiatras examinando o mesmo paciente não formulem o mesmo diagnóstico.

Além da avaliação multiaxial utilizada no DSM-IV, os psiquiatras devem "descrever sistematicamente as características essenciais, as características associadas, a idade de início, o curso, o comprometimento, as complicações, os fatores predisponentes, a prevalência, a freqüência segundo o sexo, o padrão familiar e o diagnóstico diferencial" (Louzã Neto, 1995, p. 29).

A sistematização desenvolvida pelos americanos para os transtornos mentais, está assim estabelecida (DSM-IV, 1996):

- Perturbações que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infância ou na Adolescência;
- Delirium, Demência, Perturbações Mnésicas e Outras Perturbações Cognitivas;
- Perturbações Mentais Secundárias a um Estado Físico Geral;
- Perturbações Relacionadas com Substâncias;
- Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas;
- Perturbações do Humor;
- Perturbações da Ansiedade;
- Perturbações Somatoformes;
- Perturbações Factícias;
- Perturbações Dissociativas;
- Perturbações Sexuais e da Identidade de Género;
- Perturbação do Comportamento Alimentar;
- Perturbações do Sono;
- Perturbações do Controle dos Impulsos sem Outra Classificação;
- Perturbações da Adaptação;
- Perturbações da Personalidade;

• Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Médica.

Perante o exposto, observa-se no DSM-IV uma aproximação estrutural com a CID - 10.

Na visão de alguns especialistas europeus, apesar do DSM-IV avançar cientificamente, a classificação ainda é pouco baseada em critérios reais. A maior crítica está no fato de acumular uma série de sintomas para se fazerem os agrupamentos. Nessa situação "atenuam-se as características estruturais e diferenciais entre as neuroses e psicoses" (Fernandes da Fonseca, 1997, p. 199).

Este autor cita, como exemplo, as "Perturbações da ansiedade", mas, afirma que a questão se apresenta, também, em outros grupos nosográficos.

Perturbações da ansiedade;

• F41.0 – Perturbação de pânico sem agorafobia;

• F40.01 – Perturbação de pânico com agorafobia;

• F40.00 – Agorafobia sem história de perturbação de pânico;

• F40.2 – Fobia específica;

• F40.01 – Fobia social;

• F42.8 – Perturbação obsessivo-compulsiva;

• F43.1 – Perturbação pós-stress traumático;

• F43.0 – Perturbação aguda de stress ;

• F41.1 – Perturbação da ansiedade generalizada;

• F06.4 – Perturbação da ansiedade secundária a ...[indicar estado físico geral],

__ Perturbação da ansiedade induzida por substância (referir as perturbações relacionadas com a substância para os códigos específicos);

• F41.9 – Perturbação da ansiedade SOE .

Deve-se mencionar que, para além dos manuais citados, existe uma tradição na Psiquiatria de se classificar os transtornos mentais em três grandes categorias: as psicoses, as neuroses e as psicopatias (Fernandes da Fonseca, 1997).

A extensão de influência de tal tradição pode ser observada na formatação de programas públicos de saúde, como no caso dos Centros de Convivência da cidade de Belo Horizonte.

Como mencionado em capítulo anterior, os Centros foram criados para atender e desenvolver trabalhos com psicóticos e neuróticos graves.

Já no universo acadêmico, a formação de grupos de estudos e de pesquisas muitas vezes está orientada na linha da tradição, ou seja, os professores e alunos se reúnem formando redes de aprofundamento em uma das categorias (psicose, neurose ou psicopatia).

Outro exemplo do tradicionalismo das três categorias encontra-se, segundo Fernandes da Fonseca (1997), na utilização, pela Psiquiatria Forense, dessa forma clássica de sistematização.

Apesar das dificuldades e críticas existentes para as atuais sistematizações nosográficas observa-se, principalmente pelo aumento nos número de pesquisas publicadas, o avanço que os manuais proporcionaram nas discussões dos dados levantados nos trabalhos científicos na área da Saúde Mental.

Porém, parece que o desafio de conciliar critérios reais com modelos teóricos e a tradição psiquiátrica das três categorias vai demandar, dos grupos de pesquisas, um grande esforço acadêmico para se obter uma linguagem científica unificada.

5.1 - Psicose

O termo psicose, segundo Fernandes da Fonseca (1997), aparece na literatura em 1845 utilizado por Ernst Freihher von Feuchtersleben, no livro *"Principals of Medical Psychology"*.

O atual tratamento, no plural, para uma classificação médica pode sugerir a abrangência de sintomas e sinais que tal terminologia se propõe a agrupar, indiferente da denominação, pelos manuais e códigos, de quadros clínicos específicos.

Na tentativa de se conceituar as psicoses, diferentes autores usaram diferentes referenciais teóricos e diferentes pesos para as alterações psíquicas na formulação dos conceitos.

De acordo com Fernandes da Fonseca (1997, p. 201) denominam-se psicoses "os estados de doença mental de certa duração, nos quais o indivíduo perde, muitas vezes, o contacto com a realidade, não tomando verdadeira consciência do seu transtorno e mostrando-se, consequentemente, impossibilitado de estabelecer uma crítica adequada dos seus sintomas e da sua situação clínica".

As síndromes psicóticas, segundo Dalgalarrondo (2000, p.201), "caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro".

Resguardadas as especificidades de cada conceituação, observa-se a orientação psicodinâmica dos autores, na qual a perda do contato com a realidade tem um peso prioritário de referência.

O relatório da agência inglesa *Office of Population Censuses and Surveys*, de 1996, apontou para a prevalência de 4 casos de psicose para cada 1000 adultos na faixa etária entre 16 e 64 anos (Meltzer et al. citado em Knapp, 1997).

Ainda, citado em Knapp (1997), a idade de maior índice de aparecimento dos transtornos psicóticos está em torno dos 20 anos e a percentagem de indivíduos que manifestam um único episódio está em 16% e de indivíduos que manifestam episódios únicos, mas com sintomas mais severos, está em 32%.

Auxter (1997) declara que as psicoses representam o transtorno mental com maior prevalência entre as crianças e jovens matriculados nas escolas americanas.

Soares et al., em 1997, publicaram um estudo epidemiológico da distribuição de transtornos mentais, segundo o DSM-III, com dados de três capitais brasileiras: São Paulo, Brasília e Porto Alegre.

Os transtornos psicóticos apresentaram os seguintes resultados:

- Faixa de prevalência durante a vida: 0 - 2%;

• Prevalência Vida (PV%): Brasília 0.3, São Paulo 0.9, Porto Alegre 2.4;

• Necessidade Potencial de Tratamento (NPT%): Brasília 0.2, São Paulo 0.6, Porto Alegre 2.0.

Outra informação relevante apresentada pelo estudo diz respeito à percentagem de cerca de 31 a 50% na população brasileira que durante a vida apresenta pelo menos um episódio de algum transtorno mental. Desta cerca de 20 a 40% necessita de algum tipo de ajuda profissional.

Algumas funções psíquicas estudadas pela psicopatologia mostram-se fundamentais para uma melhor compreensão do fenômeno psicótico. São elas: pensamento, afetividade, sensopercepção, juízo e crítica.

As estruturas dessas funções psíquicas dos indivíduos psicóticos, quando comparadas à população em geral, diferem-se não só quantitativamente mas também qualitativamente (Fernandes da Fonseca,1997).

A história descritiva do transtorno, atualmente denominado esquizofrenia, exemplifica as várias contribuições feitas por grandes psiquiatras na sistematização nosográfica das psicoses. Entre elas; a descrição elaborada por Pinel (1809) de uma manifestação clínica nomeada como *idiotia* adquirida; a confeccionda por Morel, em 1856, da *démence précoce*, a detalhada sistematização descritiva da *dementia praecox* feita por Kraepelin (1896) e *folie à double forme* estabelecida por Baillarger (1850) (Kaplan et al., 1995) .

Para Louzã Neto (1995, p. 168), estas contribuições auxiliaram Eugen Bleuler na publicação, de 1911, denominada "Demência Precoce ou Grupos das Esquizofrenias" na qual o mesmo caracterizou, com detalhe, o transtorno e sugeriu a alteração do nome baseado nas raízes grega do termo. Para o psiquiatra, a palavra grega resumia a condição do indivíduo acometido pela doença, *schizo* (cindido) e *phrén* (mente).

Para Bleuler os sintomas fundamentais da esquizofrenia eram "distúrbios da associação do pensamento, distúrbio da afetividade, ambivalência da afetividade e da vontade e autismo".

O princípio básico de hierarquia de sintomas utilizado por Kurt Schneider (1887-1967) para determinar os sintomas de primeira e de segunda ordem na esquizofrenia apoiam, de modo geral, a sintomatologia psicótica, principalmente por ser este quadro clínico a principal forma de manifestação entre as psicoses (Dalgalarrondo,2000).

Os sintomas de primeira ordem, segundo Schneider (citado em Dalgalarrondo, 2000, p. 201) são:

- "percepção delirante;
- alucinações auditivas características;
- eco do pensamento ou sonorização do pensamento;
- difusão do pensamento;
- roubo do pensamento;
- vivências de influências".

Os seis sintomas de segunda ordem (Louzã, Neto, 1995, p. 168):

- "outros distúrbios sensoperceptivos;
- intuição delirante;
- perplexidade;
- disposições de ânimo depressivas ou maníacas;
- vivências de empobrecimento afetivo;
- outros sintomas".

Nos últimos anos assistiu-se a uma prioridade, dentro da Psiquiatria, de utilizar subtipos na proposta de se avançar na diferenciação da esquizofrenia.

Segundo Dalgalarrondo (2000, p. 202) dois subtipos possuem as seguintes caracteristícas, Síndromes Produtivas – Sintomas Positivos:

- "alucinações;
- idéias delirantes;
- comportamento bizarro;
- produções lingüisticas novas.

Síndromes Deficitárias – Sintomas Negativos:

- distanciamento afetivo;
- retração social;
- empobrecimento da linguagem e do pensamento (alogia);
- diminuição da fluência verbal; diminuição da vontade (avoliação) e apragmatismo;
- autonegligência;
- lentificação psicomotora".

Por conseguinte, compartilhamos da opinião de Fernandes da Fonseca (1997, p. 202), quando refere que, de maneira geral, "os sintomas primários caracterizam determinadas psicoses e os sintomas secundários resultam, por sua vez, da reacção psicológica (experiência interna) do doente (reação do seu EU ou da sua personalidade) à própria doença".

Na perspectiva de se reforçar o paralelo entre as psicoses e as classificações institucionais dos transtornos mentais, segue abaixo referenciais sobre as duas principais perturbações inscritas neste domínio.

5.1.1 - A Esquizofrenia

De acordo com Carpenter et al. (1995), a esquizofrenia é uma doença cerebral que manifesta com multi sinais e sintomas envolvendo o pensamento, a percepção, o movimento, o comportamento e com afetividade inapropriada ou embotada.

Para McKenna (1994), uma das maiores controvérsias no plano médico-científico no estudo da esquizofrenia está na definição se esse transtorno deveria ser considerado como um transtorno único, ou se o mesmo deveria ser entendido por um grupo de transtornos, como mencionado por Bleuler.

A dicotomia sintomas positivos - sintomas negativos, refere-se à maior distinção clínica da esquizofrenia, porém tal conceito pode ser aplicado para definir um grupo de sintomas, mas não para definir um grupo de indivíduos.

A observação acima, segundo McKenna (1994), está no centro do debate da controvérsia de se nomear a esquizofrenia como um grupo de transtornos.

A incidência da esquizofrenia na população mundial varia de 8 a 69 novos casos, por ano, em 100.000 habitantes e a prevalência-vida encontrada nos Estados Unidos, em 1991, foi de 1,3% da população geral (Robins e Regier, citados em Louzã Neto, 1995).

No Brasil, na cidade de Porto Alegre, a referência está em 0,9% com amostra da população acima de 15 anos de idade (Busnello et al. citado em Louzã Neto,1995).

Dois trabalhos da área da epidemiologia são considerados clássicos nos estudos da esquizofrenia. O primeiro foi desenvolvido por Faris e Dunham, em 1939, na cidade de Chigaco e o segundo por Clark, em 1949 (Kohn, 1966).

O principal resultado do primeiro trabalho foi a indicação de que os índices mais altos de primeira internação ocorreriam na área central da cidade (área pobre do município) e, com a extensão da pesquisa para a periferia, os índices tenderam a diminuir.

No segundo os dados indicaram que os índices de esquizofrenia são maiores entre os indivíduos com menor status ocupacional. Na mesma pesquisa verificou-se, também, que os índices tendem a decrescer quanto mais se eleva o *status* ocupacional.

As tendências acima mencionadas geraram várias pesquisas e vários debates ao longo dos anos. Questões como as seleções das amostras, a generalizações de resultados e as deficiências metodológicas apresentadas nas pesquisas não conseguiram oferecer consistência aos resultados apresentados.

Outro ponto realçado é o fraco detalhamento de como tais fatores se comportam nas várias outras sociedades ao redor do mundo.

A estimativa americana, com relação ao custo do tratamento da esquizofrenia, segundo a OMS, em 1999, foi relatada como sendo próxima a 0,5% do Produto Interno Bruto.

Knapp (1997) cita que as estatísticas inglesas do *National Health Service Executive* indicaram que o gasto da agência com internação de esquizofrenia é de 5% de seu orçamento e o autor destaca que 13% da população urbana com esquizofrenia vai viver um período de internação, em algum momento da vida.

Os dados acima mencionados contribuem, apenas, como uma parte relativa para o custo total da esquizofrenia. Consideram-se referência na formação final de custo da esquizofrenia para os serviços de saúde, entre outros fatores, o processo de atendimento comunitário, o valor pago às organizações voluntárias, os atendimentos primários, as equipes de suporte com diferentes profissionais e os gastos com a justiça.

Dados da Inglaterra indicam que 55% da população inglesa que está recebendo algum tratamento para a esquizofrenia vive em casa e que 16% vive em casas com suporte comunitário (Knapp, 1997). O cálculo dos gastos com a esquizofrenia para os serviços de saúde, ainda, por deficiência metodológica, não está refletindo os custos indiretos: perda de dias não trabalhados durante episódios psicóticos; custo de dias não trabalhados, por familiares que acompanham o indivíduo às consultas ou durante a vivência de episódios psicóticos e o próprio custo indireto da baixa qualidade de vida, que muitos destes indivíduos aparentam apresentar.

Um estudo americano com 408 famílias que possuiam membros com transtornos mentais, entre eles 80% com esquizofrenia mostrou que são gastos de 66.5 hora por mês familiar no atendimento aos mesmos (McGuire, 1991, citado em Knapp, 1997).

Considerada uma doença com distribuição universal a esquizofrenia possui risco de morbidade em iguais proporções para ambos os sexos, apesar de ser relatada uma tendência de maior gravidade em indivíduos do sexo masculino.

Com relação às comorbidades, é registrado um aumento da taxa de risco relativa ao suicídio entre 10 e 18 vezes, se comparada com a taxa da população em geral (Louzã Neto, 1997).

Citado em Knapp (1997), estudos reafirmam o achado acima mencionado e relatam que o fator esquizofrenia, num estudo feito em Northwick Park, aumentou em 13% o risco de suicídio entre indivíduos do sexo feminino e 20% entre os indivíduos do sexo masculino. Ainda, outras pesquisas indicaram que a taxa de mortalidade entre os indivíduos com esquizofrenia, quando comparada com a população em geral, é duas vezes maior.

Os quadros depressivos são mencionados como um acometimento que atinge entre 20 a 50% dos pacientes esquizofrênicos (Louzã Neto,1995).

A estimativa da OMS (1999) é que, dos 45 milhões de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, 33 milhões vivem em países periféricos. Por outro lado, os indivíduos esquizofrênicos desses países respondem melhor ao tratamento que os indivíduos esquizofrênicos dos países do primeiro mundo.

O curso da esquizofrenia é relatado como sendo variável, porém, de maneira geral, os estudos indicam que "25% dos indivíduos apresentam uma evolução favorável, 25% de maneira bastante desfavorável e 50% com curso intermediário" (Louzã Neto, 1995, p. 186).

Em estudo mais recente, Mari (2000) apresentou a seguinte síntese de estudos epidemiológicos:

- prevalência mundial aproximada de 1%;
- ocorrência de aproximadamente 4 casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes, com incidência real de aproximadamente 1 a 7 casos;
- estudos realizados no Brasil geraram estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas em outros países;
- o começo da doença é mais precoce no homem do que na mulher;
- o curso da doença nas mulheres é mais brando e, portanto, com melhor prognóstico;
- estudos multicêntricos sugerem que os pacientes de países menos desenvolvidos apresentam melhor prognóstico.

Uma vez abordados os dados epidemiológicos torna-se importante detalhar os principais subtipos da esquizofrenia.

A manifestação esquizofrênica que foi denominada de síndrome psicótica com predomínio de desorganização mental e comportamental, apresenta, também, afeto inadequado e pueril como alteração que ocorre juntamente com a fragmentação da personalidade, os delírios e as alucinações (Dalgalarrondo, 2000).

De certa maneira, esse tipo de psicose corresponderia ao subtipo clínico nomeado como esquizofrenia hebefrênica, sendo considerada como uma forma que se instala cedo na vida do indivíduo, acometendo jovens na faixa etária de 15 a 25 anos de idade (Carpenter et al., 1995).

Em sua forma paranóide observa-se o transtorno delirante (F20.0: esquizofrenia paranóide) tendo como característica uma relativa preservação da personalidade do indivíduo, todavia, com uma sistematização dos delírios. A faixa etária em que há um predomínio do transtorno delirante encontra-se acima dos 40 anos.

Segundo Louzã Neto (1995, p. 174), esse tipo se caracteriza pela "presença de delírios persistentes, em geral de tipo paranóide, ou de perseguição, de auto-referência, de ciúme, de mudanças corporais, acompanhados de alucinações principalmente auditivas e distúrbios da percepção".

Diferente da síndrome psicótica com predomínio de desorganização mental e comportamental, que apresenta um prognóstico mais reservado, o transtorno delirante tem por via de regra um curso crônico e estável (Dalgalarrondo, 2000).

Nas psicoses esquizofreniformes, geralmente, observa-se uma relativa preservação do restante da personalidade do indivíduo. De maneira geral, o surgimento deste tipo de psicose ocorre entre os 45 a 50 anos de idade com manifestações de delírios e alucinações.

Existem, ainda, na psiquiatria clínica, os quadros psicóticos que podem ser, segundo Dalgalarrondo (2000), esquizofreniformes, ou não. São eles as Psicoses Breves e as Reativas ou Psicogênicas. O surgimento agudo (em torno de 50% dos

casos) ocorrem após algum tipo de trauma, não comprometendo a personalidade dos indivíduos.

O detalhamento clínico das psicoses, como visto nos parágrafos anteriores, tem auxiliado o desenvolvimento de diferentes abordagens terapêuticas e de reabilitação.

Nasrallah, em 1993 (citado em Louzã Neto, 1995, p. 185), publicou algumas alterações que ocorreriam, em termos de neurodesenvolvimento, no processo esquizofrênico:

- "complicações pré e perinatal;
- alterações neuroradiológicas (TC e IRM);
- alterações neuropatológicas, inclusive ausência de glicose;
- associação com anomalias físicas congênitas discretas;
- déficits neurológicos evolutivos sugestivos de imaturidade cerebral em crianças com riscos para esquizofrenia;
- prejuizo na adaptação psicosocial durante a infância e a adolescência".

Entre as linhas de propedêuticas que abordam as psicoses com proposta de intervenções terapêuticas encontram-se as Neurociências.

Alguns trabalhos publicados por Flor-Henry, entre os anos de 1974 e 1976, foram de grande importância para a atual defesa de intervenção da clínica neuropatológica. Segundo esse autor, e de acordo com Fernandes da Fonseca (1997, p. 120), as psicoses esquizofrênicas "correspondem a uma desorganização neuronal dos centros e associações fronto-temporais do hemisfério dominante e que os sintomas maníacos-depressivos resultam dessa mesma desorganização ao nível do hemisfério dominado".

Carpenter et al. (1995) cita a diminuição na espessura do corpo caloso, modificações histológicas nessa mesma área cerebral e alterações citoarquitetônicas no lobo frontal e do giro do cíngulo.

Em pesquisas morfométricas Marchetti et al. (2002) registraram estudos que indicavam a redução de volume das formações hipocampais, com diminuição

do lado esquerdo, redução do volume amigdaliano, sendo descrito na maior parte no lado esquerdo e do giro para-hipocampal.

O avanço tecnológico tem possibilitado o desenvolvimento de equipamentos de neuroimagem designadamente a tomografia computadorizada e a ressonância magnética.

A tese genética para explicação da esquizofrenia, que já era de interesse de Kraepelin (1856-1926), foi relatada com mais rigor científico por Bassett e colaboradores em 1988. A indicação de haver uma trissomia no cromossoma 5 foi objeto de longas pesquisas, porém, até ao momento, não houve uma comprovação científica do fenômeno (Louzã Neto, 1995).

Segundo Fernandes da Fonseca (1997), a genética nesse campo de estudo psíquico parece ressaltar o dinamismo e interação existente entre hereditariedade e ambiente.

Dentro do aprimoramento tecnológico, o estudo do fluxo sangüíneo regional cerebral (*Regional Cerebral Blood Flow – rCBF*), possibilitou a verificação da hipofrontalidade e lateralidade sangüinea que ocorre nestes indivíduos (Carpenter et al., 1995).

A utilização desta técnica, associada a tomografia computadorizada (*Single Photon Computer Emission Tomography – SPECT*), confirmou alterações metabólicas regionais e está sendo utilizada para estabelecer relações entre a intensidade de sintomas mentais e as alterações do funcionamento cerebral (Busatto, 2000).

Observa-se o aprofundamento das pesquisas dos elementos bioquímicos envolvidos no metabolismo cerebral como um campo fértil para o desenvolvimento de novos psicofármacos.

Louzã Neto (1995), quando discorreu sobre os principais achados científicos para os estudos dos sistemas de neurotransmissores que interagem no processo cerebral dos indivíduos com esquizofrenia, apontou para algumas poucas afirmativas.

Para o autor (p. 184), "embora a hipótese de uma hiperfunção dopaminérgica da esquizofrenia não esteja totalmente incorreta, ela não é suficiente para explicar todos os fenômenos observados na esquizofrenia" (Louzã Neto, 1995, p. 184).

Estão, ainda, dentro dos comentários do autor, os papéis antagônicos do sistema glutamaminérgico (via os interneurônios moduladores GABAénergicos) e o sistema dopaminérgico (D1, D2, D3, D4, e D5).

De acordo com Bressan (2003, p.1), "apesar de uma disfunção dopaminérgica estar bem estabelecida na esquizofrenia há uma serie de evidências sugerindo o envolvimento do sistema glutametérgico na fisiopatologia do transtorno (hipofunção de receptores NMDA)".

Foi mencionada, também, a influência do sistema serotoninérgico (receptor 5HT2) no sistema dopaminérgico na inibição dos sintomas negativos e extrapiramidais.

Os atuais medicamentos buscam, prioritariamente, auxiliar o controle dos sintomas positivos e melhorar os sintomas negativos, que ocorrem nas psicoses. Contudo, algumas investigações sugerem que os neurolépticos são mais eficientes no controle dos sintomas positivos do que na melhoria dos sintomas negativos (Mueser e Tarrier, 1998).

Existem diferentes psicofármacos que estão sendo utilizados no tratamento da esquizofrenia, contudo, a utilização positiva de clorpromazina, para o tratamento das psicoses, foi primeiro anunciado por Delay e Deniker em 1952 (Espinoza, 2004).

O tratamento com neurolépticos, segundo Amaral (2004), encontra-se entre os de comprovada eficácia para os pacientes em fase aguda do transtorno, desde que, sejam utilizados com a dosagem terapêutica eficiente. Para a mesma autora, a escolha específica de um neuroléptico ficará condicionada às respostas individuais, porém, alguns efeitos colaterais já são de conhecimento dos psiquiatras.

Louzã Neto (1995, p. 188), faz a seguinte observação em relação a essa classe de psicofármacos, quando utilizados em fase aguda "de modo geral, os de alta potência (incisivos) apresentam menor sedação e menor ação anticolinérgica, mas produzem mais efeitos extrapiramidais do que os de baixa potência (sedativos)". O período entre quatro e seis semanas é nomeado como o tempo mínimo de melhora do quadro agudo.

Os neurolépticos, para este mesmo autor, na fase de manutenção, após o primeiro surto, devem ser pelo menos de um a dois anos e para os indivíduos com mais de um surto, de pelo menos cinco anos.

Nessa fase, o principal efeito colateral observado é a discinesia tardia, que dificulta a realização de atividades físicas e de outras atividades de lazer.

Entre os sintomas que demonstram estar havendo uma piora no quadro de estabilização do indivíduo, de acordo com Henz (1990, citado em Louzã Neto, 1995, p.190), estão a tensão e o nervosismo, a dificuldade de concentração, a inapetência, a inquietação, a tristeza e a dificuldade para dormir.

Dados apontam que cerca de 25 a 30% dos indivíduos continuam a apresentar sintomas positivos mesmo tomando os antipsicóticos de acordo com a prescrição médica.

Portanto, como resumo do acima exposto, as conclusões da dissertação "Os Caminhos da Esquizofrenia", apresentada por Mota Cardoso (2000, p. 378), revelam como se estrutura a organização da apofania (termo proposto por Conrad para definir as revelações constituintes dos delírios), e os possíveis caminhos do sintoma a serem percorridos de acordo com as formas clínicas da esquizofrenia: "58% dos delírios esquizofrênicos têm raízes gestáltica e organizam-se a partir de profundas alterações na estrutura e na dinâmica do campo vivencial. Os restantes delírios seguem outros caminhos psicopatológicos".

Dessa maneira, "os psicofármacos têm alterado o perfil das psicoses esquizofrênicas, não só na vertente psicopatológica e comportamental, mas, sobretudo, no prognóstico da doença. Quase metade dos casos evoluem ou para a cura ou para defeitos ligeiros" (Mota Cardoso,2000, p. 378).

5.1.2 - Transtornos de Humor

O estudo de indivíduos que manifestam profunda tristeza associada a períodos de euforia intensa e ciclos de total lucidez tem feito parte da história da psquiatria.

O bloco de transtornos que, atualmente, são definidos como transtornos do humor tornou-se conhecido, para a população em geral, como psicose maníaco-depressiva (denominação técnica feita por Kraepelin, em 1893, e que durante um longo período nomeou os transtornos afetivos) (Akishal, 1995).

O primeiro trabalho de reconhecimento acadêmico dessa patologia foi publicado, em 1845, por Baillarger e Falret, no qual os autores descreviam a *folie a double forme* e a *folie circulaire* (Moreno, 1995).

Os estudos de diferenciação classificatória entre a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva colocou, mais uma vez, o psiquiatra alemão, Kraepelin, como uma das maiores autoridades no campo da sistematização da psicopatologia. O autor defendia a existência de outras diferentes formas de alterações do humor, além das tradicionalmente aceitas, que apresentavam episódios únicos de depressão ou mania (Moreno,1995).

Segundo o DSM-IV (1996) a primeira crise na manifestação do transtorno pode ocorrer de forma súbita ou insidiosa e o transtorno do humor manifesta-se de forma recorrente.

Entre as supostas causas do aparecimento do transtorno do humor, pode-se citar a existência de uma predisposição hereditária. Porém, as investigações sobre a influência neuroquímica também está crescendo.

Algumas hipóteses sobre esta influência foram rejeitadas, como a hipótese catecolaminérgica, a qual sugeria haver um déficit de norepinefrina no sistema nervoso central que acarretaria a manifestação da depressão.

A hipótese das indolaminas, referente a um déficit funcional no neurotransmissor serotonina (5-HT), continua na pauta dos pesquisadores, no

entanto, a mesma chega a ser bastante contestada. Esta linha de pesquisa sugere haver uma baixa de serotonina nos quadros depressivos.

Alguns estudos farmacológicos sobre a sensibilidade de receptores aparecem como alternativa para as pesquisas terapêuticas das depressões. São eles a redução da sensibilidade do beta ou alfa-2 adrenérgicos e o aumento da sensibilidade dos receptores serotonérgicos ou alfa-1-adrenérgicos (Del Porto, 2002).

Um melhor entendimento na conceituação dos dois polos, nos quais oscila o humor, facilita a compreensão defendida por Kraepelin da existência de outros quadros ao longo desse *continuum*.

Os sintomas e sinais apresentados no quadro clínico denominado mania, manifestam-se com alterações na qualidade e quantidade de determinadas funções psíquicas e com modificações comportamentais dentro da família e no processo de relacionamento social.

Observa-se, neste processo, uma aceleração que pode chegar à fuga de ideias e a sentimentos de exaltação, que manifestam-se na convicção de um bem estar global e num aumento de energia.

Durante a vivência dos sentimentos mencionados acima, observa-se, por parte do indivíduo, uma total ausência de crítica com relação ao seu atual estado psíquico e suas manifestações comportamentais.

O humor apresenta-se expansivo e lábil, com uma gradação que oscila da alegria à total irritabilidade. Portanto, o sentimento de alegria manifestado pode alterar de forma repentina para uma agressividade incontrolável (Moreno, 1995).

Para se delinear algumas características da aparência e do comportamento do indivíduo, em uma crise de mania, torna-se necessário descrever o modo de vestir extravagante e a utilização de objetos bizarros, complementando o vestuário tradicional. Como exemplo dessa característica no campo do esporte, pode-se citar a utilização de grandes coroas e pulseiras atadas nas pernas, por parte de alguns indivíduos do sexo masculino, para jogarem futebol.

No conteúdo do pensamento predominam as ideias de poder e grandeza. O retorno de lembranças passadas e recentes, em um ritmo acelerado e desorganizado, colaboram para o sentimento de grande capacidade de raciocínio declarada pelo indivíduo.

O aumento da capacidade produtiva, pelo acréscimo de energia, manifestada durante a fase maníaca, torna-se irrelevante uma vez que o indivíduo não consegue manter um ritmo consistente nas tarefas a ele delegadas.

O descontrole energético acaba por influenciar o ritmo do sono e da alimentação do indivíduo.

As atividades diárias do indivíduo tornam-se comprometidas pelas alterações mencionadas acima e pela distraibilidade, ou seja, a atenção está presente por pequenos intervalos de tempo. A atenção do indivíduo fixa-se em cada estímulo novo apresentado no ambiente (Del Porto, 2002).

Segundo Moreno (1995), algumas ideias deliróides podem manifestar-se em maior ou menor grau. Contudo, há predomínio de um a dois temas que geralmente apresentam-se vinculados a conteúdo religioso/místico, financeiro, político, sexual ou paranóide.

Dentro deste continuum, a hipomania é relatada como uma variação do *espectrum* que se manifesta em tons mais leves.

Mesmo com as dificuldades de relacionamento interpessoal apresentadas devido a este quadro de mania, observa-se uma maior facilidade de adaptação, dos mesmos, ao seu meio devido a um menor comprometimento das funções psíquicas, comportamentais e socias durante a crise (Moreno, 1995).

No domínio das vivências depressivas o humor pode apresentar-se triste e os sentimentos ansiosos e angustiantes acabam por abarcar todo o emocional do indivíduo.

Considerada, por alguns autores, como a principal demanda nos serviços primários de saúde, a depressão apresenta uma alta taxa de co-morbidade, que vai das doenças sistêmicas crônicas às doenças neurológicas (Dalgalorrondo, 2003).

Seguindo a lógica descritiva fenomenológica, observa-se uma diminuição nos processos das várias funções psíquicas, inclusive com a apresentação marcante de pensamentos negativos.

Muitas vezes, a baixa de energia se manifesta nesses indivíduos com o relato de um cansaço intenso e inexplicável. O déficit na proporcionalidade entre o cansaço manifestado e a baixa demanda energética da tarefa ou atividade proposta pode vir, também, acompanhado de lentidão ou agitação psicomotora.

A anedonia, dificuldade em sentir prazer, é realçada pelo pouco interesse demonstrado pelo indivíduo frente a atividades que, anteriormente, eram vivenciadas com bastante alegria.

Durante o processo depressivo, as reclamações sobre o empobrecimento das funções da memória estão bastante associadas à falta de interesse e de atenção vividas pelo indivíduo.

A prospecção, a crítica e o juízo da realidade ficam comprometidos frente ao humor depressivo e podem ocorrer manifestações alucinatórias, ideias deliróides e obscurecimento da consciência (Akiskal, 1995).

Devido à perserveração e à recorrência dos pensamentos depressivos, bem como as manifestações de fantasias e desejos de morte, a avaliação de risco de suicídio deve ser sempre uma consideração a ser feita entre os indivíduos que estão sofrendo quadros depressivos graves.

A representação física da depressão é facilmente observada na postura do indivíduo que apresenta-se com um olhar sem brilho, o corpo curvando sobre si mesmo e a aparência física geral, um tanto desleixada. A perda do apetite associada à redução de peso não é regra geral nos quadros depressivos, na medida em que pode ocorrer um processo contrário, isto é, o indivíduo pode apresentar um aumento no apetite associado a um aumento de peso. A diminuição da líbido segue, quase sempre, como um padrão na depressão (Del Porto, 2002).

Este autor observou que nos quadros de depressões, menos severos, há uma variação no ritmo circadiano (o humor depressivo pode apresentar uma piora logo na parte da manhã ou ao final do dia).

Em resumo, neste transtorno o humor apresenta-se polarizado para tristeza-melancolia ou para exaltação-irritabilidade.

Para a OMS, no CID-10 (1993), a classificação das Perturbações do Humor apresenta a seguinte forma:

- F30 - F30.9 – Episódio maníaco;
- F31-F31.9 – Transtorno afetivo bipolar;
- F32-F32.9 – Episódio depressivo;
- F33-F33.9 – Transtorno depressivo recorrente;
- F34-F34.9 – Transtornos persistentes do humor (afetivos);
- F38-F38.8 – Outros Transtornos do humor (afetivos);
- F39 – Transtorno do humor (afetivo) não especificado.

A classificação bipolar foi sugerida por Leonhard, em 1957, para se referir "à depressão recorrente e àquela que alternava com episódios de mania ou hipomania, respectivamente" (Moreno, 1995, pg. 143).

Alguns estudos indicam que a média de idade da primeira internação dos indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar é de 25,8 anos e parece haver um pequeno aumento nas taxas do início da perturbação entre as mulheres na faixa etária de 45 a 50 anos (Fleck, 2003). Contudo, segundo o mesmo autor, a manifestação da perturbação, na relação entre os sexos, permanece igual.

A diferenciação entre a classificação unipolar e bipolar (I e II), apesar de criticada por pacientes e psiquiatras pela pouca clareza, continua a ser alvo de estudo de vários grupos de pesquisa.

Uma segunda forma de classificação, utilizada por alguns psiquiatras, encontra-se baseada nos sub-tipos depressivos. São eles, segundo Moreno (1995):

- "distimia: quadro de depressão leve, com predomínio da ansiedade;

• ciclotimia: alternância de períodos entre distimia e hipomania;

• depressão endógena ou melancólia: similar ao episódio depressivo com sintomas somáticos do CID-10;

• depressão atípica: depressão com humor reativo a estímulos e inversão dos sintomas vegetativos;

• depressão sanzonal: depressão que só ocorre no outono ou no inverno;

• depressão psicótica: depressão grave na qual são apresentadas vivências de alucinações e delírio;

• depressão recorrente breve: manifestações depressivas similares às que ocorrem com os depressivos francos;

• transtorno misto de ansiedade e depressão: sintomatologia considerada subclínica depressivo-ansiosa;

• depressão primária e secundária: depressão por conseqüência ou não de qualquer outro transtorno ou quadro clínico".

O tratamento dos transtornos do humor demanda, tradicionalmente, uma trajetória multidisciplinar. Os profissionais da Saúde Mental, enquanto equipe, abordam o episódio agudo, a manutenção, a prevenção de novas crises e a reabilitação.

A terapêutica farmacológica ganhou reconhecimento nos últimos anos, principalmente, na estabilização do quadro agudo e na prevenção de novos episódios. Contudo, assiste-se, ainda, o encaminhamento de pacientes que estão sofrendo crises mais graves para a internação hospitalar.

Ademais, no dizer de Fleck (2003) outros fatores devem ser levados em consideração para a indicação do internamento, entre eles estão o risco de suicídio e a agitação psicomotora em pacientes que vivem sozinhos.

A utilização da eletroconvulsoterapia no tratamento tanto da esquizofrenia como nos transtornos graves do humor fez parte do ambiente hospitalar. Todavia, devagar, assiste-se à extinção dessa prática.

O tratamento medicamentoso para os episódios de mania apresenta avanços diferenciados em relação à produção de novos e mais eficientes psicofármacos.

Atualmente três medicamentos são os que apresentam maiores índices de confiabilidade no controle dos episódios agudos da mania. São eles a clorpromazina, o haloperidol e o lítio (Del Porto, 2002).

Para este autor, o paciente que sofre mais de uma crise do transtorno unipolar ou bipolar, em um espaço de tempo inferior a um ano deve ser considerado como parte da população de risco e, portanto, deve-se introduzir uma terapêutica preventiva.

No que se refere ao tratamento farmacológico para os episódios depressivos os últimos anos representaram, talvez, o maior avanço da indústria dos psicofármacos. Tal fato trouxe, consequentemente, para a área médica, alguns conflitos.

O atual arsenal de antidepressivos, com efeitos colaterais menores, colocado nas mãos dos psiquiatras favoreceu, sobre maneira, os tratamentos dos episódios depressivos nos transtornos do humor. Entretanto, o aumento de casos de distimia, melancolia e depressões reativas, na sociedade ocidental moderna, fez elevar, nas mesmas proporções, a demanda desenfreada por antidepressivos.

Moreno (1995, p. 157) nomeou cinco possibilidades medicamentosas que são atualmente utilizadas nos tratamentos antidepressivos:

- "Antidepressivos tricíclos;
- Antidepressivos de nova geração;
- Antidepressivos inibidores de monoaminoxidase;
- Sais de lítio;
- Anticonvulsivantes".

Fazem parte dos antidepressivos de primeira e segunda geração os seguinte compostos imipramina, amitriptilina, nortriptilina maprotilina e fluoxetina.

Entre os efeitos colaterais, nomeados pelos indivíduos que fazem uso destes medicamentos, encontram-se a sensação de boca seca e a alteração no

apetite, entre outros. Contudo, estudos indicam, juntamente com a opinião dos pacientes, que os compostos de segunda geração (maprotilina, fluoxetina) apresentam menores efeitos colaterais (Del Porto, 2002).

Entre as principais abordagens psicológicas para o tratamento dos transtornos do humor encontram-se a intervenção psicanalítica (que objetiva trabalhar com o sujeito, entre outras coisas: o impacto da perda, imaginária ou real, de um objeto de estima); a abordagem psicossocial (que desenvolve com o sujeito um reconhecimento dos estressores vitais e as mudanças necessárias para melhor adaptação às situações que demandam modificações) e, ainda, a abordagem cognitiva (que propõe rever a estrutura negativa de formação dos pensamentos e desenvolver as possibilidades de diferentes maneiras de olhar para si próprio e o mundo).

5.2 - Neuroses

Como mencionado anteriormente, o atendimento nos Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte de indivíduos com psicose ou neurose graves está ancorado na tradição da área da Saúde Mental de dividir as pertubações psíquicas em três grandes categorias: psicoses, neuroses e psicopatias.

O estudo das neuroses, principalmente das neuroses graves que são entendidas como incapacitantes, torna-se importante para a compreensão do perfil psicológico dos usuários desse serviço e para o completo dimensionamento dos fatores que influenciam as interrelações pessoais dos participantes do programa.

No Brasil, o "Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa" define a neurose baseado nos pilares técnico do termo. Neurose ficou, assim, definida como uma "perturbação mental que não compromete as funções essenciais da personalidade e em que o indivíduo mantém penosa consciência de seu estado" (Holanda Ferreira, 1986, p. 1191).

Fernandes da Fonseca (1997), na proposta de conceituar as neuroses, utilizou três estruturas de sustentação para o termo. A base conceitual formatada pelo autor refere-se a perturbações de caráter funcional com alterações de menor impacto na estrutura da personalidade e com certa preservação da consciência no que diz respeito às próprias vivências patológicas.

Pela análise do conceito, pode-se ponderar que no atual estágio de desenvolvimento científico da área da Saúde Mental (sistematização e categorização) tal proposta nosográfica apresenta-se como uma frágil capacidade terminológica.

O foco principal de argumentação para tal fragilidade encontra-se na quase impossibilidade de se abranger, em uma categoria única, uma infinidade de comportamentos reativos incapacitantes funcionalmente.

Tal fato deve-se, principalmente, pela diversidade de vivências e situações estressantes a que estão submetidos os indivíduos da atual sociedade ocidental.

O termo neurose foi primeiro utilizado por Cullen (1710-1790) para designar "afecções de sentido e movimento, sem febre ou evidência de doença local" (Louzã Neto, 1995, p. 263).

Esta utilização para indicar transtornos psíquicos sine materia, como defendia Cullen, ganhou ao longo dos tempos aceitação e trouxe à tona o papel da personalidade na constituição conceitual das neuroses.

Ey (1969, p. 407) fez a seguinte argumentação sobre o tema: "as neuroses são doenças da personalidade (Janet) caracterizadas por conflitos intrapsíquicos que inibem as condutas sociais".

O estudo da personalidade, por vários autores, tem demostrado a complexidade do assunto.

Entre alguns teóricos que contribuiram para o desenvolvimento do termo e dos transtornos a ele relacionados estão Freud, Allport, Kurt Schneider, Jaspers, entre outros.

A origem da palavra vem do grego persona que se referia às máscaras utilizadas pelos artistas nos teatros gregos.

Para Allport (citado em Watson, 1991), a terminologia técnica possui uma semelhança com o termo grego ao significar os aspectos individuais que são percebidos pelas outras pessoas.

O aspecto psicológico do conceito, defendido pelo psiquiatra Kurt Schneider, referiu-se à personalidade como um "conjunto dos sentimentos e valores, tendências e vontades de um indivíduo" (Schneider, 1968, p. 29).

Para a APA as "características de personalidade são padrões duradouros de perceber, relação, e pensamento acerca do ambiente e o si mesmo, e são exibidos numa ampla faixa de contextos sociais e pessoais importantes" (DSM III-R, 1989, p. 353).

Dalgalarrondo (2000, p. 196) utiliza-se da conceituação de Van den Berg (1970) para justificar as chamadas síndromes neuróticas. Para este psiquiatra holandês a base da neurose está na "perturbação do contato inter-humano". O mesmo descarta a exclusividade de justificativas orgânicas, corporais, constitucionais e perturbações de caráter na formação conceitual da neurose.

Portanto, a angústia, como o elemento constituinte básico da neurose, aponta que o indivíduo neurótico vive os conflitos essenciais humanos de maneira dramática e manifesta uma forma particular de se relacionar com as outras pessoas e objetos, sejam eles reais ou simbólicos.

O declínio técnico da categoria denominada neurose esteve estreitamente vinculada ao processo de sistematização categorial estabelecido, tanto pelo CID-10 como pelo DSM-IV .

Por conseguinte, torna-se relevante o estudo dos principais transtornos neuróticos observados nos Centros de Convivência. São eles os transtornos de ansiedade, os transtornos dissociativos e somatoformes, bem como os transtornos de personalidade.

5.2.1 - Transtornos de Ansiedade

Os seres humanos, diante de uma situação de perigo, apresentam reações fisiológicas e psíquicas com a finalidade de capacita-los a enfrentar o ambiente ou os eventos hostis.

A ansiedade, enquanto emoção, faz parte do instrumental psíquico humano para adaptação às vivências de ameaça. Existem diferentes maneiras de se viver a intensidade e as formas da ansiedade. Assim, torna-se explicíto, portanto, o julgamento subjetivo, baseado nas próprias vivências, para se conceituar a desproporcionalidade das reações ansiosas.

Muitas vezes a manifestação rotineira e freqüente de conviver com o processo ansioso pode ser entendido como um traço de personalidade. Por outro lado, determinados eventos que ocorrem em certos períodos da vida de um indivíduo fazem com que, o mesmo, manifeste um estado ansioso.

A emoção denominada ansiedade é considerada "situacional" quando está diretamente associada a um acontecimento ou a um objeto e nomeada como "espontânea" quando não apresenta nenhuma motivação aparente e pode ser vivenciada em forma de um "episódio", em "fases" ou de "forma tônica", ou seja, em uma "crise" (Gentil Filho, 1995).

Uma pesquisa com indivíduos adultos, apresentada por Almeida Filho et al. (1992, citados em Louzã Neto, 1995), sobre morbidade psiquiátrica no Brasil, nas cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre demonstrou que os transtornos de ansiedade encontram-se como os de maior índice nos diagnósticos psiquiátricos nas três capitais e que há uma prevalência maior entre as mulheres.

Os dados acima revelam, de alguma maneira, porque os transtornos ansiosos tornam-se responsáveis por uma grande parcela do custo dos serviços nas unidades de atendimento primário.

A vivência da ansiedade torna-se patológica quando se revela de modo intenso diante da baixa intensidade do estímulo ou evento que suscitou o processo ansioso. Uma segunda forma de ansiedade patológica realiza-se quando

os sintomas ansiosos manifestam-se sem que haja um evento ou motivo aparente para tal.

Os transtornos ansiosos são definidos, por Gentil Filho (1995, p. 234), como "estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica desempenha papel fundamental ".

A Organização Mundial da Saúde que associou, diretamente, os transtornos ansiosos com o medo e o estresse indicou a seguinte classificação para os transtornos ansiosos (CID-10,1993):

- F40–F40.9 – Transtornos fóbico-ansiosos;
- F41-F41.9 – Outros transtornos ansiosos;
- F42-F42.9 – Transtorno obsessivo-compulsivo;
- F43-F43.9 – Reação a estresse grave e transtorno de adaptação.

5.2.2 – Fobias e Ansiedade Generalizada

Como a ansiedade, o medo faz parte do repertório de emoções humanas para se vivenciar as situações e os objetos que apresentam perigo. Contudo, a fobia representa "um medo persistente e irracional de um objeto específico, atividade ou situação não considerada perigosa, que resulta em necessidade incontrolável de se esquivar ou de evitar tal estímulo" (Gentil Filho, 1995, p. 239).

A profunda intensidade com que um indivíduo vive a situação do medo pode, muitas vezes, incapacitá-lo para as atividades cotidianas.

Entre algumas características do comportamento humano diante de um objeto fóbico, encontram-se a apreensão, a tensão, as alterações motoras, as cognitivas, as do sistema nervoso autônomo e a tentativa de esquivar-se da situação.

As sub-divisões das fobias são as seguintes (Fyer et al., 1995):

- agorafobia – caracterizadas por medos de estar em situação de difícil saída;

• fobias sociais – caracterizada pela necessidade de fuga de situações em que se possa comportar de maneira inadequada e ser julgado pelos outros indivíduos presentes;

• fobias específicas (isoladas) – medo exagerado de determinados objetos ou situações.

De acordo com Gentil Filho (1995), dados do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América indicaram que 20% dos atendimentos na área da Saúde Mental estão relacionados aos ataques de pânico.

Nas perturbações ansiosas denominadas de "pânico" as crises são súbitas e os sintomas apresentados indicam uma hiperatividade do sistema nervoso autônomo. Os sintomas somáticos e psíquicos manifestam-se de forma gradual mas vão intensificando, de tal maneira, que em segundos o indivíduo pode apresentar um comportamento paralizante ou de fuga da situação.

O tempo máximo de duração de uma crise de pânico, segundo Fyer et al. (1995), está em torno de segundos ou minutos e, normalmente, se manifesta de forma espontânea.

Um transtorno de pânico fica caracterizado pela repetição de crises que geralmente estão acompanhadas de ansiedade antecipatória e pelo sentimento de evitação da situação vivenciada.

Segundo Dalgalarrondo (2000), a distinção existente entre o transtorno de pânico e a ansiedade generalizada está na forma de manifestação da crise. As crises de pânico acontecem em fases e as crises de ansiedade generalizada são tônicas – agudas.

Estão entre as possíveis manifestações físicas da ansiedade generalizada as perturbações gastrintestinais, a irritabilidade, as dores de cabeça e outras que podem mascarar o quadro, enquanto alteração psíquica. Entre as mulheres, pode ser confundida com a síndrome pré-menstrual.

A ansiedade generalizada pode persistir por mais de 15 dias e torna-se, neste período, permanente (Gentil Filho, 1995).

5.2.3 - Transtornos Obsessivos-compulsivos

Encontram-se entre os transtornos ansiosos os transtornos obsessivo-compulsivos, que foram relacionados, pela psiquiatria biológica, como disfunções frontais do núcleo da base e do cíngulo (Jenike,1995).

Pela psiquiatria fenomenológica o que caracteriza o transtorno obsessivo-compulsivo é a persistência dos pensamentos obsessivos que, de certa forma, demandam as ações compulsivas. Tais pensamentos são reconhecidos pelo indivíduo como originários da sua própria consciência e, entre as formas de se apresentarem, encontram-se as imagens ou idéias repetidas e estereotipadas.

A manifestação de ações e atos repetitivos e sem valor produtivo caracteriza as compulsões. O ritual estéril da compulsão obedece a uma tentativa de se bloquear os pensamentos obsessivos e de se prevenir de qualquer situação inesperada. Contudo, observa-se que as situações desagradáveis possuem pouca probabilidade de ocorrerem.

O percurso do transtorno pode evoluir para manifestações de delírios de culpa ou de perseguição.

Entre as obsessões e compulsões mais comuns, citadas por Gonzalez (1999), estão a de sujeira ou contaminação e a de dúvidas sobre tarefas realizadas de maneira adequada. Por conseguinte, as compulsões mais verificadas são as de limpeza e desinfecção, a de verificação, a de contar ou repetir e o colecionismo.

Perante o exposto, o tratamento farmacológico tem sido bastante utilizado nos transtornos ansiosos, o que parece indicar a convicção dos psiquiatras que os mesmos não são entendidos, simplesmente, como sintomas.

Os antidepressivos constituem a principal classe de medicamentos prescritos para tais transtornos. A utilização de sedativos, ansiolíticos e tranqüilizantes só estão recomendados nos estados agudos (Gentil Filho, 1995).

As psicoterapias constituem, também, possibilidades terapêuticas para os transtornos ansiosos, fóbicos e obsessivos. As intervenções visam trabalhar, de maneira geral, os conflitos interpessoais dos pacientes.

De maneira específica, a terapia comportamental procura identificar, expor e dessensibilizar, sistematicamente, os pacientes aos elementos motivadores das crises e a terapia cognitiva objetiva a identificação e modificação dos pensamentos repetitivos e ameaçadores.

5.2.4 - Transtornos Dissociativos e Transtornos Somatoformes

A possibilidade de utilização do corpo como veículo de expressão de sentimentos e emoções é conhecida pelos seres humanos deste o seu nascimento.

No estudo da evolução da raça humana, a linguagem corporal esteve presente enquanto canal de comunicação privilegiado, mesmo resguardando as diferenças culturais existentes entre os povos.

Alguns transtornos neuróticos podem utilizar do corpo e de seus sistemas no processo do adoecer psíquico possibilitando a origem do que são chamados transtornos dissociativos e transtornos somatoformes.

Os transtornos dissociativos ou conversivos, para Negro Junior (1999), possuem uma grande aproximação entre os estados hipnóticos e os transes místicos-religiosos.

No CID-10, tais transtornos são referidos como quadros neuróticos nos quais ocorrem a perda total ou parcial da consciência.

Nestes transtornos, além da perda momentânea da capacidade integradora das funções mentais, existe uma perda imediata do controle dos movimentos do corpo. Contudo, após a crise, não se altera o senso de realidade e de identidade.

O detalhamento da sistematização destes transtornos no CID-10 (1993) segue a seguinte ordem:

- F44 – Transtornos dissociativos;

- F44.0 – Amnésia dissociativa;
- F44.1 – Fuga dissociativa;
- F44.2 – Estupor dissociativo;
- F44.3 – Transtornos de transe e possessões;
- F44.4 – Transtornos da motricidade;
- F44.5 – Convulsões dissociativas;
- F44.6 – Anestesia e perda sensorial dissociativas;
- F44.7 – Transtornos dissociativos (ou conversivos) mistos;
- F44.8 – Outros transtornos dissociativos (ou conversivos);
- F44.9 – Transtorno dissociativo (ou conversivo), não especificado.

Na amnésia dissociativa, o indivíduo apresenta, normalmente, perda de memória de acontecimentos recentes, mas observa–se, também, uma perda seletiva de determinados eventos.

Segundo Nemiah (1995), a fuga dissociativa caracteriza-se pela perda da identidade e a adoção de uma nova. O indivíduo manifesta alteração de memória e desorientação.

No transtorno denominado estupor dissociativo, a ausência de movimentos voluntários e as alterações na reação aos estímulos externos, sem evidência clínica para tais reações, demonstra o componente psíquico do quadro.

Os transtornos de transe e possessão adquirem uma relevância maior no Brasil pela adoção, por uma parte da população brasileira, de religiões afro-brasileiras e evangélicas. O sentimento de se sentir tomado por um espírito ou entidade divina ocorre com a perda transitória da consciência do ambiente e da própria identidade (Dalgalarrondo, 2000).

Encontram-se entre as outras sub-categorias dos transtornos dissociativos ou conversivos as sensações de perda parcial ou total de membros e algumas alterações nas sensações cutâneas, sem que para tanto haja qualquer fenômeno de ordem física ocorrendo com o indivíduo.

A literatura tem sugerido que o fato de se ter a descrição das características dos transtornos não elimina o estudo, detalhado, da personalidade do indivíduo para que se consiga, então, uma maior clareza do significado das dissociações e conversões na vida do sujeito (Dalgalarrondo, 2000; Ramadam, 1995, Guggenheim et al. 1995).

Os transtornos somatoformes englobam perturbações que possuem mecanismos e etiologias diferentes. Porém, os indivíduos que apresentam tais transtornos manifestam sintomas físicos sem apresentarem relevantes doenças físicas.

A produção destes sintomas não aparece de forma intencional, contudo, observa-se a dificuldade dos indivíduos em fazerem ligações entre a queixa e os eventos psíquicos dolorosos.

Estudos realizados em serviços primários relevaram alta prevalência dos quadros de somatização. Embora seja baixa a prevalência na comunidade quando aplicado os critérios da CID-10 e do DSM-IV a OMS relata taxas de prevalência mundial entre 0,9% e 19,7%, quando se utiliza o conceito de transtorno de somatização expandido (Bombana, 2000).

No CID-10 (1993), os transtornos somatoformes estão, assim, sistematizados:

- F45 – Transtornos somatomorfos;
- F45.0 – Transtorno de somatização;
- F45.1 – Transtorno somatomorfos indiferenciado;
- F45.2 – Transtorno hipocondríaco:
- F45.3 – Disfunção autonômica somatomorfe;
- F45.4 – Transtorno doloroso somatomorfo persistente;
- F45.8 – Outros transtornos somatomorfos;
- F45.9 – Transtorno somatomorfo, não especificado.

Nos transtornos de somatização a razão existente entre mulheres e homens está de 5:1 e 10:1 respectivamente e os principais sistemas orgânicos

envolvidos são o gastrointestinal, o cardiopulmonar, o reprodutivo e o neurológico (Dalgalarrondo, 2000).

No transtorno hipocondríaco, a característica elementar reside na excessiva e persistente preocupação do indivíduo com a presença de alguma doença grave (Guggenheim, 1995).

Ramadam (1995) cita um estudo que indicou a prevalência entre 4,2% a 6,3% de transtorno hipocondríco entre pacientes internados.

No quadro disfunção autonômica, o indivíduo queixa-se de alteração de algum sistema ou órgão controlado pelo sistema autonômico. Designadamente o sistema cardiovascular, o gastrointestinal, o respiratório e o urogenital (Fernandes da Fonseca, 1997).

Dados epidemiológicos sobre o transtorno somatoforme doloroso e persistente indicam que a razão entre homens e mulheres está de 2:1 e que a idade inicial do quadro reside entre os indivíduos de 30 a 40 anos (DSM III – R, 1989). Este transtorno pode levar o indivíduo a abandonar o trabalho e suas atividades de rotina pela intensidade e persistência da dor.

Na abordagem terapêutica e de reabilitação dos transtornos dissociativos e dos somatoformes reconhece-se a abordagem multidisciplinar como de melhor resultado para o atendimento dos pacientes.

Torna-se importante mencionar que o recurso de intervenção, acima citado, demanda uma boa interação entre os profissionais da equipe e que o trabalho de melhoria da auto-estima do paciente requer, de todos - paciência.

Segundo Ramadam (1995), são poucos os estudos que indicam a utilização de psicofármacos para o tratamento destes quadros, contudo, o autor chama a atenção para as complicações iatrogênicas que podem advir do tratamento medicamentoso. Muitas vezes, os pacientes encontram-se, também, sob efeito de outros tratamentos clínicos.

Finalmente, nos quadros dos transtornos dissociativos e somatoformes o sofrer psíquico do indivíduo deve ser reconhecido para que se avance no tratamento e na reabilitação.

5.2.5 - Transtornos de Personalidade

Enquanto conteúdo do saber médico, o estudo dos transtornos de personalidade passa pelo início da história da psiquiatria.

Quando Pinel, em 1809, descreveu o quadro manie sans délire já se estava apontando para o que hoje se conceitua como transtornos de personalidade.

Para o psiquiatra francês, este se caracterizava pelo "prejuízo das funções afetivas, particularmente instabilidade emocional e tendência dissocial, sem prejuizo da função intelectual e cognitiva" (Wang, 1995, p. 248).

Koch em 1891 (citado em Tavares Filho, 2001) produziu a primeira descrição sintética dos transtornos de personalidade, mas, para este autor, o termo psicopatia se referia a um tipo constitucional designado como "inferior".

Ao longo dos séculos, os estudos destas perturbações tinham como populações-alvo os criminosos, os delinqüentes e os indivíduos com má-adaptação social.

Na revisão da literatura encontram-se diferentes termos para abordar os transtornos que, atualmente, estão contidos dos manuais da OMS e da APA como *clusters* dos Transtornos de Personalidade. Entre eles estão a psicopatia, a sociopatia e a personalidade anti-social (Schneider, 1968; Wang, 1995; Fernandes da Fonseca, 1997; Dalgalarrondo, 2000)

O fato de se observar alterações comportamentais que envolvem risco para a sociedade viu-se crescer, por parte da área forense, o interesse no tema.

Outro renomado psiquiatra que contribuiu com relevantes estudos foi Kurt Shcneider. A definição usada pelo autor, em 1923, encontra eco até a atualidade "Personalidades psicopáticas são aquelas que, em conseqüência de sua anormalidade, sofrem ou fazem a sociedade sofrer" (Schneider, 1968, p. 23).

No processo descritivo classificatório, elaborado por Schneider (1968) , são apresentados dez tipos de personalidades denominadas como psicopáticas. São elas as personalidades hipertímicas, as depressivas, as inseguras de si, as

fanáticas, as com necessidade de valorização, as de humor lábeis, as explosivas, as frias de sentimento, as abúlicas e as astênicas.

Schneider advertiu para o erro da rotulação dos tipos de personalidades psicopáticas como diagnóstico. Para ele "um psicopata depressivo, por exemplo, é simplismente "um homem em si-mesmo". E o homem, as personalidades, não se pode etiquetar por diagnósticos como se faz com as enfermidades e com as conseqüências psíquicas geradas pelas enfermidades" (Schneider, 1968, p. 85).

Achados científicos mais recentes, referendados pela OMS, indicam que as características desses transtornos tendem: (Tavares Filho, 2001):

- a permanecer sem alterações ao longo da vida e que eclodem na infância ou adolescência;
- a manifestarem por meio de comportamentos e reações afetivas que são desarmônicas com a vida psíquica e social do indivíduo;
- a mostrar que o acontecimento de um episódio não serve de referência-padrão, pois o comportamento padrão só se caracteriza em um longo período de tempo;
- a indicar que o comportamento anormal do indivíduo produz uma má-adaptação social e, conseqüentemente, gera dificuldade para o indivíduo e para as pessoas que com ele convive;
- a demonstrar que os comportamentos anormais não apresentam bases relacionais com uma evidente lesão cerebral ou qualquer outro transtorno psiquiátrico.

Os dados epidemiológicos sobre os transtornos de personalidade são restritos, mas quando apresentados abrangem, normalmente, quadros específicos.

Sobre a casualidade são pequenas as evidências que fatores genéticos, constitucionais, ambientais ou culturais seriam elementos chaves para o desenvolvimento dos quadros, contudo, especula-se que a interação destes precipitariam o mesmo (Wang, 1995).

O manual da OMS (CID-10,1993) apresentou a seguinte classificação para os Transtornos da Personalidade e de Comportamento em Adultos:

- F60 – Transtornos específicos da personalidade;
- F61 – Transtornos de personalidade mistos e outros;
- F62 – Alterações duradouras da personalidade, não atribuíveis a lesão ou doença cerebral;
- F63 – Transtornos de hábitos e impulsos;
- F64 – Transtornos da identidade sexual;
- F65 – Transtornos da preferência sexual;
- F66 – Transtornos psicológicos e de comportamento associados ao desenvolvimento e orientação sexuais;
- F68 – Outros transtornos de personalidade e de comportamento em adultos;
- F69 – Transtorno de personalidade e de comportamento em adultos, não especificados.

Por sua vez a Associação de Psiquiatria Americana apresentou sua classificação abordando três grandes blocos, que estão assim distribuídos, segundo Wang (1995, p. 254):

- Comportamento estranho e excêntrico (301.00-301.22)

Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica.

- Comportamento dramático, lábil e errático (301.70-301.81)

Anti-social, Borderline, Histriônica e Narcisista.

- Comportamento ansioso ou temeroso, de evitação, dependente, obsessivo-compulsivo, passivo-agressivo e os não especificados em outro local (301.82-301.90).

Mesmo reconhecendo a vantagem operacional que os dois manuais propiciam na definição dos diagnósticos não se pode deixar de mencionar que, para o DSM-IV (1996) as variedades de personalidades apresentam traços não mutualmente excludentes.

Devido às implicações legais, de exclusão social e dos poucos dados cientificamente comprovados da existência de uma unidade clínica dos transtornos de personalidade observa-se um retraimento nos diagnósticos e,

consequentemente, pouca troca de informações entre os profissionais e a população em geral.

O que se assiste, atualmente, na mídia escrita e televisiva é a exploração, momentânea, de alguns casos de crueldade envolvendo o indivíduo com diagnostico de transtornos de personalidade. Muitos desses estão sendo rotulados de loucos ou esquizofrênicos, o que demonstra o pouco conhecimento de todos.

Entre algumas características específicas encontra-se a desconfiança persistente, que deflagra, muitas vezes, um sentimento de ciúme patológico nas personalidades paranóide.

A hipervigilância e a hipersensibilidade às críticas, além de ser uma característica bastante comum nos transtornos de personalidade, é marcadamente observada nos paranóides (Dalgalarrondo, 2000).

A categoria esquizóide apresenta interesses estereotipados e manifesta uma ausência de empatia afetiva (Gunderson et al., 1995). Essa se distingue da categoria esquizotípica pela presença de alguns sintomas positivos da esquizofrenia que ocorrem nos quadros esquizotípicos.

Nas personalidades anti-sociais são encontradas labilidade e ambivalência desde a infância (DSM III-R, 1989). Na vida adulta estes indivíduos apresentam, no domínio do trabalho, freqüentes mudanças e o envolvimento em delitos que acontecem devido a ações impulsivas. A insensibilidade pelos sentimento dos outros são, também, observados nesses indivíduos.

A personalidade *borderline* caracterizam-se, segundo Gunderson et al. (1995) por manter relacionamentos interpessoais intensos e instáveis, comportamentos autodestrutivos repetitivos, medo crônico de abandono, afetividade disfórica crônica, distorções cognitivas, impulsividade e frágil adaptação social.

O perfil dramático, egocêntrico e lábel que rotularam, pejorativamente, algumas mulheres de histéricas faz parte da história conceitual do termo, atualmente, definido como personalidade histrônica.

Nesta categoria o indivíduo apresenta, geralmente, insatisfação na vida sexual e são, também, observados sintomas hipocondríacos e somáticos. Contudo, não são relatados sintomas dissociativos ou conversivos (Dalgalarrondo, 2000).

As histórias de tentativa de suicídios são freqüentes, porém, os casos de mortes devido a suicídios são pouco relatados.

A principal característica que diferencia as perturbações anancásticas dos transtornos obsessivos-compulsivos é o caráter ego-sintônico da personalidade anancástica, ou seja, o indivíduo diante da preocupação excessiva com a limpeza, por exemplo, sente-se orgulhoso sem manifestar nenhum desconforto psíquico (Wang, 1995).

Algumas outras características da personalidade anancástica foram descritas por Wang (1995, p. 258):

- preocupação com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou esquemas;
- pedantismo e aderência excessivos às convenções sociais;
- intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes e inoportunos.

Na caracterização da personalidade ansiosa ou de evitação está a tentativa do indivíduo de evitar situações em que o próprio desempenho seja alvo de críticas. O temor de embaraços sociais e a hipersensibilidade às críticas faz com que esses indivíduos evitem atividades em grupo (Dalgalarrondo, 2000).

Gunderson et al. (1995) nomeou o sentimento de se sentir desamparado, incapaz e impossibilitado de tomar decisão na vida cotidiana como referentes à personalidade dependente.

A postura de delegar poderes a outros para decisões que estão diretamente relacionadas a interesses pessoais, também, identificam os indivíduos com tal perturbação.

O tratamento dos transtornos de personalidade apresenta-se como um capítulo bastante discutido no meio profissional da Saúde Mental.

Segundo Wang (1995, p. 264), "a imutabilidade da patologia, a ausência de recurso eficaz disponível e a contratransferência que alguns casos suscitam no profissional são fatores engendradores de ceticismo terapêutico".

De acordo com Rodrigues et al. (1998) a principal abordagem farmacológica para os pacientes que apresentam comportamentos estranhos ou excêntricos (paranóide, esquizóide e esquizotípica) são os neurolépticos.

O autor, ainda, menciona o carbonato de lítio, antagonista beta-adrenérgicos e a fluoxetine como recomendados para o estado agressivo que pode surgir nas pessoas com transtorno anti-social.

Fazem parte do repertório terapêutico para os transtornos de personalidade as psicoterapias que objetivam diminuir os conflitos emocionais e sociais presentes no comportamento do paciente. As terapias de abordagem ambiental visam criar modelos e sustentação às formas adequadas de comportamento pessoal e social.

5.3 - O Pensamento Psicanalítico sobre a Psicose e as Neuroses

Outras escolas manifestam distintas leituras sobre o indivíduo diante do fenômeno psicótico

A escola psicanalítica coloca a vivência psicótica como uma resposta radical do sujeito ao conflito psíquico.

Para Birman (1983, p. 34), o sintoma psicótico "é a cristalização de um conflito mental, plena de sentido, trata-se porém de um sentido que está silenciado". Para o autor, as alucinações e os delírios podem ser interpretados como expressão do conflito cristalizado.

Dentro desta mesma linha de raciocínio "as psicoses seriam formas mais graves de enloquecimento que as neuroses exatamente porque a regressão ao arcaico se realiza com violência muito maior e seu contraste com o momento da maturidade psíquica também é mais marcante" (Birman, 1983, p. 36).

Nesta perspectiva de regressão, foi Freud que nomeou o fenômeno do retorno, pelo sujeito adulto (fase genital), a qualquer uma das três fases anteriores da evolução da libído (fase oral, anal, fálica) (Fernandes da Fonseca, 1997).

Estas fases propostas por Freud apresentam as seguintes representações (Tavares Filho, 2001):

- fase oral: a fonte do prazer é a boca. No desenvolvimento da criança está fase ocorre em torno do primeiro ano de vida;
- fase anal: o prazer está no ato de reter ou expelir os excrementos, afetos e atos. Está fase corresponde às experiências psicológicas do segundo e terceiro ano de vida da criança;
- fase fálica: o prazer se volta para os genitais, que têm o falo como expressão do prazer. A criança encontra-se no período do terceiro ao quinto ano de desenvolvimento.
- A quarta fase, que foi denominada genital, inicia-se na puberdade. Há uma organização da libido que se orienta para uma única pessoa.

De maneira mais aprofundada, a psicanálise possui, nas teorias apresentadas por Lacan, um dos seus principais marcos conceituais para a interpretação das psicoses.

Para Viganò (1997), na interpretação de Lacan, os sintomas apresentados pelo sujeito psicótico são possibilidades encontradas pelo mesmo de viver a ruptura com a realidade, uma vez que a forclusão do nome-do-pai aparece antes do sintoma.

Na vertente estrutural, a ordem no simbólico possui como base a função paterna, porém, no discurso humano a metáfora é que cumpre este papel.

No texto, "Terapia ou Reabilitação?", Viganò (1997, p.63) escreveu "um sujeito se atribui a autoridade de nomear o objeto que o satisfaz e que falta (a função da metáfora é aquela do desejo). Se ele não se autoriza a nomeá-lo, ele permanece ligado ao objeto que a mãe lhe fornece".

Por conseguinte, para esta escola de pensamento, a escuta do sujeito psicótico torna-se primordial para auxiliá-lo na busca de significância de seus delírios e alucinações.

A teoria psicanalítica, de forma sintética, coloca as neuroses como de base eminentemente psicogénica.

Segundo Fernandes da Fonseca (1997, p. 409), Freud elaborou a primeira sistematização das neuroses: "neuroses actuais e neuroses de transferências".

As neuroses expressam os conflitos existentes, persistentes e que demonstram uma relação desiquilibrada entre as forças do inconsciente (nomeada por Freud como id), e as forças do consciente (definidas como "Ego"). Participa, ainda, neste conflito uma terceira força chamada de "Super Ego" (Fernandes da Fonseca, 1997).

No plano arquitetônico da teoria psicanalítica sobre a formação do aparelho psíquico humano, o conflito, acima descrito, compõe a estruturação básica do sujeito. Assim, as neuroses com seus sintomas seriam maneiras do próprio relacionar-se com seus conflitos psíquicos fundamentais.

As conceituações de alguns termos básicos da psicanálise tornam-se importantes para a absorção do que Freud, e muitos de seus seguidores, chamaram de sintoma.

Para o psicanalista (1997, p. 15), o "ego é a força coerente organizadora dos processos mentais que controla as abordagens à motilidade – isto é, à descarga de excitações para o mundo externo. Ele é a instância mental que supervisiona todos os seus próprios processos constituintes e que vai dormir à noite, embora ainda exerça a censura sobre os sonhos. Desse ego procedem também as repressões, por meio das quais procura-se excluir certas tendências da mente, não simplesmente da consciência, mas também de outras formas de capacidade e atividade".

Numa distinção refinada Freud (1997, p. 28) escreve: "assim supridos com uma prova do que acabamos de asseverar quanto ao ego consciente: que ele é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal ".

O viver constante e distendido do sujeito entre o princípio do prazer e de morte possui, na busca de satisfação e realização, o id como seu ponto de referência.

O "Super-Ego", ou "ideal do ego", "representa uma formação reativa contra as escolhas do "id", portanto, o "super-ego" representa a consciência moral e as leis culturais" (Freud, 1997, p. 36).

Desta maneira, a expressão da rede conflituosa de forças interpsíquicas que lutam para imporem suas demandas torna-se o que a psicanálise nomeia por sintomas.

Na leitura psicanalítica o sintoma neurótico representa de acordo com Fernandes da Fonseca (1997, p. 404) "uma atitude ambivalente: por um lado, corresponde a uma vitória do prazer, por outro, traduz sofrimento, como penitência, pela culpabilidade que encerra".

Neste contexto, "o primado das experiências infantis e a simbolização são concebidos como postulados fundamentais na exteriorização dos conflitos neuróticos (Fernandes da Fonseca, 1997, p. 403).

A maneira desequilibrada de se resolverem estes conflitos, inerentes das diferentes fases do desenvolvimento psicológico, e o fracasso na utilização dos mecanismos de defesa, para tamponar ou desviar os sentimentos de frustações diante das forças instintivas, faz com que o sujeito expresse este conflito por meio de símbolos ou sintomas neuróticos.

Outros psicanalistas, como Jung e Adler, lançaram luzes em diferentes pontos da teoria freudiana e discordaram em outros conceitos básicos.

Os neofreudianos, com um olhar mais apurado sobre o impacto da experiência social na formação das neuroses, possuem nomes como Karen Horney e Eric Fromm, entre seus representantes.

Nos quadros dissociativos e conversivos observa-se que o inconsciente utiliza-se do mecanismo de repressão (a retirada da consciência de fontes externas e internas sentidas como dolorosas). Existindo uma desvinculação do objeto real ou simbólico do significado emocional (Fernandes da Fonseca,1997).

Segundo Freud (1936, citado em Fernandes da Fonseca, 1997, p. 416), os conteúdos da ansiedade são "como um sinal quase absoluto da aproximação de um perigo externo".

Na utilização do mecanismo de conversão, o sujeito, simbolicamente, lança mão dos sintomas físicos para expressar um sintoma psíquico (Louzã Neto, 1995).

A característica das neuroses de pertubações no desenvolvimento psicológico, ocorrida na primeira infância, apresenta, sinteticamente, nos transtornos de personalidade, a regressão ou fixação da libido nas fases oral ou anal.

A atitude anti-social do sujeito é interpretada, por alguns psicanalistas, como uma reação contra a ansiedade geradas pelos conflitos interpsíquicos e na mediação do sujeito com o meio (Rodrigues et al., 1998).

De acordo com Louzã Neto (1995) entre os mecanismos de defesa utilizados pelas personalidades borderline encontram-se a negação, a identificação projetiva e a fantasia onipotente" (Louzã Neto, 1995).

As personalidades histrônicas apresentam um alto índice de comportamentos de sedução e de manipulação dos atos autodestrutivos, como tentativa de ganhos que acalentem a própria necessidade de dependência (Rodrigues et al., 1998).

O quadro acima descrito assumiu, historicamente, a nomeação de neurose de caráter, porém, houve uma perda de significado para tal terminologia. Atualmente encontra-se na literatura especializada o debate sobre o perverso.

Com as descrições feitas neste capítulo, das principais características e classificações formais e institucionais das psicoses e das neuroses, pode-se observar que na organização dos usuários dos Centros de Convivência procurou-se, dentro de um raciocínio teórico, agrupar os indivíduos que vivenciam alterações psíquicas tão profundas da realidade que acabam por limitar suas vivências intra e interpessoais.

6 – Reabilitação em Saúde Mental

O processo de reabilitação de indivíduos com psicose ou neuroses graves ganhou maior reconhecimento com os avanços das políticas de desinstitucionalização que começaram a serem implementadas em vários países membros da OMS nos anos 60, como referido em capítulo anterior.

Atualmente, as abordagens psicossociais no contexto da reabilitação psiquiátrica, principalmente nos indivíduos que vivem na comunidade, estão ancoradas na ultrapassagem das limitações funcionais e psicológicas que impossibilitam ou reduzem o acesso social.

Observa-se a adoção do termo reabilitação psicossocial como um sinônimo de reabilitação psiquiátrica (Pratt, 1999).

Hughes (1994, citada em Pratt, 1999, p. 14) definiu a área da reabilitação psiquiátrica nessa mesma perspectiva; "o alvo da reabilitação psiquiátrica é proporcionar aos indivíduos a compensação ou a eliminação dos déficits funcionais, as barreiras interpessoais e ambientais criadas pela deficiência e a restauração das habilidades para a vida independente, para a socialização e para um controle efetivo da vida".

Inclui-se nesta perspectiva de reabilitação as prevenções de complicações na saúde advindas do sedentarismo, do processo de envelhecimento e de comorbidades.

Dentro desta visão teórica, as técnicas de abordagens psicossociais objetivam instrumentalizar os sujeitos para a melhoria da própria qualidade de vida.

Para além dos ganhos individuais que os programas de reabilitação psicossocial podem oferecer no cenário social e político espera-se que, com o avanço na qualidade de vida destes indivíduos, a luta pela cidadania plena se torne um alvo coletivo.

Para Pratt (1999, p. 14) entre alguns fatores funcionais que influenciam o processo de reabilitação dos indivíduos com transtornos psicóticos estão:

- "o atual grau de severidade do transtorno;
- o atual grau de deficiência do indivíduo;
- as habilidades preservadas;
- o suporte e a rede social disponível;
- o atual estágio de recuperação do indivíduo".

Alguns princípios adaptados por Farkas e Anthony (1989, citados em Louzã Neto, 1995, p. 193) são destacados como básicos neste processo:

- "foco no incremento do funcionamento do paciente;
- o resultado da reabilitação é a melhoria do funcionamento do paciente em seu ambiente;
- o envolvimento do paciente é fundamental na reabilitação;
- às vezes, o aumento momentâneo da dependência do paciente resulta em uma independência a longo prazo;
- esperança é um ingrediente essencial da reabilitação;
- reabilitação não é teórica mas prática".

Deve-se, ainda, incluir na reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais a avaliação do grau de esforço demandado pela tarefa, a manifestação do desejo do sujeito pela atividade, a intensidade da exigência solicitada, o tempo da sessão, bem como o planejamento da duração do programa levando em consideração as potencialidades e limitações dos indivíduos.

De maneira geral, as intervenções psicossociais demandam dos indivíduos participantes dos programas de reabilitação um investimento de longo prazo, o que acaba por provocar altas taxas de abandono dos mesmos (Louzã Neto, 1995).

Tal afirmativa, vista sem maiores reflexões, apresenta-se como de fácil entendimento, porém, ao mesmo tempo, a mesma constitui-se como um desafio para os planejadores, os coordenadores, os gerentes, os professores, os terapeutas e todos os outros profissionais que, de uma maneira ou de outra, encontram-se envolvidos neste processo.

A busca pelo respeito da individualidade, no processo de definição de uma estratégia de reabilitação psicossocial, deveria conseguir prever e atuar nas modificações ambientais e adaptações técnicas, em sintonia de tempo com as alterações psíquicas apresentadas pelo participante do programa, porém, isso muitas vezes não acontece.

O reconhecimento de tal desafio tem mobilizado os membros das equipes e os pesquisadores na proposta de desenvolvimento de abordagens, tanto psicossociais como educacionais, que auxiliem os participantes a reconhecerem, aceitarem e buscarem caminhos para as vivências das alterações em curso.

Nesta perspectiva, cria-se a possibilidade do sujeito buscar ajuda profissional no tempo certo e com os profissionais corretos.

O debate sobre o desafio de intervenções de longa duração no processo da reabilitação, como acima mencionado, remete a discussão sobre o entendimento do termo "recuperação" neste campo profissional.

Este conceito, que havia sido abolido da terminologia da psiquiatria e de várias equipes de saúde mental, retornou à discussão e às investigações nos últimos tempos.

A tradição de se pensar a recuperação com base nos processos e nas condições da reabilitação física proporcionou uma quase inseparável associação entre tal conceito e o que ficou, popularmente, entendido por cura.

O descolamento no entendimento do termo *recuperare* tem se mostrado importantíssimo no campo da reabilitação psicossocial (Holanda Ferreira, 1986).

A resignificação desta palavra por diversos grupos de pesquisadores e por várias equipes que trabalham com indivíduos com transtornos psicóticos tem aberto portas para novas investigações.

Pratt (1999, p. 91) utilizou o seguinte conceito de recuperação de longa duração na perspectiva dos transtornos mentais: "refere-se à reformulação, pelo sujeito, nas aspirações da vida e nas eventuais adaptações ao transtorno".

Entre alguns pesquisadores que defendem este novo entendimento do termo "recuperação" na saúde mental encontra-se Deegan.

Para esta autora, um princípio básico do processo de recuperação eficiente está na transformação da auto concepção destes indivíduos, que abrange, inclusive, a incorporação da atual condição da saúde mental vivida pelo sujeito (Deegan, citada em Pratt, 1999).

Este olhar radical da recuperação que toma o indivíduo como sujeito de seu existir dimensiona a não linearidade no processo de reabilitação e confronta o sujeito, bem como toda a equipe de saúde mental, com as possibilidades de fracassos, descompassos e racaídas.

Todavia, este desafio e suas particularidades estão atribuídas às pessoas de direito, ou seja, ao próprio sujeito com a responsabilidade de construir sua própria história e aos profissionais que dispõem de recursos técnico científicos.

O conceito de recuperação, abordado por estas duas autoras, provoca questionamentos em torno dos parâmetros colocados pela ciência como elementos fundamentais na separação entre o que pode ser sistematizado como ciência e o que pode ser expressado como arte.

De acordo com Pratt (1999, p. 19) três princípios são fundamentais na investigação científica "a descrição, a explicação e o prognóstico".

Portanto, com a utilização do debate de um termo específico (recuperação) procurou-se demonstrar a singularidade necessária na definição de metas e estratégias técnico científicas no processo de reabilitação psicossocial, ao mesmo tempo que localiza um confronto existente entre a possibilidade de se fazer ciência (replicação de estudos) e a arte de se trabalhar a auto concepção respeitando a historicidade de cada um.

Este confronto desnuda um dos grandes problemas do campo da reabilitação psicossocial que é a instrumentação e a confiabilidade na avaliação da qualidade da inclusão social dos sujeitos.

O respeito pela história dos indivíduos coloca em dificuldade a definição de amostras a serem utilizadas nas pesquisas e a aplicação de metodologias de avaliação.

A busca de refinamento na instrumentalização dos modelos de investigação encontra-se atualmente como um dos principais alvos dos grupos de pesquisa na área da reabilitação.

Um achado científico importante para as intervenções psicossociais é a impossibilidade de se prever a adequação social do indivíduo com base em comportamentos apresentados em um determinado ambiente (O'Toole, 2000).

As expectativas externas e as motivações internas do sujeito na aceitação, ou não, de determinados papéis sociais provocam uma avalanche de estigmas. Tal afirmativa, torna-se mais elucidativa ao considerar que os próprios profissionais confrontam-se com suas próprias crenças e tábuas de valores.

Nesta perspectiva, o trabalho delicado, refinado, paciente e, acima de tudo, especializado requer cooperação entre as diferentes categorias profissionais, respeito à especificidade de cada área de estudo e à historicidade do sujeito atendido.

Segundo estudo apresentado por Häfner (1988, citado em Louzã Neto, 1995, p, 194) sobre os diferentes domínios da vida que são demandados como necessários na abordagem psicossocial estão: a moradia, o tratamento psiquiátrico, o lazer, a integração social e a reabilitação profissional. Portanto, há necessidade de se refinar com o sujeito o jogo dos papeis sociais e da própria subjetividade em cada um destes domínios.

A aplicação do recurso de intervenção acima explicitado deve abranger, também, a responsabilidade dos profissionais em estimular a interligação dinâmica existente entre os atores sociais e os diferentes domínios da vida.

De acordo com esta estratégia procura-se minimizar o conflito entre as expectativas dos papeis sociais e as habilidades (sociais, motoras, intelectuais, esportivas, entre outras) dos indivíduos no processo de reabilitação.

Na atual sociedade tecnológica tornou-se um requisito básico o domínio de uma série de habilidades para que haja o reconhecimento do valor e da identidade do indivíduo.

Pratt (1999, p. 94) sintetizou os objetivos, os valores e os princípios que norteiam a reabilitação psiquiátrica na perspectiva psicossocial.

- "Objetivos: recuperação, integração comunitária e qualidade de vida.
- Valores: auto determinação, dignidade e o valor de cada indivíduo, otimismo, capacidade de cada indivíduo aprender e crescer e sensibilidade cultural.
- Princípios: individualização de todos os serviços, preferência, escolha e envolvimento máximo do cliente, bases dos serviços – comunitário e de normalização, foco no potencial, avaliação situacional, tratamento/reabilitação integral e com abordagem holística, oferta de serviços coordenados e acessíveis, foco no trabalho, treinamento de habilidades, adaptação e suporte ambiental, companheirismo com a família e foco nas avaliações nos resultados".

Além destes objetivos, valores e princípios que formatam esta área de conhecimento, a revisão conceitual de alguns tópicos utilizados pela equipe de reabilitação deve ser visitada.

O debate científico entre a influência dos sintomas positivos e negativos, anteriormente descritos, na adaptação social dos indivíduos esquizofrênicos ainda não possui resultados definitivos.

Entretanto, algumas pesquisas indicam uma modesta relação, porém com resultados estatisticamente significativos, entre alguns fenômenos psicopatológicos e o funcionamento social (Bellack e Mueser, 1990; Liddle, 1987, Halford e Hayes, 1995, citados em Mueser, 1998).

Glynn (1998) concluiu que parece haver uma relação moderada entre as manifestações dos sintomas negativos e funcionamento social, bem como uma fraca relação entre os sintomas positivos, de desorganização e o funcionamento social .

Entre os possíveis eventos que seriam percebidos pelos indivíduos com esquizofrenia como estressantes encontram-se os dramáticos considerados vitais (mortes e separações), as solicitações que exigem muita responsabilidade e as situações com demandas de expressão emocional (emoção expressa) (Mueser, 1998).

Baseado na argumentação acima colocada, torna-se difícil para os profissionais que utilizam-se desse referencial teórico localizar, de maneira estanque, a separação entre tratamento terapêutico e o processo de reabilitação para esta população.

De acordo com alguns pesquisadores, nomeadamente Anthony e Liberman, (1986, citado em Pratt, 1999) o processo de reabilitação chega, muitas vezes, a ter influência positiva na doença, o que torna ambas as práticas complementares.

Na proposta de associar as práticas terapêuticas com as de reabilitação assiste-se a várias abordagens: o modelo mais clássico (psiquiatria biológica com terapia ocupacional), o controle medicamentoso com arteterapia e a utilização da psicoterapia com o controle medicamentoso e um programa de atividade física.

Opiniões radicalmente opostas aparecem, em publicações técnico científicas, quando se avaliam várias destas associações.

Pratt (1999, p. 16) sinaliza para o perigo de se colocar "indivíduos com graves transtornos mentais em tratamentos intensos e interpessoais".

Por outro lado, segundo Louzã Neto e Elkis (1999), a proposta de se articular abordagens terapêuticas medicamentosas com as de reabilitação, que baseiam-se na realidade, e as abordagens interpretativas ganham confirmação científica a cada estudo publicado.

Observa-se, principalmente no Brasil, um reduzido número de publicações com os resultados de tais intervenções.

Pela radicalização da polêmica, justifica-se a necessidade de estudos e publicações mais aprofundadas no que diz respeito a maior clareza e eficiência de critérios de tais intervenções nos estudos de casos e em outras metodologias utilizadas nas pesquisas em saúde mental.

Um aspecto a ser ressaltado diz respeito a necessária diferenciação de critérios de eficiência e de eficácia destas intervenções no que tange ao sujeito atendido e ao próprio sistema gestor da saúde no Brasil.

Entre algumas áreas do conhecimento que utilizam-se da realidade como âncora das técnicas, das abordagens e das intervenções encontram-se a Psicologia, a Terapia Ocupacional, a Educação e a Atividade Física Adaptada.

Uma vez que a corporeidade, as vivências corporais, o envolvimento em atividades recreativas e de lazer e a prática competitiva de modalidades esportivas possibilitam intervenções técnicas no processo de reabilitação psicossocial da população com psicose e neuroses graves justifica-se um percurso histórico da construção do lazer contemporâneo.

7 - Lazer

O significado da busca obstinada do ser humano pela felicidade, pelo prazer e pela qualidade de vida coloca o domínio do lazer num papel privilegiado, por este instigar críticas e reflexões das demandas humanas.

Na atual sociedade ocidental este domínio tem ocupado, junto com os psicofármacos, uma possibilidade do prazer momentâneo.

A ambivalência valorativa da vida ocidental, nos remete à construção da história civilizatória. A clássica pergunta de Sócrates, "como viver?", parece permanecer atual.

A utilização da religião, da lógica, da tecnologia e dos afetos como recursos existenciais humanos, a fim de discernir a resposta à esta pergunta, lança luzes ao ato heróico de se refinar sobre o que é importante na vida, tanto no plano individual como no coletivo.

As macro perguntas originárias das demandas subjetivas (que valor?; que papel?; como?; quando?; com quem?; etc.) necessárias para se colocar o sujeito como agente importante na construção da própria felicidade permanecem expressivas, também, no micro entendimento da influência do lazer na busca individual e coletiva pela qualidade de vida.

Na busca do entendimento sobre o atual estado da arte no campo do lazer e da atividade física adaptada será perseguido o mesmo fio histórico-social que conduziu, nos capítulos anteriores, a compreensão da formação da cidadania e das políticas públicas na Saúde Mental.

7.1 – Da Grécia Clássica ao Perído Moderno

A garimpagem do significado do lazer nas culturas clássicas tornou-se um ponto de referência no estudo do lazer, pelo fato de ser a sociedade ocidental uma herdeira legítima da cultura grego-romana e de estar a subjetividade do ser

humano contemporâneo ancorada na racionalidade desenvolvida pelos filósofos daquele tempo.

As possibilidades de análises antropológicas, políticas e sociais que surgiram a partir das *pólis* gregas deixaram marcas profundas na maneira de sistematizar a vida ocidental.

Dois pontos de análise do legado grego devem ser colocados para o desenvolvimento do tema.

O primeiro refere-se ao significado do lazer e o segundo ao direito de acesso as práticas valorizadas como lazer naquela cultura.

A dimensão política e cultural do ser humano que mobilizou discussões no debate filosófico grego continua a provocar impacto na resignificação do lazer na subjetividade contemporânea.

A vivência do ócio, que era entendida e vivida por determinada classe de habitantes das *pólis* enquanto momentos reflexivos e mentalmente produtivos, colocou o termo lazer associado à educação e a ação (Cordes, 1999).

O privilégio de se desfrutar desses momentos demandava uma formação intelectual, uma vez que para o exercício da contemplação era exigido um nível de racionalidade e de liberdade.

A isenção de responsabilidades sobre os trabalhos servis e manuais possibilitou a alguns indivíduos o gozo de tais vivências e demarcou a capacidade de uma parcela social incorporar estas práticas à rotina diária.

Por conseguinte, no ocidente, muitas das práticas que atualmente estão sendo nomeadas como lazer tiveram no seu berço grego uma profunda associação com a produção racional e com o privilégio de uma classe de indivíduos livres.

Aristóteles, pensador de referência na sistematização de várias áreas de conhecimento, defendia uma educação com equilíbrio entre os diferentes domínios da vida e com respeito pelo ócio (momento de desenvolvimento reflexivo e crítico) (Drawin, 2002).

De acordo com Werneck (2000, p.23), para o pensamento aristótelico o processo educacional compreendia "o ensino da literatura pela utilização da mesma nos atos da vida civíl, a ginástica que era justificada por ser útil à saúde e à força, e a música, para os momentos de descanso e de lazer".

O prazer foi outro termo associado ao lazer no pensamento desse filósofo, que considerava essa como uma condição humana (Shivers, 1997).

Nesta perspectiva, o prazer era algo natural, ou seja, inerente ao ser.

Neste sentido, o desvelar do ser era a tarefa humana por excelência; os momentos de reflexão (a prática do lazer) estavam estritamente associados ao prazer e a realização do ser humano.

No dizer de Aristóteles (s.d., citado em Werneck, 2000, p. 24), "o prazer não é o mesmo para todos; cada qual dispõe a seu modo e segundo o seu caráter".

Dessa maneira, está colocada a necessidade do auto-conhecimento para saber desfrutar dos momentos do ócio na vida contemplativa.

Por outro lado, a utilização de modalidades esportivas na preparação dos militares e a grande participação das massas nos eventos culturais (jogos e festivais) representou a valorização na cultura grega antiga às práticas culturais de massa e dos torneios esportivos (Edginton, 1998).

Portanto, naquela sociedade, torna-se marcante a desvinculação entre o ócio e a ociosidade e entre o lazer e o entretenimento[2].

O declínio da cultura grega e a ascensão do império romano provocou transformações no significado do termo lazer; entre alguns elementos instigadores das mudanças encontram-se as alterações na oferta de mão de obra e a ascensão do cristianismo (Werneck, 2000).

Como na sociedade grega, a cultura romana iniciou a sua trajetória de conquistas militares sedimentada em uma estrutura de divisão de classes (homens livres, militares, artesões e escravos).

---

[2] *Ociosidade:o fazer sem produção social.* (Baseado em Marcelino, 1987).

A concepção do lazer para os homens livres continuou, em parte, associada ao significado do ócio grego, todavia, passou a sofrer influência da resignificação que as outras classes de indivíduos romanos estavam elaborando (lazer enquanto entretenimento).

Edginton (1998) menciona que naquele período havia em Roma vinte e nove bibliotecas e muitas casas de banhos para acesso exclusivo da classe de homens livres. Entretanto, o autor coloca, ainda, que neste mesmo período o *circus maximus* foi uma das mais populares atividades de acesso livre às diferentes classes sociais.

Pela ótica de diferenciação de acesso às atividades de lazer, algumas observações merecem destaque.

Em um primeiro momento histórico do império romano, qualquer indivíduo podia participar como competidor dos torneios. Porém, com as transformações sociais ocorridas, os gladiadores passaram a ser, exclusivamente, os escravos, os criminosos e os inimigos capturados nas batalhas.

A redução no número de escravos para os trabalhos domésticos, o desenvolvimento das artes manuais e a valorização da força militar colaboraram para uma transformação, bastante radical, na rotina da vida romana, como também no entendimento do lazer por aquela sociedade.

O olhar utilitário e hedonista do lazer no império romano, em oposição à visão de desenvolvimento reflexivo do indivíduo grego, tornaram-se marcos na maneira como as atuais sociedades do ocidente e seus indivíduos estão buscando o significado das vivências de lazer.

No encaminhamento de uma linha de raciocínio pode-se observar que o lazer se mostrava, desde o período clássico, associado ao contexto político, ao trabalho e à educação.

Com o declínio do império romano, a igreja católica, com seu referencial filosófico ancorado na revelação de Santo Agostinho, emerge como o caminho organizador do império desfigurado (Drawin, 2002).

A era cristã, que tinha Deus como caminho e avaliador da conduta e da realização humana, deixou, no ocidente, sua marca registrada no significado do lazer e nas várias outras dimensões da vida privada e pública.

O sistema social, do período medieval, que era constituído por indivíduos livres, militares, artesões e escravos passou a ter o clero como uma classe poderosa.

Por outro lado, na organização do mundo do trabalho o regime feudal institui as categorias de cavaleiros e de servos camponeses (Werneck, 2000).

Neste novo contexto, torna-se importante ressaltar que a educação dogmática para o povo e a teológica para o clero influenciaram a concepção do lazer, daquele período.

Seguem-se dois exemplos emblemáticos de tal influência.

A associação entre o sentimento de prazer e a supervalorização dos sentidos, das coisas mundanas e das carnais sofreu, na era cristã do período medieval, uma grande repressão (Werneck, 2000).

A recriminação pela vida ociosa foi, também, condenada pela doutrina cristã. Tempo livre ficou associada a tempo de tentações.

Portanto, o lazer com o significado grego (vivências reflexivas) era privilégio do clero, pelo fato desta classe ser a única com capacidade para a vida intelectual (Edginton, 1998).

Neste período surgiram as universidades. O ensino era dividido em Escola de Teologia (para alguns poucos eleitos) e Escola de Artes (para o resto que conseguiam o privilégio de investirem em uma formação técnica) (Drawin, 2002). O restante do povo deveria permanecer responsável pelas tarefas servis, braçais e das guerras.

Nesse momento histórico o termo latino *licere* (o que é permitido) tornou-se sinônimo de lazer, ou seja, o que era autorizado pela doutrina católica (Werneck, 2000).

Dessa maneira, os valorizados festivais culturais da Grécia antiga e os populares festivais hedonistas romanos tornaram-se festivais com enfoque de participação popular-religioso.

As celebrações e procissões religiosas, as caravanas apresentadas pelos artistas mambembes, as competições esportivas nas praças e os shows de acrobacias permaneceram, por algum tempo da idade média, como atividades culturais-populares (Cordes, 1999).

A sociedade pagã daquela época revelou-se pela fragilidade nos seus códigos de comportamento e pela necessidade de satisfação imediata dos prazeres mundanos.

Deve-se destacar que a igreja católica surge, então, como força orientadora em uma Europa-pagã.

Na perspectiva religiosa que ora se apresentava, o corpo e as manifestações advindas de sua contemplação e de sua satisfação afloravam o que havia de mais humano e demoníaco na existência terrestre do homem.

A igreja católica encarregou-se da disseminação da convicção do valor do *lógos*, da revelação em Santo Agostinho e reafirmou o corpo como algo desprezível no caminho da aliança de Deus com o homem.

Nesse período, a nobreza que já não tinha a necessidade de assumir compromisso com o trabalho transfere a condução política do povo para a igreja.

Muitas das tradições, dos jogos e dos esportes praticados, tanto na Grécia antiga como no império romano, mantiveram-se pela dedicação da nobreza medieval.

Werneck (2000, p. 32) descreve assim o nobre "era o perfeito cavaleiro, com formação musical e guerreira, experiente nas sete artes liberais (cavalgada, arco e flecha, luta, caça, natação, jogo de xadrez e composição de versos)".

A mesma autora registra o fato da igreja católica permitir somente aos cavaleiros participarem em jogos e em diferentes práticas físicas.

Em outra variação, mas dentro do mesmo tema, observa-se que a estrutura familiar serviu como elemento de repasse dos valores morais e para a

manutenção da ordem vigente (o poder indiscutível da doutrina católica) (Sousa, 1994).

Como no domínio do lazer, a religião católica forjou, no domínio do trabalho, uma associação direta entre a atividade laboral e o pecado original (Werneck, 2000), ou seja, o trabalho como castigo.

A humanidade recebeu esta punição da ira de Deus pela quebra unilateral da aliança com o divino e fez com que a culpa primária tornasse uma espécie de mediador ético em todas as ações do indivíduo daquela época.

Portanto, os prazeres do corpo, os prazeres dos sentidos, e os prazeres gerados a partir de qualquer outra fonte que não fosse a alma estariam aumentando o débito do indivíduo no juízo final.

A realização dos desejos humanos depois da morte era o prêmio atribuído pela igreja católica, em nome de Deus, às almas que conseguissem se salvar pela vida virtuosa vivida na terra.

O trabalho como castigo deveria ser entendido não só como uma produção para ganhar o céu, mas ainda, como uma maneira de se ter bens para dividir com os menos afortunados (Edginton, 1998).

Desta maneira, o indivíduo que compartilhasse com os outros irmãos os ganhos adquiridos com o suor de seu trabalho estaria exercendo a solidariedade cristã e, consequentemente, estaria aumentando a possibilidade do perdão de Deus.

O papel do trabalho e o da família, que foram definidos pela igreja católica no período medieval, estabeleceu parte dos parâmetros para a divisão do cristianismo em católicos e protestantes (Shivers, 1997).

Em oposição ao olhar filosófico grego (conheça a ti mesmo para conhecer o mundo) o olhar filosófico de Santo Agostinho descartou a vida das coisas e do mundo como sentido da vida humano.

Este grande mentor teológico defendeu a revelação de Deus no homem como o sentido final do ser e como sua única forma de liberdade (Drawin, 2002).

Com a utilização do recurso didático de marcar as posições defendidas por agentes históricos, indiscutíveis nas encruzilhadas da história da civilização ocidental, pretende-se apontar referenciais de embasamento na discussão de significações e resignificações de determinados termos e práticas de lazer na sociedade contemporânea.

Diante do exposto torna-se argumentável que o período medieval cristão trouxe para a concepção do lazer, além da associação com as práticas anteriormente mencionadas (política, trabalho e educação), a associação com a visão religiosa.

O período histórico que foi nomeado como "renascimento" iniciou-se na Itália e marcou o lazer na sua identidade contemporânea pelo esplendor das artes (Cordes, 1999).

Com o olhar nessa vertente histórica, observa-se que as mudanças estéticas imprimidas na cultura ocidental pelo período renascentista permanece, junto com a arte grega, como marcos referenciais na atual concepção do belo.

A pintura, a escultura, a literatura, a música e a arquitetura foram campos artísticos que sofreram grandes transformações estéticas naquele período e estas mudanças contribuíram para o retorno da valorização do contemplar artístico como uma possibilidade de vivência do ócio (como na Grécia antiga – contemplação reflexiva).

Como citado em capítulo anterior (A Busca ao Ser) foi no período renascentista que afloraram as descobertas no campo da ciência. Entre alguns fatos científicos perturbadores da ordem estabelecida cita-se a derrubada da convicção popular da terra ser o centro do universo. A afirmação de Copérnico desencadeou a crise da racionalidade a qual nos debatemos até os dias atuais.

O caminho de se ter a ciência como o principal referencial de humanidade colocou as várias dimensões da vida humana sob a guarda rigorosa dos valores estabelecidos pelos dogmas científicos na sociedade ocidental.

A super valorização dos parâmetros científicos para a definição do sentido do desenvolvimento do ser humano tem provocado restrições e mascarado o valor da existência humana ao longo dos séculos.

Por outro lado, verifica-se que o olhar que foi realçado no "renascimento" de subjugar de maneira irrestrita o potencial humano às leis da ciência contribuíu para avanços inigualáveis na melhoria da saúde, do transporte, da moradia, entre outros domínios objetivos da vida humana.

Contudo, observa-se que tal caminho vem contribuindo para a concepção de coisificação do ser humano.

Com este breve resgate das dimensões e valores do renascimento torna-se possível incluir a arte e a ciência junto com a política, o trabalho, a educação e a religião na composição da conceituação do fenômeno humano nomeado por lazer no ocidente.

A reação protestante contra o poder indiscutível do papa representou, mais uma vez na história da humanidade, a ascensão e o declínio das doutrinas que pretendiam ser hegemônicas.

Fundado por Lutero, teólogo alemão que viveu entre 1483 e 1546, o protestantismo questionava, para além do poder supremo do papa, a mediação da igreja no salvamento da alma humana (Holanda Ferreira, 1986).

Torna-se importante destacar que o descobrimento do Brasil, por Portugal, aconteceu neste momento conflituoso da vida europeia.

Neste contexto histórico-religioso o protestantismo representou uma defesa moral muito mais rigorosa para os pensamentos e atos humanos.

O trabalho encarnava nessa nova doutrina um papel nunca antes relatada nas civilizações anteriores, ou seja, "pelo trabalho o homem torna-se eleito do senhor" (Werneck, 2000, p. 39). A valorização do trabalho, indiferente da capacidade do indivíduo, colocou todos os homens em iguais condições diante de Deus.

A entrega ao trabalho como forma de servir a Deus devia ser o objetivo dos homens, por conseguinte, a vivência do lazer, enquanto vivência do ócio ou

mesmo da ociosidade, era um sinal de afastamento de Deus, portanto, vivência do pecado.

Ócio e ociosidade passam, então, a ser sinônimos.

A educação passou a ser direcionada para fins funcionais e toda a família tornou-se responsável pela vida do trabalho e pela salvação.

A articulação entre a visão religiosa reformista (acúmulo de riqueza como valor de salvação) e o advento do capitalismo produziu uma nova ordem econômica e política no mundo (Darwin, 2002).

O sentido do prazer passou a ser pontuado pelo moralismo protestante e o lazer passou a ser sinônimo de vício. O prazer e o lazer foram, mais uma vez, vinculados a culpa.

Uma referência da influência religiosa cristã na concepção do lazer foi a eleição do Domingo como dia de lazer na cultura ocidental. A determinação bíblica que indica o descanso no sétimo dia acabou por definir o encaminhamento, até os dias atuais, de vários programas e projetos no campo do lazer.

Na visão protestante, o dia do descanso (Domingo) "tornou-se institucionalizado como dia de oração e de lazer" (Edginton, 1998, p. 62). Nesta perspectiva, os momentos de descanso, portanto, de lazer passaram a ser vividos em família e o Domingo passou a ser vinculado como o dia da família.

Pela ótica política-religiosa, as famílias com seus domingos de lazer tornaram-se excelente agentes para a disseminação dos valores morais e um dos mais importantes elementos políticos para o controle das massas.

No imaginário da população ocidental a instituição família, após o advento protestante, agregou-se ao significado da política, do trabalho, da educação, da religião, da arte e da ciência na construção do termo lazer.

7.2 – Da Modernidade ao Contemporâneo

A convicção no trabalho associada ao poder humano de construção e transformação da natureza foram fatores extremamente relevantes para as alterações na ordem econômica mundial no início da "era moderna".

Na mesma perspectiva, as condições subumanas em que grande parte da população vivia e trabalhava tornaram-se fatores importantíssimos nas alterações da ordem social neste mesmo período.

A era industrial da civilização ocidental possui como berço a Inglaterra, a urbanização, a fabricação do aço e o modo de produção como referências de mudanças econômicas, políticas e sociais.

Como abordado em capítulo anterior (Políticas Sociais e de Saúde no Brasil) a transposição da condição de povo para cidadãos, que se delineou naquela época, marcou, sobremaneira, o significado do conceito de lazer na atualidade.

O encaminhamento histórico-social fez do sistema capitalista o local de diálogo entre os interesses dos detentores do capital e os da mão de obra assalariada. Portanto, o social apresenta-se como uma matriz do capitalismo.

A luta entre a burguesia e o proletariado, a partir da revolução industrial, revelou o preço a ser pago pela sociedade ocidental na busca da dignidade humana pelo trabalho.

A excessiva valorização da produção de bens em nome do progresso e o acúmulo da riqueza em poucas mãos contribuíram para que as jornadas e as condições do trabalho do proletariado fossem negligenciadas.

Se, na "era clássica", o lazer foi demarcado pelas categorias trabalho e educação, na "era moderna", o direito ao lazer foi demarcado pela categoria tempo (Werneck, 2000).

A mesmo autora pontua, também, o papel desempenhado pelos ideais da revolução francesa na luta para o estabelecimento dos direitos dos trabalhadores durante a era industrial.

O aumento do ritmo diário de trabalho da classe trabalhadora colocou em pauta, nas negociações das reivindicações dos operários, o direito dos mesmos a um tempo de descanso (Mota, 1997).

O lema "igualdade, liberdade e fraternidade" aproximaram os intelectuais e os operários e esta articulação serviu como força de questionamento e de resistência à expansão desenfreada do acúmulo de capital.

A teoria política de Marx e Engels que questionava a concepção capitalista do trabalho e o relacionamento entre capital e trabalho imprimiram profundidade nas reflexões sobre o papel do trabalho nas sociedades moderna e pós moderna.

Na perspectiva da dialética da existência humana, "o tempo de produção produziu um tempo de não-trabalho", principalmente pela alienação do modo de produção vigente (Werneck, 2000, p. 48).

Desde então, várias das políticas de avanços sociais, na sociedade ocidental, passaram a ser pautada sobre tal dialética.

A busca do lazer como compensação do desgaste físico e mental do trabalho geriu uma nova concepção do mesmo.

Em primeiro plano observa-se a associação entre trabalho, lazer, saúde física e mental mas, com um olhar mais refinado na concepção de saúde mental, verifica-se que este modo de produção fragmentado, como é o modelo básico industrial, nega ao trabalhador a plena utilização de vários potenciais mentais, entre eles: a criatividade, a iniciativa, a expressividade da personalidade.

A fragmentação e, consequentemente, a coisificação do trabalhador aumentou a possibilidade de indivíduos apresentarem problemas de má adaptação familiar e social.

Para Arendt (1995) existem três modalidades de vida ativa que são fundamentais aos seres humanos: o labor (*o labor*), o trabalho (*poíesis*) e a ação (*práxis*).

Para a filósofa o labor significa a subsistência humana, o trabalho a criação pelo artificialismo do fazer e a ação o diálogo humano sem a intermediação de objetos (o campo da ética e da política).

O modelo de utilização pelos trabalhadores do tempo livre desencadeou, nos patrões da "era industrial", preocupações no sentido da prevenção das possíveis articulações políticas e das mobilizações operárias (Dumazedier, 1976).

Se a concepção de lazer esteve ligada ao vício pelos movimentos religiosos, o fenômeno lazer passou a ser associado às estratégias de controle de massa na sociedade industrial.

Para Werneck (2000, p. 49) "a ideologia predominante na prática social capitalista engendrada pela classe burguesa, super valoriza o trabalho, considerando não somente como uma grande virtude, mas também como definidor das identidades e dos papéis assumidos na sociedade".

Ao considerarmos a atualização da afirmativa da autora no que diz respeito ao papel do trabalho como um fenômeno de identidade do sujeito na sociedade ocidental contemporânea resta-nos refletir sobre o significado do lazer para o sujeito que não se encontra inserido no mercado de trabalho.

A vida organizada pelo relógio, tendo o trabalho como orientador, acabou por influenciar o ritmo da vida, do horário das crianças acordarem até o horário dos encontros familiares.

O império britânico, divulgador desta nova ideologia, expandiu a sua doutrina para o mundo. Porém, uma de suas colônias, os Estados Unidos da América, recebeu o legado de difusora dos ideais capitalista ao mundo.

A luta coletiva, o engajamento político dos trabalhadores, o medo dos patrões em perder poder e riqueza foram fatores que contribuíram para a entrada do lazer na lista dos direitos constitucionais dos países do ocidente.

A forma simplista que esses direitos concretizaram nas sociedades ocidentais "principalmente por meio do estabelecimento de leis referentes à limitação da jornada de trabalho, férias, feriados e fins de semana remunerados" é observado por Werneck (2000, p. 56).

Portanto, a entrada na "era moderna" da civilização ocidental trouxe consigo o entendimento da vivência da cidadania, no território do lazer, como a vivência de descanso do trabalho.

O papel funcional que o lazer passa a desempenhar, uma vez subjugado às leis do labor, cria uma reorganização e uma hierarquização nas práticas associadas a este domínio. O sentido de se racionalizar as atividades para haver adaptação temporal ao ritmo do trabalhador a tais práticas tem influenciado o desenvolvimento de novas atividades e a adaptação de outras.

Mesmo com a atual concepção do lazer tão firmemente atrelado aos ideais do sistema capitalista moderno (pela associação direta com o *labor*) não se pode menosprezar a longa construção histórica-social feita pela humanidade nessas duas dimensões da vida humana.

O período da modernidade lançou questionamentos sobre a indagação se o que vivemos, nesse momento histórico, seria uma pós-modernidade.

De acordo com Mota (1997) o fenômeno do avanço dos serviços sobre a produção ocorrido na intitulada pós-modernidade revelou-se de profundo impacto na construção do significado do lazer nos dias atuais.

Ao seguir o mesmo percurso de análise histórico-filosófica do termo lazer para o período contemporâneo, como feito ao longo deste capítulo, encosta-se na pouca clareza de evidências dos desdobramentos de determinados processos econômicos, políticos e sociais internacionais.

O impacto positivo da globalização da economia mundial sobre as dimensões políticas e sociais nos vários países do ocidente e, principalmente, nos países periféricos, foi considerado como irreversível. Contudo, já se observam críticas, mais consubstanciadas, da negatividade de tal mecanismo no processo econômico de tais países (Santos, 1994).

A economia de mercado, enquanto instrumento operacional do capitalismo, começa a mostrar a faceta negra ao ser apontada como responsável pelo aumento de indivíduos excluídos socialmente, pelo aumento da população vivendo abaixo da linha de subsistência e pela violência generalizada no mundo.

Retornando ao referencial do trabalho como agente de identificação individual na economia de mercado localiza-se uma fenda entre estar incluído, ou não, no mercado produtivo.

A sociedade ocidental, com o aumento do número de desempregados, encontra-se frente ao dilema de ter uma massa de excluídos do mercado formal de trabalho e possuir como um de seus valores de referência o "consumo".

Como verificado ao longo do capítulo, cada período histórico da civilização ocidental viveu seus próprios dilemas com relação ao significado do lazer nos diferentes segmentos sociais.

Segundo Mota (1997, p. 55), a procura de novas práticas de lazer "tenta dar resposta ao florescer do culto do corpo, componente vital da sociedade de consumo que caracteriza os nossos dias".

A vinculação do lazer ao mercado de trabalho e ao conceito de "bem de consumo" tem gerado, entre outras possibilidades funcionais, a de utiliza-lo individualmente como demonstração da capacidade econômica, social e de felicidade pessoal.

Dessa maneira, compartilhando com Mota (1997, p. 56), "a sociedade de consumo é dominada pelo *status* simbólico".

O lazer para os detentores da máquina de prestações de serviços é um bem que deve ser consumido através da industria da beleza, do divertimento e do entretenimento e, portanto, deve estar vinculado aos veículos de comunicação de massa.

No Brasil, a super valorização dos padrões estéticos trouxe a indústria do lazer, mais especificamente a indústria da atividade física, a participar dos lucros deste promissor mercado pela venda de beleza como sinônimo de saúde.

Outra associação deflagrada nos últimos anos está em relacionar a prática da atividade física com a melhoria da saúde (Mota, 1997) e, consequentemente, com o aumento de produtividade no trabalho.

Assiste-se, assim, à transferência de um valor individual sobre um bem pessoal (a saúde individual) e de um valor coletivo sobre um bem público (a saúde da nação) às empresas.

O diálogo entre a indústria acima mencionada e os governantes nacionais passa pela mesma crise observada em outros campos das relações institucionais, ou seja, a incapacidade de clareza entre o público e o privado.

As políticas públicas no campo do lazer seguem no Brasil refletindo mais uma ideologia partidária do que a crença em um sistema político. Desta forma, o sentimento de irreversibilidade do que está politicamente colocado acaba por desmobilizar as forças de oposição.

Finalmente, mesmo correndo-se o risco de precipitação, arrisca-se na declaração que o comércio como sinônimo de lazer tem contribuído para a resignificação do lazer no ocidente.

Ao se pensar o termo lazer como um somatório de influências do processo de civilização do ocidente deve-se acrescentar o direito e o comércio às influências da política, do trabalho, da educação, da religião, da arte, da ciência e da família nesta construção coletiva.

Por conseguinte, uma reflexão sobre qual o significado do lazer para os grupos que se encontram excluídos das lutas políticas, do mundo do trabalho, dos rituais religiosos, do processo educacional, da construção da arte e da ciência, do acesso ao comércio e aos direitos e, quase sempre, do movimento da família permanece.

7.3 – O Lugar do Lazer na Cultura Brasileira

Após a revisão da construção histórico-filosófica do termo lazer no ocidente evidencia-se a necessidade de buscar as especificidades dos momentos históricos nesta construção individual e coletiva no Brasil.

Na perspectiva do desenvolvimento desta área no país alguns movimentos internacionais projetaram ramificações profundas no encaminhamento das políticas públicas e na vivência individual desta prática.

A produção cultural de um povo, como base de sua identidade, alicerça-se no entendimento da cultura "na sua acepção mais ampla, ou seja, a de ser (a cultura) o mundo do saber, do agir, e do fazer do homem" (Vaz, s/d. p. 86).

O homem, portanto, ao sair de sua morada na natureza e avançar para uma morada na cultura dá um passo em direção às suas angústias e aos seus sentimentos de desamparo.

Ainda, de acordo com Vaz (s/d, p. 92) "o ser do homem como ser-em-relação é, ontologicamente, um ser-de-cultura (genitivo subjetivo), assim como a realidade é, para ele, uma realidade-de-cultura (genitivo objetivo)".

O conflito atual entre os valores históricos da sociedade brasileira e a massificação cultural imposta pela sociedade de consumo e pela economia globalizada é mais um capítulo legítimo na produção cultural dessa desgastada sociedade.

O lazer, como elemento constitutivo da sociedade ocidental na produção de cultura, vai relevar-se no Brasil recebendo as influências histórico-filosóficas da sua tradição ocidental branca, mas ao mesmo tempo se alimentando de sua própria miscigenação racial e da sua história de desigualdade de direitos.

O conflito da cultura indígena com a dos portugueses, no que se refere ao predomínio das práticas do lazer, fez prevalecer os valores estabelecidos pelos portugueses. Contudo, seria injusto não valorizar as contribuições da cultura indígena na construção das referências de lazer no Brasil.

O sentimento primitivo de harmonia do homem com a natureza, valorizada nesta cultura, está refletido em várias atividade de lazer que fazem parte do cotidiano dos brasileiros. Entre estas atividades estão os vários rituais de danças, de jogos e várias atividades físicas e recreativas que valorizam o meio ambiente como elemento essencial da existência humana.

A herança dos valores estabelecidos pela igreja católica (o que é permitido e a formação educacional) aliada aos valores da monarquia portuguesa, durante o Brasil colônia, imprimiram o caminho ocidental nesta construção.

Por outro lado, a moral católica teve como rival no campo do lazer a corporeidade e a ritualidade das ações dos negros. O Brasil recebeu da África, pelos seus descendentes cativos, uma filosofia de vida na qual sobressai a importância do lazer enquanto vivência de liberdade na vida do ser humano.

A busca de sentido da permanência na vida pelos escravos negros no Brasil trouxe, também, a alegria como outro elemento de base da existência humana e do lazer. A associação do lazer com a alegria, tão marcante na cultura brasileira, deve-se muito ao sofrimento dos escravos.

Contudo, a hegemonia dos valores culturais da raça branca do gênero masculino euro-americano e da burguesia detentora do capital foram, ao longo dos séculos, os valores de referência para o lazer no Brasil.

Vale ressaltar que o reducionismo teórico, neste capítulo, com relação ao foco central de análise (vivências lúdicas das atividades recreativas, físicas e esportivas enquanto instrumentos da vivência do lazer) está baseado na abordagem curricular universitária da Educação Física no Brasil. Historicamente, coube à área da Educação Física a reflexão e sistematização das vertentes recreativa, física e esportiva no processo de construção de significação do lazer na cultura brasileira.

A industrialização e o expansionismo anglo-americano fizeram do século XX o período de maior desenvolvimento das políticas públicas relacionadas ao lazer no país.

Os movimentos de recreação e esporte para todos implantado no Brasil nas décadas de 60 e 70 foram inspirados no movimento chamado *Park and Recreation Movement* que teve por objetivo "diminuir a situação social de risco da população urbana pobre, das crianças e dos imigrantes entre os anos de 1880 e 1920 nos Estados Unidos" (Edginton, 1998, p. 71).

Alguns especialistas americanos e brasileiros colocam esse movimento como reflexo das lutas de classe. Segue-se abaixo algumas reflexões destes autores.

Lankford et al. (1996, citados em Edginton, 1998) declararam que o Movimento de Parque e Recreação "pode ser visto como um modo de promover o controle moral, e as reformas eram instituídas pela elite, pelas lideranças governamentais locais e pelos empresários como uma maneira de fortalecer os valores vinculados à necessidade do crescimento econômico".

Na perspectiva de Werneck (2000, p. 141) "o Brasil absorveu, intensamente, o sentido de recreação norte americano, que não se reduzia aos jogos e atividades prazerosas organizadas para as crianças, mas como uma potente estratégia de controle de manipulação social, sendo amplamente utilizada com o objetivo de organizar o "tempo de lazer" de pessoas de diferentes faixas etária, principalmente das massas trabalhadoras, procurando minimizar os perigos causados pelo tempo ocioso".

A promoção destes programas de recreação e esporte, criou um vínculo que foi entendido, por estudiosos da área, como perverso entre lazer e recreação (Marcellino, 1987; Werneck, 2000).

A utilização do termo recreação como sinônimo de lazer foi absorvido por grande parte da população brasileira após a implantação de programas governamentais.

Para os autores mencionados acima, representantes de uma corrente acadêmica de pensamento sobre o lazer, a perversidade se dá a partir do momento em que para a absorção de tal conceituação (recreação como sinônimo de lazer) foi descarta deste domínio a possibilidade de produção cultural.

Cabe assinalar, como referido no capítulo Políticas Sociais e de Saúde no Brasil, que o auge da implantação de tais programas ocorrereu nos últimos anos da "era militar" da história do país, ou seja, quando o governo começou a investir em uma política nacional de desenvolvimento.

Este governo passou a declarar o social como responsabilidade do Estado e a burocracia estatal de Brasília perdeu poder para os políticos e seus "clientelismos".

Como ocorreu na área da saúde, o lazer foi alvo dos acordos entre os políticos da esfera federal, os aliados estaduais e municipais e a elite empresarial brasileira.

A revisão dos principais livros de recreação publicados no Brasil realizada por Werneck (2000) apontou para um conjunto de obras que questionava pouco, ou quase nada, os valores culturais das brincadeiras e dos jogos apresentados.

O aglomerado de atividades, que estão expostos em muitos destes livros, sugere uma repetição de atividades em que os valores intrínsecos nos jogos e nas brincadeiras se mostram irrelevantes diante da compulsividade do fazer, do brincar e do jogar mecanicamente.

O conteúdo dos cursos de lazer com o objetivo de formação de profissionais para atuarem na sustentação deste mercado foi outra área estudada pela autora.

Em síntese, esta coloca que esses cursos, mesmo alguns sendo ofertados em universidades, estão voltados para o ensino das metodologias da recreação e que os mesmos possuem por alvo instrumentalizar os futuros profissionais com o número máximo de atividades. O trabalho crítico e de construção de um saber histórico-cultural são descartados frente à reprodução de um saber hegemônico.

Esta reprodução de atividades recreativas, físicas e esportivas, sem a vivência reflexiva e crítica, acaba por anular a prática do lazer enquanto um direito de cidadania. Afinal, o estabelecimento dos direitos sociais acontece na sociedade democrática ocidental quando, legitimamente, os sujeitos daquela sociedade demandam do estado a mediação entre a fragilidade do indivíduo e a força do poder vigente.

Para Lasch (1995, p. 106), o argumento defendido por Arendt sobre a inversão ocorrida no olhar do "iluminismo" (a igualdade cria a cidadania) faz parte de uma visão destorcida, pois em concordância com a defesa da filósofa é a cidadania que confere a igualdade.

Portanto, a história da recreação, das atividades físicas e esportivas acaba por revelar a precariedade com que o povo brasileiro vive a instalação da democracia e a formação de sua cidadania neste domínio.

Apesar de se ter o futebol como um exemplo de representação cultural brasileira é possível observar que somente em determinados contextos do universo futebolístico esta modalidade apresenta-se como um elemento de transformação sócio-cultural.

Portanto, após a síntese do percurso brasileiro na construção do conceito de lazer, mostra-se relevante reafirmar que a busca da melhoria da qualidade de vida e da felicidade da população do ocidente faz parte do sistema capitalista ocidental, por ser este um sistema histórico-social e que os sentimentos de liberdade, de crítica, de criatividade e de prazer são necessários aos sujeitos que se propõem a serem agentes de transformações sócio-culturais.

Desta maneira, a construção de uma identidade coletiva cultural, bem como a definição por uma identidade pessoal neste domínio, revelam-se fundamentais para a constituição da cidadania e do sujeito.

7.4 – O Lugar do Lazer no Sujeito

Se o indivíduo se faz cidadão pela consciência do sujeito em demandar do Estado a intermediação das suas disputas com o poder vigente, a construção do significado de sujeito, neste contexto histórico-cultural, torna-se pedra angular no avanço da cidadania.

Ao abraçarmos o conceito de cultura "como expressão coletiva da totalidade social com uma ordem simbólica inconsciente transmitida por aprendizagem e reproduzida diferencialmente" podemos constatar o elo entre a subjetividade e a cultura (Drawin, 2002).

O indivíduo que tem a cultura como uma possibilidade de subjetividade e se faz sujeito pela construção de sua própria história releva-se um elemento chave no processo de formação cultural de sua sociedade.

Ao assumir como base este referencial, defende-se o lazer como um dos pilares da produção cultural de uma sociedade, portanto, o mesmo encontra-se ancorado no compartilhamento dos símbolos produzidos pelos indivíduos.

Neste contexto, o entendimento das motivações individuais, que foram geradas a partir dos desejos inconscientes e conscientes, é plataforma básica para a formação da realidade no sujeito.

A consciência desta realidade, por esta ótica, passa a ser importante para o compartilhamento de um saber cultural.

A busca destes desejos demanda do sujeito a disponibilidade para se colocar como narrador de sua própria história e diante do enfrentamento constante entre a construção e desconstrução desta mesma história.

Entre os aportes metodológicos disponíveis na procura destas motivações encontram-se o processo analítico, que disponibilizará à consciência uma quantidade de material para reflexões e críticas (metodologia qualitativa) e outras abordagens que utilizam metodologias quantitativas na incursão das motivações possíveis de serem narradas.

Dessa maneira, o estudo das motivações para o envolvimento em ações relacionadas ao lazer e as influências das mesmas na qualidade de vida do sujeito ancoram-se em fatores objetivos e subjetivos.

Sartre (1978, p. 13), como um humanista e em defesa do existencialismo, declara que "só há realidade na ação...o homem não é senão o seu projeto, só existe na medida em que se realiza, não é, portanto, nada mais do que o conjunto dos seus atos, nada mais do que a sua vida".

Por esta perspectiva, a análise dos sentimentos do sujeito diante da ação possibilita dimensionar a valorização de tal ação na construção da história do mesmo.

Em outras palavras, a análise dos sentimentos do sujeito frente à sua participação no lazer possibilita dimensionar a valorização de tal participação na construção da existência do sujeito.

O mesmo pensador francês afirma , ainda, que "a subjetividade que nós atingimos a título de verdade não é uma subjetividade rigorosamente individual, porque demonstramos que no cogito nós não descobrimos só a nós, mas também aos outros" (Sartre, 1978, p. 14).

Alguns estudos foram conduzidos na tentativa de se verificar porque os indivíduos se envolvem em atividades de lazer. Segue abaixo, a síntese de algumas destas investigações.

Edginton (1998), ao verificar as conclusões sobre as motivações individuais para participação em atividades de lazer relata que as pessoas se envolvem nestas atividades com diferentes intensidades e de acordo com o seu momento de vida. Os indivíduos fazem, também, as suas escolhas baseadas em suas necessidades, seus valores e suas atitudes. Alguns fatores surgiram como referência no processo das motivações individuais. Edginton (1998, p. 21) sintetizou os mesmos nos seguintes tópicos:

- "desenvolvimento pessoal (entendido como possibilidade de contribuição na autoconcepção, na auto-atualização, na autoconfiança, na humildade, no desenvolvimento espiritual e de liderança, na oportunidade de introspeção, no sentido de aprimoramento da estética e no próprio processo de aprendizagem;
- conexões sociais (entendidas como oportunidade em promover encontros para suprir a necessidade de interação humana);
- terapia (entendida como possibilidade de recuperação do estresse, da complexidade e das demandas do dia-a-dia);
- bem estar físico (entendido como oportunidade em promover atividade física para suprir a necessidade do ser humano em movimento);
- estimulação (entendida como possibilidade de suprir a necessidade humana por novas descobertas, estimular a curiosidade, explorar novas situações e aliviar a ansiedades e o tédio);
- liberdade e independência (entendidas como possibilidades de alimentação do espírito humano);

• nostalgia (entendida como oportunidade em prover atividades para suprir a necessidade do ser humano de reflexão sobre suas raízes familiares, históricas e culturais)".

Outros autores sugerem que a necessidade em participar de atividades de lazer está relacionada às seguintes demandas (Cheek e Burch, 1976, Rolston, 1986, citados em Edginton, 1998, p. 22):

• psicológicas (autoconcepção, autoconfiança, auto-suficiência, procura por sensações, auto-atualização, bem estar e auto-avaliação);

• sociológicas (comparação, cooperação em grupo, respeito por outros, comunicação, auto-avaliação comportamental, amizade, sentimento de pertencer a);

• físicas (condicionamento físico, habilidades motoras, força, coordenação, catarse, exercícios e equilíbrio).

Alguns estudos, que seguidamente apresentamos, realçam a primazia dos valores intrínsecos sob os extrínsecos diante da procura individual pelo lazer.

Weissinger e Bandalos (1995) identificaram quatro componentes que disponibilizam no sujeito a motivação para a participação no lazer.

• auto-determinação (entendida como consciência das necessidades internas);

• competência (entendida como atenção nos processos que retornam informações sobre as próprias habilidade e eficiência);

• compromisso (entendido como disponibilidade interior para profundo envolvimento e dedicação);

• desafio (entendido como disponibilidade interior para colocar-se diante dos próprios limites e buscar novos estímulos).

Por outro lado, Kraus (1994) registra que as motivações primárias estão associadas à necessidade humana por diversão e satisfação.

As inúmeras possibilidades colocadas pelos indivíduos para a prática do lazer lança restrições que limitam estas oportunidades.

O reconhecimento das contingências da existência humana coloca o sujeito diante de um dos mais importantes valores da vida, ou seja, a liberdade.

No lazer, a vivência de liberdade pode ser vivida enquanto liberdade de pensamento, de escolhas objetivas com base em valores internos, escolhas internas com pilares de valores externos, entre outras formas.

Vários estudos já foram realizados para o entendimento dos fatores que são barreiras, limitam ou impossibilitam a escolha e a participação do indivíduo no lazer.

Entre alguns modelos teóricos apresentados para dimensionar as contingências encontra-se o de Jackson (1993). Este modelo apresenta duas categorias: contingências relacionadas a antecedentes (fatores que interferem na escolha de um programa) e contingências relacionadas à intervenção (fatores que ocorrem entre a preferência e a própria participação).

De acordo com Hultsman (1995) seis categorias estariam contidas na dimensão de impedimento à prática do lazer, designadamente a acessibilidade, o isolamento social, as razões pessoais, o custo, as restrições de tempo e de infra-estrutura.

Os resultados apresentados por uma pesquisa realizada por Burton et al. (2003) sobre barreiras à prática de atividade física recreacional por parte de indivíduos de baixa renda apontaram a baixa capacidade funcional, a fragilidade de saúde e o problema de acessibilidade como os principais fatores de restrições.

De acordo com Kay e Jackson (1991, citados em Hultsman, 1995) a baixa condição financeira apresentada pelo sujeito sempre estará presente como fator de contingência na vivência do lazer.

Por outro lado, Raymore et al. (1994) apresentaram resultados de investigação que indicavam a baixa da auto-estima agregada a uma grande quantidade de fatores, como elementos restritivos à participação em atividades de lazer entre adolecentes.

Os autores Frederick e Shaw (1995), indicaram a imagem corporal (como conteúdo da auto-imagem) como estando relacionada às contingências no lazer.

O impacto da restrição foi verificado como fator na insatisfação de participação nas aulas de exercícios aeróbios, mas não na própria participação.

Outra proposta de classificação das contingências relacionadas ao lazer foi apresentada por Isa-Ahola (1981, citado em Wade, 1985). Este autor classificou de contingências pessoal-social, cultural-social e física.

As contingências físicas foram subdivididas em qualidade da infra-estrutura, financeira e recursos.

Nas contingências pessoal-sociais estão os atributos relacionados as habilidades pessoais e os motivos.

Para o mesmo autor, algumas contingências podem aparecer, ainda, como resultantes de influência social na percepção das habilidades pessoais e nos motivos (cultural-sociais).

No dizer de Mota (2002, p. 44), ao relacionar a prática da atividade física à saúde, "a literatura sobre motivação para o exercício indica que tanto a aderência como a desistência partilham de crenças similares acerca dos benefícios positivos do exercício na saúde".

Segue abaixo a síntese elaborada por por Edginton, (1998) das principais barreiras à participação em atividades de lazer:

- percepção de fracas ou inexistência de habilidades pessoais necessárias à participação;
- medo de se expor diante de situações desconhecidas ou de novos ambientes;
- constrangimento diante de pessoas desconhecidas;
- dificuldade de transporte;
- dificuldade de ofertas de programas acessíveis financeiramente ou em local e tempo adequados ao horário;
- dificuldade de ofertas de programas coerentes com demandas de faixas etárias específicas.

Pelos estudos apresentados torna-se possível observar que as contingências irão variar de acordo com o sexo, a idade, o nível educacional e financeiro, a raça, as condições psicológicas, as condições físicas, entre outras.

Em síntese, o lazer na perspectiva individual demonstra estar associado à satisfação na vida e ao bem estar do sujeito, ou seja, à alegria e à qualidade de vida.

Dessa maneira, a participação no lazer varia de indivíduo para indivíduo, está associada aos desejos e aos valores do sujeito bem como aos fatores de infra-estrutura que dizem respeito a toda a coletividade.

O sujeito frente à ação e diante do outro constrói a sua escolha, a sua participação e a sua qualidade de vida.

Portanto, de acordo com Edginton (1998), são quatro os fatores determinantes na definição da experiência do lazer, no consenso dos pesquisadores.

- liberdade (capacidade de agir ou escolher sem interferência ou controle de alguém, estar em sintonia nesta ação ou escolha com os próprios desejos);
- percepção de competência (capacidade do indivíduo em identificar suas habilidades e através delas participar com satisfação nas experiências do lazer);
- motivação intrínseca (apresenta-se como geradora do compromisso e da disponibilidade individual para experimentar as vivências do lazer. Ela é responsável pelo reconhecimento dos sentimento de satisfação, prazer, alegria, desprazer, frustração e gratificação);
- efeito positivo (reconhecimento da necessidade individual de exercer certa autonomia, controle e influência nas diferentes etapas que constituem a experiência no lazer).

As diferentes análises dos mecanismos psicológicos que movimentam o sujeito frente ao lazer complementam teorias que procuram compreender o significado do lazer para o sujeito contemporâneo.

Além das atuais concepções sócio-políticas do lazer, mencionadas anteriormente, diferentes estudiosos apontaram outras possibilidades que definiriam o lazer para o sujeito contemporâneo.

A perspectiva do lazer como a apresentada por Dumazedier (1976), em que o sujeito na vivência do lazer objetiva o relaxamento, a diversão e a interação pessoal, afastando este domínio da rotina do trabalho, da família e das responsabilidades sociais, apresenta críticas até os dias atuais.

Entre algumas críticas apontadas encontram-se a aproximação deste conceito com o exercício da recreação (uma simples lista de brincadeiras e de jogos, entre outras atividades).

A concepção do lazer como estado mental, descrita por Kelly (1996, citado em Edginton, 1998, p. 37), "lazer não é distinguível pela sua forma ou localização no tempo. Pela perspectiva experimental, lazer é uma condição mental que está localizada na consciência individual".

Para os defensores desta perspectiva (lazer como estado de ser) o sentimento das vivências do lazer ultrapassa os benefícios psicológicos para o sujeito. A concepção holística defende que todos os domínios da vida se apresentam como possibilidades de vivência do lazer.

A ênfase desta definição está na liberdade do sujeito em controlar e definir a sua existência. A visão filosófica da impossibilidade de se fragmentar a vida colabora para a defesa de que o lazer pode ser desfrutado em qualquer ambiente ou situação.

A concepção anti-utilitária do lazer faz parte dos valores da contra-cultura que questionam a ética racionalista da sociedade pós-industrial.

A necessidade de justificar este domínio como estilo de vida, produtor de saúde e de padronização cultural, foi criticada por Harris e Kimiecik (1996, citados em Mota, 2002) que defendem o sentimento de prazer como valor intrínseco na vivência do lazer. Ou seja, o reconhecimento do prazer e o compartilhamento universal deste sentimento, por si só, justificariam o lazer para o sujeito.

A sociedade capitalista propicia a vivência do lazer como símbolo de status social e cria oportunidades ao indivíduo de espelhar na sociedade seu desejo (in)consciente de poder.

A possibilidade de passar uma imagem de sujeito vitorioso (com recurso material suficiente para desfrutar do melhor do lazer) tornou-se importante no processo psicológico de auto-identidade (Featherstone, 1995).

Contudo, alguns estudiosos apontam para o aproveitamento do conceito de Dumazedier, não como uma teoria, mas como uma possibilidade de sistematização de blocos de atividades dentro de um conjunto maior.

Edginton (1998, pg. 37) apresentou a seguinte sugestão para classificação na área de programação em lazer: "artes, atividades voltadas para a literatura, atividades educacionais ou de desenvolvimento pessoal, modalidades esportivas, prática de jogos, modalidades esportivas de competição, atividades aquáticas, recreação ao ar livre, atividades de bem estar, *hobbies*, recreação social, serviços voluntários e turismo".

De maneira sintética e expressando uma visão histórica desta área de conhecimento, Mota (1997, p. 23) nomeia três funções do lazer: "como descanso, como divertimento e como desenvolvimento pessoal".

Por fim, Roberts (1994, p. 441) declara, assim, o atual estado da arte do lazer "as sociedades cada vez mais dividem suas populações em três classes distintas de lazer, consumidores, trabalhadores e *outsiders*. O lazer com certeza cresceu na sua significação, mas para caminhos distante das utopias proféticas".

8 – A Atividade Física Adaptada

Uma vez abordada a visão histórico-filosófica e as principais teorias que definem o significado do lazer para a sociedade ocidental e para o sujeito contemporâneo é necessário delinear o trabalho da Atividade Física Adaptada com os sujeitos com psicose ou neurose grave.

Contudo, para se avançar no tema da AFA deve-se observar que, segundo Silva (2000, p. 42), de maneira ampliada, a Carta Europeia do Desporto para Todos " reconhece a actividade física como um meio privilegiado de educação, valorização do lazer e integração social ".

Portanto, com base no que esta reconhecido neste documento pode-se refletir que para se alcançar os benefícios da atividade física, como manifestação de lazer, as diferentes técnicas e estruturas utilizadas pelos profissionais e pelos indivíduos nos diversos processos que constituem esta prática devem estar carregadas de significado.

A valorização da prática da atividade física como lazer faz-se, então, a partir da consciência individual e coletiva do movimento como uma das referências das possibilidades humana.

Potter (1981, citado em Silva, 2000, p. 42) definiu a área da AFA como " uma gama completa de actividades adaptadas às necessidades de cada um, particularmente ao desenvolvimento motor, à Educação Física e a todas as disciplinas desportivas ".

Para a Federação Internacional de Atividade Física Adaptada "esta área de conhecimento refere-se às atividades relacionadas ao movimento, às atividades físicas e aos esportes em que são colocadas ênfases especiais nos interesses e nas capacidades dos indivíduos com condições limitadas, tais como os com deficiência e os incapacitados por problemas de saúde e pela idade " (Schüle, 1996, p 12).

Na perspectiva de De Pauw e Doll Tepper (2000) a AFA foi considerada como "uma teoria e uma prática transdisciplinar que se propõe a identificar e

solucio nar problemas motores ao longo da vida, desenvolver e implementar o acesso aos esportes e a um estilo de vida ativo, desenvolver a cooperação entre os serviços família-escola-comunidade e fortalecer o sistema de *empowerment* ".

Pelo valor histórico e técnico torna-se importante destacar as principais teorias e bases filosóficas que sustentam o desenvolvimento da área da Atividade Física Adaptada.

A pesquisadora americana Sherrill (1998, p. 93) defendeu a "Adaptação" como o princípio âncora das diferentes teorias, filosofias e práticas que sustentam os programas desta área de conhecimento. A "Adaptação" é, portanto, concebida como uma grande teoria que sustenta as demais.

A sub divisão da AFA em terapêutica, recreativa, competitiva e educativa possui apoio teórico de vários pesquisadores e de importantes instituições responsáveis pelo desenvolvimento da área (Silva, 2000).

Foram nomeadas por Sherrill (1998) quatro variáveis que norteiam a formação das teorias, são elas: atividade física, diferenças individuais e de ecossistemas, serviços e empowerment.

Segundo a mesma pesquisadora entre as teorias de suporte teórico da área, estão: teoria da Auto-atualização (*Self-actualization*), *Fully Functioning Self* (*Carl Rogers-Personal-Centered*), *Personal Meaning Theory*, Teoria Ecológica (*Ecological or Field*), *Ecological Task Analysis*, Social Role Valorization Theory, socio-cognitiva teoria (*Social-Cognitive*), teoria da auto-eficâcia (Self-efficacy), teoria da auto determinação (*Self-determination*) e *Empowerment Theory*. A teoria da Normalização (*Normalization*) já abordada anteriormente.

Os alvos propostos nos trabalhos práticos estão relacionados com a auto-concepção, o relacionamento entre os indivíduos, a motivação intrínseca e a responsabilidade pessoal.

Entre as noves teorias a *Self-actualization* ou teoria de Maslow ganhou destaque pelo fato de ser uma das primeiras utilizadas neste campo de conhecimento e que serviu de base para o aprofundamento de várias outras áreas acadêmicas.

Para Abraham Maslow (citado em Sherrill, 1998) existe uma hierarquia no desenvolvimento humano que quando colocada em visão espacial apresenta-se na forma de uma pirâmide.

Na base da pirâmide estão as demandas fisiológicas, no degrau seguinte está a segurança, depois o amor e, seqüêncialmente a auto-estima, a auto-realização, a iluminação e chegando no topo da pirâmide a criatividade/estética.

Para o autor há uma tendência dos seres humanos em moverem-se neste sentido na tentativa do desenvolvimento pleno.

Dois pontos merecem ser ressaltados para o entendimento desta teoria. O primeiro está no fato do autor acreditar que é necessário uma satisfação mínima da demanda apresentada em um patamar para que, então, haja deslocamento para o patamar superior.

O segundo está na hipótese que haveria uma sub-divisão na metade superior da pirâmide, ou seja as demandas apresentadas nos níveis hierárquicos da metade inferior da base da pirâmide são consideradas necessidades de dependência, as quais necessitam de auxilio de outras pessoas para serem alcançadas.

Portanto, a família, os professores e os terapeutas teriam as solicitações apresentadas em cada patamar como baliza para verificação do desenvolvimento do sujeito.

Os três níveis superiores, que foram nomeadas como crescimento, estariam relacionados com a motivação intrínseca. A partir do desenvolvimento da auto-estima o indivíduo estaria mais preparado para avançar as novas etapas e com menor dependência externa.

Um segundo teórico que muito contribuiu para o desenvolvimento de teorias utilizadas na Atividade Física Adaptada foi o psicólogo Carl Rogers.

Se para Maslow as gratificações das demandas possuem um destaque especial para o desenvolvimento pleno do ser humano, na teoria *Personal-Centered Theory* ou *Fully Functioning Self* de Carl Rogers a auto concepção ocupa um lugar privilegiado na estrutura teórica.

O comportamento do indivíduo é facilitado a partir do entendimento do auto-conceito apresentado. Para este psicólogo, o *self* apresenta duas dimensões que seriam o *self* ideal e o *self* real.

Portanto, a maior congruência das dimensões apresentadas pelos dois selfs revela-se necessária para o desenvolvimento pleno do ser humano. O auto-conceito viria na base do trabalho tendo por finalidade o auxilio ao sujeito na construção e na desconstrução do *self*.

Dessa maneira, os profissionais de AFA que utilizam desta teoria como referencial teórico devem desenvolver as habilidades psicomotoras dos alunos como meio facilitador do desenvolvimento do seu auto-conceito.

Entre alguns termos importantes da teoria a serem explorados por estes profissionais estão os mecanismos de "defesa" e de "negação". Estes, entram em ação a partir do conflito entre a realidade imposta e a demanda do *self* ideal.

Beatrice Wright foi influenciada por Carl Rogers e Kurt Lewis na formulação e proposição da nomeada Personal Meaning Theory.

Esta teoria foi apresentada na década de oitenta e enfatiza que a significação pessoal da deficiência vai influenciar todo desenvolvimento do ser.

Se a deficiência apresentada vier a ser encarada pelo indivíduo como um valor humano que foi perdido, esta prevalecerá e haverá uma transformação, a partir do *self*, que levará o sujeito a se perceber como outra pessoa.

Entre as várias contribuições da teoria de Beatrice Wright para os profissionais da AFA sobressai a importância na escuta das demandas dos participantes como instrumento facilitador na formação do elo existente entre a atividade física e as outras diferentes solicitações apresentadas pelos indivíduos.

A Teoria Ecológica foi outra corrente teórica de impacto no desenvolvimento da AFA. A interação entre o indivíduo e o seu meio é o ponto de valor a ser destacado no planejamento e na execução dos programas.

Kurt Lewis, considerado o pioneiro nesta corrente, utilizou muito da terapia gestáltica para a elaboração dos conceitos que até hoje são bastante utilizados nos programas da AFA. Com o olhar nas forças que movem o indivíduo, sejam

elas internas (do domínio do psicológico) ou externas (do domínio do meio ambiente), o que deve prevalecer é a leitura da interação entre as mesmas.

A *Ecological Task Analysis Theory* foi considerada como uma teoria de destaque para a AFA, na medida em que a mesma se propõe a analisar o todo na execução de tarefas.

Desenvolvida por Walter Davis e Allen Burton, a partir da teoria Kurt Lewis, esta valoriza a reflexão e a crítica individual para a elaboração do processo e da avaliação das tarefas a serem executadas pelos indivíduos participantes dos programas.

A individualização passa a ser o objeto que auxilia o indivíduo na modificação de sua relação com o ecossistema.

O aprendizado deve ocorrer levando em consideração as dificuldades e as facilidades apresentadas no ecossistema e deve-se estimular a visão crítica do sujeito sobre as própria potencialidades, no sentido de melhoria da interação com o seu meio ambiente.

A *Social Role Valorization Theory* defende a "valorização dos indivíduos que apresentam algum risco de desvalorização social" (Sherrill, 1998, p. 98).

Portanto, ao procura colocar a pessoa humana à frente de sua deficiência focaliza-se, nesta teoria, uma mudança de atitude do sujeito diante da comunidade.

O valor cultural da atividade física e do esporte tem representado, ao longo dos anos, uma bandeira de luta para os cidadãos que marcham pela conquista de seus direitos. A valorização da prática da atividade física e do esporte, seja na forma de lazer ou de *performace*, tem reforçado de maneira positiva a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade ocidental.

Outro autor de destaque na formação do quadro teórico da AFA foi Albert Bandura. A ele foram creditadas duas teorias de suporte para o desenvolvimento de programas.

A primeira, denominada teoria socio-cognitiva, procura explicar as interrelacões (existentes e influenciavéis) dos fatores comportamentais, cognitivos e ambientais no funcionamento humano.

Bandura (1977), considerado um teórico comportamentalista, enfatizou a valorização da comunicação nos aspectos das aquisições, dos processos e das respostas aos estímulos apresentados.

Partindo, também, deste princípio, a segunda teoria, que foi nomeada como *Self-Efficacy Theory*, está direcionada para as mudanças de comportamentos dos indivíduos frente aos sentimentos de medo e de evitação.

Esta é mais aplicada na área da AFA como auxílio na conquista de sucesso em determinadas tarefas, uma vez que no seu referencial o sucesso deve estar acima do prazer pessoal.

Seguindo o mesmo caminho comportamental deve-se mencionar, ainda, a *Self-Determination Theory*. Para os autores desta a percepção de controle sobre diferentes eventos irá regular a motivação intrínseca do indivíduo em diversos domínios da vida podendo estabelecer e alcançar metas, bem como desfrutar da sensação de bem estar psicológico.

Esta teoria tem possibilitado o desenvolvimento de estratégias técnicas nas diferentes vertentes da AFA (terapêutica, recreativa, competitiva ou educativa), pois chama para o participante a responsabilidade de suas próprias ações.

Por conseguinte, os deveres e as conseqüências pelas ações e eventos contrapõem, muitas vezes, às crenças pessoais de sorte e acaso.

O crescimento na utilização da *Empowerment Theory*, está baseado no princípio comum entre esta teoria e os da *Self-Determination Theory*, acima mencionada. Contudo, esta teoria focaliza mais atenção para os processos, os produtos e as resultantes das lutas pelos direitos dos cidadãos.

O referencial conceitual da existência de uma estreita relação entre os fatores psicológicos individuais e a luta dos movimentos sociais criou âncora para o suporte teórico da *Empowerment Theory*.

O reconhecimento da prática da atividade física como um meio privilegiado de luta por acessibilidade a programas e a recursos, bem como pela igualdade positiva de forças dentro do ecossistema resultou por demandar, dos profissionais dos programas públicos de AFA, uma postura crítica quanto aos objetivos do sujeito participante e às metas dos programas.

Diante do exposto, verifica-se que as ações humanas no campo da Atividade Física Adaptada possibilitam ao participante ser sujeito construtor da sua própria história, como também ser sujeito participante de um agir coletivo e cultural, tornando possível observar plataformas comuns nos suportes teóricos do campo do lazer e da atividade física adaptada.

8.1 A Atividade Física Adaptada e o Indivíduo com Psicose ou Neuroses Graves

As intervenções dos profissionais da AFA nos processos de reabilitação e de inclusão social dos indivíduos com sofrimento mental tem feito crescer o interesse acadêmico por tais projetos (Driscoll, 1976; Greist et al., 1978; Winnick, 1990; Van Coppenolle, 1992; Sherril, 1998; citados em Silva, 1999; DePauw e Doll-Tepper, 2000).

A revisão da literatura feita por Silva (1999, Matos, 1993; Van Coppenolle, 1993; Seabra Junior, 1994; Borges, 1994) sobre a atividade física com sujeitos com transtornos mentais revelaram uma série de estudos realizados com sucesso junto a pacientes em fase de internação ou em tratamento ambulatorial.

Fazem parte do arsenal técnico-instrumental para estas intervenções as danças, a recreação aquática, as atividades de academia, os jogos recreativos e de salão e as modalidades esportivas, entre outras.

Cabe ressaltar que o instrumental, acima mencionado, possibilita tanto abordagens funcionais como de inclusão social (seja no ambiente de reabilitação, de lazer, de desenvolvimento educacional ou esportivo).

Os exemplos abaixo descritos prestam a demonstram o quanto outras áreas de conhecimento vêm auxiliando a estruturação do referencial teórico e prático da AFA.

As contribuições de Rudolf Laban foram determinantes na formação conceitual dos princípios que norteam esta área (Wethered , 1973).

Para o coreógrafo, os elementos que constroem a dança são os mesmos contidos no cotidiano dos movimentos, ou seja o tempo, o espaço, o figurino, o texto e o drama.

Portanto, para o mestre da dança, o processo terapêutico não está no método ou na técnica mas, acima de tudo, nos princípios que norteiam os movimentos.

A maneira individual de utilizar o corpo e os gestos na expressão dos desejos e das frustrações possibilitam ao sujeito explorar as dificuldades e as potencialidades na integração das funções corporais, psíquicas e sociais.

Segundo Wethered (1973), entre os conteúdos da dança que são utilizados tanto na abordagem terapêutica como no lazer com pessoas com psicose ou neuroses destacam-se a relação espaço interno-espaço externo, a utilização de objetos para descobertas do ambiente enquanto realidade, as vivências da agressividade direcionada ao sujeito e ao meio ambiente e a relação entre imagem corporal, fantasia e imaginação.

A autora cita que a música pode ser "elemento motivador na adesão da população adulta às sessões", bem como um elemento que possibilita o realce do inconsciente da pessoa com psicose (Wethered, 1973, p. 44).

A escola francesa de Reeducação Psicomotora muito contribuiu no referêncial teórico na abordagem com crianças e adultos com psicose, sendo que alguns princípios teóricos desta escola constituem referências em diferentes programas, inclusive nos de lazer.

O princípio teórico que o corpo e suas possibilidades representam uma linguagem, por ter o mesmo uma forma de comunicação, de expressão e de estruturação do eu, sustenta-se no pensamento psicanálitico de Lacan. Para este

autor, "o corpo é o primeiro significante comprometido em uma relação" (Lacan, citado em Defontaine, 1980, p. 58).

Dentro desta perspectiva teórica são estudados os problemas psicológicos e psicomotores do indivíduo com o objetivo de encontrar o melhor caminho que possibilitará a relação entre o mundo imaginário e o mundo real.

Defontaine (1980, p. 61) declarou que "as técnicas utilizadas pela Reeducação Psicomotora possibilitam ao sujeito sentir que existe, que é real dentro do mundo e que o mundo é".

O trabalho de refinamento da associação entre o tônus muscular, a afetividade e a postura fez de Wallon outro teórico com muitas contribuições para a compreensão do corpo na formação do eu psicótico (Defontaine, 1980).

Para o psicomotricista, a percepção, a representação e o vivido do corpo possibilitam uma integridade corporal. As experiências corporais facilitam as relações consigo mesmo, com o meio ambiente e, sobremaneira, avança na interiorização das próprias sensações.

Outro teórico que sustenta a importância do sentir na construção do esquema corporal como possibilidade estruturante para as pessoas com psicose foi o psicomotricista Ajuriaguerra (Defontaine, 1980).

Na concepção do termo "diálogo tônico" o teórico introduziu a valorização da formação corporal "do outro" para a consciência da própria identificação.

Desta maneira, na Reeducação Psicomotora o tocar, o olhar, a palavra, a relação tempo-espaço e o significado dos objetos estabelecem a base para a relação da criança ou do adulto com psicose e o profissional que está à frente do trabalho.

Os estudiosos da corporeidade e da psicopatologia argumentam que são três as dimensões a serem abordadas no trabalho corporal com estas pessoas, são elas o conhecer, o sentir e o dizer do corpo (Sivadon, 1988).

Susteta o autor acima mencionado que a água e o ambiente da piscina para a pessoa em regressividade devem ser inicialmente vividos como

descoberta, para em seguida avançar na proposta de uma progressão consciente no sentido da entrega aos dois ambientes.

O sujeito deve ser estimulado a sentir e a verbalizar os seus sentimentos tanto na fase do flutuar como na etapa do controle da respiração. Mais tardiamente, na progressão dos movimentos voluntários, o mesmo processo deve-se repetir.

Na busca de significados dos objetos para a formação do vínculo relacional, Sivadon (1988, p. 94) escreveu que "a bola corresponde a um acessório familiar dos jogos da infância; simboliza também o seio materno, o mundo, a esfera de uma plenitude e permite ainda deter o máximo de volume com um mínimo de superfície".

As teorias que fundamentam as grupoterapias para pacientes psiquiátricos lançaram luzes às questões relacionadas ao entendimento das regras básicas que caracterizam um grupo.

Para Zimerman (1993, p. 52), indiferente da proposta dos participantes, algumas condições básicas estão presentes nesses grupos, entre elas:

- "o grupo se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos;
- o tamanho do grupo deve respeitar a preservação da comunicação, tanto visual como a auditiva, a verbal e a conceitual;
- dentro do grupo deve ser preservadas as identidades específicas de cada um dos indivíduos componentes;
- é inerente à conceituação de grupo a existência entre os seus membros de uma interação afetiva, a qual costuma ser de natureza múltipla e variada;
- em todo grupo coexistem duas forças contraditórias permanentemente em jogo: uma tendente à sua coesão e a outra, à sua desintegração;
- o campo grupal que se forma em qualquer grupo, se processa em dois planos: um é o da intencionalidade consciente e o outro o da interferência de fatores inconscientes;

• dentro dos grupos se processam fenômenos como os de resistência e contra resistência, de transferência e de contratransferência, de actings, de processos identificatórios, entre outros;

• no campo grupal a mensagem de cada indivíduo vai ressoando no inconsciente dos outros e produzindo o aporte de associação e manifestações que gravitam em torno de uma ansiedade básica comum".

Li (1981) destacou que nos programas na área da recreação para pacientes com esquizofrenia a aprendizagem de habilidades, o conhecimento de ofertas de programas comunitários e as diferentes maneiras para lidar com o estresse diário devem ser alvos no trabalho dos profissionais da área.

Para o autor acima mencionado, fazem parte da abordagens recreativas para auxiliar estes indivíduoas no controle do estresse ambiental e relacional o reconhecimento, a análise e a antecipação das situações diárias que pressionam o indivíduo, tanto na esfera social com nas atividades recreativas.

Por outro lado, a tradição esportiva de algumas sociedades tem marcado o desenvolvimento desta disciplina, nomeadamente a que estimulou e fomentou a prática esportiva nos ambientes de tratamento e de reabilitação psiquiátrica em Cuba (Rodríguez,1984).

O esporte no contexto terapêutico e de reabilitação para pacientes com transtornos mentais foi conceituado pela equipe de profissionais cubanos como "uma combinação de ação física e mental, e não somente como movimento, esforço físico, competência e cumprimento de metas. A prática esportiva para os pacientes psiquiátricos não deve realizar-se somente com fim de entretenimento, mas sim com o proposito de possibilitar trocas afetivas e de conduta do indivíduo" (Rodríguez,1984, p. 7).

Nesta perspectiva, o autor recomenda que o profissional ao receber o caso deve ser informado da história clínica e do estado mental atual do participante, bem como das sugestões e restrições médicas para cada paciente.

Desde a sua implantação o setor de esporte do Hospital Psiquiátrico de Havana teve como objetivos a estabilização emocional, social e física dos

participantes do programa. As principais modalidades ofertadas eram o atletismo, o voleibol, o *softball* e o basquete.

Rodríguez (1984) sugere atenção especial em dois pontos. Primeiro, para a valorização da extensão, do vigor, das regras e da estrutura coletiva da modalidade e, também, na montagem do plano de trabalho para a manutenção de uma relação entre o conteúdo da modalidade e o grau de severidade da psicose e das neuroses.

Dessa maneira, para o autor cubano, a prática do esporte, como elemento terapêutico, constroi experiências que servem para minimizar as distorções da realidade, diminuir os sintomas de ansiedade, de euforia e proporcionar uma melhoria no bem estar geral, bem como possibilitar a utilização das capacidades criativas, produtivas e o aumento da iniciativa dos participantes.

O trabalho aerobio da corrida foi defendido por Sachs e Buffone, em 1984, como uma modalidade psicoterapêutica. Para os autores, esta intervenção poderia ser utilizada como abordagem terapêutica isolada, mas reconhecem que, mais freqüentemente, esta técnica está sendo aplicada como coadjuvante às psicoterapias clássicas.

As clínicas específicas que apresentam resultados positivos e cientificamente comprovados são as fobias, as depressões e a ansiedade, segundo estes autores.

Plate (1996), concorda com Sachs e Buffone, ao apresentar um artigo demonstrando a possibilidade de programas regulares de exercícios físicos serem um apoio às psicoterapias para sujeitos em tratamento psiquiátrico.

Um estudo etnográfico realizado por Faulkner e Sparkes (1999) sobre exercícios físicos como terapia para indivíduos com esquizofrenia reafirmou a ótima possibilidade dessa abordagem nos apoios às psicoterapias tradicionais.

O programa foi realizado em 10 semanas, com encontros de trinta minutos, duas vezes por semana e com atividades de intensidade moderada.

Os autores registraram que ao fim da investigação a maior parte dos participantes apresentou algum vínculo com o programa e que os mesmos,

também, associaram a figura dos profissionais à amizade. Os autores afirmaram haver resistência por parte de outros profissionais ao avanço do programa.

Alguns benefícios da AFA, estudados por Auxter et al (1997, p. 363), para crianças com distúrbios emocionais podem ser ampliados para os adultos. São eles:

- "possibilitar a integração das tendências agressivas pelas regras estabelecidas;
- possibilitar o desenvolvimento de características socias, como cooperação e competição;
- possibilitar com efetividade a diminuição de comportamento esteriotipados e de vítima".

De acordo com o mencionado ao longo do capítulo podem, ainda, ser mencionados como benefícios dos programas da AFA para a população com psicose ou neuroses graves, a experiência das potencialidades e limites do próprio corpo, as possibilidades de interação com "o outro" via expreriências corporais e lúdicas, a valorização da cultura do participante e o desenvolvimento das capacidades aeróbia e coordenativas.

Os princípios didáticos a serem utilizados nas aulas da AFA com esta população foram, também, estudados por Auxter et al (1997). Para este investigador, entre os princípios que norteariam a didática estão a necessidade de se trabalhar o estímulo apropriado e a intensidade do mesmo, bem como o desenvolvimento de estratégias metodológicas nas quais o aluno aprende sobre o seu próprio comportamento e discrimina sobre a aceitação social do comportamento.

Um estudo epidemiológico na Finlândia foi estimulado a partir da observação de uma baixa participação de indivíduos com transtornos mentais em programas de atividades físicas. Mälkiä et al. (1985) pesquisaram o histórico de necessidade de atendimento psiquiátrico e a percepção subjetiva de cansaço em uma população de 8000 indivíduos com idade acima de 30 anos.

Entre os resultados apresentados foi verificado que os indivíduos de ambos os sexos que apresentavam transtornos mais severos trabalhavam em empregos

com menor demanda física, eram menos ativos na hora de folga e indicavam um maior índice subjetivo de cansaço, isto quando comparados com os indivíduos que não apresentavam histórico de necessidade de atendimento psiquiátrico ou que apresentaram problemas de menor repercussão mental.

O estudioso belga Van Coppenolle (1993, citado em Silva 1999) concluiu que a participação de pacientes com esquizofrenia em programas de atividade física contribui para uma melhoria nos planos motor, emocional, social e da comunicação oral.

Adams (1995) apresentou um estudo de caso no qual um sujeito jovem adulto com diagnóstico de esquizofrenia participou de um programa de musculação com 12 semanas de duração.

Os resultados das *Brief Psychiatric Rating Scale* e *Nursevs Observational Scale for Inpatient Evaluation* indicaram mudanças significativas no funcionamento psicológico, na comunicação, no interesse pessoal, na animação e na motivação do sujeito. Nos aspectos físicos e corporais o sujeito apresentou melhoria na condição cardio-respiratória, da imagem corporal e menos lentidão motora e tensão muscular.

Silva (1999, p. 128) realizou testes psicomotores e avaliações comportamentais (Psicodiagnóstico Miocinético de Mira y Lopez) em 70 indivíduos adultos, de ambos os sexos, e com diferentes diagnósticos psiquiátricos.

Foram as seguintes conclusões apresentadas pela autora nos estudos de variáveis motórico-comportamentais - mãos dominantes e mãos não dominantes na expressão gráfica:

•"as principais alterações na mão dominante foram registradas nos indivíduos com neuroses;

• a existência de mão não dominante mais pertubada dá-nos uma indicação de possíveis alterações profundas da personalidade, designadamente no campo das psicoses;

• um baixo tônus vital, associado a uma certa tendência para a intratensão e um aumento potencial da auto-agressividade representa, do ponto de vista psicopatológico, os casos de intensidade mais grave".

Como verificado pelos trabalhos acima relatados, o crescimento científico desta área dentro do campo da AFA vem-se tornado uma realidade, contudo, prevalecem algumas dificuldades comuns a outros grupos de pessoas com necessidades especias, como salientado abaixo.

Marques (2000, p. 35) apresentou um estudo das monografias desenvolvidas desde 1991 no gabinete da Atividade Física Adaptada, da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto, no qual foram verificadas partes substanciais destes problemas.

As conclusões apresentadas refletem o atual estado da arte desta área de conhecimento em vários países do ocidente, inclusive do Brasil:

• "os programas de recreação para estas populações são esporádicos, sem uma perspectiva de continuidade e de articulação institucional;

• os equipamentos públicos e privados são escassos, de difícil acesso, não dispõem de equipamentos específicos nem de apoio complementar. Acrescente ainda que os custos de utilização são excessivos para a maioria desta população;

• as famílias não estão suficientemente alertadas para o problema, sua necessidade, vantagem e efeito a longo prazo, nem parecem capazes de promover, motivar ou mesmo apoiar uma prática sistemática, durável e frequente de actividades físicas de carácter recreativo".

9 - Qualidade de Vida

O desenvolvimento da história da humanidade, e mais especificamente da civilização judáica-cristã, traz no seu corpo a busca pelo entendimento do sentido, da função, do objetivo e das facetas que conectam de forma tão estruturante o ser humano e a necessidade de felicidade e de prazer na vida.

Desde os filósofos gregos tornou-se quase impossível fazer qualquer estudo sobre os seres humanos sem pontuar essa busca heróica pela realização plena.

A famosa frase inscrita no templo de Apolo "conheça-se a si mesmo", permanece atual. Entre uma das possíveis linhas de interpretação desta expressão poderia ser o significado sobre a reflexão do embate humano entre a demanda pela felicidade e a desorientação do e no caminho a ser trilhado para se alcançar esse prazer constante.

A ampla manifestação sobre a busca da própria felicidade e a dos outros indivíduos pode ser um tema atual nos discursos, contudo o refinamento sobre o porque ser feliz, como ser feliz, em que domínio da vida atuar na busca da felicidade, o papel dos outros na busca individual de ser feliz, entre outros tópicos, permanece muitas vezes frágeis de ser aprofundado.

Esta fragilidade torna-se mais realçada ao se assistir no atual contexto da sociedade ocidental à pasteurização dos valores e à opressão na forma de se viver.

O caminho de sistematização das informações solicitado pelo modelo científico contemporâneo muitas vezes compartimentaliza os dados, porém tem possibilitado o avanço dos debates dentro de diversas áreas de estudo e de disciplinas específicas.

O diálogo entre os fatores nomeados como pré-determinantes desta necessidade de felicidade do ser humano tem passado, em linhas gerais, pelo entendimento dos fatores sócio-econômicos e filosófico-culturais da sociedade ocidental, pela construção histórica da subjetividade individual, pelas matrizes

biológica e sistêmica do organismo humano, bem como pela interação das mesmas.

A impossibilidade científica, ocorrida até o momento, na nomeação das variáveis determinantes para se alcançar a felicidade demonostra a complexa teia que envolve os elementos da díade humano-felicidade.

Dois tópicos dominaram por muito tempo os estudos desta área, a garimpagem científico-metodológica pelos fatores objetivos de influência e a exploração na perspectiva geral da sociedade, ou seja grupos específicos pouco explorados dentro da teia geral.

Mais recentemente observa-se o crescimento dos estudos do impacto da subjetividade, das bases neurobiologicas e do papel dos diferentes grupos sociais na reflexão desta díade.

Se, por um lado, já se mostra possível a indicação dos principais construtos para o aprofundamento qualitativo do tema, por outro lado diversos grupos de pesquisadores buscam o aperfeiçoamento dos instrumentos que irão assegurar a confiabilidade das informações.

O avanço dos estudos dentro do campo da neurociência demonstra o potencial de aprofundamento da variável biológica no entendimento da demanda de felicidade pelo ser humano. Entre os focos dos neurocientistas estão o papel do neurotransmissor dopamina e o detalhamento da parte elétrica da região pré-frontal do cérebro.

Dessa maneira, a tecnologia da indústria dos psicofármacos, embalada pelas descobertas da neurociência, lança estímulos à refexão sobre a busca humana de controle e preponderância sobre a natureza. Prevalece o sonho repetitivo do alcance final da "pílula da felicidade".

Citando Giannetti (2002, p. 152) "na condição natural do animal humano, a felicidade é um pássaro caprichoso. Voa quando voa e não quando pretendemos que voe".

A tese da consciência racional formulada por Decartes criou um terreno fértil para justificar o domínio sobre a natureza e, conseqüentemente, o triunfo do avanço civilizatório do ocidente.

Todavia, a metodologia para a coleta dos dados dentro das ciências da natureza, das humanas e das socias representa uma das principais áreas de estudo com o objetivo de se garantir a reprodução dos experimentos deste campo de estudo.

Permanece a reflexão se será possível para esta geração o encontro de um ponto médio no referencial da existência.

Sem perder de vista a díade humano-felicidade, o caminho da sistematização científica conseguiu pontuar uma ligação estreita entre a satisfação na vida e a qualidade da vida (QV) tornando-se esta um dos indicadores científicos na pesquisa da felicidade.

Segundo McCall (citado em Corten, 1994) o termo qualidade de vida foi utilizado, primeiramente, como recurso de discurso político pelo presidente americano Lyndon B. Johnson, em 1964, e esteve associado, prioritariamente, aos indicadores sociais.

Somente nos anos 70, com a apresentação dos trabalhos de Andrews, Withey, Campbell e colaboradores este tópico começou a ser pesquisado levando em consideração as dimensões subjetivas (Corten,1994).

Contudo, estudos populacionais recentes conseguiram indicar que alguns fatores objetivos, como o econômico, possuem comportamento diferenciado quando se pesquisa QV em determinados grupos econômicos da sociedade geral.

O economista Giannetti (2002, p. 64) argumenta, baseado nos estudos realizados por Diener e colaboradores nos Estados Unidos, em 1999, e Frey e Stutzer no Japão, em 2002, que "o crescimento compra felicidade nos países extremamente pobres, mas a partir do momento em que uma nação atinge determinado nível de renda (cerca de US$ 10.000,00 anuais *per capita*), acréscimos adicionais de renda não mais se traduzem em ganhos de bem-estar subjetivo".

Para melhor contextualização do dado acima colocado, deve-se citar que o valor *per capita* de grande parte dos países em desenvolvimento está em torno de US$ 3,5 mil ao ano e nos países considerados pobres está por volta de US$ 1,9 mil por ano (Giannetti, 2002).

Ainda de acordo com o mesmo autor as pesquisas populacionais dos Estados Unidos e do Japão demonstraram que em períodos diferentes as duas populações apresentaram crescimento *per capita*, mas mantiveram os níveis de "bem-estar subjetivo" (Estados Unidos, em 1946, *per capita* igual a 100, "bem-estar subjetivo" igual a 100; em 1987, *per capita* igual a 240, "bem-estar subjetivo" pouco abaixo de 100. Japão, em 1958, *per capita* igual a 100, "bem-estar subjetivo" igual a 100; em 1988, *per capita* igual a 600, "bem-estar subjetivo" igual a 100).

Assiste-se dentro desta classe econômica que o rompimento conceitual entre renda absoluta (o que se pode adquirir) e renda relativa (aspirações de consumo baseadas no meio social) instiga à reflexão sobre a tese da permuta civilizatória (ganhos na dimensão objetiva correspondem a perdas na dimensão subjetiva), isto é, o poder econômico vai estar correlacionado à felicidade nas populações de menor e maior capacidade aquisitiva.

A vinculação entre menor padrão de satisfação na vida e as realizações humanas para sobrevivência (alimento e habitação) sobressaem nas populações de baixa renda e nas que vivem abaixo da linha da pobreza. O dilema da classe média (valores motivacionais de consumo x valores da realidade vivida) avança sobre as classes mais frágeis economicamente repercutindo-se, em esfera ampliada, na ética individual e coletiva.

A outra faixa de renda que modifica a avaliação subjetiva está ao redor de US$ 80.000,00 anuais. Os ricos satisfazem-se e sentem-se mais realizados ao exibirem seus bens, porque estes são considerados fonte de desejo de consumo de uma grande massa populacional ao redor do mundo, pelo reconhecimento de sucesso, de estabilidade, de segurança pessoal e de mobilização de afetos alheios.

Esta lógica fazia parte dos enunciados do renomado economista Adam Smith (citado em Giannetti, 2002, p. 89): "os pobres miram deslumbrados e perseguem o luxo-troféu que lhes escapa. Dessa crença ilusória se alimenta o progresso das nações". Nesta perspectiva, os termos "satisfação na vida", "felicidade" e "qualidade de vida" vinculam-se, à classe econômica e à ética individual e coletiva.

Outra linha de pesquisa buscou captar sinais observáveis em relação ao grau de manifestação subjetiva de felicidade e comportamentos manifestos no dia-a-dia dos indivíduos.

Giannetti (2002) nomeou que na população em geral os indivíduos que se declaram com um maior índice de felicidade apresentam os seguintes atributos observáveis:

- são considerados mais sorridentes;
- tendem a manter os contatos de amizade;
- tendem a ter esses valores reconhecido pelos outros indivíduos de seu meio social;
- apresentam taxas menores de abstenção no trabalho;
- apresentam taxas menores de sintomas físicos associadas ao estresse;
- apresentam menores taxas de suicídios e de morte prematura.

Foram, ainda, apresentados por este mesmo autor outros dados sociodemográficos pesquisados em populações de diferentes países e relacionandos às interligações objetivas e subjetivas na avaliação da QV:

- indivíduos que perderam o emprego de maneira involuntária, mesmo sendo assegurado o seguro-desemprego, apresentam-se como mais infelizes;
- aposentados apresentam ligeira satisfação com a vida quando comparados com os indivíduos que estão no mercado de trabalho;
- um pouco mais da metade das mulheres pesquisadas avaliam apresentarem o mesmo nível de felicidade de suas avós, mesmo com o avanço legal e social para as mulheres dessa última geração;

• prisioneiros colocados em solitárias respondem com mais tolerância após 72 horas dex exclusão;

• a capacidade de se sentir feliz está mais correlacionada à capacidade de se perceber saudável que aos reais indicadores clínicos do estado de saúde.

A metodologia de interagir indicadores objetivos (em que são levados em consideração fatores físicos e observáveis) e indicadores subjetivos (como satisfação em certos domínios da vida) abriu a porta à utilização do tema como referencial teórico e de instrumentalização de avaliações no campo da Saúde, mais diretamente na Saúde Mental.

Atualmente, alguns conceitos vinculados ao termo QV são de aceitação para grande parte dos estudiosos desta área de conhecimento, embora verifique-se que vários grupos continuam a trabalhar para um melhor entendimento e refinamento da conceituação.

A distinção entre os termos Bem Estar Global (relacionado com o estado emocional) e Qualidade de Vida (relacionado com a dimensão cognitiva para avaliar os diferentes parâmetros objetivos, a partir da própria subjetividade) é exemplo do atual estágio de refinamento terminológico da área (Corten, 1994).

Para Andrews (citado em Corten, 1994), QV está mais próximo de um padrão de satisfação ou insatisfação nos diferentes domínios da vida.

Entretanto, existe pouca clareza sobre as variáveis determinantes no critério de julgamento da QV. Entre algumas citadas na literatura estão as aspirações e expectativas do indivíduo, a comparação individual com grupos de referência e as experiências anteriores (Campbell et al., 1976; Manson e Faulkeenberry, 1978; Michalos, 1983 citados em Corten, 1994).

Algumas definições e conceituações de QV são mais utilizadas no campo da Saúde Mental.

Para Bigelow et al. (1982, citados em Simmons,1994, p.185) "QV é uma abstração que integra e sintetiza todos os delineamentos da nossa vida que nós achamos mais ou menos desejáveis e de satisfação".

Ainda, para estes autores, "QV está baseado em dois fatores que são a satisfação das necessidades através das oportunidades disponíveis no ambiente e a capacidade de realizar as demandas sociais por meio das habilidades pessoais e da atualização das próprias capacidades" (Corten, 1994, p. 179).

Segundo Lehman (1983, p. 369) QV é uma questão subjetiva associada, de alguma maneira, ao bem estar global. Em defesa de sua argumentação este autor declara que bem estar global apresenta maior consistência de associação com as variáveis segurança pessoal, relações sociais, estrutura financeira, lazer e algumas variáveis da atenção à saúde.

O mesmo autor defende que as características pessoais (como idade e sexo), as variáveis objetivas (como padrão financeiro) e a qualidade de vida subjetiva (como satisfação com o padrão financeiro) fazem parte das referências para o modelo geral de qualidade de vida.

Em uma análise crítica sobre as implicações da avaliação deste conceito no tratamento e nas futuras pesquisas em populações com severos transtornos mentais, Lehman (1983) destacou a necessidade de se aprofundar as metodologias de coleta dos dados.

Dentro desta mesma análise destacam-se o fortalecimento das metodologias que valorizem a participação dos indivíduos que estão sendo pesquisados e a atenção na identificação de tipos de atividades diárias que são percebidas como de satisfação sejam elas relacionadas ao lazer ou ao trabalho.

Segundo Zautra e Goodhart (1979, citados por Simmons, 1994, p. 185) "a bondade da vida é estimada em uma condição externa pela avaliação subjetiva e a determinação objetiva".

O conceito de QV defendido pela OMS relaciona a percepção individual sobre as aspirações e os interesses na vida frente aos valores estabelecidos no sistema social compartilhado pelo indivíduo, portanto, estão implícitas diferentes dimensões humanas e as mais vastas interligações que estas dimensões permitem.

Dessa maneira, o conceito de QV realça as interligações existentes entre os valores, os interesses, as motivações e as definições pessoais (dimensão subjetiva) com o sistema de valores estabelecido e valorizado no contexto cultural da comunidade em que o indivíduo vive (dimensão objetiva). Coloca-se em jogo a adaptação do indivíduo à realidade imposta.

Como exemplo da possibilidade de situação conflitante na inter-relação dessas duas dimensões no domínio das relações pessoais estão a insatisfação interior do indivíduo com a sua forma física e financeira (dimensão subjetiva) e a percepção do indivíduo da expectativa das pessoas do seu meio circundante com a apresentação de uma boa postura, de uma boa aparência física geral e de um bom emprego (dimensão objetiva) para a manutenção de laços pessoais e de amizade.

Explicitamente, o tema qualidade de vida passou a ser de interesse dos pesquisadores do campo da Saúde Mental a partir das transformações ocorridas no atendimento comunitário aos portadores de transtornos mentais, ou seja, após a caminhada para a desinstitucionalização (Corten, 1994).

Estudos mais refinados sobre os principais fatores que influenciam a QV da população com transtornos mentais possuem um percurso recente na investigação científica.

Por conseguinte, é possível registrar a multiplicação de pesquisas sobre este tema nas últimas décadas (Lehman,1983,1993,1995; Skantze, 1992; Ute-Ulrike,1997; Kaiser,1997; Gupta,1998; Voruganti,1998; Lisbet Borge,1999; Bandeira,1999; Brockington, 2000; Kasckow, 2001).

Se destacam entre as motivações para esta expansão a necessidade de se avaliar com mais profundidade os impactos da política de desinstitucionalização e a formatação de novos programas de reabilitação e inclusão social mais coerentes com a nova realidade de vida em comunidade.

As relações existentes entre os créditos dados pelos indivíduos às suas próprias motivações e os valores estabelecidos no contexto familiar ou no micro

sistema social são variáveis conflitantes ou harmoniosas para a adaptação do sujeito à comunidade.

Para o delineamento dos novos programas de abordagem psicossocial, o entendimento da qualidade dessas relações passa a ser relevante no sentido de auxiliar os participantes a minimizar as situações conflitantes e a valorizar as harmoniosas.

Em uma abordagem psicossocial são vários os domínios em que se pode pesquisar a interface entre as dimensões subjetivas e as objetivas.

Skantze et al. (1992, p. 797) revisando estudos, nos quais se investigou diferentes domínios da vida que deveriam estar inclusos em pesquisas sobre necessidades e alvos de qualidade de vida, declarou que "deve-se avaliar necessidades básicas da vida diária: atenção à saúde, proteção e segurança, alimentação, moradia, conhecimento/educação, relacionamentos interpessoais fundamentais, condição financeira e atividades".

Deve-se, ainda, e de acordo com os pesquisadores compor na avaliação "o meio ambiente, contatos, dependência, saúde mental e física, lazer, trabalho e religião".

Para uma completa avaliação os autores mencionam que as experiências internas, como harmonia interna, prazer, amor, auto confiança, entre outras, devem serem preservadas na avaliação geral da qualidade de vida.

Carpiniello et al. (1997) na revisão de alguns artigos demonstraram a modesta ou quase inexistente correlação entre as dimensões subjetivas e as objetivas na mensuração da qualidade de vida de sujeitos com transtornos mentais.

No mesmo artigo os autores sugerem que, nesta população, o estado civil (casado) e o sexo (feminino) estão correlacionados positivamente com a melhoria da qualidade de vida.

No trabalho de Skantze et al. (1992), realizado na Suécia, com o mesmo propósito do trabalho de Carpiniello, concluiu-se que um padrão de vida regular,

por si mesmo, não gera uma elevação na QV dos sujeitos com severos transtornos mentais.

A amostra do estudo era composta por indivíduos que estavam vivendo na comunidade e apresentavam um padrão de vida que se aproximava da população sueca em geral.

Os resultados indicaram haver uma insatisfação, por parte desses indivíduos, quanto às próprias experiências internas (auto confiança, prazer, liberdade, amor, entre outras).

No mesmo estudo ficou demonstrado que a amostra apresentava um nível educacional similar à população sueca, porém encontravam-se menos ativos nas atividades realizadas em ambientes abertos e nas atividades recreativas.

Outro estudo realizado por Mechanic et al. (1994), nos Estados Unidos, com indivíduos com transtornos mentais severos oriundos de famílias com alto poder aquisitivo reafirmou o achado de Skantze (1992) de modesta correlação entre a qualidade de vida subjetiva e os indicadores objetivos da mesma.

Os resultados da pesquisa acima mencionada sugeriu que uma vez atribuída a fatores mentais a causa do transtorno, ao invés de fatores físicos, fez com que aumentasse a percepção individual de estigmatização social e o rebaixamento da auto-estima.

Pelas conclusões dos pesquisadores estas percepções alteraram (para pior) a qualidade subjetiva da experiência social.

Outro achado relacionado a fatores da saúde que afetou (para pior) a percepção subjetiva de qualidade de vida dos participantes foi a presença de sintomas de depressão em pacientes com esquizofrenia.

Esses pacientes expressaram menos satisfação com a vida, em geral, e com seus relacionamentos pessoais, em particular.

Mesmo com um crescimento significativo de trabalhos na área da qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais parece faltar, ainda, definições dos principais constructos.

Os trabalhos seguintes mostram aspectos importantes, mas isolados, que não chegam para construir conhecimento considerado suficiente.

Trauer et al. ao apresentarem o resultado de uma pesquisa, em 1998, reafirmaram os achados de Carpiniello, Skantze e Mechanic no que diz respeito à baixa ou insignificante correlação entre indicadores subjetivos e objetivos na qualidade de vida de sujeitos com transtornos mentais severos.

A pesquisa revelou que os indicadores subjetivos prevalecem sobre os objetivos no sentimento de bem estar global.

Com relação ao domínio do lazer a pesquisa demonstrou uma forte e freqüente correlação entre indicadores subjetivos da qualidade de vida e a percepção de bem estar global. Os autores confirmam os resultados que foram, também, apresentados por Lehman, em 1983.

Como resultado final os investigadores afirmam que os domínios mais fortemente associados com o bem estar global são os considerados potencialmente acessíveis a modificações, como é o caso do nomeado como lazer e o das relações pessoais.

Entretanto, autores como Doyle et al. (1999, p. 471) insistem que as dimensões tanto subjetivas quanto objetivas devem ser consideradas complementares na verificação dos índices de qualidade de vida de indivíduos com esquizofrenia, uma vez que "a falta de *insight*, de alguns indivíduos, pode distorcer a percepção das circuntâncias de vida destes indivíduos".

Nas conclusões do trabalho conduzido por Brockington (2000), no qual se levantou a hipótese de alteração de déficits cognitivos (atenção, memória ou capacidade de executar funções) na qualidade de vida subjetiva de pacientes com esquizofrenia, o autor declara que conclusões mais consistentes não foram possíveis de serem alcançadas, mesmo que tal argumentação seja rotineiramente utilizada nas propagandas de antipsicóticos.

A principal argumentação do pesquisador para este resultado encontra-se nos instrumentos utilizados nas pesquisas, uma vez que grande parte das escalas aplicadas nas investigações colocam o principal foco nos sintomas negativos,

portanto as entrevistas tendem a ficar mais ancoradas neste domínio. Ou seja, são poucas as pesquisas nas quais os indivíduos com esquizofrenia declaram a própria avaliação sobre a vida em geral.

Brockington (2000) menciona que mesmo a escala de Heinrichs, D. W. Hanlon, T. E. e Carpenter, W. T. Jr., nomeada como *Quality of Life Scale* (QLS), possui um peso excessivo nos sintomas negativos.

Por outro lado, Smith et al. (1999), em uma pesquisa de acompanhamento de dois anos a 46 pacientes com esquizofrenia, procuraram estabalecer algumas relações entre adaptabilidade social e a demanda por tratamento, comportamentos socias básicos (habilidades na comunicação e de manter amizade) e o padrão da qualidade de vida subjetiva. Os resultados apresentados indicaram que as variáveis acima mencionadas comportam-se de maneira independente frente à adaptação social.

Os trabalhos seguintes continuam a mostrar aspectos importantes, mas isolados, que relevam serem insuficientes nomea-los como definitivos na padronização das avaliações da área.

A associação entre as necessidades pessoais de indivíduos com psicose e o padrão de qualidade de vida foi pesquisada por Slade et al. (1999). Os autores citaram os diferentes tipos de necessidades que foram identificados:

- necessidade que são sentidas (vividas);
- necessidades que são expressas (vividas e comunicadas);
- necessidades normativas (orientadas pelos profissionais);
- necessidades comparativas (baseadas na comparação com outros indivíduos ou tendo por base os grupos de referência).

Portanto, nesta área de conhecimento, e segundo estes investigadores, as necessidades distinguiam-se entre demandas (solicitação do indivíduo) e ofertas (o que é oferecido).

Para estes pesquisadores duas abordagens oferecem bases para avaliação das necessidades na área dos transtornos mentais. As necessidades que devem

ser tratadas como potencialidade (possibilidade de desenvolvimento) e as apresentadas como déficit (requerem tratamento).

Entre os principais achados da pesquisa destacou-se a existência de uma associação entre necessidades e qualidade de vida. Verificou-se que os sujeitos com maiores solicitações apresentavam resultados mais baixos na qualidade de vida e que as necessidades não satisfeitas possuem maior impacto na qualidade de vida. Dessa maneira, as solicitações desses sujeitos tornam-se fundamentais de serem abordadas nos programas que focam a melhoria na qualidade de vidas dos usuários.

O resultado afirmativo que os profissionais e os pacientes avaliaram de forma diferente as necessidades não satisfeitas leva-nos a concluir que é de grande importância o perfil do profissional que realiza as avaliações.

Citando Slade et al. (1999, p.156) "necessidades e qualidade de vida é mais confiável quando avaliado pelos pacientes que por outros. A perspectiva do paciente sobre suas dificuldades deve ser o ponto central no processo de planejamento e de oferta de serviços na área da saúde mental".

No artigo apresentado por Norman (2000), as relações existente entre os sintomas psicóticos, o nível de funcionamento social e as condições de vida foram pesquisadas utilizando dois instrumentos, a Escala de Qualidade de vida (*Quality of Life Scale*-QLS) e de Bem Estar Geral (*General Well-Being* - GWB).

Os resultados relevaram que diferentes aspectos dos construtos da avaliação da qualidade de vida estão relacionados de maneira diferente com as condições clínicas e de vida dos pesquisados.

Como observado por Brockington (2000), o estudo de Norman (2000) reafirma que a QLS encontra-se mais relacionada com os sintomas negativos e o funcionamento social e a GWB com os sintomas positivos, principalmente os que se manifestam pela distorção da realidade.

Portanto, os pesquisadores expressam a falta de unanimidade nos construtos e manifestam a necessidade de se chegar a um consenso para se garantir o refinamento e a validade de novas pesquisas.

No cenário de rápidas transformações individuais e coletivas que se apresentam necessárias à adaptação do cotidiano ocidental, o entendimento dos impactos deste ritmo sobre os pacientes no seu novo *status* e estilo de vida na comunidade passaram a ditar mais fortemente o modelo e o percurso do atendimento a esta população específica.

A influência do local de tratamento na qualidade de vida de sujeitos esquizofrênicos foi investigado por Rössler et al. (1999).

Em uma análise comparativa utilizando parâmetros univariáveis os pacientes de um hospital de longa duração quando comparados a pacientes atendidos na comunidade demostraram-se menos satisfeitos em oito domínios da vida. São eles a moradia, o suporte social, a capacidade física, a amizade, o bem estar pessoal, a habilidade para relaxar, a independência e a condição da saúde.

As duas amostras demonstraram, com índices diferentes, satisfação e insatisfação nos mesmos domínios investigados na pesquisa.

Os maiores índices de insatisfação foram no casamento/companheirismo, na vida sexual, na situação financeira e na de trabalho.

Os resultados da pesquisa afirmou que pacientes atendidos na comunidade declaravam uma melhor qualidade de vida, contudo não se demonstrou que o local de moradia (*per se)* é a variável que influencia a qualidade de vida. Os investigadores sugerem que o parâmetro para definição parece estar muito mais no suporte social ofertado nos dois diferentes ambientes.

Katschnig (2000) procurou detalhar algumas variáveis que estariam diretamente relacionadas à definição do padrão da qualidade de vida de sujeitos com esquizofrenia que vivem na comunidade. O autor chama a atenção para as seguintes observações:

- na tentativa de manter a auto-estima e o bem estar, os indivíduos tendem a rebaixar as próprias expectativas na vida. Tal atitude acaba por refletir uma manifestação de satisfação na vida, quando, nas pesquisas, utilizam-se metodologias quantitativas;

• o baixo índice de escolaridade e o sexo feminino encontram-se mais consitentemente relacionados com melhor qualidade de vida nesta população;
• a vivência positiva dos afetos atua positivamente na percepção de melhor QV;
• a capacidade de controle pessoal e *empowerment* é verificada como capaz de modificar positivamente a QV;
• a percepção de situações discriminatórias é relacionada à baixa QV;
• a presença de sintomas negativos e extrapiramidais com efeitos colaterias tendem a baixar o nível da satisfação na vida;
• comparado com a população em geral, os pacientes com esquizofrenia não manifestam índices relevantes na qualidade de vida devido à sua condição de vida e de habitação.

O mesmo autor aponta para três situações que acabam por modificar negativamente a QV desses indivíduos na comunidade, quando comparados à população em geral. A primeira, diz respeito a uma maior dificuldade em detalhar e expressar as necessidades e de responderem às avaliações sobre QV; os mesmos vivenciam mais rotineiramente situações de estigmatização e por último, esses indivíduos apresentam maiores necessidades que a população saudável ao mesmo tempo que possuem capacidades pessoais e ambientais inferiores.

Para o investigador, esses pacientes são capazes de, na maioria do tempo, fazerem avaliações razoáveis da própria qualidade de vida, só ocorrendo comprometimento de tal avaliação durante os episódios psicopatológicos mais severos.

Três tipos de sintomas podem distorcer a avaliação subjetiva da QV do indivíduo esquizofrênico. São os sintomas relacionados às distorções afetivas, cognitivas e da realidade, ou seja, manifestações de delírios e alucinações, a presença de depressão e os déficits cognitivas.

Em síntese, o trabalho produziu uma avaliação positiva sobre o encaminhamento dos pacientes para o atendimento na comunidade, porém o

estudo sugere uma atenção especial na formulação dos programas e no suporte social, pois os mesmos tendem a potencializar os atendimentos.

Rosenfield (1992), com o objetivo de subsidiar as equipes de saúde mental na formulação de programas comunitários para indivíduos com transtornos mentais, principalmente os com quadros crônicos, conduziu uma pesquisa na qual concluiu que os programas que possuiam abordagem de *empowerment* e os que ofereciam atividades em que os indivíduos podiam perceber a capacidade de domínio de situações e o controle pessoal apresentavam melhores respostas na avaliação da qualidade de vida e de satisfação na vida.

Um estudo comparativo foi realizado por Kasckow et al. (2001) para a verificação da qualidade de bem estar relacionada à saúde entre dois grupos de 54 adultos, de meia e terceira idade, com diagnóstico de esquizofrenia. O estudo comparou pacientes crônicos, com longas histórias de internação, a pacientes que estavam vivendo na comunidade.

Com os resultados verificou-se que os pacientes internados apresentavam menor qualidade de bem estar relacionada à saúde, todavia nos dois grupos altos índices de sintomas positivos foram associados à baixa qualidade de bem estar relacionada à saúde.

Os pacientes com longas histórias de internação manifestaram menores índices de cognição quando comparados ao grupo que vivia em comunidade.

O estudo acima mencionado reafirmou os achados de Patterson et al. (1996) com relação a psicose na terceira idade. Quando comparados com a população que não apresentava nenhum transtorno, os pacientes com psicose pareciam perder 0.19 de bem estar/ano por apresentarem sintomas positivos severos.

Em outro trabalho publicado por Patterson et al. (1997), a auto-avaliação no funcionamento social foi verificada em indivíduos na faixa etária de 45 a 81 anos de idade com diagnóstico de esquizofrenia e em um grupo controle, na mesma faixa de idade, que não apresentava problemas de saúde.

Os resultados indicaram que, quando comparado ao grupo controle, poucos pacientes demonstravam estar enganjados em papéis sociais, eram casados, pais ou estavam inseridos no mercado de trabalho.

Entre alguns achados da pesquisa destaca-se que os indivíduos com diagnostico de esquizofrenia apresentaram o maior índice de incapacidade na vertente social/lazer. Os autores justificaram os resultados argumentando que neste domínio da vida se faz necessário habilidades interpessoais e adaptabilidade pessoal.

Para alguns grupos de pesquisadores que trabalham com a competência social de indivíduos com psicose, o treinamento nas habilidades sociais e instrumentais é fundamental para a inserção social dos mesmos no processo de desinstitucionalização (Bandeira et al., 1998; Mueser, 1998).

Para Zubin e Spring (citados em Bandeira, 1999) entre alguns fatores que criam dificuldades ao indivíduo com esquizofrenia nas relações sociais encontram-se a vulnerabilidade biológica ao estresse, os fatores ambientais (como o estresse oriundo dos eventos da vida em sociedade) e a própria alteração comportamental do indivíduo.

A literatura indica que a taxa de rehospitalização psiquiátrica desses indivíduos tende a cair com o aumento da competência social dos mesmos (Bandeira, 1999).

Contudo, a mesma autora (1993), após pesquisa realizada no Brasil com 50 indivíduos com diagnóstico de psicose, alertou os profissionais da saúde mental sobre o risco de se trabalhar uma normalização nos papéis sociais desta população. Para a pesquisadora, nos programas de reabilitação psicossocial dois pontos devem ser levados em consideração, a experiência de vida e a realidade vivida pelos mesmos.

Em 1982, Lehman et al. divulgaram o resultado de uma pesquisa na qual foi avaliada a qualidade de vida de 278 sujeitos com transtornos mentais que viviam em lares abrigados.

Entre as conclusões apresentadas destacaram-se os problemas sociais a que esta população estava sujeita (violência e acesso a drogas ilegais) e os bons indicativos do encaminhamento da população para a vida em sociedade.

Nesta mesma pesquisa, o lazer, o emprego (para quem estava empregado) e o atendimento à saúde foram os domínios da vida em que os resultados de satisfação estavam em consonância com o padrão da população americana em geral.

Ainda, no domínio do lazer, não foi verificada correlação entre os referenciais subjetivos e os objetivos. Diante deste achado, os estudiosos alertaram aos profissionais da área que o simples fato de se acrescentar atividades desta natureza no dia-a-dia desta população não é o suficiente para provocar impacto na sua qualidade de vida.

Os autores aproveitaram-se deste resultado para questionar o uso de indicadores quantitativos para inferência acerca da qualidade de vida.

Entre os pesquisadores existe um consenso, ainda que frágil, que o domínio do lazer está associado com maior satisfação nos índices de qualidade de vida da população com esquizofrenia dos países desenvolvidos (Lehman,1983;Trauer,1998).

Lehman, em 1986, apresentou o resultado de uma pesquisa comparativa da QV entre pacientes psiquiátricos crônicos de um hospital estadual e pacientes que viviam em residências comunitárias. Nos dois ambientes a maior parte dos indivíduos apresentava diagnóstico de esquizofrenia.

Os resultados da pesquisa indicaram que os maiores índices de insatisfação, em todos os domínios da vida, foram apresentados pelos indivíduos hospitalizados.

Entretanto, os indivíduos com menos de seis meses de internação apresentavam maior satisfação no domínio financeiro e de lazer, quando comparados com os indivíduos com longa permanência no hospital.

Os resultados mostraram, ainda, não haver diferença significativa na freqüência de contatos sociais e com a família entre o grupo de indivíduos hospitalizados e o grupo que vivia na comunidade.

Da mesma maneira, não demonstraram diferença significativa entre os índices de envolvimento com as atividades de lazer nas duas populações pesquisadas.

Malm et al. (1981, citados em Gupta et al., 1998) e Skantze et al. (1992) relataram o lazer como um domínio de insatisfação para a população com esquizofrenia da Suécia.

Gupta et al. (1998), quando pesquisaram a diferença na qualidade de vida entre sujeitos com esquizofrenia e sujeitos com distimia, na Índia, apontaram que o lazer está entre os domínios de insatisfação na vida dos sujeitos com esquizofrenia. Estes revelaram, também, baixa qualidade de vida nos dois grupos e diferenças significativas em determinados domínios da vida.

Os pesquisadores, anteriormente mencionados, salientam o pouco número de investigações nesta área nos países periféricos e concluiram o artigo enfatizando a necessidade de refinamento dos instrumentos, principalmente devido aos diferentes aspectos culturais.

Mesmo em países desenvolvidos, quando se realizam pesquisas com população que apresenta transtornos mentais severos e que vive com um poder aquisitivo abaixo da média, observa-se que esta condição financeira modifica os resultados tradicionalmente aceitos para estes países.

Foi o que se demonstrou nos trabalhos apresentados por Sullivan et al. (1991) em um estudo dos reflexos subjetivos da qualidade de vida em circunstâncias de pobreza no estado americano do Mississippi. A amostra foi constituida de 101 adultos com idade média de 35 anos, na sua maioria homens e negros, que viviam em áreas rurais e com a família.

A amostra apresentou maior índice de insatisfação nos domínios finaceiro e de vida social.

Quando estes resultados foram comparados com os apresentados por Lehman em estudo realizado em Los Angeles e no estado de Maryland, os indivíduos do estudo no Mississippi demostraram maior satisfação em todos os domínios, salvo no setor financeiro.

Os investigadores salientaram que mesmo com as condições mínimas de vida oferecidas à amostra no Mississipi verificou-se uma relativa satisfação subjetiva nos domínios da moradia, da saúde e na vida em geral.

Uma hipótese levantada para explicar este resultado foi o fato destes indivíduos estarem vivendo com as famílias. As condições emocionais e de suporte social-instrumental encontradas nas famílias foram destacadas como os possíveis fatores de influência dos indicadores positivos.

Outra hipótese investigada para o resultado acima mencionado foi a condição de moradia em área rural desta população. Contudo, ao se compar os resultados com estudos semelhantes em cidades com mais de 100.000 habitantes não foram encontrados resultados significativos.

Na conclusão do trabalho Sullivan et al. (1991, p. 754) declaram que "os resultados da nossa pesquisa sugerem que pessoas com severos transtornos mentais que vivem em ambientes com relativa baixa carga de estresse, e em famílias estruturadas, estão satisfeitos com sua qualidade de vida, mesmo quando eles são pobres".

A investigação apresentada por Koivaumaa-Honkanen et al. (1999), na qual se comparou, na Finlândia, a satisfação na vida e fatores relacionados ao tratamento de saúde em grupos com esquizofrenia (n=403), com depressão maior (n=349) e com transtorno de ansiedade (n=139), revelou que o nível de satisfação na vida é baixo entre os três grupos de pacientes pesquisados, porém, os grupos apresentaram um alto grau de satisfação em relação ao tratamento.

Mesmo registrado-se uma frágil associação entre satisfação na vida e satisfação no tratamento houve evidência de forte associação entre alguns fatores do tratamento e de satisfação na vida, a depressão tendo sido citada como uma das variáveis importantes nesta associação.

Com base nos resultados foi declarado que os indivíduos, indiferente do grupo pesquisado, que apresentavam maior insastifação na vida possuíam uma pior visão de seu próprio tratamento, mas havia por parte desses mesmos indivíduos uma maior demanda pelos mesmos.

O grupo de sujeitos com esquizofrenia obtiveram os melhores índices de satisfação na vida, quando comparados com os outros dois grupos de pacientes. Entretanto, quadros da pesquisa demonstraram que os indivíduos com esquizofrenia apresentaram menores índices na área da formação educacional, na capacidade objetiva no trabalho, na capacidade financeira, na auto-avaliação da saúde, no funcionamento psicossocial e um maior índice nas taxas de hospitalização.

Estes resultados reafirmaram que, socialmente, ao relacionar a condição de saúde em que se vive aos transtornos mentais os indivíduos acabam por estar mais expostos a situações de estigmatização e, conseqüentemente, tal fato acaba por empobrecer a qualidade de vida dos mesmos.

Uma pesquisa comparativa de QV foi realizada na Polônia, por Konieczynska (1995), com 53 pacientes com esquizofrenia e 12 com depressão que se encontravam em três diferentes momentos de tratamento, ou seja, em hospitalização, em hospital-dia e na unidade de reabilitação.

Os resultados das avaliações que foram realizadas antes e após o tratamento farmacológico e de reabilitação indicaram que os indivíduos esquizofrênicos apresentaram uma melhor percepção de sua qualidade de vida, quando comparados com os sujeitos com depressão. Verificou-se, também, que os sujeitos com esquizofrenia que se encontravam em fase de hospitalização continuavam percebendo melhor a qualidade da própria vida, mesmo após os tratamentos.

A exploração da associação entre qualidade de vida e o domínio do lazer sugere algumas observações. Pela revisão da literatura é possível rastear a presença do lazer na vida desta população, todavia, a literatura é escassa e as informações levantadas não conseguem detalhar dados relevantes para o

completo entendimento do valor do lazer na qualidade de vida destes sujeitos que passaram a viver na comunidade.

Verifica-se que questões metodológicas para coleta dos dados encontram-se entre os fatores que provocam a redução das investigações. Por outro lado, e dentro do universo de variáveis que podem influenciar esta recolha, encontra-se a capacidade mental destes indivíduos em responder aos métodos das pesquisas.

Lehman (citado em Rössler, 1999, p. 52), como Katschnig (2000), afirma que "apesar de se verificar existência de uma alta correlação entre a qualidade de vida global e saúde mental, os resultados de análise multivariáveis da qualidade de vida não foram significativamente alterados quando retirados os efeitos psicopatológicos".

Por conseguinte, é provável que o impacto dos sintomas psicopatológicos resulte em uma pobre qualidade de vida para as pessoas com transtornos mentais, mas não impeça que os mesmos forneçam informações confiáveis.

Contudo, Simmons (1994) chamam a atenção para pontos metodológicos a serem observados na coleta dos dados com o propósito de se resguardar a confiabilidade das informações. Para estes pesquisadores a avaliação deve ser baseada em depoimentos pessoais, o método de avaliação deve possuir algumas orientações para a condução da entrevista, as informações dos entrevistados devem ser traduzidas em pontuações e deve-se manter a dimensão objetiva na avaliação.

Desta maneira, a mensuração da QV e os respectivos valores creditados pelos indivíduos aos diferentes domínios da vida podem fornecer dados relevantes para a elaboração de programas.

Entre alguns fatores que podem influenciar a nomeação de determinadas práticas como categorias específicas de um determinado domínio da vida estão, como já referido, as metodologias para a coleta dos dados e os fatores culturais e educacionais da população pesquisada.

Um trabalho de Dickerson et al. publicado em 1998, sobre a dimensão subjetiva da QV das pessoas com esquizofrenia atendidas na comunidade,

relevou que, para a população estudada, a satisfação na vida não está relacionada com as condições do meio ambiente e que estes sujeitos podem não ser sensíveis às mudanças objetivas.

Portanto, a super valorização da dimensão subjetiva nessa população passa a ser relevante em um domínio da vida onde a objetividade se faz bastante presente, como no caso do lazer e da atividade física.

O refinamento do entendimento sobre os diversos domínios da vida dos sujeitos com transtornos mentais possibilita detalhar as potencialidades e as deficiências que emergem na eleição e na participação dos sujeitos em determinadas atividades.

Em 1995, Halford et al. publicaram um artigo relatando uma pesquisa realizada com 22 pacientes psiquiátricos que estavam participando de um programa psicoeducacional de 14 semanas e que continha como conteúdos o treinamento das habilidades sociais, de vida diária e de lazer, a auto-administração de medicamentos e de sintomas mais o controle da ansiedade e da depressão.

Entre os principais resultados apresentados estava a redução dos sintomas psicopatológicos e a melhoria da QV durante o programa.

Huxley (1998), em um estudo comparativo entre as sub-categorias utilizadas para se avaliar a relação entre QV e funcionamento social em uma população com transtorno mental que vivia na comunidade relatou que o andar de ônibus ou carro (exceto quando era para ir ao trabalho) foi associado a vida independente e a recreação.

No mesmo trabalho, verificou que possuir um outro familiar em casa foi associado a um menor distanciamento social e à recreação e que bem-estar no lazer foi associado a um melhor funcionamento em recreação e bem-estar na saúde foi associado a uma ativa participação social e a vida independente.

Ou seja, estes resultados revelam a complexidade em se restringir antecipadamente nas pesquisas as atividades por domínios da vida ou com base nas terminologias utilizadas nos restritos ambientes acadêmicos.

Dickerson et al. (1997), ao investigarem o déficit de *insight* em relação ao próprio transtorno entre 87 pacientes esquizofrenicos e esquizoafetivos que estavam vivendo na comunidade e participando de programas de lares supervisonados, concluiram que 49.5% dos indivíduos pesquisados possuíam déficit moderado e 24.2% apresentavam déficit severo-moderado a severo.

Os autores declararam, ainda, que naquela amostra as taxas de déficit estavam inversamente relacionadas aos resultados obtidos na escala de funcionamento social, uma vez que a variável utilizada no funcionamento social era a freqüência com que os pacientes participavam das rotinas sociais (visita a amigos ou praticando esporte).

Num estudo exploratório realizado com dependentes químicos na cidade de Belo Horizonte, Borges et al. (1999) investigaram a relação que a pessoa dependente de droga estabelece com a atividade física.

As razões expostas entre os que praticavam alguma atividade física/esporte foram, por ordem de interesse, o preparo físico, o prazer, a saúde, o lazer, o bem-estar, a terapia, a vaidade, o evitar o uso de drogas, a facilidade de acesso e o trabalho que envolve a atividade física.

Os participantes, quando questionados sobre o interesse em participarem deste tipo de prática, nomearam como os principais motivos as características do esporte e a integração social. De forma isolada foram citados o desenvolvimento de habilidades, a fuga da realidade, as vivências de práticas anteriores e a proteção.

Questões motivacionais, como as anteriormente mencionadas, e vários outros indicadores que compõem a participação do lazer na qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais demandam o aprofundamento de mensuração e de entendimento para o desenvolvimento qualitativo dos programas.

São várias as variáveis e suas interrelações que necessitam de pesquisas com maior rigor científico a serem conduzidas por equipes da Atividade Física Adaptada. Como exemplo pode-se nomear a influência da dimensão subjetiva e objetiva na eleição por uma atividade recreativa, as implicações nas relações

pessoais pela vivência de sucesso/insucesso na prática de uma modalidade esportiva e a percepção do impacto do transtorno na opção de lazer de determinado grupo.

Sartorius (1992) quando escreveu sobre reabilitação e qualidede de vida chamou a atenção de como, na maioria das vezes, a academia e a mídia colocam em lados opostos o trabalho e o lazer. Para a autora existe, nestes ambientes, uma valorização na oposições destas *praxis* e não no intercâmbio entre as mesmas.

A autora critica, ainda, o pouco reconhecimento social às pessoas que sabem utilizar bem o tempo dedicado ao lazer e o pouco investimento em ensinar os indivíduos a desfrutarem do trabalho e, até mesmo, de relaxarem durante tal atividade.

OBJETIVOS

Como observado ao longo da revisão da literatura, a pouca consistência dos conhecimentos científicos sistematizados até o momento no campo de encontro da qualidade de vida, do lazer, do esporte e da atividade física das pessoas com transtornos mentais (psicose e neuroses grave), a fragilidade dos processos e das lógicas científicas gerados nessa área, as raras experiências de programas desta natureza nos serviços públicos de saúde, bem como o escasso instrumental em língua portuguesa que garanta a reprodução de estudos científicos desta linha de investigação tem impedido o pleno desenvolvimento de programas com base técnica-científica da AFA com esta população específica.

Com a produção e o refinamento de dados científicos procura-se potencializar o aumento quantitativo de programas de lazer, esporte e de atividade física para esta população e aprofundar qualitativamente a implantação e opercionalização de programas nos quais as singularidades individuais e dos grupos sejam mais respeitadas. Uma vez que no centro destes conhecimentos estão os desejos e as expectativas dos sujeitos e as demandas apresentadas pelo meio social no qual os mesmos vivem.

As investigações científicas propõe, ainda, apresentar subsídios para o desenho e desenvolvimento de programas que contribuam para o pleno exercício de cidadania dos participantes.

Desta maneira, para a tomada de decisão sobre a implantação de um programa público de lazer, esporte e atividade física para pessoas com psicose e neuroses graves participantes do Programa "Centro de Convivência" da Prefeitura de Belo Horizonte e do perfil de atendimento a ser construído pelo mesmo, torna-se necessário o conhecimento do atual estágio da qualidade de vida desses sujeitos e a investigação sobre a existência de variáveis de influência do lazer, do esporte e da atividade física na formação do padrão dessa qualidade de vida.

Na perspectiva de se refinar as variáveis de influência acima mencionadas deve-se identificar e pesquisar as variáveis da rede social, das funções

intrapsíquicas e interpessoais, bem como do nível ocupacional, na autoconfiança, no reconhecimento de habilidades e na interação com outras pessoas no domínio do lazer.

MATERIAL E MÉTODO

1– Amostra

Entre os meses de Fevereiro e Junho de 2003 foram pesquisados 256 indivíduos adultos, de ambos os sexos, inscritos no Programa "Centro de Convivência", da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte.

O serviço atende indivíduos com diagnóstico estrutural de psicose ou neuroses graves e no prontuário do usuário são registrados os diagnósticos psiquiátricos de acordo com o Código Internacional de Doenças – versão 10.

Foram investigados usuários de quatro Centros de Convivência dos nove em funcionamento naquele semestre.

Todos os participantes da pesquisa faziam uso regular de medicação controlada, independente dos sub tipos e da presença ou ausência de sintomatologia psicótica florida, com ou sem necessidade de hospitalização.

2 – Material

2.1 – Instrumentos

Os instrumentos selecionados para a coleta dos dados da pesquisa foram a Escala de Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia: QLS.BR (*Quality of Life Scale*), a Percepção de Liberdade no Lazer: PLL (*The Leisure Diagnostic Battery*) e o Questionário de Dados Sóciodemográficos e de Lazer: QSL.

Os dados que dizem respeito ao diagnóstico e a data de inscrição no serviço foram coletados pelo prontuário do usuário nos Centros de Convivência ou nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs).

Houve o registro escrito de respostas e observações que ocorreram ao longo das 256 entrevistas.

A escolha dos instrumentos esteve ancorada em três princípios gerais: capacidade de análise quantitativa dos dados coletados, capacidade de coleta de dados objetivos e subjetivos e de se ter a qualidade de vida como pilar.

A partir de tais princípios definiu-se pela montagem de um conjunto de instrumentos, já referidos.

A revisão de literatura indicou que a avaliação da qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais demandava instrumentos específicos; por sua vez o fato de se estar investigando uma população com histórico de surto psicótico optou-se pela especificidade direcionada à população com esquizofrenia. Por outra vertente de análise, buscou-se material com capacidade de coleta subjetiva (entrevista semi-estruturada), que já havia demonstrado confiabilidade e reprodutividade internacional, bem como com validação para o Brasil.

Para a avaliação do domínio da atividade física, esporte e lazer definiu-se por instrumentos capazes de coletas de dados subjetivos e objetivos.

Portanto, investigou-se, primeiramente, instrumentos nos quais a percepção subjetiva fosse o foco avaliativo e que, ao mesmo tempo, possibilitassem aprofundar a intercessão desse domínio da vida com outros avaliados pelo instrumento da qualidade de vida. A capacidade de confiabilidade e reprodutividade foi também avaliada para a definição do conjunto a ser utilizado.

Para a coleta dos dados sóciodemográficos e de rotina de atividades físicas, esporte e lazer optou-se por formatar um questionário único com capacidade de entrada de resposta afirmativas e negativas, bem como respostas objetivas.

QLS-BR – **anexo 1**

A Escala de Qualidade de Vida – QLS foi desenvolvida em 1984, por Heinrich et al, com validação e adaptação transcultural para o Brasil por Cardoso, em 2002.

O QLS.BR é composto de 21 itens, como a originalmente desenhada, e a aplicação é realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada. A escala foi aplicada em população hospitalizada e vivendo em comunidade.

O instrumento está dividido em 3 partes: informações gerais, roteiro da entrevista e ficha de coleta dos dados. Estão no conteúdo da escala a rede social (relações familiares, relações íntimas, amizades ativas, atividades sociais, rede social, iniciativa social e afastamento social), o nível ocupacional (funcionamento ocupacional, nível de realização, sub-emprego, satisfação ocupacional, utilização do tempo), as funções intrapsíquicas e relações interpessoais (relações afeto-sexuais, sentido de objetivos, curiosidade, objetos comuns, atividades comuns, empatia, interação), e a escala global (motivação, anedonia) fechando os 21 itens (Cardoso, 2002).

No estudo dos autores da escala QLS, a confiabilidade no conjunto das entrevistas ficou entre 0.84 e 0.97 e nos itens individuais dentro das classes, a correlação ficou entre 0.5 e 0.9 (Lehman, 1996).

No estudo de validação e adaptação brasileira a amostra foi constituída de 123 pacientes esquizofrênicos atendidos no serviço de urgência (SERSAM) da cidade de Divinópolis-MG. Os resultados foram os seguintes: alfa Cronbach para a escala global de 0,94, a consistência interna obteve alfa igual a 0,88/0,93/0,86 para três fatores indicados pela análise fatorial e a confiabilidade teste-reteste para a avaliação da estabilidade temporal teve uma correlação de 0,85 (Cardoso, 2002).

PLL – **anexo 2**

A segunda escala utilizada nesta pesquisa visa o aprofundamento dos dados em um domínio específico da vida: o lazer. A escala utilizada é denominada Percepção de Liberdade no Lazer – Escala Reduzida – Versão B *(Perceived Freedom in Leisure, Short Form – Version B – LDB).*

O instrumento foi desenvolvido por Witt e Ellis como parte do *Leisure Diagnostic Battery* e patenteado em 1989. Atualmente, os direitos autorais da escala estão sobre o controle da Venture Publishing, Inc.

A versão reduzida foi desenhada para aplicação em adultos e foi validada, nos Estados Unidos, para utilização com população especial, ou não. O conteúdo do instrumento possui uma abordagem eminentemente subjetiva com relação às atividades recreativas e de lazer.

A versão reduzida - B, está composta de 3 partes: na primeira parte encontra-se o cabeçalho com as instruções; a segunda parte contém 25 afirmativas; a última parte está composta pelas âncoras de respostas, a serem marcadas como correspondentes das afirmativas.

O coeficiente *alpha* de confiabilidade da escala aplicada em uma população portadora de deficiência com n = 116 foi de 0.88, com indivíduos gagos foi de 0.90 e com estudantes de uma escola politécnica foi de 0. 88 (Witt, 1989).

O processo de tradução, adaptação e confiabilidade deste instrumento para a língua portuguesa será pormenorizado à frente neste capítulo.

QSL – **anexo 3**

Para a coleta dos dados sociodemográficos e de lazer da presente pesquisa foi aplicado um questionário composto de três partes.

Na primeira delas são apresentadas 08 perguntas sobre o perfil sociodemográfico do indivíduo, na segunda parte são realizadas perguntas sobre a participação em atividades de lazer nas seguintes áreas: trabalhos manuais, atividade social, esporte, atividade física, jogos de salão. Na última parte investiga-se sobre a finalidade da ida ao Centro de Convivência, a função, o desejo e a importância da prática da atividade física, bem como informações sobre história de internação em hospital ou clínica psiquiátrica.

2.2 – Projeto Piloto

A primeira parte do Projeto Piloto iniciou-se com a tradução, a aplicação e a análise semântica da Escala de Percepção de Liberdade. Os resultados desta fase serão apresentados dentro dos procedimentos específicos do instrumento.

Nos meses de Julho e Setembro de 2002 um estudo de campo foi realizado, aplicando-se os três instrumentos.

Os sujeitos participantes deste trabalho eram 60 usuários adultos, de ambos os sexos, atendidos pelo serviço público de saúde mental do município de Belo Horizonte, MG, Brasil: em tratamento ambulatorial (20 indivíduos) do Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-Clínica de Psicose) e participantes do programa de treinamento ocupacional para indivíduos com sofrimento mental (40 indivíduos) - do Centro de Convivência Cézar Campos (CC).

Os resultados obtidos nesta primeira fase da investigação de um método para verificação da interdependência entre atividade física, como lazer, e a qualidade de vida de usuários de um serviço público substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos indicou as seguintes características da amostra:

Características sócio demográficas

O grupo pesquisado apresentou idade média de 39.28 (mediana de 39,5), variando de 22 a 67 anos, com percentual maior de usuários do sexo masculino (55,7%). A escolaridade dos sujeitos foi correspondente a 45% de indivíduos com o primeiro grau (1° grau) incompleto, seguido de terceiro grau completo (3° grau) com 11,7% e 10% de primeiro grau (1° grau) completo.

Os indivíduos solteiros corresponderam a 67,2% da amostra, seguido de casados (18%), sendo que a maioria (83,6%) vive com familiares e os que vivem sozinhos representam 11,5%. Os dados correspondente à condição de renda dos indivíduos indicou que dos 60 participantes da pesquisa, os que possuem renda

própria são 32 sujeitos (53,33%), desses 52,5% apresentam a seguinte distribuição na forma de proventos: aposentadoria - 36,7%; licença médica - 16,7% e trabalho forma - 16,7%.

A opção pela religião católica prevaleceu entre os pesquisados com 47,1%, seguida da opção evangélica - 35,3%.

Características clínicas

Dos participantes da pesquisas 64,4% possuíam história de internação. Na amostra do HC, que foram 20 indivíduos, 34,4% estiveram internados e dos 40 indivíduos que freqüentavam o Centro de Convivência 65,6% já passaram pela vivência de internação psiquiátrica.

A amostra pesquisada apresentou a seguinte distribuição de transtornos pelo Código Internacional de Doenças (CID-10):

- esquizofrenia, esquizotípicos e delirantes: 65,4%, sendo 50,7% com diagnóstico de esquizofrenia e 8,2% com transtorno delirante persistente;
- transtorno do humor: 19,6%, sendo 14,8% apresentando transtorno afetivo;
- os transtornos por uso de substâncias psicoativas, transtornos neuróticos, estresse, somatoformes e por deficiência mental apresentaram o mesmo percentual de 3,2%.

Houve uma perda de 4,9% na definição do diagnóstico (o diagnóstico não estava disponível no serviço).

Características do lazer

Dos 60 indivíduos pesquisados 47,5% declaram fazer algum tipo de trabalho manual, sendo o bordado (27,9%) o mais comum, seguido pela tapeçaria (14,8%). A investigação na categoria arte indicou que dentro dos 60 indivíduos pesquisados, 55,7% praticam algum tipo de arte, sendo que dessa amostra o

desenho (18%) foi o tipo mais declarado, seguido pela escultura com 16,4%. A prática de atividade física foi declarada por 1,7% dos sujeitos pesquisados.

A aplicação do PLL indicou uma média de 2,2 (na escala de 1 a 5 âncoras) para a percepção de liberdade no lazer e de 2,30 (na escala de 6 pontos) de avaliação da qualidade de vida (QLS-BR).

Como apresentado, os indicadores recolhidos do projeto piloto possibilitaram uma análise descritiva, um estudo estatístico básico dos dados gerados, bem como um refinamento nos procedimentos, tanto institucionais como individuais das escalas.

Portanto, com os resultados fiáveis obtidos e com as principais adaptações dos procedimentos confirmadas estabeleceu-se confiança para se investigar uma população com características sociais, clínicas e de lazer semelhante.

3 – Método

Com as conclusões obtidas no projeto piloto garantiu-se a utilização deste conjunto de instrumentos, com seus protocolos devidamente adaptados, como um método para se verificar a influência da atividade física, na sua vertente de lazer, na qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais usuários do Serviço Substitutivo de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte.

Seguem-se abaixo a descrição dos protocolos de aplicação e procedimentos devidamente ajustados à língua portuguesa e adaptados às características sócio demográficas, clínicas e de lazer da população, bem como os procedimentos estatísticos que asseguram a investigação quantitativa do método.

Complementando a apresentação dos protocolos serão discutidas as principais variáveis que emergiram, tanto no Projeto Piloto como na pesquisa de campo, na constituição deste método para a associação entre lazer e qualidade de vida de indivíduos com psicose ou neuroses graves.

A discussão do método objetiva esclarecer os pontos fortes e frágeis do mesmo, como também criar subsídios para reprodutividade do conjunto dos instrumentos.

3.1 – Procedimentos institucionais

A entrevistadora antes do início da coleta dos dados teve acesso ao artigo da adaptação transcultural da QLS-BR e manteve um agendamento com a responsável pela adaptação, no qual foram discutidas as principais fragilidades e dificuldades da aplicação dessa escala.

A *Venture Publishing, Inc* ao autorizar, formalmente, a utilização da escala PLL para essa pesquisa acadêmica encaminhou o manual do usuário e o modelo da escala à entrevistadora.

O QSL foi formatado seguindo o modelo de outros questionários que possuem o mesmo objetivo, além de se ancorar na estrutura das possibilidades de respostas culturais dos dados específicos.

A pesquisa foi apresentada e discutida com os responsáveis pelos Serviços de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: coordenação geral, coordenação distrital, e coordenações dos Centro de Convivência participantes da pesquisa. No ambulatório do HC – Clínica de Psicose, o projeto foi apresentado ao setor de pesquisa do hospital e ao comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais.

Em seguida às aprovações administrativa, ética e técnica das instituições, foi reservado tempo, na reunião mensal com os familiares e usuários do programa, para apresentação, debate e perguntas sobre a pesquisa.

No ambulatório do HC-Clínica de Psicose houve apresentação da pesquisa e da entrevistadora aos residentes em psiquiatria que são responsáveis pelos atendimentos no ambulatório.

3.2 – Procedimentos de esclarecimentos

Antes do início da entrevista o entrevistado foi, adequadamente, informado sobre o objeto e os objetivos da aplicação dos instrumentos, e sobre o destino dos dados a serem obtidos.

Uma vez aceita, voluntariamente, a participação na pesquisa, uma situação de privacidade para a aplicação dos instrumentos era buscada. A atitude privilegiada de sigilo foi mantida em todas as entrevistas da pesquisa.

No primeiro momento da entrevista foram fornecidas informações, tais como o nome das instituições envolvidas na pesquisa, uma breve apresentação da entrevistadora e o comunicado de que todas as dúvidas referentes à aplicação e aos dados obtidos poderiam ser esclarecidas a qualquer momento da entrevista.

O Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado quando o entrevistado se sentia o suficientemente esclarecido em relação ao objeto e objetivos da pesquisa, aos procedimentos operacionais da coleta dos dados e dos riscos e benefícios envolvidos naquele procedimento.

O nome completo dos indivíduos analfabetos foram escritos, pela entrevistadora, abaixo da linha de assinatura.

3.3 – Procedimentos gerais

Os instrumentos foram aplicados seguindo as instruções dos mesmos e as pequenas adaptações que se fizeram necessárias serão abordadas nos procedimentos específicos de cada instrumento.

Uma mesma entrevistadora foi responsável pela aplicação de todos os instrumentos, em um mesmo indivíduo e em todos os Centros de Convivência, bem como no projeto piloto.

A seqüência da aplicação dos instrumentos obedeceu à seguinte ordem, em todas as coletas: QSL, PLL e QLS-BR.

Durante o projeto piloto no Centro de Convivência optou-se por aplicar as escalas, num primeiro momento, em duas etapas: no primeiro dia aplicou-se o QSL e o PLL para em um segundo dia aplicar o QLS-BR. Tal procedimento foi mantido até a trigésima quarta coleta das quarenta efetuadas naquele local. No ambulatório do HC – Clínica de Psicose, as vinte coletas foram feitas em uma única etapa.

Foram avaliadas, após o projeto piloto, as aplicações em uma e duas etapas e optou-se, para o estudo final, a aplicação em etapa única. Tal decisão foi tomada com base na boa qualidade de adesão e confiança dos pesquisados à entrevista.

O número máximo de aplicação foi de seis entrevistas diárias, com um tempo médio de quarenta e dois minutos por entrevista.

3.4 – Procedimentos do Questionário Sócio demográfico e de Lazer

Na aplicação do QSL os dados demográficos, educacionais e familiares foram primeiro coletados para então abordar a rotina dos mesmos no tocante aos trabalhos manuais/arte e atividades sociais. As informações sobre a "freqüência", "com quem" e "local" que realizavam essas atividades eram pesquisadas na seqüência à nomeação da atividade pelo entrevistado.

Em seguida foi investigada a finalidade da ida dos sujeitos ao Centro de Convivência.

As investigações sobre a prática de modalidades esportivas, atividades físicas e jogos de salão centraram-se na existência de atividades dessa natureza no cotidiano de vida destes sujeitos, bem como no detalhamento de "freqüência", "com quem" e "local" que praticavam tais atividades. Para os indivíduos que declaravam praticar algum tipo de atividade física era solicitado declarar qual era a finalidade de tal prática.

Por outro lado, para os sujeitos que declaravam não praticar qualquer atividade física era perguntado se o mesmo queria praticar e se achava importante praticar.

No projeto piloto, para além do questionamento sobre as atividades de lazer praticadas e relatadas como lazer pela população mineira, havia campos específicos, no QSL, em cada sub-área, para coleta de informações referentes a qualquer outra atividade entendida pelo sujeito como lazer naquela sub-área.

Com base nas informações do projeto piloto definiu-se por utilizar, na coleta final dos dados, a nomeação pela entrevistadora das sub-áreas do lazer: trabalhos manuais/arte, atividades sociais, modalidades esportivas, atividades físicas e jogos de salão, mas coletar as atividades nomeadas pelos entrevistados como lazer em cada uma das sub-áreas pesquisadas.

O procedimento de se repetir as perguntas até três vezes no QSL foi utilizado, quando se mostrou necessário, para melhor compreensão das mesmas. Este procedimento foi, também, testado no projeto piloto.

O projeto piloto indicou a necessidade de se adaptar parte das perguntas básicas nas respectivas sub-áreas no referencial temporal das práticas. Alterou-se de: Você participou de alguma atividade social nas últimas quatro semanas para nas últimas oito semanas, devido às dificuldades, no que diz respeito a localização temporal, demonstradas pelos participantes para determinadas práticas de lazer.

3.5 – Procedimentos da Escala de Percepção de Liberdade no Lazer

Tradução e adaptação do PLL

O primeiro passo técnico iniciou-se com o trabalho sendo feito por uma tradutora, com experiência em trabalhos acadêmicos na área da saúde, passando para reuniões com especialistas bilíngües para revisão da tradução. O grupo de especialistas foi assim organizado: dois doutores em Educação Física (psicologia e fisiologia do esporte), um doutorando em Lazer, uma enfermeira da área da

Saúde Mental e professora de Educação Física e uma psicóloga doutora da Psicometria.

Com o primeiro consenso entre os especialistas, uma nova tradutora, bem como a que havia feito a primeira tradução, reuniram-se para ajustarem as observações e as sugestões propostas pelo grupo de especialistas.

Após os devidos ajustes, lingüístico e técnico, foi realizado um trabalho de campo para elaboração de uma análise semântica do instrumento com a participação de 15 indivíduos de ambos os sexos (05 com transtornos mentais; 05 com escolaridade até o segundo grau completo e 05 estudantes universitários).

Diante das modificações de significação terminológica sugerida pelo resultado da análise semântica, os tradutores e especialistas reavaliaram as adaptações e encaminharam-nas para a retrotradução.

A terceira tradutora, que possuía o idioma inglês como língua nativa, produziu a retrotradução, que foi mais uma vez verificada, analisada e liberada para utilização pelos especialistas bilíngües, tradutoras e por uma revisora de português.

A alteração terminológica de maior destaque no instrumento PLL, no processo de adaptação para a pesquisa, foi a utilização da expressão "atividades de lazer" em substituição a "atividades recreativas" que existe na segunda parte do instrumento, ou seja, nas afirmativas.

Aplicação do PLL

A escala PLL está estruturada em um modelo de 05 âncoras de resposta "(Concordo Completamente, Concordo, Não Concordo Nem Discordo, Discordo, Discordo Totalmente)".

O manual da escala indicava duas possibilidades de resposta: respondida pelo próprio punho do participante da pesquisa ou de ser lida e a resposta marcada pela entrevistadora. Optou-se pelo segundo procedimento, devido à baixa condição educacional dos entrevistados.

Na análise dos procedimentos do projeto piloto verificou-se que as afirmativas seriam lidas até três vezes, com espaçamento de tempo entre as mesmas e, quando necessário, a afirmativa seria transformada em pergunta, como por exemplo: afirmativa "2 – Conheço muitas atividades de lazer divertidas " em forma interrogativa ficou com a seguinte construção – "Você conhece muitas atividades de lazer divertidas?" – a opção interrogativa seria utilizada entre as três leituras como forma de subsídio para a reflexão do conteúdo.

Outro procedimento utilizado na aplicação desse tipo de escala e com uma amostra com as características acima mencionadas refere-se à inversão da ordem da leitura das âncoras de respostas a cada "x" frases lidas. Esse recurso técnico, com inversão a cada três afirmativas, foi adotado ao longo das aplicações do PLL.

3.6 – Procedimento da Escala de Qualidade de Vida - QLS - BR

A aplicação da QLS-BR seguiu, rigorosamente, as instruções do instrumento. Para a coleta dos dados o instrumento oferece um roteiro básico de perguntas (entrevista semi-estruturada), no intuito de direcionar e explorar os temas com objetividade e segurança, além de uma ficha de anotação da avaliação.

Após a avaliação de cada item específico circula-se, na ficha de anotação, o resultado do item avaliado dentro de uma escala de 0 a 6 pontos, sendo a pontuação 6 representativa do melhor funcionamento. Dois tópicos possuem um ponto diferenciado para situações extremas: relações familiares e satisfação ocupacional.

Na aplicação reforçou-se o período de três semanas como marco temporal de referência para os tópicos avaliados pelo sujeito, indiferente do local onde o indivíduo se encontrava (internado, na rotina do hospital-dia, em casa de familiares, em casa própria ou em qualquer outra condição de moradia).

3.7 – Procedimentos estatísticos

A análise estatística iniciou-se com uma descritiva dos dados de cada um dos instrumentos (QSL, PLL e QLS-BR). Para as variáveis contínuas, como a idade, foi calculada a média. Já para as variáveis categóricas foram calculadas as freqüências com sua respectivas porcentagens.

Ainda, dentro da análise descritiva, foram realizados cruzamentos tanto entre variáveis do mesmo instrumento quanto entre variáveis de instrumentos diferentes. Para tais cruzamentos foram montadas tabelas de contingência.

Com o objetivo de comparar proporções dentro dos grupos da tabela de contingência foram realizados testes de hipóteses para testar afirmações sobre a diferença entre duas proporções populacionais. O teste utilizado foi o Exato de Fisher.

O nível de significância utilizado foi de 5%.

As análises foram realizados nos *softwares Statistical Package for the Social Science* (*SPSS*) versão 11.5 e *StatXact* versão 5.

4 – Discussão do Método

O enquadramento lingüístico e metodológico dos instrumentos para se investigar a influência do lazer na qualidade de vida dos sujeitos com síndromes psicóticas nos países de língua portuguesa confronta-se, neste momento histórico, com questões gerais, nomeadamente a falta de consenso científico de padronização internacional das variáveis relevantes, tanto no campo do lazer, como no da saúde mental, para se garantir tal objetivo de pesquisa, além de existirem escassas e pouco profundas investigações na população geral de vários desses países, o que ocasiona o enfraquecimento dos valores culturais e lingüísticos que melhor sustentem a avaliação de uma população específica.

A opção de ordem da aplicação (QSL, PLL e QLS-BR) ancorou-se na estratégia de se partir dos dados objetivos para os subjetivos e do específico para

o geral. Esse procedimento foi fator facilitador na formação do vínculo entre a entrevistadora e os entrevistados, ofereceu subsídios à entrevistadora no aprofundamento das questões relacionadas à área específica do lazer, relacionamento social e nos demais domínios da vida que são abordados no QLS-BR, bem como colaborou na sistematização economia do tempo das entrevistas.

Como fator positivo da aplicação em etapa única, verificou-se uma agilização temporal na coleta dos dados e uma menor possibilidade de perda dos dados, uma vez que, garantida a aplicação de todos os instrumentos em um único procedimento, vê-se diminuir o risco do não retorno do usuário ao serviço para uma segunda etapa.

Ao se levar em consideração que parte dessa população apresenta a paranóia como uma das características do transtorno, ou mesmo, que muitos desses indivíduos declararam-se massacrados, em sua história de vida, por exames e testes, a aplicação em etapa única facilitou o vínculo de confiança, necessário a uma boa entrevista.

Durante as entrevistas foi observado que os usuários recém inscritos nas oficinas apresentavam uma maior lentidão para responderem às perguntas e maior desconfiança quando abordados para participarem da coleta.

A dinâmica desenvolvida pela aplicação desta ordem dos instrumentos, muitas vezes, mobilizou nos sujeitos pesquisados sentimento de nostalgia, saudosismo e um balanço mais refinado com relação às próprias atividades, passadas e atuais, relacionadas ao lazer e à atividade física, e que foram alteradas com a eclosão do transtorno.

Nessa mesma direção de análise observou-se, também, uma mobilização desse balanço no tocante ao número e à qualidade dos contatos sociais passados e recentes.

A ordem adotada na aplicação dos instrumentos apontou, ainda, para o fato de que ao se iniciar a coleta a partir de dados objetivos, como os do QSL, auxiliou aos indivíduos a refletirem sobre várias atividades cotidianas, que lhe ofereciam prazer e que acabaram por ocupar um lugar de divertimento, relaxamento,

convívio social, reflexão do existir, entre outros sentimentos e possibilidades, que estão relacionados diretamente aos objetivos do lazer na condição humana contemporânea.

A expressão de sentimentos dessa natureza, muitas vezes, reverteu-se em uma verbalização de respostas mais demoradas e com maior solicitação de análise para enquadramento nas grades de respostas dos três instrumentos.

A utilização deste método investigativo demandou disponibilidade emocional do tempo (paciência) tanto dos participantes da pesquisa quanto da entrevistadora.

Na organização do tempo de aplicação dos instrumentos foi observada maior dificuldade de coleta durante as oficinas que têm produção coletiva, como o caso da música e da percepção rítmica, pois os usuários ao retornar à oficina encontram-se desengajados da produção do dia, o que acabou por dificultar a participação desses usuários na pesquisa.

Existiram dois fatores de contigência (temporal e de avaliação) nas entrevistas, a fragilidade clínica momentânea do participante e a incapacidade de verbalização.

No projeto piloto, o conjunto de instrumentos utilizados mostrou-se pouco adequado para se pesquisar o tema proposto com indivíduos com deficiência auditiva sem conhecimento de linguagem de sinal ou leitura labial.

O acesso aos dados sociodemográficos e algumas informações sobre a rotina envolvendo as atividades de lazer mostraram-se possíveis de serem coletados, todavia a dificuldade de se recolher, com clareza, os sentimentos explorados no PLL e na avaliação do QLS-BR apontou para uma restrição na aplicação do conjunto dos instrumentos com essa parcela da amostra.

Ao serem comunicados sobre o objetivo da pesquisa, houve uma tendência da grande maioria dos entrevistados em afirmar uma ausência dessa prática em sua vida. Porém, com o detalhamento das rotinas, possibilitado pelo QSL, observou-se o conflito entre um padrão de atividades nomeadas culturalmente

como de lazer e o sentimento de liberdade alcançado por determinadas atividades no cotidiano dos indivíduos.

Dentro do universo singular do lazer, a repercussão desse detalhamento inicial e objetivo captado pelo QSL, apareceu de forma subjetiva nos momentos das avaliações realizadas pelos sujeitos das funções, tanto do trabalho como das relações interpessoais, no QLS-BR.

A estrutura organizada no QSL de se ampliar a investigação da prática de determinada atividade de lazer, por meio da nomeação da "freqüência", local" e "com quem" compartilha tais práticas, sugere uma tendência de avançar, com o indivíduo pesquisado, na reflexão sobre as atividades que estão presentes no cotidiano.

Esta possibilidade metodológica mostrou poder lançar o indivíduo para um confronto reflexivo entre as atividades presentes no seu dia-a-dia e aquelas que fizeram parte da construção de sua história enquanto sujeito e cidadão.

Na verbalização do embate reflexivo, no discurso do indivíduo frente às afirmativas e perguntas dos dois outros instrumentos (PLL e QLS-BR) as indagações reflexivas ancoraram-se, entre outras vivências, nas atividades que eram frutos de recordações da infância ou adolescência, nas lembranças anteriores a um surto psicótico, nas atividades que fazem parte do discurso do desejo e nas que são culturalmente aceitas e nomeadas como lazer dentro do espaço social do indivíduo que, muitas vezes, acabam por ser tomadas como padrão de comparação para se definir pela existência do lazer no cotidiano do sujeito.

Dentro dessa mesma lógica de possibilidade do método, a variável "com quem" compartilha as atividades mostrou-se capaz de induzir o sujeito pesquisado a pensar e avaliar uma outra gama de vivências de sua história.

No processo de avaliação de "com quem" (passado e presente), alguns temas realçaram nos discursos, entre eles destacam-se: a percepção de alterações da quantidade e qualidade da rede social e a estrutura de suporte familiar e de amizade.

Realçou-se, ainda, no discurso dos entrevistados, uma auto-avaliação no que diz respeito às modificações das próprias habilidades (comportamentais, motoras e psíquicas) e que são necessárias ao diálogo interativo com outras pessoas nas práticas de atividades de lazer.

Observou-se, desta maneira, o processo solitário de compreender-se, enquanto sujeito e cidadão, após a eclosão do transtorno mental.

Nessa mesma perspectiva de análise, o enfoque de vida em comunidade obteve as cores do retrato da violência urbana e da pobreza.

A exposição diante do fenômeno do poder do narcotráfico nas favelas e nos bairros de classe média baixa de Belo Horizonte, a banalização da vida humana, a precariedade material e dos programas públicos de lazer marcaram, também, reflexões sobre "o local" da prática (passado e presente).

O procedimento de se repetir as perguntas até três vezes e de se trabalhar mais detalhadamente cada item abordado no PLL e no QLS-BR, por meio de perguntas relacionadas ao tema, mostrou-se adequado para possibilitar maior reflexão sobre o tema (lazer) por parte dos sujeitos.

Criou-se, inclusive, possibilidade de laços associativos dentro do PLL, bem como auxiliou a entrevistadora na melhor compreensão do discurso do sujeito no QLS-BR.

Uma variável, utilizada no QLS-BR, que demandou ampliação de significado foi "curiosidade". Na utilização da pergunta sugerida pelo protocolo "você se considera uma pessoa curiosa?" o primeiro caminho interpretativo da pergunta dirigiu-se, de maneira geral, à referência comportamental de uma pessoa interessada na vida alheia.

Observou-se, pelos instrumentos e pelo método adotado na pesquisa (dados objetivos-subjetivos, avaliações qualitativas-quantitativas), a necessidade de uma cautela especial ao se registrar as repostas dos participantes, para que fosse preservada a isenção de valores e opiniões, tão fundamental na coleta dos dados. Tal procedimento mostrou-se essencial para assegurar confiabilidade e reprodução da pesquisa.

O modelo 05 âncoras de resposta do PLL (Concordo Completamente, Concordo, Não Concordo/Nem Discordo, Discordo, Discordo Totalmente) é similar, em sua estrutura, com o adotado pela escala *World Health Organization – Quality of Life* (*WHOQOL*) elaborada pela OMS para avaliar a qualidade de vida de indivíduos de diversas patologias. Uma das críticas a essa formatação diz respeito à tendência da população com esquizofrenia pelas opções das extremidades ou pela última apresentada.

Contrapondo a resistência encontrada na literatura para a aplicação do *WHOQOL*, com população esquizofrênica, por utilizar 05 âncoras de respostas na avaliação da QV, a utilização do instrumento PLL mostrou-se, neste estudo, aceitável de ser adotada. A gradação de concordância e discordância possibilitou a captação de nuances de sentimentos.

Porém, deve-se observar que os dois instrumentos possuem amplitude de objetivos diferentes. A objetividade do PLL está direcionada à auto percepção em um domínio específico da vida, o lazer.

Contudo, deve-se registrar o cuidado metodológico adotado, já anteriormente referido, de alternar a leitura das âncoras de respostas a cada três afirmativas.

Por outro lado, a aplicação de todo o instrumento PLL, e não só a estrutura de coleta de resposta, sugere haver, tanto por parte da amostra pesquisada do projeto piloto, como, também, pela amostra que participou do trabalho de adaptação semântica, pouca experiência de expressão dos sentimentos nesse domínio da vida.

Esse fato, de alguma forma, pode acabar por refletir-se na qualidade dos dados e no tempo de aplicação do instrumento. Observou-se, tanto comportamento de impulsividade, para se colocar em relação às afirmativas, como lentidão de posicionamento frente às afirmativas, por falta de reflexão prévia sobre o tema.

Os procedimentos utilizados na coleta dos dados, nos quais foram aplicados um questionário, a leitura de afirmativas e uma entrevista semi

estruturada, respectivamente, mostraram-se coerentes com a dinâmica operacional e administrativa dos Centros de Convivência do município de Belo Horizonte.

Os resultados qualitativos e quantitativos do conjunto instrumental, em língua portuguesa, proposto para se estudar a influência do lazer na qualidade de vida de sujeitos com transtornos mentais atendidos pelo Programa "Centro de Convivência", do município de Belo Horizonte, no que diz respeito à metodologia de coleta dos dados, sugerem que as facilidades superaram as dificuldades apresentadas pelos participantes e pela entrevistadora.

RESULTADOS

Seguem-se os principais resultados que serão discutidos no próximo capítulo, uma vez que os mesmos sustentam a interpretação e o encadeamento do raciocínio na análise dos intradados gerados.

Esta pesquisa foi realizada em 4 Centros de Convivências do Serviço Substitutivo de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, administrado pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria da Saúde.

No período da coleta dos dados, entre os meses de Fevereiro e Julho de 2003, este serviço substitutivo era oferecido em 9 Centros de Convivência, com atendimento a 695 participantes. Foram entrevistados 256 sujeitos, o que corresponde a 36,83 % da população atendida.

O número máximo de aplicação do conjunto dos instrumentos foi de seis entrevistas diárias, com um tempo médio de quarenta e dois minutos por entrevista.

1 – Dados Sócio demográficos e de Lazer – QSL

• A população pesquisada foi distribuída por faixa etária **(Figura 1)** para verificação da freqüência de indivíduos dentro de cada faixa. A idade média dos entrevistados foi de 40,36 (40,4) anos (anexo 8).

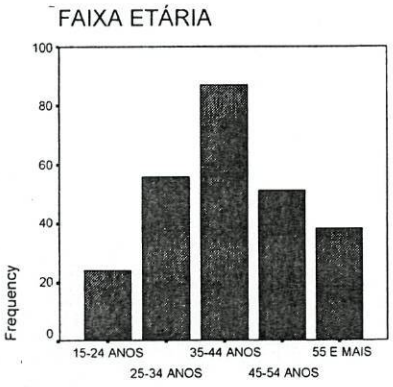


Figura 1 – Distribuição da população por faixa etária

• Na caracterização sócio demográfica da amostra, a distribuição por gênero foi de 52,3 % de homens e 47,7% de mulheres **(Figura 2)**.

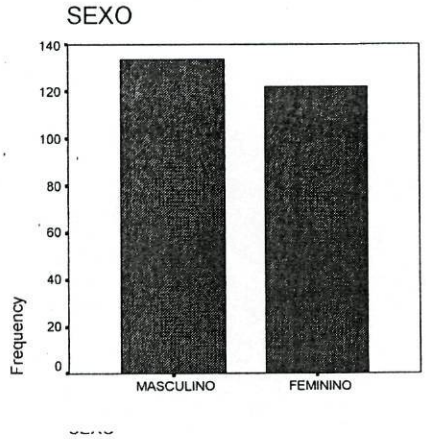
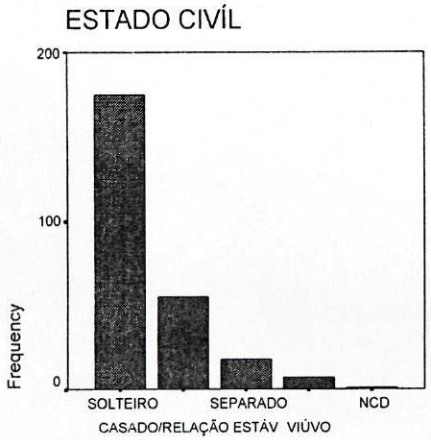


Figura 2 – Distribuição da população por gênero

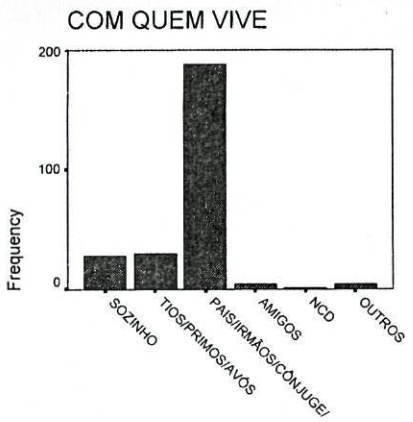
• De acordo com **Figura 3** a distribuição pelo estado civil revelou que a maioria dos indivíduos eram solteiros (68,9%).



Casado/Relação Estáv : Casado/Relação estável
NCD: Não Consegue Definir

Figura 3 – Distribuição da população pelo estado civil

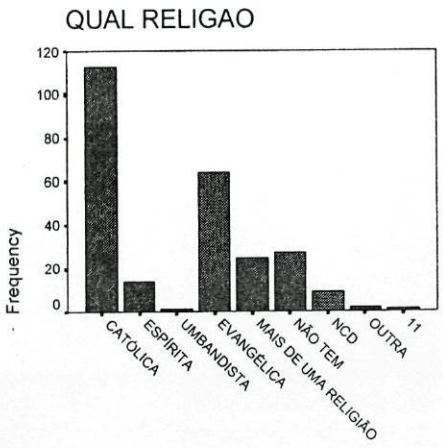
• Dos entrevistados, 74,0% **(Figura 4)** declararam viverem com familiares (pais, irmãos, cônjuge).



NCD: Não Consegui Definir

Figura 4 – Distribuição da população pela condição de moradia

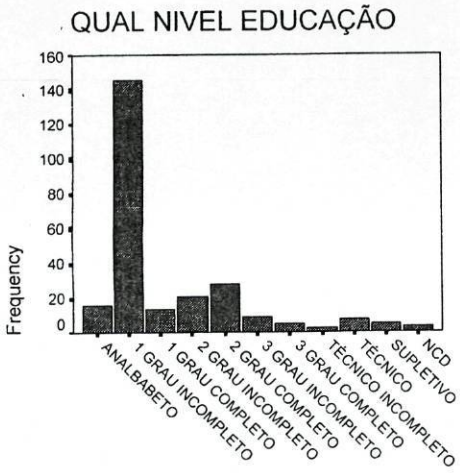
• A religião predominante foi a católica (44,1%), seguida da evangélica (24,8%), como apresentado na **Figura 5**.



NCD: Não Consegui Definir
11: Não Respondido

Figura 5 – Distribuição da população pela religião

• Na definição do nível de escolaridade 57,1% dos indivíduos não haviam concluído o primeiro grau e 11,0% obtiveram o segundo grau completo **(Figura 6)**.



NCD: Não Consegui Definir

Figura 6 – Distribuição da população por escolaridade

• Os dados levantados indicaram, ainda, que entre os 253 indivíduos que conseguiram declarar sobre renda própria, 68,9% possuem renda própria **(Figura 7)**, sendo que para 55,1% destes indivíduos a sustentação financeira provém da aposentadoria, pensão ou benefícios.

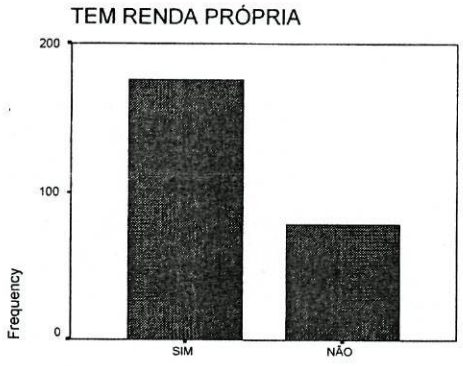


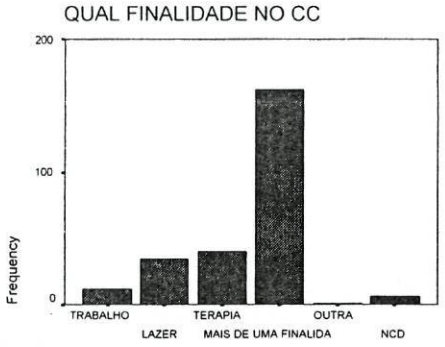
Figura 7 – Distribuição da população pela condição de renda

• A experiência de pelo menos uma internação em hospital ou clínica psiquiátrica na vida **(Figura 8)** foi declarada por 71,7% dos indivíduos pesquisados.

NCD: Não Consegui Definir
4: Não Respondido

Figura 8 – Distribuição da população pela experiência de internação em hospital ou clínica psiquiátrica

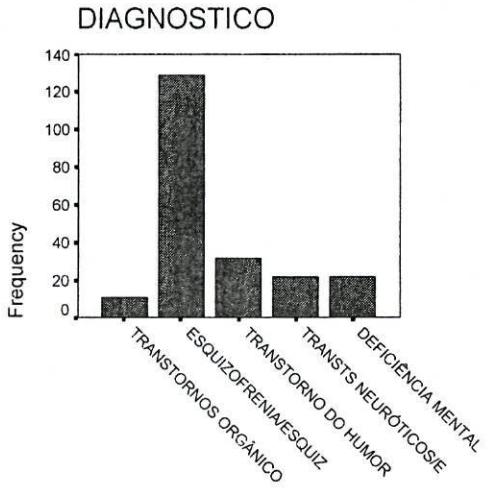
• A definição da amostra sobre a atual finalidade **(Figura 9)** de participação no serviço substitutivo dos Centros de Convivência (CC) demonstrou que 63,0% dos indivíduos possuem mais de uma finalidade de participação. Para 13,8% foi a perspectiva do lazer que motivou a participação no programa.



NCD: Não Consegui Definir

Figura 9 – Distribuição da população por finalidade de participação nas atividades dos Centros de Convivência

• Na investigação sobre as categorias dos diagnósticos, quando utilizado a Classificação Internacional de Doenças – CID-10, realçaram os seguintes diagnósticos **(Figura 10)**: Esquizofrenia/Transtornos Esquizotípicos e delirantes (F20-F29) - 50,0% e Transtorno do Humor (F30-F39) 12,5%.



Esquizofrenia/Esquiz: Esquizofrenia/Transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29)
Transts Neuróticos/E:Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados ao Estresse, Transtornos Somatoformes, transtornos da Personalidade e Comportamento do adulto (F40-F48/F60-F69)

Figura 10 – Distribuição da população pela categoria diagnóstico

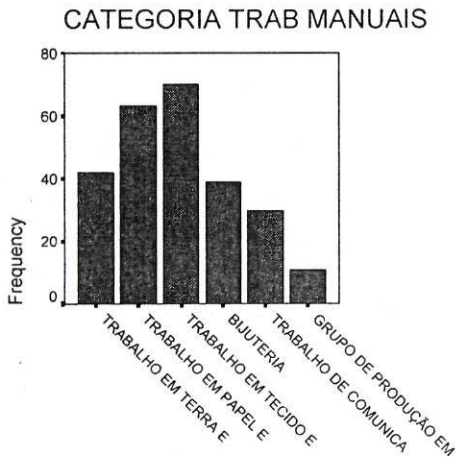
Distribuição por Atividades de Lazer

Categoria Trabalhos Manuais

• O perfil de lazer da amostra indicou que 99,6% dos indivíduos realizam algum tipo de trabalho manual **(Figura 11)**. A freqüência semanal de realização destes trabalhos manuais, quando avaliadas 252 entrevistas, é de 1 a 2 vezes por semana para 84,4% dos indivíduos.

Os centros de convivências são os locais para 98,8% dos participantes realizarem os trabalhos manuais.

A seguir apresentam-se as principais categorias destes trabalhos manuais:



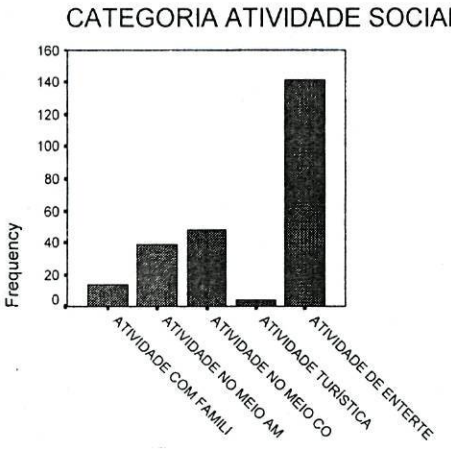
Trabalho em Terra E: Trabalho em Terra e Madeira
Trabalho em Papel E: Trabalho em Papel e Tintas
Trabalho em Tecido E: Trabalho em Tecido e Linhas
Trabalho de comunica: Trabalho em Comunicação
Grupo de Produção Em: Grupo de Produção em Culinária e Horta

Figura 11 – Distribuição da população pela categoria Trabalhos Manuais

Categoria Atividade Social

• Na verificação das variáveis objetivas sobre atividades sociais, 96,1% dos indivíduos entrevistados declararam participar em algum tipo de atividade social **(Figura 12)**, com uma freqüência diária para 66,9% dos indivíduos.

A principal atividade social estava vinculada ao entretenimento doméstico (televisão, som, rádio) para 55,1% dos entrevistados. Verificou-se que 61,4% desses declararam realizar estas atividades sozinhos.



Atividade com Famili: Atividade com Familiares
Atividade no Meio Am: Atividade no Meio Ambiente
Atividade no Meio Co: Atividade no Meio Comunitário
Atividade de Enterte: Atividade de Entretenimento

Figura 12 – Distribuição da população pela categoria Atividade Social

Categoria Esporte e Atividade Física

• Os resultados do perfil da prática esportiva e participação em atividades físicas indicaram que 94,1% dos indivíduos declararam não praticar nenhuma modalidade esportiva **(Figura 13)** e 71,7% nenhuma atividade física.

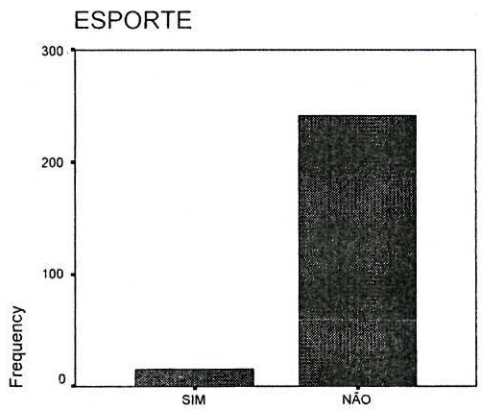


Figura 13 – Distribuição da população pela categoria Esporte

Futebol

Para os que possuíam na sua rotina de vida o hábito da prática esportiva, o futebol foi mencionado por 73,3% dos indivíduos como a modalidade praticada, com distribuição nas três primeiras faixas etárias, isto é dos 15 – 24 anos; dos 25 – 34 anos e dos 35 – 44 anos.

Entre os praticantes, a freqüência da prática para 93,3% é de 1 a 2 vezes por semana e os Centros de Convivências definidos como o local dessa prática para 33,3% dos indivíduos. Quando avaliados sobre companhia para as práticas esportivas, 66,6% declararam serem os vizinhos ou amigos.

• O detalhamento sobre a rotina da prática de atividade física **(Figura 14)** para os 27,6% dos indivíduos que praticam atividade física indicou a caminhada como a atividade de maior participação (58,5% dos praticantes), e com uma freqüência diária para 41,4% desses indivíduos.

A rua foi mencionada por 55,7% dos praticantes como o local onde as práticas são realizadas e 71,4% colocaram que a praticam sozinhos.

A faixa etária de maior concentração de indivíduos que pratica atividade física foi a de 35 – 44 anos (34,4%).

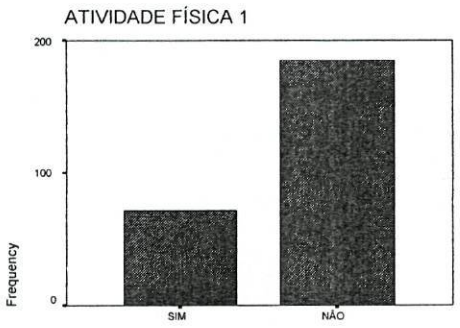
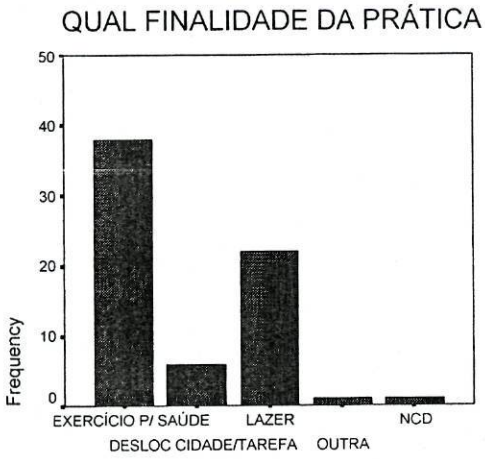


Figura 14 – Distribuição da população pela categoria Atividade Física

• Quando 97,1% dos 70 indivíduos que possuem a atividade física em sua rotina de vida foram pesquisados sobre a finalidade da prática da atividade física **(Figura 15)**, 55,8% citaram como objetivo principal da prática da atividade física o exercício para melhorar a saúde e 32,3% o lazer.



Desloc Cidade/Tarefa: Deslocamento na Cidade/Tarefas Domésticas
NCD: Não Consegui Definir

Figura15 – Distribuição pela finalidade da prática da atividade física

• A investigação sobre a disponibilidade subjetiva e a importância da prática da atividade física **(Figura 16)** junto aos 71,7% dos indivíduos que não praticam qualquer tipo de atividade física verificou-se que 68,0% desses pesquisados têm interesse em praticar algum tipo de atividade física.

Os resultados sobre a importância desse tipo de prática indicaram, ainda, que 85,3% dos indivíduos acham que esse tipo de prática é importante **(Figura 17)**.

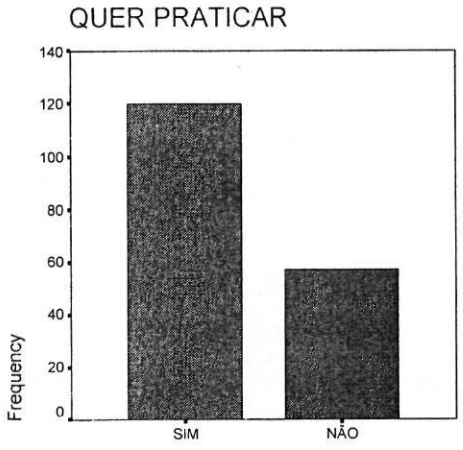


Figura 16 – Distribuição por interesse em praticar atividade física

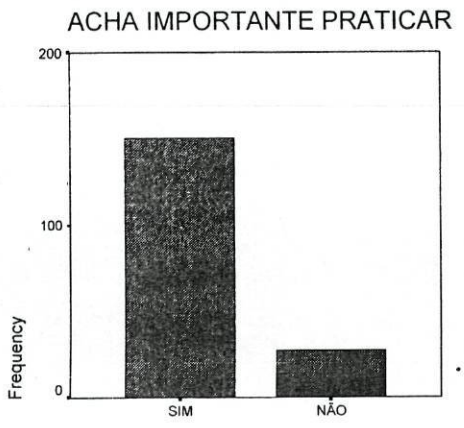


Figura 17 – Distribuição por importância da prática da atividade física

Categoria Jogos de Salão

- Os jogos de salão **(Figura 18)** não são praticados por 79,9% dos entrevistados, contudo, para 19,7% dos que praticam, o baralho representa o principal jogo.

O compartilhamento com outras pessoas, nesta categoria de atividade de lazer, ficou assim distribuída: 40,8% jogam com parentes, familiares ou namorados e outros 40,8% dos indivíduos jogam com vizinhos, amigos ou colegas.

A residência própria foi mencionada por 46,9% dos praticantes como o principal local dos jogos e outros 46,9% dos jogadores colocaram que jogam mais de duas vezes por semana.

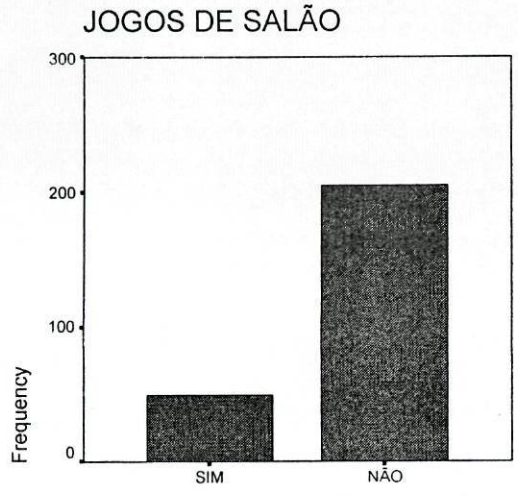


Figura 18 – Distribuição da população pela categoria Jogos de Salão

2 – Dados da Escala de Percepção de Liberdade no Lazer - PLL

O diagnóstico sobre percepção de liberdade no lazer foi respondido por 253 entrevistados e os resultados demonstram que a âncora Concordo Completamente (CC) obteve a concordância nas seguintes afirmativas, com respectivas frequências.

- (1) Minhas atividades de lazer ajudam-me a sentir importante – 81,6% - CC, Outras – 18,4%;
- (2) Conheço muitas atividades de lazer divertidas – 57,8% - CC, Outras – 42,2%;

- (3) Sou capaz de fazer coisas para melhorar as habilidades das pessoas com quem faço atividades de lazer – 56,6% - CC, Outras – 43,4%;
- (4) Tenho as habilidades necessárias para participar das atividades de lazer de que gosto – 72,3% - CC, Outras – 27,7%;
- (5) Algumas vezes, durante uma atividade de lazer, há momentos em que a atividade está indo tão bem que eu me sinto capaz de fazer qualquer coisa – 59,4% -CC, Outras – 40,6%;
- (6) É fácil para eu escolher uma atividade de lazer para participar – 46% - CC, Outras – 54,0%;
- (7)Sou capaz de fazer coisas, durante atividades de lazer, que levam outras pessoas a gostarem mais de mim – 57,8% - CC, Outras – 42,2%;
- (8) Minhas atividades de lazer possibilitam-me conhecer outras pessoas – 73,% - CC, Outras – 27,0%;
- (12) Sou bom nas atividades de lazer em grupo – 62,5% - CC, Outras – 37,5%;
- (13) Sou criativo durante minhas atividades de lazer – 48,8% - CC, Outras – 51,2%;
- (14) Sou bom em quase todas as atividades de lazer que faço – 46,5% - CC, Outras – 53,5%;
- (16) Freqüentemente me sinto muito envolvido com minhas atividades de lazer – 57,8% - CC, Outras – 42,2%;
- (19) Participo de atividades de lazer que me ajudam a fazer novos amigos – 37,5% - CC, Outras – 62,5%;
- (20) Consigo trazer coisas boas para as atividades de lazer que faço – 72,3% - CC, Outras – 27,7%;
- (21) Quando participo de atividades de lazer, há momentos em que realmente domino o que estou fazendo – 71,5% - CC, Outras – 28,5%;
- (22) Consigo fazer coisas que levam outras pessoas a gostarem de fazer atividades comigo – 52,3% - CC, Outras – 47,7%;

• (24) Algumas vezes, sinto-me entusiasmado quando estou participando de atividades de lazer – 72,7% - CC, Outras – 27,3%;
• (25) Sempre me divirto quando eu faço atividades de lazer – 48,0% - CC, Outras – 52,0%.

Foram as seguintes afirmativas que receberam a Discordância Total (DT) com as seguintes freqüências:

• (9) Quando quero, consigo fazer uma atividade de lazer ser tão agradável como imaginei – 46,1% - DT, Outras – 53,9%;
• (10) Consigo fazer coisas, durante uma atividade de lazer, que possibilitam a maior diversão para todos – 48,0% - DT, Outras – 52,0%;
• (11) Geralmente, escolho com quem faço as atividades de lazer – 46,9% - DT, Outras – 53,1%;
• (15) Sou capaz de ajudar outras pessoas a se divertirem durante as atividades de lazer – 41,4% - DT, Outras – 58,6%;
• (17) Normalmente consigo convencer as pessoas a fazerem atividades de lazer comigo, mesmo quando elas não querem – 73,4% - DT, Outras - 26,6%;
• (18) Posso transformar quase toda atividade em algo divertido de fazer – 59,8% - DT, Outras – 40,2%;
• (23) Quando estou agitado, consigo fazer atividades de lazer que me ajudam a acalmar – 74,2% - DT, Outras – 25,8%.

A verificação da média das 5 âncoras de resposta oferecidas pelo instrumento indicou o "Concordo" como a âncora de maior freqüência - 53,5%.

Com montagem de uma escala de 1 (CC) a 5 (DT) foi realizado o cálculo da média do PLL, cujo resultado indicou o valor 2,5 **(anexo 4)**.

Os valores encontrados para as três categorias predeterminadas no domínio do lazer, foram:

Categoria Reconhecimento de Habilidades – 2,30;

Categoria Interação com Outras Pessoas – 2,70;

Categoria Auto-confiança – 2,30.

A consistência interna **(anexo 5)** dos 25 itens da escala de Percepção de Liberdade no Lazer, quando calculado pelas âncoras de respostas de 251 indivíduos entrevistados, apresentou um alfa de 0.8056.

3 – Dados da Escala de Qualidade de Vida - QLS

• A avaliação do padrão de qualidade de vida dos entrevistados revelou que nas relações familiares, e de acordo com o **Quadro 1**, os valores são similares para as pontuações 4, 2 e 3:

Quadro 1 – Avaliação das relações familiares

(pontuação 4) "alguma interação íntima consistente, mas reduzida em extensão ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente"	22,3%
(pontuação 2) "apenas escassas interações íntimas e intermitentes"	21,9%
(pontuação 3) intermediário dessas duas avaliações	21,1%
Outras	34,7%

• A verificação das avaliações de relacionamentos mais íntimos **(Quadro 2)** com pessoas que não pertenciam à família revelou os seguintes resultados para as relações de amizade:

Quadro 2 – Avaliação dos relacionamentos de amizade

(pontuação 0) "praticamente ausente"	39,5%
(pontuação 1) não chega ser ausente esse tipo de relacionamento, porém as mesmas são bastante escassas	26,6%
Outras	33,9%

• O relacionamento com outras pessoas **(Quadro 3),** nomeadamente os colegas, foi pesquisado tendo a perspectiva de se compartilhar interesses comuns, mas sem intimidade. O resultado da avaliação apontou:

Quadro 3 – Avaliação dos relacionamentos com colegas

(pontuação 4) "algumas amizades ativas em desenvolvimento, mas contato reduzido e limitada atividade compartilhada"	27,7%
(pontuação 2) "poucas amizades ativas e apenas contato infreqüente"	25,4%
Outras	46,9%

• A auto avaliação sobre o próprio envolvimento em atividades sociais indicou que 43,8% dos indivíduos percebe o envolvimento como (pontuação 2) "ocasional ou limita-se apenas a atividade com a família imediata ou membros da casa". Outras Respostas – 56,2%.

• A verificação da percepção sobre rede social a que estão envolvidos os entrevistados expôs que 50,4% deles consideram (pontuação 2) "mínimo em

número ou grau de envolvimento, e/ou limitado à família imediata". Outras Respostas – 49,6%.

• A procura em buscar uma vida social ativa foi avaliada no item 6 da Escala de Qualidade de Vida e os resultados demonstraram que 30,5% dos entrevistados responderam que eles têm uma (pontuação 2) "iniciativa social esporádica, porém vida social significativamente emprobecida devido à forma de passividade social ou iniciativa limitada à família imediata". Outras Respostas – 69,5%.

• O deliberado afastamento social **(Quadro 4)** por incômodo, quando verificado na pesquisa, revelou similaridade nas pontuações 2 e 3:

Quadro 4 – Avaliação do afastamento social

(pontuação 2) "tolera aquele contato social exigido para atender a outras necessidades, mas muito pouco contato social pelo próprio contato, ou falta de afastamento apenas com a família"	31,6%
(pontuação 3) toleram um pouco mais o contato social por necessidade	28,1%
Outras	40,3%

• No que diz respeito à capacidade dos entrevistados de se envolverem com intimidade com outras pessoas e viverem uma vida sexual satisfatória os resultados indicaram que 48,8% deles declararam (pontuação 0) "nenhum interesse sexual, ou evitação ativa". Outras Respostas – 51,2%.

• Ao investigar o domínio ocupacional na avaliação da qualidade de vida dos entrevistados, as respostas às perguntas formuladas para averiguar o quanto

do exercício ocupacional **(Quadro 5)** os entrevistados sentem estarem desempenhando revelaram que:

Quadro 5 – Avaliação do exercício ocupacional

(pontuação 2) "exercício ocupacional esporádico"	31,3%
(pontuação 1) "menos que esporadicamente"	25,8%
Outras	42,9%

• Nesse mesmo domínio, os resultados da investigação sobre o nível de realização no papel ocupacional **(Quadro 6)** que desempenha determinou que:

Quadro 6 – Avaliação sobre realização no domínio ocupacional

(pontuação 2) "funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em nível de realização muito baixo"	43,4%
(pontuação 3) "em um nível um pouco acima do suficiente para manter a posição"	27,3%
Outras	29,3%

• A existência, ou não, de um equilíbrio entre as oportunidades do exercício ocupacional e as potencialidades dos indivíduos foi investigada e revelou que 30,9% dos entrevistados declaram (pontuação 2) "significativo sub-aproveitamento de habilidades, ou desempregado, mas está ativamente procurando por emprego". Outras Respostas – 69,1%.

• O último item de avaliação ocupacional, satisfação com o funcionamento ocupacional **(Quadro 7)**, estabeleceu que:

Quadro 7 – Avaliação da satisfação no domínio ocupacional

(pontuação 2) "alguma evidência definitiva de infelicidade ou insatisfação, o papel não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente"	28,5%
(pontuação 3) "tédio, mas minimizam uma evidência definitiva de infelicidade no domínio ocupacional"	21, 9%
Outras	49,6%

• A investigação sobre as metas e objetivos na vida **(Quadro 8)** apresentou resultados distribuídos entre as pontuações 0 e 2 na escala de respostas:

Quadro 8 – Avaliação sobre metas e objetivos na vida

(pontuação 2) "tem planos, mas eles são vagos"	29,3%
(pontuação 0) "não tem nenhum plano"	23,4%
(pontuação 1) entre as duas possibilidades acima	21,5%
Outras	25,8%

• Quando da avaliação sobre motivação para iniciar ou manter as atividades na realização de um objetivo final foi verificado que 44,5% dos indivíduos (pontuação 2) sentem-se "capaz de atender às demandas básicas de manutenção da vida, mas a falta de motivação prejudica significativamente qualquer progresso ou realização". Outras Respostas – 55,5%.

• O tema curiosidade **(Quadro 9)** apresentou um perfil de resposta que varia, na maioria, entre 2 e 3 na escala, sendo os seguintes os resultados desse item:

Quadro 9 – Avaliação da curiosidade

(pontuação 2) "alguma curiosidade esporádica, mas não perseguida em pensamento ou ação"	29,7%
(pontuação 3) um grau maior de interesse nos assuntos ao seu redor, mas que não chegam a investir tempo em tais assuntos	24,2%
Outras	46,1%

• A capacidade de o indivíduo experimentar prazer e manter o bom humor, anedonia **(Quadro 10),** foi pesquisado no item 16 e os resultados revelaram que:

Quadro 10 – Avaliação da anedonia

(pontuação 2) "algumas experiências esporádicas e limitadas de prazer e humor, mas há uma predominante falta dessas capacidades"	31,6%
(pontuação 3) experiências esporádicas de prazer e humor, mas com um grau menor de falta dessas capacidades	29,7%
Outras	38,7%

• O item 17 da Escala de Qualidade de Vida investiga o tempo que os indivíduos gastam em atividades improdutivas, principalmente aquelas que não possuem particular interesse por parte do indivíduo. Os resultados indicaram que 37,1% consideram que (pontuação 2) gastam "cerca de metade de seus dias em inatividade infrutífera". Outras Respostas – 62,9%.

• O levantamento sobre as condições materiais básicas dos entrevistados, ou seja, as que possibilitam aos mesmos compartilhar objetos culturais do micro sistema social demonstrou que 53,9% dos indivíduos apresentam (pontuação 6) "pequenos ou nenhum déficit" desses objetos. Outras Respostas – 46,1%.

• Ainda, na perspectiva cultural, o engajamento em atividades básicas representativas de um padrão cultural local **(Quadro 11)** verificou-se que:

Quadro 11 – Avaliação do engajamento em atividades culturais básicas

(pontuação 3) "grande a moderado déficit"	30,5%
(pontuação 4) "déficit moderado"	28,9%
Outras	40,6%

• A investigação sobre a capacidade de empatia, capacidade da pessoa de considerar e apreciar a situação de outra pessoa como diferente da sua própria, demonstrou que 29,3% dos indivíduos avaliam que (pontuação 4) "ele/ela pode considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros, mas tende a ser envolvido no seu próprio mundo". Outras Respostas – 70,7%.

• O item número 21, último da Escala de Qualidade de Vida, investigou em que grau os entrevistados manifestaram "compromisso e interação emocional com o entrevistador" durante toda a entrevista. Os resultados revelaram que 45,3% deles apresentaram (pontuação 5) um bom grau de compromisso, interação e afetividade ao longo das entrevistas.

• A consistência interna **(anexo 6)** encontrada para os 21 itens avaliados pela escala foi de alfa igual 0,8778.

No que diz respeito aos resultados da verificação das consistências internas dos três diferentes domínios avaliados pela escala, o melhor resultado foi do 7 itens que corresponde a avaliação das funções intrapsíquicas e relações interpessoais – alfa igual a 0,7805 em seguida foi o alfa 0,7664 no domínio da rede social com, também, 7 itens avaliados.

Em terceiro lugar o alfa encontrado na avaliação dos 2 itens da escala global de 0,7451 e por último o alfa encontrada para os 5 itens correspondentes ao nível ocupacional, que foi igual a 0,4692.

• A verificação da média de pontuação **(anexo 7)** dos 254 entrevistados em todos os itens da Escala de Qualidade de Vida foi de 2,43 e no detalhamento por blocos dos domínios avaliados foram estes os resultados médios, respectivamente: rede social - 2,07; nível ocupacional - 2,16; funções intrapsíquicas e relações interpessoais - 3,00.

• Os resultados indicaram que 90,2% dos indivíduos pesquisados avaliaram como pior a própria qualidade de vida e 9,8% deles como tendo uma melhor qualidade de vida.

• Por conseguinte, a utilização de testes com dois diferentes pontos de corte **(anexo 10)** para as avaliações de melhor e pior qualidade de vida indicaram que quando utilizado o ponto de corte abaixo ou acima da pontuação 3 e 4 nas avaliações da qualidade de vida, proporcionalmente, o grupo de indivíduos que pontuou melhor na qualidade de vida pontuou melhor na percepção de liberdade de lazer (p=0,000) e no grupo de indivíduos que pontuou pior na qualidade de vida não houve diferença significativa na percepção de liberdade de lazer (p=0,347).

Nos testes utilizando a média da qualidade de vida ($\bar{x}$ =2,43) como ponto de corte os resultados indicaram que os indivíduos que pontuaram acima da média na qualidade de vida pontuaram melhor na percepção de liberdade de lazer (p=0,000), e os indivíduos que encontravam-se abaixo dessa média pontuaram pior na percepção de liberdade de lazer (p=0,000).

4 – Aprofundamento dos Resultados

Sócio demográfico e de Lazer

Tendo como ponto de corte o primeiro e segundo grau de escolaridade para a definição de pior e melhor escolaridade, respectivamente, os resultados demonstraram que 71% dos indivíduos pesquisados apresentam uma pior escolaridade e 29% uma melhor escolaridade.

Os testes indicaram, ainda, que tanto para o grupo com pior quanto para o grupo com melhor escolaridade a avaliação da qualidade de vida é para pior (p=0,000).

Os resultados demonstraram que 80% dos indivíduos pesquisados que praticam esporte estão na faixa etária entre os 15 e 34 anos e 20% nas faixas de idade acima de 35 anos.

Quando da associação da prática de esporte e faixa etária os resultados indicam que, proporcionalmente, o grupo mais jovem (15 a 34 anos) é maior do que o outro grupo que compreende as pessoas de 35 a 55 anos (p=0,018). Em outros palavras, a prática de esporte está mais presente na faixa etária mais jovem.

A análise dos resultados da associação da qualidade da rede social e dos indivíduos que vivem em família demonstrou que existe diferença entre o grupo que melhor ou pior avaliam a própria rede social.

Os resultados indicaram que não há significância na hipótese de que os indivíduos que vivem com seus familiares avaliam possuir uma melhor rede social, logo os indivíduos que vivem com seus familiares avaliam pior sua rede social (p=0,000).

Observou-se que, proporcionalmente, não há diferença entre o grupo que reconhece como melhor e pior suas habilidades no lazer, quando verificado a forma de companhia na residência – sozinho (p=0,575) ou com familiares (p=0,250).

Na comparação entre os grupos de indivíduos que vivem sozinhos e dos que vivem com seus familiares, associado à própria percepção de autoconfiança no lazer, os resultados indicam que para os indivíduos que vivem sozinhos não há diferença para melhor ou pior percepção de autoconfiança no lazer (p=0,286). Por outro lado, no grupo que vive com a família, o grupo se percebe mais autoconfiante nas atividades de lazer é proporcionalmente maior que o que se percebe como pior a própria autoconfiança (p=0,000).

Pelo resultado obtido não há diferença na percepção de interação com outras pessoas no lazer, quando avaliado o grupo que vive sozinho (p=0,173). Entretanto, o grupo que vive com seus familiares se percebe como pior em suas interações pessoais no ambiente de lazer (p=0,000).

Rede Social

Os resultados encontrados demonstraram que 65,6% dos indivíduos pesquisados fazem uma pior avaliação da sua própria relação com seus familiares e que os outros (34,4%) avaliam melhor as suas relações familiares.

O grupo que melhor avalia suas relações familiares percebe-se mais autoconfiante (p=0,000). Também o grupo que pior avalia suas relações familiares percebe-se melhor na autoconfiança no lazer (p=0,005).

A análise sobre o percentual de indivíduos que avaliam como pior e melhor o próprio afastamento social demonstrou que 80,5% dos indivíduos pesquisados evitam interação social e 19,5% consideram pelo menos satisfatório a própria interação social.

Os resultados indicaram, ainda, que para o grupo que avalia como pior sua interação social não há diferença no reconhecimento de lazer (p=0,118). Por outro lado, o grupo que reconhece como melhor a própria interação social percebe como melhor as próprias habilidades no lazer (p=0,000).

Nível Ocupacional

Para o grupo que avalia como pior o funcionamento ocupacional (84,4%), não há diferença na percepção do próprio funcionamento nas atividades de lazer (p=0,527). Contudo, no grupo que melhor avalia o seu funcionamento ocupacional (15,6%), existe percepção de um melhor funcionamento no ambiente de lazer por parte desses indivíduos (p=0,008).

Os resultados indicaram que 65,2% dos pesquisados declararam como pior a própria satisfação no domínio ocupacional e 34,8% sentiam-se mais satisfeitos nesse domínio, quando associado à satisfação no domínio do lazer.

Os resultados revelaram, ainda, que melhor satisfação no domínio do lazer é verdade para os grupos que avaliaram, como pior (p=0,000) ou como melhor (p=0,000), a própria satisfação no domínio ocupacional.

Pelo resultado pode-se observar que 78,5% dos indivíduos pesquisados avaliaram que passam muito tempo em inatividade ou em atividades sem objetivos e 21,5% avaliam como melhor a ocupação do próprio tempo **(anexo 9)**.

Pode-se afirmar que não há diferença significativa na percepção do reconhecimento de habilidades no lazer entre os indivíduos que avaliam pior a ocupação do seu próprio tempo (p=0,079), porém os resultados indicam, ainda, que o grupo que avalia como melhor a utilização do seu tempo reconhece como melhor suas habilidades no domínio do lazer (p=0,000).

Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais

Conforme os resultados obtidos, 90,2% dos indivíduos pesquisados avaliam terem poucas metas que sejam realistas ou integradas à sua própria vida e 9,8% avaliam suas metas como sendo mais integrados à própria vida.

A proporção do grupo que melhor reconhece suas habilidades no domínio do lazer, dentro do grupo que avalia como mais integradas seus objetivos na vida, é maior do que a proporção do grupo que reconhece como pior essas habilidades(p=0,002). Por outro lado, quando verificados os resultados do grupo

que avalia como pior seus objetivos na vida verifica-se que não há diferença significativa entre a proporção de indivíduos que melhor ou pior reconhecem suas habilidade no domínio do lazer (p=0,500).

Os resultados indicaram que o grupo de indivíduos que se considera mais curioso, 23,8% dos pesquisados participam mais de atividades de lazer (p=0,000). Todavia, o maior grupo de indivíduos pesquisados encontrava–se no grupo que se considera menos curioso (76,2%). Para esse grupo de indivíduos os resultados não indicaram diferença em número de atividades (p=0,500).

Na associação entre curiosidade e freqüência nas atividades de lazer 76,2% dos indivíduos se avaliam como pouco curiosos e 23,8% como mais curiosos.

Os resultados indicaram, ainda, que o grupo mais curioso é mais freqüente nas atividades de lazer (p=0,000). Contudo, para o grupo menos curioso não há diferença significativa na freqüência nas atividades de lazer (p=0,158).

Verificou-se que 97,3% dos indivíduos pesquisados possuem objetos que são comuns em seu micro sistema social e 2,7% declararam não possuir muitos desses objetos.

Como indicado pelos resultados obtidos, no grupo de indivíduos que possui mais objetos comuns com os outros indivíduos de sua família ou de seu micro sistema social, a proporção de indivíduos do grupo que avalia como pior as próprias interações com outras pessoas no domínio do lazer é maior do que a proporção de indivíduos do grupo que percebe como melhor suas interações com os outros dentro das atividades de lazer (p=0,000).

Quando analisados os resultados da associação entre a participação dos indivíduos em atividades rotineiras no seu micro sistema cultural e a interação dos pesquisados com outras pessoas no ambiente do lazer foi verificado que 58,6% avaliou como pior o compartilhamento nessas atividades culturais e 41,4% como melhor.

Na verificação foi, ainda, observado que o grupo que avalia como pior a própria realização de atividades comuns no seu micro sistema social percebe-se

como pior sua própria interação com outros indivíduos no domínio do lazer (p=0,000). Por outro lado, no grupo que avalia como melhor o compartilhamento dessas atividades comuns no seu meio social não há diferença significativa entre os grupos que pior e melhor percebem a própria interação com outros no domínio do lazer (p=0,248).

A análise da associação entre empatia e reconhecimento de habilidades na prática do lazer apontou que 55,5% dos pesquisados avaliam como pior a própria capacidade de apreciar as situações e os pontos de vista das outras pessoas e 44,5% deles se declaram como sendo mais capaz de fazer tal apreciação.

Na diferenciação entre o comportamento do reconhecimento de habilidades no lazer entre os grupos que avaliam pior e melhor a própria capacidade de empatia verificou-se que o grupo que pior avalia a própria capacidade de empatia percebe-se como pior nas próprias habilidades no domínio do lazer (p=0,039). Por outro lado, os resultados indicam que o grupo que avalia como melhor a própria capacidade de empatia percebe-se melhor nas suas habilidades no domínio do lazer (p=0,000).

Para o grupo que pior avalia empatia não há diferença significativa na autoconfiança no lazer(p=0,279). Para o grupo que melhor avalia a própria empatia, o grupo que avalia melhor a autoconfiança no lazer é proporcionalmente maior que o grupo que se percebe com menor capacidade para considerar ou apreciar a condição de outras pessoas (p=0,000).

Quando verificado a associação entre empatia e interação com outras pessoas no lazer observa-se que, para o grupo que pior avalia a empatia, o grupo que pior percebe a própria interação com outras pessoas no lazer é proporcionalmente maior que o grupo que faz uma melhor avaliação dessa categoria do lazer (p=0,000). Entretanto, no grupo que melhor avalia a empatia não há diferença significativa entre os grupos que pior e melhor percebe a própria interação com outras pessoas no lazer (p=0,112).

Escala Global

Os resultados obtidos demonstraram que 85,9% dos indivíduos pesquisados avaliam como pior a própria capacidade de iniciar ou manter uma atividade e que 14,1% consideram como melhor a própria capacidade de iniciar ou se manter envolvido nas atividades.

Tanto no grupo em que os indivíduos avaliam como pior a própria capacidade de iniciar ou manter uma atividade quanto no grupo em que os indivíduos a considera como melhor, os indivíduos percebem-se mais autoconfiante no lazer (p=0,000 para ambos os testes).

Comparando o reconhecimento de habilidades no lazer entre os grupos que avaliam melhor ou pior a própria motivação na vida, os resultados indicam ser maior a proporção de indivíduos do grupo que avalia de maneira positiva as próprias habilidades no lazer, dentro do grupo dos indivíduos que se sentem mais motivados pelos desafios da vida (p=0,000). Por outro lado, no grupo que pior avaliou a própria motivação não houve diferença significativa entre as proporções dos grupos que reconhecem como melhor e pior suas habilidades no lazer (p=0,190).

Para o grupo que avalia como melhor as suas próprias motivações na vida, a proporção de indivíduos que percebem como melhor suas interações com outros indivíduos no lazer é maior que a proporção dos indivíduos que percebem esta interação como pior (p=0,001). Porém, no grupo que pior avalia suas motivações a proporção de indivíduos que percebem como pior sua interação com outros indivíduos no lazer é maior que a proporção dos que melhor percebem tal interação (p=0,000).

Os resultados apontam que 79,7% dos pesquisados avaliam como pior a própria capacidade de sentir prazer e que 20,3% como melhor.

No que se refere à percepção de se sentir mais confiante no lazer, quando associado a anedonia, verifica-se que tanto no grupo que pior avalia sua capacidade de sentir prazer quanto no grupo que avalia melhor essa função

interpsíquica os indivíduos avaliam melhor sua autoconfiança no lazer (p=0,007 e p=0,000).

Observou-se que no grupo de indivíduos que avaliam como pior a própria capacidade de sentir prazer não há diferença no reconhecimento - para pior ou para melhor - nas habilidades necessárias para as práticas do lazer (p=0,092).

Entretanto, no grupo de indivíduos que melhor avaliam a anedonia, a proporção de indivíduos do grupo que reconhece melhor suas habilidades para a prática das atividades de lazer é maior que a proporção de indivíduos do grupo que pior reconhece tais habilidades (p=0,000).

Quando associada a anedonia e a percepção de interação com outras pessoas no ambiente de lazer os resultados indicam que, no grupo que avalia como pior a própria anedonia, a proporção de indivíduos que pior percebe a própria interação com outras pessoas no domínio do lazer é maior que a do grupo que percebe melhor essa interação (p=0,000). Contudo, no grupo que avalia como melhor a própria anedonia, a proporção de indivíduos que melhor percebem a própria interação com outras pessoas no lazer é maior que a proporção do grupo que percebe como pior tal interação (p=0,001).

Observa-se que dos 256 indivíduos, 73,0% fazem parte do grupo que manifestou melhor envolvimento com a entrevistadora durante a entrevista e os restantes 27,0% se encontram no grupo que manifestou pior envolvimento com a entrevistadora.

Verificou-se que no grupo que manifestou melhor envolvimento com a entrevistadora não houve diferença significativa entre os grupos que declaram ter melhor ou pior interação com outras pessoas nas atividades de lazer (p=0,190). Por outro lado verificou-se que o grupo que manifestou pior envolvimento com a entrevistadora percebia-se pior nas próprias interações com outras pessoas nas atividades de lazer (p=0,000).

DISCUSSÃO

Para a análise da influência do lazer, inclusive da atividade física, na qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais, optou-se por investigar indivíduos participantes de um programa de serviço de saúde mental no qual algumas práticas, que supostamente são culturalmente nomeadas como lazer, estivessem presentes no planejamento básico do serviço.

Portanto, levou-se em conta que os objetivos finais deste programa, que formalmente está inserido no serviço substitutivo de saúde mental, são a utilização da criatividade como elemento estabilizador das psicoses, por via da produção artística, e o aproveitamento dessa diferença na capacitação profissional desses sujeitos.

Porém, a interseção entre o saber científico sobre a criatividade como potencial estabilizador da psicose e a percepção subjetiva do sujeito frente a essas práticas demanda uma discussão, na perspectiva de se ampliar o conhecimento sobre essa população por diferentes óticas do fazer criativo, como também para avaliar e acompanhar o impacto subjetivo dessas práticas na qualidade de vida desses sujeitos.

Dessa maneira, a experiência do programa do Centro de Convivência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil, será utilizada para a ampliação dessa discussão. Torna-se importante ressaltar que a discussão estará centrada na intra análise dos resultados uma vez que não existem outras fontes possíveis para comparação, fato devido à singularidade do local geográfico, cultural e histórico do programa.

Ao se analisar os principais dados sociodemográficos e de lazer obtidos na pesquisa verificou-se coerência entre os dados: a faixa etária e os gêneros da população que estão sendo atendidos e a proposta inicial de atendimento pelo serviço (90,6% dos sujeitos com idade acima de 25 anos e uma margem de 4,6% entre homens e mulheres).

Por outro lado, ao se observar os dados sobre o estado civil, as condições de compartilhamento de moradia e a renda própria dessa população, pode-se pontuar que, mesmo diante de sujeitos adultos com capacidade de se sustentar (68,9% deles possuem renda própria), os mesmos são em sua maioria solteiros (68,9%) e compartilham moradia com familiares e parentes (85,8%).

Os resultados do censo de 2000 realizado no Brasil apontou que, em todo território nacional, a população na faixa etária de 40 a 44 anos de idade representam 1,96 % da população solteira e 6,45% da população urbana que compartilha moradia com familiares (IBGE, 2004).

Observa-se ainda que, mesmo diante de sujeitos adultos, o nível de escolaridade é baixa (57,1% com primeiro grau incompleto), contrapondo com uma pequena parcela de segundo grau completo (11,0%).

Os sujeitos com crença na religião católica representam quase 2/4 da população e 1/4 declaram-se evangélicos (C = 44,1% - E = 24,8% - Outros = 31,1%).

A proposta de encaminhamento e atendimento nos Centros de Convivências com base no diagnóstico estrutural (neurose, psicose e perversidade), com prioridade de acolhimento a sujeitos com neuroses graves e psicoses, desdobrou-se, segundo o Código Internacional das Doenças – CID – 10, em atendimento de 50,0% dos sujeitos com diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes (F.20 – F.29), e 34,0% de sujeitos nomeados dentro dessa pesquisa como: com Outros diagnósticos, nos quais estão contidos os Transtornos mentais orgânicos (F.00 – F.09 / F.10 – F.19), Transtornos de humor (afetivos, F.30 – F.39), Transtornos neuróticos (F.40 – F.48 / F.60 – F. 69) e Deficiência mental (F.70 – F.79).

A convivência desses sujeitos com o próprio transtorno e com os diferentes aparatos de estabilização das crises, entre eles a internação em hospital psiquiátrico e o atendimento semanal em um Centro de Convivência, relevou que 71,7% deles passaram por pelo menos uma internação em clínica ou hospital psiquiátrico durante a vida, e que a atual finalidade de participação em um serviço

substitutivo, com práticas criativas e artísticas, possui para 63,0% dos entrevistados mais de uma finalidade (terapia, trabalho e lazer).

Para um grupo de indivíduos (29,5%), a finalidade de participação nas atividades oferecidas nos Centros de Convivência justifica-se por um valor único: valor terapêutico (15,7%); valor de lazer (13,8%).

Deve-se, pelos resultados obtidos, colocar em discussão a persistência de um nó entre os objetivos do serviço, ou seja, a de focar as práticas criativas e artísticas como possibilidade de estabilização das crises (valor terapêutico) e de abertura de mercado ocupacional (valor de trabalho), deixando de lado o valor de lazer dessas práticas. Os resultados indicam que pela percepção dos usuários (76,8%), o valor de lazer dessas práticas permeia o vínculo com as atividades.

Buscou-se padronizar o questionamento sobre algumas práticas culturalmente aceitas como lazer, na intenção de compreender melhor suas características no cotidiano do usuário.

A análise das variáveis objetivas dessas práticas, como trabalhos manuais, atividades sociais, esporte, atividade física e jogos de salão, revelaram que estas apresentam características diferentes nesse cotidiano.

Pode-se observar que a porcentagem de sujeitos que declaram praticar trabalhos manuais (99,6%) e dos que participam de atividades sociais (96,1%) está próxima, porém a freqüência semanal difere entre elas, pois na prática dos trabalhos manuais a freqüência maior está entre uma e duas vezes por semana (84,4%), enquanto a maior freqüência para as atividades sociais é diária (66,9%).

Por certa ótica, pode-se afirmar que a relevância desses dados está vinculado aos conteúdos dessas práticas já que, por um lado, nos trabalhos manuais os usuários confrontam-se com uma demanda ativa de produção de objetos em tecidos, linhas, papel e tintas (51,6%), e, por outro lado, na atividade social a passividade é destacada (55,1% declaram como principal prática social assistir televisão, escutar som ou rádio).

Contudo, para além da questão do conteúdo, outra também está posta: o local de realização dessas práticas. Para a maior parte dos usuários (98,8%) o

local da prática dos trabalhos manuais é no Centro de Convivência, contrapondo a residência própria (70,9%) como referência para a atividade social.

No que diz respeito às questões condicionantes da freqüência à participação nas atividades nos Centros de Convivência, pode-se sinalizar para as dificuldades de autonomia que essa população encontra no que diz respeito ao acesso ao transporte público (tem sido rotina o serviço pagar pelos vales transporte nos dias de atendimento do usuário), a dependência de locomoção que precisa ser negociada com a família (pois a maior parte vive com familiares) e a própria autoconfiança para o deslocamento (uma vez que a violência urbana é uma ameaça constante às populações das grandes cidades brasileiras).

Outro fator condicionante da freqüência nas prática nos CC pelos usuários está o limite de atendimento devido a baixa capacidade da infra-estrutura física e de pessoal do serviço.

A referência da residência própria enquanto local privilegiado para a participação em atividades sociais revela que o vínculo com as outras pessoas (que seria normalmente uma constante nestas atividades sociais) está muito mais associado aos programas da televisão ou ao do rádio do que ao ambiente familiar, pois 61,4% declaram participarem dessa atividade sozinhos.

Portanto, os sujeitos nomeiam o ambiente familiar - a residência - enquanto local para as trocas e os contatos sociais, mas a referência de interação humana realiza-se virtualmente, ou seja, pela televisão, pelo rádio, pelo som e sem reciprocidade de contato.

A metodologia de coleta de dados utilizada nesta pesquisa, sem detalhamento de sub categorias dentro dos grandes blocos de atividades de lazer, foi que possibilitou fazer a nomeação das sub categorias.

Essa sub categorização, acima mencionada, confirma os resultados encontrado por Huxley (1998) em um estudo comparativo entre as sub categorias utilizadas para se avaliar a relação entre QV e funcionamento social em uma população com transtorno mental que viviam em uma comunidade, em que o

andar de ônibus ou carro (exceto quando era para ir ao trabalho) foi associado a vida independente e à recreação.

Por outro lado, a prática em grupo dos trabalhos manuais nos CC faz com que ocorra um aumento no convívio social entre os próprios usuários e entre estes e os monitores (99,2% praticam em companhia de outros usuários).

Portanto, nessa perspectiva, pode-se observar que o compartilhamento social, no que diz respeito à participação conjunta nessas práticas (trabalhos manuais e atividades sociais) dessa população está, em grande parte, limitada à interatividade com os próprios colegas do CC.

Os resultados sobre a rotina de práticas de atividades esportivas e físicas relevaram uma distância dessa população em relação a estas, pois 94,1% não pratica qualquer modalidade esportiva e 71,7% nenhuma atividade física.

Contudo, quando 67,1% dos indivíduos que não praticam qualquer atividade física foram pesquisados sobre disponibilidade subjetiva e sobre a importância dessa prática no seu cotidiano verificou-se que 68,0% deles têm interesse em praticar algum tipo de atividade física e que 85,3% consideram essa prática importante.

Torna-se relevante observar que o fato de se achar importante tal prática não define o interesse em praticar, porém deve-se registrar uma abertura no discurso dos mesmos para investimento de práticas dessa natureza.

Para o pequeno grupo que pratica uma modalidade esportiva, o futebol (73,33%) se destacou como a atividade prioritária em termos de participação. Essa modalidade esportiva obteve uma aceitação entre as diferentes faixas etárias, porém com um destaque maior de rotina de prática na faixa etária que compreende os indivíduos entre 15 e 24 anos (p=0,018) e com adesão de 100% de indivíduos do sexo masculino.

Essa prática é realizada em um CC específico, porém compartilhada com participantes de outros CC e com vizinhos, com encontros que variam entre uma ou duas vezes por semana.

A prática da caminhada (58,2%), enquanto atividade física, foi a de maior aderência dos pesquisados que praticam algum tipo de exercício. As características dessa prática apontam para uma rotina diária, na rua e sem acompanhamento. A faixa etária de maior aderência a caminhada foi entre os 35 e 44 anos.

Duas questões revelam-se importantes em termos de aderência desses indivíduos à prática da caminhada. A primeira é a de que 55,8% dos praticantes tem como objetivo a melhoria da saúde e, a segunda é a faixa etária dos praticantes.

O cruzamento desses indicadores pode relevar o conhecimento por parte desses indivíduos do risco de aparecimentos de transtornos de ordem física ou mesmo o atual convívio com estes e nos quais a atividade física desempenha papel importante no controle dos mesmos.

Portanto, ao se refinar as características de prática dessa pequena parcela fisicamente ativa observa-se que o esporte está associado às faixas etárias mais baixas e com compartilhamento social – tendo os próprios participantes dos CC como referência, mas com menor número de encontros semanais entre os participantes.

Por outro lado, a caminhada ganha espaço em faixas etárias maiores, com foco na melhoria da saúde, com rotina diária, porém se releva uma prática solitária, realizando-se na rua e com a maioria dos sujeitos morando com familiares.

Os jogos de salão não são praticados por 79,9% dos entrevistados. Esses dados não conseguiram confirmar a aderência desses usuários à rotina da prática de jogos de salão após o retorno ao convívio social, uma vez que essa prática faz parte do instrumental terapêutico utilizado nos hospitais e clínicas psiquiátricos e essa população possui história de internação nessas instituições.

Essa não aderência é devido à falta de companhia para se praticar essa atividade no retorno ao convívio social ou porque é frágil o caráter educativo dessas atividades no foco terapêutico.

Quando focado o pequeno grupo de participantes (19,7%), essa prática se releva como a de maior compartilhamento social quando comparada com as outras atividades acima pesquisadas, o que pode indicar o aprendizado por parte dos usuários. Contudo a falta de companhia para se praticar limita seu universo.

O baralho foi o jogo de melhor aceitação e houve uma divisão no compartilhamento dessa atividade, sendo que 40,8% declararam jogar com familiares, parentes ou namoradas e outros 40,8% jogam com vizinhos, amigos ou colegas.

A rotina dos encontros ocorre mais de duas vezes por semana na própria residência do usuário.

Portanto, como nos trabalhos manuais, o esporte e os jogos de salão representam, para um pequeno grupo, as atividades de compartilhamento social, sendo que no caso dos trabalhos manuais e do esporte, o compartilhamento dessas atividades ocorre com outros usuários dos Centros de Convivência enquanto os jogos de salão com os familiares e colegas. A prática da atividade física, como as atividades sociais, são atividades solitárias.

O universo geográfico dessas práticas mostrou-se reduzido aos Centros de Convivência e às residências dos usuários. A freqüência das práticas dessas diferentes atividades é variável, contudo a presença diária da mídia eletrônica – televisão e rádio – na vida de grande parte desses sujeitos é constante.

Os dados acima mencionados corroboram com a formulação do conceito apresentado por Fernandes da Fonseca (1997) para o fenômeno do transtorno mental como "um estado de desequilíbrio funcional susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desadaptação social" (Fernandes da Fonseca, 1997, pg.331, citado no cap. Saúde Mental).

Dentro dessa ótica desenvolvida por Fernandes da Fonseca, de desadaptação social após a eclosão de um transtorno mental, no que tange o universo do lazer dessa população específica pode-se observar que, tomando os resultados objetivos levantados pela pesquisa, mesmo após o retorno ao convívio social e com suporte de programas, que são nomeadamente de proposta

inclusiva, ocorrem diferenças adaptativas individuais, mas sobretudo verifica-se que essas diferenças ocorrem enquanto fenômeno da coletividade. Entre os elementos de formação dessa coletividade estão parâmetros comuns, tais como o território geográfico de moradia, a vida adulta, o poder econômico, o nível de escolaridade, os credos religiosos e sobretudo a convivência de cada um desses indivíduos com pelo menos um transtorno mental.

Segundo Sayce (2000), em quais condições uma pessoa diagnosticada com transtorno mental se desloca da segregação para uma completa participação na vida social e econômica permanece sem uma resposta precisa.

Como foi abordado no capítulo da revisão da literatura, alguns modelos anti discriminatórios surgiram e se desdobraram ao longo dos últimos anos, alguns, inclusive, com o objetivo de ultrapassar o fenômeno da loucura como pecado ou vergonha, tanto para o indivíduo como para seus familiares e amigos.

Contudo, o retorno ao convívio social desses indivíduos enquanto aceitação mútua, e portanto possível de adaptação de ambas as partes (sociedade e o indivíduo) tem colocado os serviços especializados de saúde mental na linha de frente nessa negociação entre os sujeitos, as próprias famílias, os amigos, os colegas e com a sociedade em geral.

Segue-se abaixo uma discussão baseada em alguns modelos anti discriminatórios, apresentados por Sayce (2000), e as características de lazer apresentadas pela população pesquisada.

Pelo resultados registrados, no que diz respeito aos números e a freqüência de compartilhamento de atividades de lazer com outros familiares, amigos ou colegas, o modelo Causal-explicativo baseado na explicação médica (causas biológicas e neurofisiológicas) para o fenômeno do transtorno mental não se mostrou suficiente para a aproximação e a aceitação desses indivíduos no próprio micro sistema social.

Por outro lado, tornar-se possível, por esse modelo, a interpretação sobre a aceitação e o convivência entre os próprios usuários do serviço e a adaptação do

grupo às atividades compartilhadas oferecidas dentro dos centros (identificação com os pares).

Os vários modelos de enfoque no Crescimento Individual, que fundamentam-se nas experiências de aconselhamento e nas técnicas das psicoterapias, subsidiam o entendimento do aparecimento de pequenos grupos de indivíduos que se capacitaram e, por via das atividades de lazer, ampliaram a própria rede social no universo do lazer, destacando-se o grupo do futebol e dos jogos de salão.

Entretanto, ao analisar os resultados das atividades sociais e da atividade física, torna-se possível concordar com as argumentações apresentadas por Sayce (2000) no risco de se reduzir esse fenômeno tão complexo à soluções de responsabilidade meramente individual, o que faz diminuir, politicamente, as responsabilidades dos diferentes segmentos sociais no avanço de soluções coletivas e de abrangência mais ampla.

Contudo, observa-se que o caminho do agir solitário torna-se possível e consiste no mais realista.

Por outro lado, os mesmos resultados obtidos na caracterização das atividades sociais e físicas, quando analisado dentro da matriz do modelo de Inclusão, que está baseado nos direitos a oportunidades e aceitação das limitações imposta pelo transtorno, escancara a discrepância entre as propostas institucionais e a realidade vivida pelos indivíduos participantes desse programa.

O avanço histórico, que possibilitou o atual compartilhamento de moradia, de vizinhança e de interesses culturais, mais o oferecimento de instrumentalização subjetiva e objetiva a esses usuários do programa, não fez avançar coletivamente a ampliação do convívio humano no universo do lazer dessa população e essas atividades ainda são realizadas solitariamente.

A análise das outras atividades de lazer (trabalhos manuais, esporte e jogos de salão) pela ótica da Teoria da Inclusão social, de algum modo reafirma a discussão do parágrafo anterior, uma vez que, também nessas atividades de lazer

o máximo de ampliação do convívio social ocorre com os próprios pares, com uma freqüência e em um território geográfico bastante limitado.

Portanto, o que se observa, a partir dos dados objetivos coletados na pesquisa, é que atualmente o convívio social, no universo do lazer dos indivíduos participantes do programa Centro de Convivência, tem por base a coexistência de diferentes marcos teóricos do referencial anti discriminatório.

Partindo do princípio que para se compreender as condições, no universo do lazer, que provocam o deslocamento dessa população específica da condição de segregação para uma completa participação na vida social e econômica, e a sua consequente melhoria da qualidade de vida, é necessário, para além da compreensão da postura de adaptação/desadaptação social, tanto da sociedade como dos indivíduos com transtornos mentais, a compreensão sobre a percepção dos mesmos no que tange à própria liberdade no lazer.

De maneira geral, houve uma adesão dos participantes a âncora Concordo Completamente, porém nas afirmativas em que se registraram as aprovações acima de 70%, os resultados apresentaram oscilações entre o Concordo Completamente e Discordo Totalmente.

Dessa maneira, resguardadas tais âncoras de respostas (Concordo Completamente – Discordo Totalmente), o perfil de extremos se apresenta, respectivamente:

- Concordo Completamente: "minhas atividades de lazer ajudam-me a sentir importante; tenho as habilidade necessárias para participar das atividades de lazer de que gosto; minhas atividades de lazer possibilitam-me conhecer outras pessoas; consigo trazer coisas boas para as atividades de lazer que faço; quando participo de atividades de lazer, há momentos em que realmente domino o que estou fazendo; algumas vezes, sinto-me entusiasmado quando estou participando de atividades de lazer".
- Discordo Totalmente: "normalmente, consigo convencer as pessoas a fazerem atividades de lazer comigo, mesmo quando elas não querem; quando estou agitado, consigo fazer atividades de lazer que me ajudam a acalmar".

Porém, a verificação da média das cinco âncoras de respostas oferecida pelo instrumento indicou o Concordo como a âncora de maior freqüência – 137 (53,5%) o que sustenta o embate entre a luta dos extremos (Concordo Completamente x Discordo Totalmente) com uma resultante positiva para o Concordo.

O cálculo da média do PLL, com resultado de 2,50 (escala de 1 a 5, sendo 1 melhor valor), confirma a positividade das respostas no domínio do lazer.

Na perspectiva de análise das afirmativas relevantes para essa pesquisa, tomou-se por base as três categorias previamente definidas, que referem-se às variáveis essenciais no processo de condicionantes à participação plena em atividade de lazer: autoconfiança (média: 2,30 – ponto de corte: 2,00); reconhecimento de habilidades próprias (média: 2,30 – ponto de corte: 2,00) e interação com outras pessoas (média: 2,70 – ponto de corte: 3,00).

A análise dos resultados da categoria autoconfiança aponta para uma população autoconfiante, uma vez que das 14 afirmativas, 9 delas conseguiram aderência de mais de 50% dos pesquisados na âncora Concordo Completamente. Dentro dessas afirmativas encontra-se a de maior adesão ao Concordo Completamente, com 81,6% de confirmação: "Minhas atividades de lazer ajudam-me a sentir importante".

Ao observar as 3 afirmativas que obtiveram aderência à âncora Discordo Totalmente, pontua-se que 2 das mesmas foram escolhidas por mais de 50% dos pesquisados: "normalmente consigo convencer as pessoas a fazerem atividades de lazer comigo, mesmo quando elas não querem" (73,4%), e "posso transformar quase toda atividade em algo divertido de fazer" (59,8%). A terceira afirmativa de adesão Discordo Totalmente foi: "quando quero, consigo fazer uma atividade de lazer ser tão agradável como imaginei" (46,1%).

Portanto, o perfil autoconfiante apresenta fragilidade em duas variáveis da categoria auto confiança, ou seja, na capacidade própria de convencimento de outras pessoas com argumentação baseada nos próprios valores e interesses e

na auto capacidade de transformação de vivências psíquicas adversas em vivências psíquicas agradáveis.

O resultado do perfil autoconfiante foi também confirmado pelos valores encontrados na Categoria Autoconfiança – 2,30.

Entre alguns pontos de convergências existentes no vasto universo das práticas do lazer encontra-se a habilidade humana. Ou seja, a participação em qualquer atividade da área do lazer demanda do ser humano, frente a atividade exposta, defrontar-se com habilidades próprias que são essenciais ao envolvimento com aquela atividade.

A percepção dos participantes da pesquisa sobre a categoria de reconhecimento das habilidades no lazer foi verificada em 12 afirmativas do instrumento. Obteve-se 7 afirmativas com mais de 50% de adesão na âncora Concordo Completamente, entre elas 3 afirmativas com mais de 70% de adesão, foram elas: "tenho as habilidades necessárias para participar das atividades de lazer de que gosto" (72,3%); "consigo trazer coisas boas para as atividades de lazer que faço" (72,3%); "quando participo de atividades de lazer, há momentos em que realmente domino o que estou fazendo" (71,5%).

Quanto a adesão à âncora Discordo Totalmente, no que diz respeito ao reconhecimento de habilidades no lazer, ocorreram nas seguintes 3 afirmativas: "consigo fazer coisas, durante uma atividade de lazer, que possibilitam maior diversão para todos" (48,0%); "sou capaz de ajudar outras pessoas a se divertirem durante as atividades de lazer" (41,4%); "quando estou agitado, consigo fazer atividades de lazer que me ajudam a acalmar" (74,2%).

As afirmativas, relacionadas a própria percepção de reconhecimento de habilidades no lazer que obtiveram menos de 50% de adesão na âncora Concordo Completamente, foram: "é fácil escolher uma atividade de lazer para participar (46,0%) e "sou criativo durante minhas atividades de lazer" (48,8%).

Dessa maneira, como na categoria autoconfiança, no qual os resultados apontaram para um grupo autoconfiante diante da participação nas atividades de lazer, a percepção dos participantes da pesquisa diante das próprias habilidades

no lazer também indica uma percepção de indivíduos habilidosos no universo do lazer. Resultado também confirmado pela média da Categoria Reconhecimento de Habilidades – 2,30.

Entretanto, torna-se possível observar que os pontos de fragilidade encontrados na configuração da autoconfiança encontra-se, também, na configuração do reconhecimento das próprias habilidades no lazer, ou seja, os participantes da pesquisa afirmaram ser menos habilidosos diante da ação de divertir ou de ajudar outras pessoas no ambiente do lazer, bem como transformar vivências psíquicas estressantes em vivências psíquicas relaxantes.

Deve-se registrar que a afirmativa: "quando estou agitado, consigo fazer atividades de lazer que me ajudam a acalmar", obteve a maior adesão entre as afirmativas com Discordo Totalmente (74,2%).

A dificuldade psíquica de transformação de pensamentos, sentimentos e emoções desses indivíduos vê-se, também, refletida nas duas afirmativas que obtiveram menos de 50% de adesão à âncora Concordo Completamente: "é fácil escolher uma atividade de lazer para participar" (46,0%) e "sou criativo durante minhas atividades de lazer" (48,8%).

O bloco das 10 afirmativas que compõe a categoria Interação com Outras Pessoas no Lazer apresentou 5 afirmativas em que houve adesão de mais de 50% à âncora Concordo Completamente e outra com 37,5%.

A discordância total, no que diz respeito à percepção dos pesquisados à própria interação com outras pessoas durante as atividades de lazer, ocorreu nas seguintes 4 afirmativas: "consigo fazer coisas, durante uma atividade de lazer, que possibilita a maior diversão para todos" (48,0%); "geralmente escolho com quem faço as atividades de lazer" (46,9%); "sou capaz de ajudar outras pessoas a se divertirem durante as atividades de lazer" (41,4%); "normalmente consigo convencer as pessoas a fazerem atividades de lazer comigo, mesmo quando elas não querem" (73,4%).

Os resultados dessa terceira categoria sustentam os achados das categorias anteriores, ou seja, no delineamento do perfil subjetivo sobre as

próprias percepções de liberdade no lazer dos pesquisados ver-se realçada uma fragilidade diante das vivências psíquicas que envolvem outras pessoas.

Portanto, essa fragilidade torna-se uma variável de base na configuração desse perfil.

Dessa maneira, ao refinar essa variável básica observa-se que, no que diz respeito à auto-percepção dos mesmos, as dificuldades apresentadas são em: negociar com outras pessoas os próprios interesses e valores (poder de convencimento), demonstrar e compartilhar vivências prazerosas (capacidade de divertir, anedonia), capacidade de empatia (distinguir as situações das outras pessoas como diferentes da deles próprios, de ajudar os outros), e a própria ambivalência no lazer (escolher outras pessoas para compartilharem atividades).

Outro dado deve, ainda, ser acrescentado a discussão, ao observar a afirmativa de maior adesão na categoria Interação com Outras pessoas no Lazer: "minhas atividades de lazer possibilitam-me conhecer outras pessoas", com 73,0% de adesão à âncora Concordo Completamente. Verifica-se que as atividades de lazer são capazes de ampliar quantitativamente o universo de contato pessoal dos entrevistados, porém os mesmos apresentam dificuldades na manutenção dos vínculos.

Ao analisar os valores encontrados para média da Categoria Interação com Outras Pessoas (2,70), os resultados quantitativos reafirmam os achados acima discutidos, ou seja, essa categoria como sendo a de principal fragilidade entre as categorias investigadas nessa pesquisa.

Dessa maneira, pelas discussões anteriormente apresentadas, há um apontamento na direção de que o quadro clínico dos participantes da pesquisa acaba por refletir na percepção dos mesmos na própria liberdade de lazer.

Historicamente, muito do atual conhecimento clínico sobre o adoecer psicótico baseou-se no conhecimento da esquizofrenia, sua principal forma de manifestação. Ou seja, como citado em capítulo anterior, segundo Bleuler os sintomas fundamentais da esquizofrenia eram "distúrbios da associação do

pensamento, distúrbio da afetividade, ambivalência da afetividade e da vontade e autismo" (Louzã Neto, 1995, p. 168).

Os sintomas hierárquicos utilizados por Kurt Schneider (1887-1967) para determinar os sintomas de primeira e segunda ordem na esquizofrenia apoiam, de modo geral, a sintomatologia psicótica. Nos últimos vinte anos, assistiu-se a uma prioridade, dentro da Psiquiatria, de se utilizar subtipos na proposta de se avançar nas diferenciações dos quadros clínicos.

As sídromes deficitárias que se manifestam dentro de vários quadros clínicos psicóticos, segundo Dalgalarrondo apresentam as seguintes características (2000, p. 202, cap. Psicose e Neurose):

Síndromes Deficitárias – Sintomas Negativos:

- "distanciamento afetivo;
- retração social;
- empobrecimento da linguagem e do pensamento (alogia);
- diminuição da fluência verbal; diminuição da vontade (avoliação) e apragmatismo;
- autonegligência;
- lentificação psicomotora".

Pode-se, ainda, resumir que de maneira geral os sintomas primários caracterizam determinadas psicoses e os sintomas secundários "resultam, por sua vez, da reacção psicológica (experiência interna) do doente (reação do seu EU ou da sua personalidade) à própria doença" (Fernandes da Fonseca,1997, p. 202).

As discussões, anteriormente apresentadas sobre o perfil subjetivo dos pesquisados, esclarecem a afirmativa apresentada por Fonseca sobre os sintomas secundários como resultante da reação do Eu do indivíduo à própria doença e, portanto, torna-se possível constatar as manifestações dessas reações nas próprias percepções de liberdade no lazer do grupo pesquisado.

A Lei n° 8.080, sancionada em 1990 pelo Congresso Nacional do Brasil, passou a regular todas as ações e serviços que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território nacional (Ministério da Saúde,1990).

O artigo terceiro dispõe que: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

O referencial legal, exposto na lei, abriu espaço para que os princípios de oportunidade na vida e reconhecimento do ser enquanto único, que fazem parte do núcleo da Teoria da Inclusão Social, dessem suporte à Lei 11.802, de 1995, da Assembléia do Estado de Minas Gerais, que estrutura o processo de desinstitucionalização da saúde mental no Estado.

A Lei 11.802 estabeleceu os caminhos comunitários para oferta de serviços e propõe ampliar a profundidade da luta contra a discriminação e as oportunidades que sejam coerentes com as demandas dos próprios usuários dos serviços.

Dessa maneira, a elaboração do programa Centro de Convivência, segundo Greco (1994, p. 2), pauta-se enquanto "recurso complementar ao tratamento, na medida em que pode contribuir para a estabilização de pacientes psiquiátricos através de atividades produtivas e do convívio desses pacientes em um ambiente de respeito à singularidade de cada um".

Portanto, a perspectiva de se expandir o acesso ao lazer, no qual a atividade física é um dos componentes, enquanto direito do cidadão atendido pelo Sistema Único de Saúde, demanda refinamento das manifestações coletivas e individuais das populações a serem atendidas para se garantir os princípios de oportunidade na vida e reconhecimento do ser enquanto único no ambiente do lazer e na vida em comunidade.

Ainda na perspectiva de discussão com base em teorias que suportam a luta anti discriminatória no campo de conhecimento denominado Saúde Mental, ao se observar o resultados da aplicação da Escala de Percepção de Liberdade no Lazer reafirma-se, como no Questionário Socio demográfico e de Lazer, a Teoria do Crescimento Individual, ou seja, o aparecimento de pequenos grupos que destacam de maneira positiva nas categorias do lazer avaliadas pelo instrumento.

Ao se pensar a atividade física como componente do lazer torna-se possível a discussão de resultados relevantes obtidos nesta pesquisa, por via de teorias de suporte da Atividade Física Adaptada (AFA).

Segundo Silva (2000, p. 42), a Carta Européia do Desporto para Todos, reconhece "a actividade física como um meio privilegiado de educação, valorização do lazer e integração social".

A valorização da prática da atividade física, enquanto lazer, faz-se a partir da consciência individual e coletiva do movimento e da ação como referências das possibilidades humanas.

Na perspectiva de De Pauw, Doll Tepper e Sherril (2000) a AFA foi considerada como uma "teoria e uma prática transdisciplinar que se propõe a identificar e solucionar problemas motores ao longo da vida; desenvolver e implementar o acesso aos esportes e a um estilo de vida ativo; desenvolver a cooperação entre os serviços família-escola-comunidade e fortalecer o sistema de *empowerment*".

A pesquisadora americana Sherrill (1998, p. 93) defendeu o princípio de que a Adaptação é a âncora onde estão fixadas as diferentes teorias, filosofias e práticas que sustentam os programas de Atividade Física Adaptada. A Adaptação é, portanto, concebida como uma grande teoria que sustenta as demais.

Assim, com a discussão dos resultados desta pesquisa acima elaborados, o debate entre a especificidade dos indivíduos com transtornos psicóticos participantes dos programas do centros de convivências e determinadas teorias aplicadas na área da AFA torna-se facilitado.

Duas teorias serão aqui destacadas: a Teoria Ecológica, desenvolvida por Kurt Lewis, e a *Self-Determination Theory.*

No planejamento de programas de Atividades Físicas de base coletiva, que se tem por base a aplicação da Teoria Ecológica, na qual o ponto a ser destacado no planejamento e na execução dos programas deve ser a interação do indivíduo com seu meio, as reações do EU, dos indivíduos psicóticos, ao próprio transtorno, no ambiente do lazer (dificuldades em: negociar os próprios interesses e valores, a

anedonia, na empatia e a ambivalência), prestam à compreensão das manifestações e dos comportamentos dos mesmos dentro desse micro sistema social.

Portanto, para se implementar os programas em que prevaleça a interação entre forças internas, do domínio do psicológico, e as forças externas, do domínio do meio ambiente, o conhecimento sobre o convívio dos participantes com o próprio transtorno torna-se essencial para definição de metas e objetivos dos programas.

Por outro lado, entre os programas que visam intervenções individuais, encontra-se o baseado na *Self-Determination Theory.* Esse marco teórico comportamental, que teoriza sobre a importância da capacidade de percepção de controle do indivíduo sobre os diferentes eventos na vida, para regular a própria motivação, possibilita o diálogo entre a auto percepção na liberdade no lazer e os demais pontos referenciais do embasamento das intervenções.

Uma vez que as intervenções dessa teoria fundamentam-se em práticas educacionais, o refinamento das percepções individuais no universo do lazer torna-se fundamental na organização das estratégias educacionais individuais para esses usuários do serviço público, seja em qualquer uma das vertentes da AFA (terapêutica, de lazer, competitiva ou educacional).

Assim, para se propor estratégias que visem motivá-los a perceber as responsabilidades e as conseqüências pelas ações e eventos que ocorrem na própria vida, o conhecimento das manifestações e dos comportamentos das reações da personalidade do indivíduo ao próprio transtorno, acabará por contrapor crenças pessoais e do acaso da vida.

Ao se ter por referência, na presente discussão, a afirmativa de Sayce (2000), na qual permanece sem resposta precisa em quais condições uma pessoa diagnosticada com transtorno mental se desloca da segregação para uma completa participação na vida social e econômica, também se está afirmando a necessidade de se compreender o atual padrão de qualidade de vida dos

mesmos, para se conhecer nos diferentes domínios da vida as satisfações e insatisfações deles mesmos diante da vida.

A relação entre completa participação na vida social e econômica e a qualidade de vida dessa população torna-se, dessa forma, fundamental para se compreender as variáveis que influenciam essa participação, bem como avaliar e definir modelos de intervenções coletivas e individuais em domínios específicos da vida.

Para Bigelow e companheiros (1982, citado em Simmons, 1994, p.185), a qualidade de vida (QV) pode ser conceituada "como uma abstração que integra e sintetiza todos os delineamentos da nossa vida que nós achamos mais ou menos desejáveis e de satisfação".

Ainda, para os mesmos, a QV está baseada em dois fatores: "satisfação das necessidades através das oportunidades disponíveis no ambiente e a capacidade de realizar as demandas sociais por meio das habilidades pessoais e da atualização das próprias capacidades" (Corten, 1994, p. 179).

A investigação sobre o padrão de QV dos participantes dos projetos dos centros de convivências revelou uma média baixa (2,43 - ponto de corte: 2,5) (em uma escala de 0 a 6, sendo 6 o melhor valor), o que indica, tomando por base os conceitos acima mencionados, indivíduos insatisfeitos e com pouca capacidade de realizações e de oportunidades na vida.

Ao se tomar os dados sócio demográficos, o perfil dos entrevistados indica se tratar de indivíduos adultos, com baixa escolaridade, moradores da periferia de uma grande cidade, aposentados, vivendo com moradia compartilhada com a família. Portanto, consegue-se estabelecer que a população pesquisada encontra-se em uma classe sócio econômica baixa, mesmo para os padrões brasileiros.

Segundo o economista Giannetti (2002), o poder econômico vai estar correlacionado à felicidade nas populações de menor e maior poder aquisitivo. Tal argumento baseia-se nos estudos realizados por Diener e colaboradores nos Estados Unidos, em 1999, e Frey e Stutzer, no Japão, em 2002. A pesquisa indica que os ricos satisfazem-se e sentem-se mais realizados ao exibirem seus bens.

Por outro lado, a demanda humana por alimento e habitação torna-se variável estável no delineamento do padrão de satisfação na vida para as classes que vivem abaixo da linha da miséria. Contudo, servindo-se ainda da análise econômica, Giannetti acrescenta à discussão o papel da classe média enquanto modelo reprodutor de valores para a classe mais baixa. A discrepância existente entre os valores motivacionais de consumo e os valores da realidade vivida estabelece uma ética perversa tanto individual como coletiva. A violência urbana brasileira é um exemplo dessa perversidade – mata-se para roubar um celular.

Reafirmando o enunciado de Adam Smith, citado por Giannetti (p. 89, 2002), os pobres "miram deslumbrados e perseguem o luxo-troféu que lhes escapa. Dessa crença ilusória se alimenta o progresso das nações". Ao se estabelecer a sociedade do espetáculo (Debord, 1992), a televisão, particularmente a televisão aberta brasileira, o rádio e a indústria fonográfica ganham destaques enquanto veículos difusores e ampliadores dos valores proclamados pela classe média. Portanto, essa população pesquisada, ao quebrar o círculo vicioso (casa) internação (casa) e se estabelecer na comunidade, confronta-se com a ética coletiva do micro sistema que se está vivendo. A partir dessa ética, retorna ao convívio social.

Uma vez que os dados sócio demográficos e de lazer coletados na pesquisa revelam o contato diário e solitário da assistência da televisão, da escuta do rádio e do som como as principais atividades sociais dessa população, os mesmos passam a ter como referência de valores os também estabelecidos valores da classe média brasileira.

O conceito adotado pela OMS para QV confirma o impacto cultural na formação de referências para a definição de satisfação na vida: Qualidade de Vida é "a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida em relação ao sistema de valores e o contexto cultural em que o indivíduo vive e seus próprios objetivos, expectativas, padrões e interesses" (citado em Mueser,1998,p. 52).

O trabalho comparativo realizado na Índia entre um grupo com Esquizofrenia e um com Distimia, apresentado por Gupta e colaboradores (1998),

revelou, também, baixa qualidade de vida nos dois grupos. O dado parece significativo pelo fato da pesquisa ter sido realizada em um país periférico e com algumas características econômicas semelhantes ao Brasil, porém, entre outras tantas questões nos quais as realidades diferem, não se tratava de uma população atendida por um programa público com os referenciais do Centro de Convivência.

Outra pesquisa desenvolvida em país periférico foi apresentada por Green e colaboradores (2001), é um estudo comparativo sobre QV em pacientes já tratados e não-tratados com severos transtornos, mentais, dos Estados Unidos e do Marrocos. As conclusões apresentadas indicam não haver diferença no padrão de QV entre os dois grupos de pacientes do Marrocos, mas o grupo controle do estudo apresentou melhor QV. Com referência ao funcionamento no lazer os três grupos de pacientes (dois do Marrocos e um dos Estados Unidos) mostraram o mesmo padrão de funcionamento. A pesquisa não detalha o referencial para o padrão. Por outro lado, os resultados da pesquisa apresentados por Sullivan e colaboradores (1991) enfatizam que mesmo em países desenvolvidos, quando se realizam pesquisas com população que apresenta transtornos mentais severos, e que vive com um poder aquisitivo abaixo da média da população, os resultados tradicionalmente aceitos para estes países são modificados pelo fator econômico.

Os resultados da pesquisa conduzidas pelo grupo de Sullivan indicaram razoável padrão de QV dessa população em alguns domínios específicos, porém a amostra apresentou maior insatisfação nos domínios financeiro e na vida social.

Ao se aprofundar os estudos sobre QV, a associação entre avaliação objetiva e avaliação subjetiva tornou-se necessária.

Entre algumas linhas teóricas que valorizaram essa associação encontra a que defende que o Bem Estar Global, que baseia-se no estado emocional do indivíduo, portanto uma avaliação subjetiva, é necessário de ser associado à avaliação de qualidade de vida, por ser essa uma dimensão cognitiva para avaliação de domínios objetivos (Lehman, 1983; Corten, 1994; Doyle 1999).

Dentro dessa ótica de aprofundamento, Katschnig (2000) declara a presença da depressão, relacionada às distorções cognitivas, como um sintoma que pode alterar a avaliação subjetiva do indivíduo nesse tema específico da QV.

Entretanto, autores como Doyle et al. (1999, p. 471) insistem que as dimensões tanto subjetivas quanto objetivas devem ser consideradas complementares na verificação dos índices de qualidade de vida de indivíduos com esquizofrenia.

Alguns pesquisadores afirmam, ainda, que o lazer está associado com uma maior satisfação nos índices de qualidade de vida da população com esquizofrenia dos países desenvolvidos (Lehman,1983; Trauer,1998).

Por outro lado, Gupta e colaboradores (1998), quando pesquisaram a diferença na qualidade de vida entre sujeitos com esquizofrenia e sujeitos com distimia, na Índia, apontaram que o lazer está entre os domínios de insatisfação na vida dos sujeitos com esquizofrenia.

Contudo, no instrumento utilizado nessa pesquisa foram três domínios avaliados: a rede social, o domínio ocupacional e as funções intrapsíquicas e interpessoais.

Ao analisar com mais detalhes os resultados por blocos nesses domínios verificou-se que os resultados da rede social obteve a menor média entre os domínios avaliados: média: 2,07 – ponto de corte: 2,00.

Dentro dele, as relações com amigos (relacionamentos mais íntimos com pessoas que não pertencem à família – 0/1) mostraram-se ausentes ou escassas; com colegas (relações com compartilhamento de interesses comuns, mas sem intimidade - 2/4) delinearam-se infreqüentes, reduzidas ou limitadas às atividades compartilhadas, e as relações com a família (2/3/4) foram avaliadas entre intermitentes à consistente, mas com reduzida intensidade. O núcleo familiar apresentou-se, também, como o alicerce da rede social (2) dos participantes.

Ao aprofundar a investigação sobre a avaliação que o grupo de indivíduos que residiam com seus parentes e familiares (85,5%) faziam da própria rede social verificou-se que há uma pior avaliação da qualidade desta rede social (p=0,000).

Portanto, com os resultados acima mencionados, torna-se possível afirmar que as variáveis do domínio do lazer, que expressam as interações sociais objetivas e subjetivas dos entrevistados, repetem o modelo de contato e interações pessoais adotado na vida pelos participantes do Programa Centro de Convivência, com base nas categorias (Autoconfiança, Reconhecimento de Habilidades e Interação com outras Pessoas) utilizadas para a avaliação de percepção de liberdade de lazer.

O papel da família, como suporte da rede social, apresenta-se no lazer enquanto gestora e doadora de infra estrutura para as práticas sociais (assistência diária, televisão, rádio e som) contrapondo uma participação mínima enquanto ator ativo de compartilhamento de atividades recreativas (jogos de salão).

No que diz respeito ao convívio com colegas, essa interação ocorre via compartilhamento de atividades comuns, centrada nas atividades desenvolvidas nos centros de convivência (trabalhos manuais e futebol), ou seja, induzida institucionalmente.

A grande dificuldade de relacionamentos mais íntimos com pessoas que não pertencem à família é refletida no ambiente do lazer pela também ausência de compartilhamento de atividades com amigos, bem como na percepção subjetiva dos mesmos de fragilidades que ancoram as relações mais íntimas. São estas a capacidade de negociar com outras pessoas os próprios interesses e valores, capacidade de escolha de pessoas para compartilhamento de atividades, capacidade de divertir e capacidade de ajudar outras pessoas.

A avaliação dos entrevistados sobre a procura (2) e o envolvimento (2) deles em atividades sociais é empobrecida, passiva e dependente da família, e também há, por parte dos mesmos, a avaliação de tolerância a contato social (2/3) centrado nas próprias necessidades.

Dessa maneira, ao se considerar o universo do lazer atrelado ao universo das atividades sociais, torna-se relevante trazer para a discussão o difícil nó que se estabelece para as atividades centradas em vivências de lazer quando se tem por população alvo pessoas que reconhecem o empobrecimento, a passividade e

a dependência da família para as práticas sociais, porém avaliam que o contato social é tolerado quando da satisfação das próprias necessidades.

Os resultados acima mencionados corroboram para a aceitação da inclusão dos fatores ambientais, como o estresse oriundo dos eventos da vida em sociedade, colocados pelos pesquisadores Zubin e Spring (citados em Bandeira, 1999), entre os que criam dificuldade ao indivíduo com esquizofrenia na sua relação social.

Com um olhar focado na questão da família, a conclusão do trabalho de Sullivan e colaboradores (1991), anteriormente citado nessa discussão, e que pesquisou a QV em população com transtornos mentais severos com baixa capacidade econômica vivendo no interior dos Estados Unidos, destaca que, naquela população pesquisada, a hipótese dos indivíduos estarem vivendo com as famílias ser o principal indicador para os achados de uma melhor qualidade de vida entre os grupos. As condições emocionais e de suporte social instrumental, encontrados nas família, foram destacados como os possíveis fatores que influenciaram os indicadores positivos. Contudo, os pesquisadores declaram que a boa estruturação da família, resguardando aos seus membros um ambiente de baixo estresse, e o fato desses indivíduos morarem em área rural podem estar, também, influenciando os resultados encontrados.

Os mesmos autores declaram ainda que quando se comparou os resultados com estudos semelhantes, em cidades com mais de 100 mil habitantes, não foram encontrados resultados significativos.

Entre os três tipos de sintomas citados por Katschnig (2000) diretamente relacionados à definição de padrão da qualidade de vida de sujeitos com esquizofrenia, que vivem na comunidade, está o sintoma relacionado às distorções afetivas. Pelo resultados encontrados nessa pesquisa, essa afirmativa afrouxa o nó estabelecido na configuração conflitante entre o papel da família enquanto suporte da rede social dos entrevistados, e a tolerância dos mesmos quando da apropriação da família para satisfação das próprias necessidades.

Em trabalho publicado por Patterrson et al. (1997), como citado em capítulo anterior, a auto avaliação, para funcionamento social foi utilizada com indivíduos na faixa etária de 45 a 81 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia, e um grupo controle, na mesma faixa de idade, que não apresentava problema de saúde. Os resultados da pesquisa indicaram que, quando comparado ao grupo controle, poucos pacientes pesquisados estarem engajados em papéis sociais, eram casados, eram pais ou estavam inseridos no mercado de trabalho. A insatisfação com a vida sexual e com os relacionamentos íntimos (0) revelaram-se pela manifestação de apatia ou evitação ativa da sexualidade.

Resguardando as devidas diferenças, torna-se possível, contudo afirmar que o papel social descrito por Patterrson e colaboradores se assemelha aos encontrados no presente estudo. Por outro lado, esses autores ainda afirmam que, dentro da perspectiva da influência do lazer na qualidade de vida da população diagnosticada como esquizofrênicos, o expressivo índice de incapacidade no domínio social e lazer está associado ao fato de que, neste domínio da vida, se faz necessário habilidades interpessoais e adaptabilidade pessoal. Lehman (1983) afirma que os domínios mais fortemente associados com o bem estar global são os considerados potencialmente acessíveis a modificações, como é o caso do domínio nomeado como lazer, e o das relações pessoais.

O domínio ocupacional obteve uma média de 2,16 (ponto de corte: 2,00), com uma consistência interna, entre os 5 itens correspondentes, de alfa igual a 0,4692, o único abaixo de 0,7. A presença do exercício ocupacional na vida dos usuários dos centros de convivência é no máximo esporádica (1/2), mesmo levando em consideração a realização de tarefas domésticas que os entrevistados assumiam para si enquanto responsabilidade. Os usuários percebem a própria realização no funcionamento ocupacional como baixa (2), e a avaliação de satisfação (2/3) revelou indivíduos infelizes ou entediados no domínio ocupacional.

Ao se contrapor às avaliações dos entrevistados sobre o envolvimento, a realização e a satisfação no domínio ocupacional e as mesmas variáveis no

domínio do lazer, pode-se acrescentar à discussão a existência de avaliações diferentes, com pequenas áreas de semelhanças entre os dois domínios.

Na avaliação do domínio ocupacional, o envolvimento é considerado esporádico, mesmo tomando as tarefas domésticas básicas como responsabilidade. Por outro lado, o vínculo com o trabalho manual é rotineiro, mesmo ocorrendo entre uma e duas vezes na semana, e grande parte dos entrevistados considerarem ter a própria participação nas atividades nos centros de convivência uma finalidade de trabalho.

Há, portanto, para os participantes dessa pesquisa, um diferencial entre as atividades com puro vínculo de responsabilidade e as atividades em que o vínculo se faz mediado pelo lazer. Contudo, o vínculo institucional estabelecido entre o Serviço Centro de Convivência e a prática do trabalho manual mostrou desempenhar papel fundamental na qualidade desse vínculo.

O perfil autoconfiante delineado para o ambiente do lazer dessa população pesquisada confronta-se com a avaliação de baixa realização no domínio ocupacional. A adesão de maioria dos entrevistados ao Concordo Completamente para a afirmativa "Minhas atividades de lazer ajudam-me a sentir importante" é exemplar nessa linha de argumentação.

A avaliação sobre a satisfação nos dois domínios revelou indivíduos infelizes ou entediados no domínio ocupacional contrapondo indivíduos capazes de perceberem momentos de satisfação durante a prática de atividades de lazer. Novamente, a utilização, na argumentação, da adesão pela maioria a determinada afirmativa prevalece: "Algumas vezes, sinto-me entusiasmado quando estou participando de atividades de lazer".

Há também de ser ressaltado nessa argumentação que, ao se analisar a utilização do tempo pelos pesquisados no envolvimento em atividades ocupacionais e de lazer, verifica-se que nos dois domínios quantitativamente o envolvimento acontece de forma esporádica e variável (de 1 vez na semana à freqüência diária da assistência à televisão). Porém, ao se tomar o fator satisfação enquanto referência qualitativa pode–se apontar que, para a população

pesquisada, o tempo associado às atividades de lazer prevalece qualitativamente sobre tempo associado às atividades ocupacionais.

Existe uma avaliação, por parte dos entrevistados, de desequilíbrio entre o aproveitamento das próprias potencialidades e a oferta de oportunidades (2) no domínio ocupacional, o que acarreta, na percepção dos mesmos, o subaproveitado das próprias habilidades.

Mesmo considerando a passividade e a limitação de envolvimento que ocorre por parte dos entrevistados nos dois domínio em discussão, devido à redução de horas de envolvimentos com as atividades e da fraca interação pessoal com outras pessoas que compartilham esses universos, pode-se confirmar a auto percepção de indivíduos habilidosos nos dois domínios.

O desequilíbrio, no domínio ocupacional, revela a perspectiva dos entrevistados sentirem-se capazes para a realização de tarefas ocupacionais, contrapondo a pouca oportunidade oferecida aos mesmos nesse domínio.

No domínio do lazer a percepção de indivíduos habilidosos revela-se, também, pela grande adesão às afirmativas: "Tenho as habilidades necessárias para participar das atividades de lazer de que gosto" e "Quando participo de atividades de lazer, há momentos em que realmente domino o que estou fazendo".

Torna-se relevante relembrar, como fator balizador da discussão, o fato da maioria dessa população avaliar como importante a prática da atividade física, porém sem grande manifestação de interesse em aderir a tal prática.

Portanto, verifica-se, pelos dados objetivos e subjetivos coletados nessa pesquisa, que os participantes do Programa Centro de Convivência estão tendo acesso à atividades culturais e sociais básicas do micro sistema social, ou seja, oportunidades, porém não está ocorrendo o desenvolvimento de vínculos para expansão dessas habilidades percebidas.

Para além das discussões acima apresentadas, os dados demográficos de média de idade (40,4 anos de idade) e de renda (aposentadoria) contribuem para delinear o perfil conflitante dessa população no que diz respeito ao domínio

ocupacional, ou seja, uma população de jovens adultos com vínculo de aposentadoria com o trabalho.

Por outro lado, torna-se relevante trazer para a discussão as observações de Sartorius (1992) sobre reabilitação e qualidade de vida. Para a autora, na maioria das vezes, a academia e a mídia colocam em lados opostos o trabalho e o lazer, portanto, há uma valorização nas oposições e não no intercâmbio entre estas práticas humanas.

Baseada nos resultados acima, a autora coloca duas criticas: o pouco reconhecimento social às pessoas que sabem utilizar bem o tempo dedicado ao lazer, e o pouco investimento em ensinar os indivíduos a desfrutarem do trabalho e, até mesmo, aprenderem a relaxar durante tal atividade. Isso tudo torna-se relevante na perspectiva de trabalho em que se investe na unidade desses sujeitos e não na repetição da fragmentação psicótica .

Esse mesmo perfil conflitante da população no domínio do ocupacional pode ser a base de explicação para a baixa consistência interna do instrumento nesse domínio específico, pois a melhor média dos domínios avaliados foi obtido nas próprias funções intrapsíquicas e relações interpessoais (3,00).

A inclusão de variáveis, como as acima mencionadas, carrega para a metodologia instrumental referenciais relacionados as fatores ligados à psicotatologia da Esquizofrenia. Os estudos entre os sintomas psicóticos e QV tem sido alvo de aprofundamento de várias pesquisas na área da saúde mental.

O trabalho apresentado por Norman (2000) utilizando, inclusive, o mesmo instrumento desta pesquisa, procurou entre outros objetivos traçar a relação existente entre os sintomas psicóticos, o nível de funcionamento social e as condições da vida de pacientes psicóticos.

Os resultados indicaram que diferentes aspectos dos construtos da avaliação da qualidade de vida relacionam-se de maneiras diferentes com as condições clínicas e com as condições de vida dos pacientes.

Brockington (2000) afirma, ao discutir o estudo de Norman (2000), que os dados obtidos com a utilização da escala QLS encontram-se muito mais

relacionados com os sintomas negativos e com o funcionamento social que com condições da vida dos pacientes psicóticos.

Ao se avaliar o acesso a objetos e a atividades básicas consideradas representativas do padrão social do micro sistema dos entrevistados verificou-se que a melhor pontuação na escala (6) foi obtida por mais da metade dos entrevistados (53,9%) na avaliação sobre acesso a objetos e bens. Os entrevistados avaliaram, ainda, apresentar pouco déficit de acesso e engajamento em atividades básicas (3/5) na sociedade em que vivem. Assim, os indivíduos entrevistados avaliam positivamente o acesso dos mesmos a bens patrimoniais e à atividades sociais básicas.

Os dados acima revelam o cumprimento de parte da proposta da desinstucionalização na saúde mental, ou seja, a vida em comunidade provocou o acesso dessa população a bens básicos (patrimoniais e culturais) que são referenciais ao próprio micro sistema social. Verifica-se, dessa maneira, a restituição aos mesmos do mínimo de dignidade humana.

Porém, para a discussão aqui colocada, o que torna mais relevante nas observações acima mencionadas é o desafio em avançar na qualidade de acesso dessa população a esses bens culturais.

A baixa e conflitante avaliação dos entrevistados sobre o próprio envolvimento, realizações e satisfações, tanto no domínio da rede social, do ocupacional e do lazer, aponta para o fosso existente entre o completo acesso a bens patrimoniais e culturais e a completa participação social.

A baixa relação ou quase insignificante correlação entre indicadores subjetivos e objetivos na qualidade de vida de sujeitos com transtornos mentais severos tem sido defendida por alguns pesquisadores (Trauer, 1998; Carpiniello, Skantze, 1992; Dickerson, 1998 e Mechanic).

Em pesquisas apresentadas tanto por Trauer (1998) como por Dickerson (1998) com pacientes com transtornos mentais vivendo na comunidade revelaram que os indicadores subjetivos prevalecem sobre os objetivos, ou seja, que a

satisfação para essa população não está relacionada com as condições do meio ambiente, e que estes sujeitos podem não serem sensíveis às mudanças objetivas.

Os entrevistados avaliam, também, de forma positiva a própria capacidade de empatia (4). Contudo, essa avaliação positiva de ser capaz de considerar pontos de vista e sentimentos das outras pessoas tem como parêntese a percepção dos mesmos em tenderem a ficar envolvidos no próprio mundo.

Essa percepção é coerente e tende a explicar a avaliação dos mesmos sobre a apropriação da família para satisfação das próprias necessidades, da dificuldade na manutenção dos vínculos com pessoas mais próximas e, no domínio do lazer, a dificuldade em ajudar a outras pessoas durante a participação nas atividades desse universo.

Contudo, mais uma vez se observa o difícil nó existente entre as expectativas de vida dessa população e o conflito que a interação com outras pessoas provoca.

Por outro lado, a investigação sobre curiosidade, meta, motivações e utilização do próprio tempo revelou indivíduos com curiosidade esporádica (2/3) e sem investimento de tempo nos assuntos que despertam a própria curiosidade, sem metas ou com planos vagos para a vida (0/2), com motivação (2) para somente as demandas básicas e uma população que despende cerca de metade do dia (2) envolvido com atividades infrutíferas.

A análise quantitativa entre as médias alcançadas nos três domínios avaliados pelo instrumento revela e ofusca importantes informações para a discussão aqui colocada. Em primeiro lugar, a revelação positiva do acesso dessa população aos bens patrimoniais e culturais, o que é um avanço para a cidadania dos mesmos.

Entretanto, em um segundo plano, o peso desse acesso positivo aos bens de referência social tende a ofuscar a fragilidade de algumas funções intrapsíquica dessa população (o quantitativo – o qualitativo). De maneira particular essas funções desempenham importante papéis no jogo de forças existente na prática do lazer.

A aderência dos entrevistados às atividades de lazer passivas, como a televisão, o rádio e o som, encontra explicação no baixo nível de curiosidade avaliado, bem como no revelado baixo nível de motivação.

O envolvimento com qualquer atividade de lazer demanda dos interessados curiosidade, portanto, disponibilidade psíquica e de tempo à procura de mais informações sobre o tópico; requer motivação para participação e o entendimento sobre as próprias metas e objetivos na vida para traçar expectativas realistas sobre a inclusão da atividade de lazer eleita na própria vida.

Ou seja, o frágil e conflitante vínculo com o trabalho e o pouco tempo de envolvimento produtivo com atividades de lazer torna capaz de explicar a avaliação de que grande parte de tempo diário é gasto com atividades infrutíferas.

Contudo, é importante reafirmar que, para a população pesquisada, o tempo associado às atividades de lazer prevaleceu qualitativamente sobre tempo associado às atividades ocupacionais.

Nas ciências sociais, entre algumas abordagens metodológicas para se explicar eventos, utiliza-se a teoria dos mecanismos. Ou seja, "a redução de dissonância cognitiva, que faz as pessoas cessarem de desejar o que não podem obter "(Elster, 1994, p. 18).

No trabalho de Skantze et al. (1992), realizado na Suécia, com pacientes esquizofrênicos que viviam na comunidade, demonstrou que a amostra do estudo apresentava um nível educacional e um padrão de vida similar à população sueca, porém encontrava-se menos ativas nas atividades realizadas em ambientes abertos e nas atividades recreativas, quando comparada com a média da população sueca.

A capacidade em experimentar prazer e manter o bom humor (2/3), pelos resultados das avaliações, acontece de forma esporádica e limitada na vida da população pesquisada.

No domínio do lazer, a manifestação dessa capacidade apresentou-se enquanto dificuldade em divertir e ajudar outras pessoas, de transformar vivências

psíquicas adversas em vivências psíquicas agradáveis e vivências psíquicas estressantes em vivências psíquicas relaxantes.

Giannetti (2002), na procura do entendimento do papel da felicidade na vida do ser humano, lista sinais observáveis em relação ao grau de manifestação subjetiva de felicidade e comportamentos manifestos no dia-a-dia dos indivíduos, segundo alguns pesquisadores.

Entre eles:

- são considerados mais sorridentes;
- tendem a manter os contatos de amizade;
- a capacidade de se sentir feliz está mais correlacionado à capacidade de se perceber saudável, que com os reais indicadores clínicos do estado de saúde.

Portanto, o outro fator citado por Zubin e Spring (citados em Bandeira, 1999) como gerador de dificuldades para os indivíduos com esquizofrenia na relação social: a alteração comportamental do indivíduo reforça a necessidade de se avaliar, no contato com esta população, o papel das funções psíquicas, a anedonia em especial, nas atividades em que a relação social é estruturante do vínculo.

Em pesquisa publicada em 1992, Skantze et al., anteriormente citados, conclui que os resultados da investigação sobre QV e Esquizofrenia indicou haver uma insatisfação, por parte dos indivíduos pesquisados, quanto às suas experiências internas, como autoconfiança, prazer, liberdade, amor, entre outras.

Retomando as críticas de Sartorius (1992) sobre reabilitação e qualidade de vida, a autora critica, ainda, o pouco reconhecimento social às pessoas que sabem utilizar bem tanto o tempo dedicado ao lazer como o pouco investimento em ensinar os indivíduos a desfrutarem do trabalho e, até mesmo, relaxarem durante tal atividade.

Os entrevistados apresentaram um bom grau de compromisso e uma boa interação e afetividade (5) com a entrevistadora ao longo das entrevistas.

Na avaliação da entrevistadora, dois fatores contribuíram na interação com a população entrevistada, foram eles a ordem de aplicação dos instrumentos e as possibilidade de abordar os entrevistados pelo tópico do lazer.

Com os resultados do QLS acima discutidos, torna-se importante pontuar que, baseado nos princípios da Teoria da Inclusão Social, que propõe o avanço na oferta de oportunidades na vida e ao reconhecimento do ser enquanto único, o grupo participante dos projetos dos Centros de Convivência avalia como tendo acesso a bens patrimoniais e culturais compatíveis com o próprio micro sistema social, porém a avaliação qualitativa deste acesso mostra-se comprometido.

No que diz respeito ao reconhecimento da própria singularidade, o grupo pesquisado avalia-se solitário e com comprometimento no entendimento social e ocupacional das próprias potencialidades.

Portanto, torna-se, ainda, possível afirmar que os resultados desta pesquisa reafirmam os resultados apresentados por Slade et al. (1999) que, entre as necessidades pessoais de indivíduos com psicose e o padrão de qualidade de vida, as necessidades distinguem-se das demandas (solicitação do indivíduo) e das ofertas (o que é oferecido).

Como mencionados anteriormente, são quatro os diferentes tipos de necessidades:

- as necessidade que são sentidas (vividas);
- as que são expressas (vividas e comunicadas);
- as normativas (orientadas pelos profissionais);
- as necessidades comparativas (baseadas na comparação com outros indivíduos ou tendo por base os grupos de referência).

Ou seja, os sujeitos com maiores níveis de necessidades apresentaram níveis mais baixos na qualidade de vida, e as necessidades não satisfeitas possuem maior impacto na qualidade de vida, tornando, dessa maneira, fundamentais de serem abordadas nos programas que focam a melhoria na qualidade de vidas dos usuários.

Segundo esses mesmos autores duas abordagens podem oferecer bases para a avaliação das necessidades na área dos transtornos mentais, pois as necessidades podem ser tratadas como potencialidades, sendo abordadas como possibilidades de desenvolvimento, e como déficit, qual demanda tratamento.

Os resultados da pesquisa, também, reafirmam princípios da Teoria do Crescimento Individual, uma vez que um pequeno grupo destacou positivamente a avaliação da própria qualidade de vida.

O significado da busca obstinada do ser humano pela felicidade, pelo prazer e pela qualidade de vida, como mencionado ao longo da tese, coloca o domínio do lazer em um papel privilegiado, por estar esse tópico em uma posição de contribuição, seja esse um lugar de crítica; seja como local instigador de reflexões de demandas humanas.

Para refinar as investigações sobre a influência do lazer na qualidade de vida dos sujeitos atendidos pelo Programa Centro de Convivência procurou-se investigar as similaridades e as diferenças existente entre os grupos que apresentavam as melhores e as piores associações entre alguns dados sócio demográficos, as categorias do lazer, elaboradas a partir da Escala de Percepção de Liberdade no Lazer e algumas variáveis definidas pela Escala de Qualidade de Vida.

O resultado da investigação sobre percepção de liberdade no lazer e qualidade de vida, realizada pelos indivíduos que manifestaram melhor qualidade de vida, apontou, inicialmente, que somente 9,8% dos entrevistados avaliaram de maneira positiva a própria qualidade de vida (acima da média 2,43). Os resultados também indicaram que esse pequeno grupo percebe-se com mais liberdade no lazer (p=0,000) contra a avaliação negativa apresentada pelo grupo com pior QV (p=0,000).

Com a utilização de outro ponto de corte, resultados abaixo de 3 da QLS para definição do grupo com pior avaliação de QV, e acima de 4 para definição do grupo com melhor avaliação de QV, verificou-se que, novamente, o grupo com melhor QV percebe-se com mais liberdade no lazer (p=0,000). Por outro lado não

foi significativa a associação entre liberdade de lazer e QV para o grupo com pior QV (p=0,347).

Dessa maneira, para a discussão aqui proposta, pode-se afirmar que, para o grupo com melhor QV, existe uma associação entre um bom nível de liberdade no lazer e uma maior satisfação na qualidade de vida. Contudo, para o grupo com pior avaliação da QV, não há associação entre a liberdade de lazer e QV ou, ainda, uma pior percepção em liberdade no lazer está associada a uma pior qualidade de vida, respeitando-se as diferentes metodologias utilizadas para o tratamento dos dados .

Portanto, os resultados acima colocados refletem níveis de influências diferentes do lazer na QV dos pesquisados.

Ao se refletir sobre os resultados apresentados por Lehman (1983) e Trauer (1998), nos quais o lazer está associado com maior satisfação nos índices de qualidade de vida da população com esquizofrenia dos países desenvolvidos, e os apresentados por Gupta et al. (1998), que apontaram que o lazer está entre os domínios de insatisfação na vida dos sujeitos com esquizofrenia na Índia, pode-se estabelecer que essas duas realidades distintas são encontradas no Programa Centro de Convivência.

A utilização dos três instrumentos (QSL, PLL e QLS) possibilitou a associação de domínios e de variáveis da qualidade de vida com as três categorias de lazer investigadas nesta pesquisa. Segue abaixo as discussões realizadas a partir da avaliação da qualidade de vida, ou seja, do QLS.

A avaliação da QV foi, também, associada ao nível de escolaridade para se estabelecer o comportamento dos grupos. Ao se ter como ponto de corte o primeiro grau (pior escolaridade) e o segundo grau (melhor escolaridade) verificou-se que ambos os grupos avaliam como pior a própria QV. Ou seja, para os participantes com melhor QV do Programa do Centro de Convivência, o lazer mostrou-se associado a melhor QV, enquanto na associação entre melhor nível de escolaridade e a QV não se repetiu a associação positiva com melhor QV.

Assim como para o grande grupo com pior escolaridade (71,0%) verificou-se uma baixa satisfação com a própria qualidade de vida, para o grande grupo com pior qualidade de vida (90,2%) há uma pior percepção de liberdade no lazer, ou a QV não influência a percepção de liberdade no lazer.

Portanto, ao se ter por referência a qualidade de vida pode-se inferir que os grupos com melhor e pior QV comportam-se de maneira diferente nos dois domínios avaliados (lazer e escolaridade).

A avaliação dos resultados no domínio ocupacional e de lazer, na primeira parte desta discussão, apontou para uma população autoconfiante no lazer e com baixa realização no domínio ocupacional.

O refinamento dos resultados sobre similaridades e diferenças entre os domínios ocupacionais e de lazer indicou que, para o grupo com pior funcionamento ocupacional (84,4%), não há diferença entre melhor e pior funcionamento no lazer (p=0,527). Entretanto, o pequeno grupo (15,6%) que melhor avalia o próprio funcionamento ocupacional percebe-se, também, como melhor o próprio funcionamento no ambiente de lazer (p=0,008).

Ou seja, a população pesquisada apresenta-se autoconfiante no lazer, porém, ao se aproximar a capacidade funcional da capacidade de realização, nos dois domínios, observa-se que para o grande grupo dos pesquisados o domínio do ocupacional não influencia significativamente a percepção de realização no lazer. Os dois domínios, portanto, são percebidos e avaliados com diferentes referenciais pela grande maioria de indivíduos que participam dos programas do centros de convivência.

Contudo, uma influência positiva significativa ocorreu dentro do pequeno grupo com melhor realização ocupacional. Ainda, ao se refinar a investigação sobre a satisfação nos dois domínios, a população pesquisada apresentou-se como percebendo melhor satisfação no domínio do lazer, indiferente de se sentir mais (p=0,000) ou menos (p=0,000) satisfeitos no domínio ocupacional.

Portanto, para grande parte da população pesquisada, a pior percepção da realização ocupacional não influencia a percepção de realização no lazer, mas a satisfação ocupacional influencia positivamente a satisfação no lazer.

As discussões acima corroboram com as críticas levantadas por Sartorious (1992), sobre o sentido de oposição em que são colocados o trabalho e o lazer na abordagem da reabilitação em saúde mental e a qualidade de vida destes indivíduos nos trabalhos acadêmicos e na mídia. Bem como, o pouco reconhecimento social às pessoas que sabem utilizar bem o tempo dedicado ao lazer, e o pouco investimento em ensinar os indivíduos a desfrutarem do trabalho e, até mesmo, aprenderem a relaxar durante tal atividade.

O perfil de fragmentação da avaliação de realização dos dois domínios pesquisados e a unidade de sentimento para avaliar a satisfação nos dois domínios é o reflexo, nesta população estudada, do modelo de oposição em que ambos domínios são abordados na mídia e, consequentemente, dos modelos sociais dominantes e, ainda, do fracasso das intervenções que tentam romper com este dualismo.

A associação entre duas atuais condições de moradia (85,8% compartilham moradia com parentes e familiares; 11,0% vivem sozinhos) e as três categorias de lazer revelou que o pequeno grupo que vive sozinho comportam-se da mesma maneira no reconhecimento de habilidades ($p=0,575$), na percepção da autoconfiança ($p=0,286$) e na interação com outras pessoas no ambiente de lazer ($p=0,173$).

Por outro lado, o grande grupo que vive com familiares percebe-se mais autoconfiante no lazer ($p=0,000$), porém percebe-se pior na interação com outras pessoas nesse mesmo ambiente ($p=0,000$), e no reconhecimento das próprias habilidades no lazer o grupo que vive com familiares se percebe de maneira semelhante ($p=0,250$). Portanto, a condição de moradia (sozinho) não influência para melhor ou para pior as três categorias do lazer.

Entretanto, morar com familiares influencia positivamente a autoconfiança, negativamente a percepção de interação com outras pessoas no lazer e torna-se insignificante para influenciar a percepção das próprias habilidades no lazer.

Os resultados sobre o compartilhamento de residência com familiares sustentam algumas verificações sobre o lazer da população estudada, que foram abordadas anteriormente nesta discussão, tais como:

- (autoconfiança: positiva) o papel da família como suporte da rede social, que no lazer se traduz como gestora e doadora de infra estrutura para as atividades, o que possibilita sentimento de pertencer e de confiança de acessibilidade;
- (interação com outras pessoas: negativa) há o compartilhamento de bens comuns (televisão, rádio e som) mas há solidão no desfrute de tais bens; ausência de compartilhamento dos familiares nas atividades esportivas, físicas e trabalhos manuais; dificuldade de convencimento de outras pessoas, com base nos próprios valores e interesses e dificuldade de escolher pessoas para compartilhar atividades de lazer;
- (reconhecimento de habilidades: insignificante) participação mínima da família, enquanto ator ativo nos jogos de salão; baixo compartilhamento com os familiares nas atividades esportivas, físicas e nos trabalhos manuais.

Pode-se acrescentar, na discussão sobre a autoconfiança positiva, que os resultados acima corroboram com as hipóteses apresentadas por Sullivan et al. (1991), no que diz respeito à boa estruturação e ao baixo nível de estresse familiar, enquanto variáveis que influenciam positivamente a QV. Ou seja, aponta-se que os adjetivos colocados pelos pesquisadores em referência a família tornam-se, também, indicativos para melhor satisfação no lazer.

Contudo, torna-se importante ressaltar que no enfoque da vida familiar, a qualidade para melhor (p=0,000) ou para pior (p=0,005) nas relações familiares, não modificou o perfil auto confiante no lazer dos entrevistados, o que possibilita a afirmação de que, para esta população estudada, a manutenção do vínculo familiar, e não a qualidade do vínculo, é que estrutura o padrão autoconfiante no lazer.

Por outro lado, morar sozinho aponta para o perfil de um grupo minoritário (11,0%), que apresenta uma relação de independência na vida, inclusive com um perfil mais próximo de outros brasileiros nas mesmas condições financeiras e de semelhante faixa etária, como mencionado no início desta discussão (IBGE, 2004).

Com base nos resultados colocados torna-se possível indicar que esta condição menos dependente da infra estrutura familiar (a residência) não influência para melhor ou para pior as três categorias de lazer investigadas nesta pesquisa.

Dessa maneira, para esse grupo descrito acima, torna-se possível observar que a distância física de parentes e familiares minimiza, no universo do lazer, uma das quatro diferentes formas de necessidades estudada por Slade et al. (1999). Assim, não há prevalência das necessidades comparativas (baseadas na comparação com outros indivíduos ou tendo por base os grupos de referência).

Ao se ampliar o refinamento da influência da vida social no padrão do lazer desta população, verificou-se que, em relação ao reconhecimento de habilidades no lazer, o grupo com melhor interação social (34,4%) percebe-se também como melhores as próprias habilidades neste ambiente (p=0,000). Contudo, a interação social não definiu para melhor ou para pior a própria habilidade no lazer para o grupo (65,6%) com pior interação social (p=0,118).

Sendo assim, os resultados indicam nesta discussão, ao se ter por base as três categorias do lazer e a influência sofrida por elas a partir de referências sócio demográficas de compartilhamento de moradia, bem como a avaliação subjetiva colocadas pelos indivíduos no que se refere as próprias interações sociais, que o perfil autoconfiante no lazer está associado ao compartilhamento de moradia com familiares e parentes. Contudo a qualidade do vínculo existente entre os entrevistados e os familiares não modificou o perfil auto confiante.

Por outro lado, uma pior interação com outras pessoas no lazer está associado, também, ao compartilhamento de residência com familiares e parentes.

Ser mais habilidoso no lazer foi percebido somente pelo pequeno grupo com melhor interação social. Não ter a condição de compartilhamento de moradia influencia no reconhecimento das próprias habilidades no lazer para grande parte do grupo pesquisado.

Outras duas associações entre variáveis que ancoram a QV e o reconhecimento de habilidades no lazer foram também detalhadas. Ao se pesquisar a associação da ocupação do tempo com o reconhecimento das próprias habilidades no lazer verificou-se que para o grande grupo (78,5%) que avalia que passa muito tempo em inatividade ou em atividade sem objetivos, não há predominância em serem mais ou menos habilidosos no lazer (p=0,079). Contudo, o pequeno grupo (21,5%) que reconhece utilizar de modo mais produtivo seu tempo percebe-se mais habilidoso no lazer (p=0,000).

Portanto, tais resultados indicam na direção de que, para o grande grupo, as atuais participações em atividades, tanto de lazer como ocupacionais, se mostram incapazes de influenciar a percepção das próprias habilidades no lazer.

Contudo, ao se retomar os resultados anteriores sobre participação desta população nas atividades físicas, esportivas, trabalhos manuais e sociais, principalmente com foco na freqüência de participação em tais atividades (freqüência variável entre um e três dias semanais para todas as atividades, exceto para a televisão, o rádio e o som que possuem freqüência diária) pode-se verificar que, no ambiente do lazer, houve pouca exposição dessa população às práticas em que habilidades específicas estivessem sendo desenvolvidas ou desafiadas.

Por outro lado, a presença ocupacional na vida dos usuários dos Centros de Convivência é, no máximo, esporádica, o que faz repetir o modelo do lazer de pouca exposição desta população à atividades com demandas de habilidades específicas.

Dessa maneira, para a população estudada, pode-se afirmar que a quantidade de tempo participando de atividades de lazer e ocupacional não influência o reconhecimento das próprias habilidades no lazer, mas que a boa

produtividade do tempo é referência para qualificação de habilidades específicas no lazer.

A associação entre se ter metas claras, objetivos definidos na vida e percepção de habilidade no lazer indicou que, para o grande grupo (90,2%), que avalia como pior a integração de metas e objetivos na própria vida, não há diferença significativa em se perceber mais ou menos habilidoso no lazer (p=0,500). Entretanto, o pequeno grupo (9,8%), que avalia como tendo suas metas e objetivos mais integrados na vida percebe-se mais habilidoso no lazer (p=0,002).

Portanto, neste estudo, a influência das duas variáveis acima detalhadas no reconhecimento de habilidades no lazer seguem o mesmo padrão. Ou seja, para um grande grupo de indivíduos, a ausência de metas e os fracos objetivos na vida não são capazes de influenciar a percepção de habilidades no lazer, contudo um direcionamento quantitativo e qualitativo na vida influencia de modo positivo a percepção de liberdade no ambiente de lazer.

As discussões acima levantadas sobre o reconhecimento de habilidades no lazer dessa população pesquisada reafirmam o alerta apresentado por Lehman (1982), de que o simples fato de se acrescentar atividades desta natureza no dia-a-dia desta população não é o suficiente para provocar impacto na qualidade de vida dos mesmos.

Na perspectiva de se refinar fatores intrapsíquicos que influenciariam a QV e a participação quantitativa dos usuários dos projetos dos centros de convivência no lazer, investigou-se a associação entre ser curioso e o número e a freqüência em atividades de lazer.

Os resultados da associação entre curiosidade e o número de participação em atividades de lazer indicaram que o pequeno grupo (23,8%) mais curioso participou de mais atividades de lazer (p=0,000), entretanto, para o grande grupo (76,2%), que se avalia menos curioso, não houve diferença no número de atividades de participação (p=0,500).

Dessa maneira, pontua-se que ser menos curioso não influencia a quantidade de participação em atividades de lazer, contudo, ser curioso estimula a participação.

A variável acima mencionada (curiosidade) foi também pesquisada associada à freqüência nas atividades de lazer, e o mesmo resultado encontrado acima foi também obtido para essa associação. O pequeno grupo mais curioso é mais freqüente nas atividades de lazer (p=0,000) e para o grande grupo menos curioso não há diferença significativa na freqüência das atividades de lazer (p=0,158).

Portanto, torna-se possível afirmar que, para esta população pesquisada, ser mais curioso influencia positivamente a participação quantitativa no lazer e ser menos curioso não torna capaz de produzir nenhuma influência quantitativa na participação do lazer.

Na busca de entendimento sobre variáveis que sustentam a avaliação da QV e são, também, alicerces para a construção de uma adequada liberdade no lazer, decidiu-se pela investigação de associações entre o acesso a bens patrimoniais, o compartilhamento de atividades básicas no micro sistema social e a percepção de interação com outras pessoas no lazer.

Os resultados da primeira associação (acesso a bens patrimoniais e interação com outras pessoas no lazer), indicaram que para o grande grupo (97,3%) que possui acesso aos bens patrimoniais a própria interação com outras pessoas no lazer é percebida como pior (p=0,000). Ou seja, os resultados reafirmam, como mencionado anteriormente nesta discussão, o desafio está em se avançar na qualidade de acesso dessa população, uma vez que quantitativamente já se verifica resultados positivos no acesso aos bens patrimoniais.

Os resultados da associação entre compartilhamento de atividades básicas da vida e percepção de interação com outras pessoas no lazer verificou que um pouco mais da metade do grupo (58,6%) avalia como pior o compartilhamento das atividades rotineiras da vida, e como pior a interação com outras pessoas no lazer

(p=0,000). Para o outro grupo, que avalia como melhor a própria participação em atividades comuns do micro sistema social (41,4%), não há diferença significativa dentro do grupo, para pior ou melhor na interação com outras pessoas no lazer (p=0,248).

Dessa maneira, observa-se que o compartilhamento de atividades do cotidiano social produz uma divisão no grupo diferente do encontrado no acesso a bens patrimoniais, ou seja, pouco mais da metade do grupo pesquisado manifesta acesso às atividades rotineiras da vida.

Este resultado confirma achados anteriores sobre a dependência de grande parte da população pesquisada à família e, inclusive, tendo-a como referência de rede social.

Mesmo assim, pode–se afirmar que, no grupo pesquisado, o acesso quantitativo a bens patrimoniais e à atividades básicas da vida está associado negativamente a interação com outras pessoas no lazer. E que o bom compartilhamento quantitativo de atividades básicas é incapaz de influenciar a percepção de interação com outras pessoas no lazer.

Como discutido ao longo do texto, os resultados acima reafirmam que há, para grande parte dos participantes dos projetos dos Centros de Convivência, uma fragilidade nos vínculos afetivos, e tal fragilidade apresenta-se, também, no ambiente do lazer. O valor quantitativo dos vínculos não ultrapassa a fragilidade qualitativa da interação com outras pessoas, inclusive no ambiente de lazer.

Soma-se à discussão acima a afirmativa de vários pesquisadores da área da saúde mental que, para os sujeitos com transtornos mentais severos, é baixa ou quase insignificante a relação entre indicadores subjetivos e objetivos (Skantze, 1992; Mechanic 1994; Carpiniello 1997; Trauer, 1998 e Dickerson, 1998).

O próprio interesse e participação dos usuários desse serviço de saúde mental na pesquisa foi associado à interação com outras pessoas no lazer, para o grupo mais envolvido (73,0%) com a entrevista não houve diferença significativa na percepção de melhor e pior interação com outras pessoas no lazer (p=0,190). Por outro lado, verificou-se que no pequeno grupo (26,9%) que manifestou pior

envolvimento na entrevista percebia-se pior as suas interações com outras pessoas nas atividades de lazer (p=0,000). Ou seja, esses resultados sustentam a fragilidade da população nas interações interpessoais.

Selecionaram-se três, entre as várias variáveis que avaliam as funções intrapsíquica e as relações interpessoais no instrumento QLS, para serem associadas às três categorias do lazer na perspectiva de refinar a influência das mesmas na construção do universo subjetivo do lazer da população investigada.

As três variáveis selecionadas estão relacionadas a síndrome deficitária dos quadros psicóticos e, também, desempenham papéis fundamentais na adesão e na aderência dos indivíduos à prática de atividades de lazer. São elas a anedonia, a motivação e a empatia.

Os resultados da associação entre anedonia e as três categorias do lazer demonstrou haver uma grande parte (79,7%) do grupo com pior capacidade de sentir prazer. Contudo, verificou-se que tanto para o grupo que pior avalia sua capacidade de sentir prazer quanto para o grupo que melhor avalia essa função interpsíquica os indivíduos percebem-se autoconfiantes no lazer (p=0,007 e p=0,000).

Todavia, observou-se que para o grande grupo de indivíduos com pior capacidade de sentir prazer não há diferença significativa no reconhecimento (para pior ou para melhor) nas habilidades necessárias para as práticas do lazer (p=0,092). Entretanto, no grupo de indivíduos que melhor avaliam a própria capacidade de sentir prazer há uma percepção de serem mais habilidosos no lazer (p=0,000).

Quando associada à capacidade em sentir prazer e à percepção de interação com outras pessoas no ambiente de lazer, os resultados indicaram que os indivíduos com pior avaliação nessa capacidade interagem pior com outras pessoas no lazer (p=0,000). Porém, os indivíduos com melhor capacidade de sentir prazer interagem melhor com outras pessoas no ambiente de lazer (p=0,001).

Assim, os resultados indicam que o pequeno grupo com mais capacidade de sentir prazer percebe-se mais autoconfiante, habilidoso e com boa capacidade de interação com outras pessoas no lazer. Entretanto, a baixa capacidade de sentir prazer não influencia a autoconfiança, mas influencia negativamente a percepção de ser habilidoso e a interação com outras pessoas no lazer.

Portanto, pode-se afirmar que a capacidade de sentir prazer é capaz de influenciar positivamente a construção do universo subjetivo do lazer da população investigada. Contudo, não se observa essa influência ocorrendo em grande parte da população pesquisada.

Ao se detalhar a associação entre motivação e as três categorias do lazer verificou-se que grande parte do grupo pesquisado (85,9%) avalia como pior a própria capacidade de iniciar ou manter uma atividade. Contudo, ambos os grupos (mais e menos motivados) são autoconfiantes no lazer (p=0,000 para ambos os testes).

Comparando o reconhecimento de habilidades no lazer entre os grupos que avaliam melhor ou pior a própria motivação na vida, os resultados indicaram que os indivíduos mais motivados (14,1%) pelos desafios da vida percebem-se mais habilidosos no lazer (p=0,000). Por outro lado, para o grupo menos motivado não há diferença significativa na percepção das próprias habilidades no lazer (p=0,190).

O grupo mais motivado percebe-se interagindo melhor com outras pessoas no lazer (p=0,001). Porém, no grupo menos motivado, a interação com outras pessoas no lazer é percebida como pior (p=0,000).

Dessa maneira, pode-se pontuar que indiferente do grau de motivação, o grupo é autoconfiante, que os mais motivados na vida são mais habilidosos e interagem melhor com outras pessoas no lazer, porém um baixo grau de motivação não influencia a habilidade no lazer, mas influencia de maneira negativa a interação com outras pessoas no lazer. Ou seja, torna-se possível afirmar que a motivação influencia a percepção de liberdade no lazer, porém, tal influência está

acontecendo somente para um pequeno grupo de usuários, exceto na autoconfiança.

A terceira associação (empatia e as três categorias do lazer) demonstrou que na associação da empatia com o reconhecimento das próprias habilidades no lazer um pouco mais da metade do grupo (55,5%) avalia como pior a própria capacidade de apreciar as condições de outras pessoas como diferente das deles próprias e, também, como pior a própria habilidade no lazer (p=0,039). Contudo, o grupo (44,5%) que melhor avalia a empatia percebe-se mais habilidoso (p=0,000).

Na associação da empatia com a autoconfiança, verificou-se que autoconfiança não é significativa para definição do grupo que pior avalia a empatia (p=0,279). Por outro lado, o grupo que melhor avalia própria capacidade de considerar e apreciar a condição de outras pessoas como diferente da sua própria é mais autoconfiante no lazer (p=0,000).

A associação entre empatia e interação com outras pessoas no lazer demonstrou que o grupo com pior empatia percebe, também, como pior a própria interação com outras pessoas no lazer (p=0,000). Entretanto, para o grupo com melhor empatia, não há diferença significativa na interação com outras pessoas, para pior ou para melhor (p=0,112).

Portanto, os resultados indicaram que pouco mais da metade do grupo tem pior capacidade de empatia e percebe-se menos habilidoso e com pior interação com outras pessoas no lazer, e o restante do grupo, que possui tal capacidade mais desenvolvida, é mais autoconfiante, habilidoso e não teve definição, para melhor ou pior, na interação com outras pessoas no lazer.

Dessa maneira, torna-se possível apontar que a empatia está associada de forma positiva a construção da subjetividade dessa população no lazer. Entretanto, tal condição não está ocorrendo para um pouco mais da metade da população investigada, exceto na associação com a autoconfiança, que para esse grupo com pior empatia não foi capaz de fazer qualquer influência nesta categoria do lazer.

Os resultados acima discutidos são capazes de indicar a associação positiva dessas três funções intrapsíquicas (anedonia, motivação e empatia) com duas categorias do lazer investigadas nesta pesquisa (o reconhecimento de habilidades e a autoconfiança). O desenvolvimento positivo das mesmas se mostrou de grande importância para se obter um avanço quantitativo e qualitativo nas liberdade de lazer dessa população estudada.

Mesmo assim, torna-se fundamental marcar que o desenvolvimento positivo destas funções intrapsíquicas só é observada ocorrendo em um pequeno grupo de participantes dos projetos dos Centros de Convivências e que grande parte dos outros usuários não estão se beneficiando dessas associações na construção da própria subjetividade no universo do lazer.

Os resultados demonstram, ainda, que um pequeno grupo mantém consistência de pior percepção e pior avaliação ao longo das variáveis pesquisadas, o que resguarda as excepcionalidades dos extremos.

Em síntese, a discussão dos resultados apontou para a direção defendida pela sociologia, que afirma que a influência está relacionada com interação, ou seja, que a influência só vai ocorrer aos grupos que estão susceptíveis às interações (Charlot, 2004, n/a).

Os achados acima discutidos reafirmam, também, as observações de Brockington (2000) ao trabalho de Norman (2000), no qual o pesquisador menciona que o instrumento utilizado (QLS), e também utilizado neste trabalho, encontra-se muito mais relacionado com os sintomas negativos e com o funcionamento social, que com as condições de vida dos indivíduos pesquisados.

Contudo, os resultados desta pesquisa indicam que a atual fragilidade desta população releva-se muito mais no funcionamento social dos indivíduos do que na condição de vida dos mesmos.

Nesta população pesquisada, o acesso aos bens patrimoniais se mostrou preservado, mas o acesso às atividades básicas e às relações interpessoais de toda a cadeia de relacionamento humano (vizinhos, colegas, amigos, família) apresentam-se como necessidades.

Os resultados discutidos, como mencionado anteriormente reafirmam os achados de Slade e colaboradores (1999), que para essa população pesquisada necessidades distinguem-se das demandas (solicitação do indivíduo) e das ofertas (o que é oferecido), e que as as necessidades podem ser tratadas como potencialidades, sendo abordadas como possibilidades de desenvolvimento.

As associações acima obtidas reafirmam os princípios da Teoria do Crescimento Individual e a possibilidade de intervenções com base na *Self-Determination Theory* pelo grupo da AFA.

A presença de um pequeno grupo, que conseguiu romper o modelo de alienamento social, mesmo que os pesquisados estejam vivendo, em sua maioria, com as famílias, simboliza intervenções não sistematizadas pelos canais institucionais da saúde que obtiveram sucesso no domínio do lazer nesta população pesquisada.

Entretanto, é imperioso marcar que o universo do lazer dos indivíduos participantes do Programa Centro de Convivência relevou-se ter por base a coexistência de diferentes marcos teóricos do referencial anti discriminatório (do modelo causal-explicativo à Teoria da Inclusão Social) bem como a exclusão social.

Contudo, ao se pensar as intervenções dos profissionais da AFA com essa população pesquisada, pela ótica da reabilitação psiquiátrica, com abordagem psicossocial, os resultados indicam pelo compartilhamento teórico com Pratt (1999), que o conceito de recuperação de longa duração na perspectiva dos transtornos mentais: "refere-se à reformulação, pelo sujeito, nas aspirações da vida e nas eventuais adaptações ao transtorno" (Pratt, 1999, p. 91).

Entre alguns pesquisadores que defendem esse novo entendimento do termo recuperação na saúde mental encontra-se Deegan. Para a autora, um princípio básico no caminho de uma abordagem eficiente na recuperação destes indivíduos está a transformação na auto concepção, que abrange, inclusive, a incorporação da atual condição da saúde mental vivida pelo sujeito (Deegan, citada por Pratt, 1999).

Esse olhar radical da recuperação, que toma o indivíduo como sujeito do seu existir, dimensiona a não-linearidade no processo de reabilitação e confronta o sujeito, bem como toda a equipe de saúde mental, com as possibilidades de fracassos, de descompassos e de recaídas. Porém, devolve ao indivíduo a possibilidade de ser sujeito de sua própria história.

Dessa maneira, a partir deste ponto na discussão, é importante retomar o conceito apresentado por Fernandes da Fonseca (1997) para o fenômeno do transtorno mental, na perspectiva de se aprofundar a investigação sobre os pilares teóricos da associação entre o sentido do adoecer e o sentido do lazer para essa população: "um estado de desequilíbrio funcional susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desadaptação social " (Fernandes da Fonseca, 1997, p. 331).

Ou seja, com base no referencial teórico acima reafirmado, torna-se importante discutir as bases históricas e as filosóficas em que estão a ocorrer a construção do lazer contemporâneo para se delinear em quais circunstâncias emergem as zonas de desadaptação na formação da concepção do lazer para essa população pesquisada, uma vez que há nos resultados, anteriormente apresentados, indicadores fortes que tal desadaptação, que foi apontada na teoria, e está a ser confirmada neste estudo.

A vivência do ócio, que foi desfrutada pela classe isenta das responsabilidades servis e manuais nas *pólis* gregas, marcou o imaginário ocidental pelo ócio – lazer, enquanto momento de desenvolvimento reflexivo e de crítica.

Nesta perspectiva, existe a convicção de Aristóteles de que o prazer tinha um fim em si mesmo, portanto "cada qual dispõe a seu modo e segundo o seu caráter sua maneira de desfrutar do ócio", e afirma a necessidade do auto conhecimento para usufruir a liberdade do ócio – lazer (Aristóteles "s.d.", citado em Werneck, 2000, p. 24).

"A injustiça da vida" (expressão utilizada por uma pesquisada, quando perguntada sobre o que era lazer para a mesma). Na Roma clássica, o *circus*

maximus, com acesso livre a todas as classes sociais, inaugura o percurso do lazer – entretenimento. O olhar utilitário e hedonista do lazer no império romano vinculou a possibilidade de prazer dos indivíduos ao lazer, enquanto política de controle da massa. O auto conhecimento para usufruir com liberdade o ócio deu lugar à passividade no ócio às massas. Esses dois marcos da era clássica no domínio do lazer irá povoar o imaginário do ocidente, ao longo da construção do domínio do lazer, com valores de oposição no mesmo domínio.

Contudo, no período contemporâneo, a atual sociedade do espetáculo dimensiona o eco da Roma clássica. A unidade nacional brasileira, que está estruturada pela mídia eletrônica, representa o impacto deste eco clássico sobre o lazer. A população pesquisada apresenta o assistir a televisão como a constância diária de referência do lazer, portanto, o tempo do espetáculo é também o tempo do lazer.

A era cristã, que tinha Deus como caminho e avaliador da conduta e da realização humana encontra na revelação de Santo Agostinho a associação do prazer com os sentidos e a vivência do ócio vinculada ao tempo de tentações. A crença estabelecida que os prazeres do corpo, os prazeres dos sentidos, ou mesmo, os prazeres gerados a partir de qualquer outra fonte que não a alma, fortalece o vínculo dos indivíduos pesquisados com as atividades de lazer passivas e reforça a "retração social" enquanto característica psicopatológica (Dalgalarrondo, 2000, p. 202). "Pego minha bíblia e vou para o parque rezar" (expressão utilizada por uma pesquisada, quando perguntada sobre as próprias metas e objetivos na vida).

A passividade, frente as demandas educacionais, ocupacionais e do lazer, de grande parte dos indivíduos estudados, dimensiona, o eco do referencial (tempo livre sinônimo de tempo de tentação) no imaginário do lazer dos mesmos. "Ficar sem fazer nada é casinha de caboclo do capeta" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre a própria utilização do tempo).

O período renascentista e o movimento do iluminismo trouxeram a arte e a ciência como marcos de compreensão do desenvolvimento do ser humano. Assim,

passou-se à necessidade de um valor estético e de um valor científico ao lazer. "Futuro já não penso mais, depois de tanto remédio" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre as próprias metas e objetivos na vida).

A concepção de coisificação do ser humano, delineado neste período histórico, acaba por provocar conflitos entre as crenças individuais dos entrevistados e o valor social da compreensão da existência humana.

A entrega ao trabalho como forma de servir a Deus devia ser o objetivo dos homens, inclusive como vivência do lazer a partir da reação luterana no ocidente. Ócio e ociosidade passaram a ser sinônimo, e toda a família tornou-se responsável pelo trabalho, enquanto esse passou a ser o caminho para a salvação. O sentido do prazer ficou, então, vinculado à culpa. Dessa maneira, o desfrute dos domingos com os familiares tornou-se uma referência de um domínio de lazer bem estruturado.

Ao retornar, neste ponto da discussão, a fragilidade da população estudada na avaliação das próprias relações familiares e da solidão percebida pelos mesmos na vivência do lazer, torna-se possível defender a existência de outra zona de desadaptação entre as perspectivas familiares e a dos entrevistados no campo do lazer. "Ir ao zoológico ao Domingo, jogar uma bola, andar de bicicleta, assistir corrida e jogo pela televisão, não faço isso mais porque tô tomando remédio" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre o que gostava de fazer como lazer).

A convicção no trabalho do homem, associada ao poder humano de construção e transformação da natureza, foram fatores extremamente relevantes para as alterações na ordem econômica mundial no início da nomeada Era Moderna.

Esse fenômeno marca, também, de maneira peculiar o lazer no ocidente e torna-se, juntamente com a política, a família, a religião, a arte e a ciência elementos de resignificação do lazer nestas sociedades.

Portanto, o lazer demarcado pelas categorias trabalho traz para tal universo a categoria tempo, ou seja, "o tempo de produção produziu um tempo de não

trabalho". O lazer e o trabalho tornam-se faces da mesma moeda (Werneck, 2000, p. 48).

Nesta perspectiva, o modelo de lazer enquanto compensação, física e mental, pelo desgaste da rotina do trabalho, tem negado ao trabalhador a plena utilização de várias potencialidades mentais, entre elas: criatividade, iniciativa, expressividade de comunicação e de personalidade.

Por outro lado, tal dialética coloca os indivíduos, que não estão inserido no mercado de trabalho, com elementos a menos para a concepção do lazer e, mais perigosamente, direciona tais indivíduos para uma dificuldade na concepção do tempo.

Esta pesquisa revelou uma população de adultos aposentados com grande número de indivíduos com fraco vínculo de responsabilidades, inclusive com as tarefas domésticas. Por outro lado, a mesma investigação verificou que grande parcela dos pesquisados despende cerca de metade do dia em envolvimento com atividades infrutíferas.

Portanto, a lógica de tempo de produção formatando um tempo de não trabalho estrutura outra zona de desadaptação da população estudada no domínio do lazer. Ou seja, esta vinculação do lazer ao universo do trabalho fragiliza, entre outras variáveis dessa zona de desadaptação, a definição de identidades e papéis sociais e o gozo dos direitos legais, como férias remuneradas. "Esse trabalho aqui de artesanato. Ganhei um relógio mas dei prá preta, minha filha, o relógio me incomoda desde que eu era nova" (expressão utilizada por uma pesquisada, quando perguntada sobre o que gostava de fazer como lazer, e sobre possuir um relógio).

No período contemporâneo, ao abordar as possíveis variáveis que estão associando o lazer aos valores da globalização corre-se o risco de realizar avaliações precipitadas. Contudo, algumas pistas estão sendo traçadas para compreensão destas possíveis associações e, também, das desadaptações.

Deve-se destacar que ao se utilizar o termo globalização indica-se que está sendo abordado um modelo econômico, que potencializou um fenômeno de transformação mundial.

Tal fenômeno tem alcançado destaque no cotidiano dos indivíduos de todas as classes sócio econômicas no Brasil, pela relevância do poder econômico sobre todos os outros domínios da vida, inclusive do lazer. Portanto, no Brasil dos dias atuais, o processo de inclusão dos indivíduos no domínio do lazer passa pela capacidade de consumo dos mesmos.

Essa perspectiva globalizada do mercado lança a concepção de lazer para o espaço de livre escolha de consumo, ou seja, o termo livre passa a ser entendido, apenas, como possibilidade de escolha entre as alternativas dos produtos ofertados, e nunca pela recusa de consumo.

Neste contexto, existe um destaque para a valorização dos produtos das indústrias de divertimento, entretenimento e de beleza. Inclusive, há uma grande valorização da indústria da atividade física enquanto local privilegiado para aquisição do padrão estético vigente e para um perfil modelo de saúde.

Diante de tudo isso e do perfil sócio demográfico e de lazer dos pesquisados está se delineando outra possível zona de desadaptação da população pesquisada no domínio do lazer.

Ainda há algumas peculiaridades que ocorreram na construção deste campo do conhecimento no Brasil e que devem ser discutidas na perspectiva de melhor compreender, neste domínio, as possíveis zonas de desadaptação desses indivíduos pesquisados.

A produção cultural de um povo, como base de sua identidade, passa pelo entendimento da cultura "na sua acepção mais ampla, ou seja, a ser (a cultura) o mundo do saber, do agir, e do fazer do homem" (Vaz, s.d. p. 86).

A perspectiva do lazer, enquanto um elemento constitutivo da sociedade ocidental na produção de cultura, vai relevar-se no Brasil com influências histórico-filosóficas da sua tradição branca ocidental, mas ao mesmo tempo se alimentando da própria miscigenação racial.

O sentimento de harmonia do homem com a natureza, que está valorizada na cultura indígena, a necessidade da liberdade como elemento estruturante da existência humana, que os cativos negros deixaram de herança para o país, bem como o intelectualismo e o moralismo católico dos portugueses são valores que permanecem no imaginário da população brasileira como indicadores de referência de lazer.

"Capinar, carregar mato, juntar lixo, arrancar grama, varrer, limpar pano" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre o que gostava de fazer como lazer).

"Congado, passear e namoro" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre o que gostava de fazer como lazer).

"Escrever poesia" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre o que gostava de fazer como lazer).

Contudo, nas últimas décadas observa-se ondas de influência dos valores anglo-americanos sobre a cultura brasileira e, consequentemente, sobre o lazer. A primeira no período da industrialização e do expansionismo dos anos 50, 60 e 70, que acabou por vincular o lazer no Brasil aos retardados valores do movimento Park and Recreation, teve por objetivo diminuir a situação social de risco da população urbana pobre, das crianças e dos imigrantes.

"Cooper, lazer e ajuda na saúde" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre o que gostava de fazer como lazer).

A implantação, nas duas últimas décadas, de academias e de clubes de esportes no Brasil com base no modelo americano, bem como o indivíduo no momento de lazer ser visto como consumidor, representam ondas subsequentes da influência anglo-americana, acima abordada, no universo do lazer brasileiro.

"Brincar, fazer academia" (expressão utilizada por um pesquisado, quando perguntado sobre o que gostava de fazer como lazer).

"Pagode, shopping e cinema" (expressão utilizada por uma pesquisada, quando perguntada sobre o que gostava de fazer como lazer).

Os exemplos acima descritos revelam indivíduos com discursos que expressam referências culturais de raízes, assim como a reprodução de um modelo hegemônico de lazer da classe média brasileira.

Dessa maneira, ao discutir as variáveis que constituem os pilares do lazer no Brasil e as referências sobre o lazer na população pesquisada, tornou-se possível indicar as principais zonas de desadaptação na formação do sentido do lazer para essa população.

Ao se avançar, nesta investigação, sobre a lógica que estrutura o universo do lazer dos usuários do Centro de Convivência torna-se importante reafirmar as bases do adoecer desses indivíduos, enquanto variável de influência no processo de construção do sujeito e de sua história.

Portanto, revela-se importante apontar outras contribuições da Psiquiatria e da Psicanálise para esse campo de estudo, na perspectiva de se formar uma estrutura sólida de interpretação das possibilidades dos recursos do lazer enquanto elo de mediação entre o sujeito e sua própria história.

A Psicopatologia, entendida como "conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano, utiliza-se do método fenomenológico para o exame do paciente" (Dalgalarrondo, 2000, p. 21).

Os sinais são conceituados na semiologia psiquiátrica como "comportamentos verificáveis pela observação direta do paciente" e os sintomas como "as vivências subjetivas que são apresentadas pelo paciente" (Dalgalarrondo, 2000, p. 19, 20).

Segundo Motta (1995), na psicopatologia se examina cada função psíquica do paciente isoladamente para, em seguida, montar um quadro do todo psicológico.

Segundo Fernandes da Fonseca (1997, p. 171), o CID 10 "procura conciliar um modelo categorial ou etio-clínico" defendido primeiramente por Kahlbaum, Kraepelin e Kreschmer e "um modelo dimensional ou reacional" proposto por Jaspers, Schneider, Eysenck, entre outros.

Abaixo segue o quadro descritivo básico das alterações que ocorrem nos quadros esquizofrênicos, como referência do principal transtorno das psicoses, segundo Dalgalarrondo (2000, p. 202):

Síndromes Produtivas – Sintomas Positivos:

- "alucinações;
- idéias delirantes;
- comportamento bizarro;
- produções lingüíticas novas".

Síndromes Deficitárias – Sintomas Negativos:

- "distanciamento afetivo;
- retração social;
- empobrecimento da linguagem e do pensamento (alogia);
- diminuição da fluência verbal; diminuição da vontade (avoliação) e apragmatismo;
- autonegligência;
- lentificação psicomotora".

O entendimento fenomenológico básico das psicoses, que foram geradas a partir da Psiquiatria, possibilitou acrescentar, nesta discussão, as alterações da realidade (Síndromes Produtivas) e de interação (Síndromes Deficitárias) que ocorrem com esses indivíduos.

Pela ótica da Psicanálise, o sintoma psicótico, segundo Birman (1983), *é* " a cristalização de um conflito mental, plena de sentido, trata-se porém de um sentido que está silenciado" (Birman,1983, p.34).

Freud (1999, p.67), ao escrever sobre avaliação do inconsciente na esquizofrenia supõe que, "após o processo de repressão, a libido que foi retirada não procura um novo objeto e refugia-se no ego; isto é, que aqui as catexias objetais são abandonadas, restabelecendo-se uma primitiva condição de narcisismo de ausência de objeto".

Conduto, mais a frente nas investigações, Freud esclarece que "o que é denominado representação consciente do objeto pode ser dividido em

representação palavra e representação coisa, e que no caso da esquizofrenia a catexia das representações da palavra de objeto é retirada" (Freud, 1999, p. 71).

Ou seja, na tentativa de recuperação ou cura, há, pelos esquizofrênicos, "uma procura do objeto perdido, e pode ser que, para alcançar esse propósito, enveredem por um caminho que conduz ao objeto através de sua parte verbal, vendo-se então obrigadas a se contentar com palavras em vez de coisas" (Freud, 1999, p. 73). Esse autor, ainda, ao caracterizar a modalidade de pensamento do esquizofrênico, afirma "que ele trata as coisas concretas como se fossem abstratas" (Freud, 1999, p. 74).

De maneira mais aprofundada, a psicanálise possui, nas teorias apresentadas por Lacan, um dos seus principais marcos conceituais para a interpretação das psicoses.

Para Viganò (1997), na interpretação de Lacan, os sintomas apresentados pelo sujeito psicótico são possibilidades encontradas pelo mesmo de viver a ruptura com a realidade, uma vez que a forclusão do nome-do-pai aparece antes do sintoma.

Na vertente estrutural, a ordem, no simbólico, possui como base a função paterna, porém, no discurso humano a metáfora é que cumpre este papel.

No texto, Terapia ou Reabilitação?, Viganò escreveu: "um sujeito se atribui a autoridade de nomear o objeto que o satisfaz e que falta (a função da metáfora é aquela do desejo). Se ele não se autoriza a nomeá-lo, ele permanece ligado ao objeto que a mãe lhe fornece" (Viganò, 1997, p.63).

Portanto estamos diante de um sujeito que não acessa o próprio desejo e que nessa condição está, também, fragilizado na estruturação da ordem simbólica.

Ao abraçarmos o conceito de cultura enquanto "expressão coletiva da totalidade social com uma ordem simbólica inconsciente transmitida por aprendizagem e reproduzida diferencialmente podemos constatar o elo entre a subjetividade, a cultura e a educação" (Drawin, 2002, n/a).

O indivíduo que tem a cultura, incluindo o lazer, como uma possibilidade de individuação, e se faz sujeito enquanto construtor de sua própria história, tornando-se chave no processo de formação cultural e da sociedade em que vive.

Portanto, ao se pensar o lazer enquanto meio privilegiado de educação defende-se que esse campo do conhecimento (o lazer) ancora-se nos pilares da humanização, da socialização e da subjetivação.

Na perspectiva de se fechar uma leitura, em positivo, da influência do lazer na qualidade de vida dos participantes do projeto Centro de Convivência optou-se por utilizar esses pilares acima mencionados como modelo de fundo para tal interpretação.

Os resultados do pequeno grupo desta pesquisa, em que foram constatadas interações (influências) entre QV e as variáveis do lazer, serão utilizados enquanto elementos estruturais para interpretar a lógica em que está assentada o processo de aderência dos mesmos ao lazer.

No processo de humanização deste grupo (princípio da universalização), o adoecer psíquico aparece enquanto condição de ser/estar no mundo e manifesta–se alterando a realidade e as interações sociais. Porém o acesso ao desejo possibilita a estabilização dos sintomas positivos e negativos, amplia o processo de socialização (a descoberta do outro como princípio da realidade) e dá sentido a subjetivação (princípio da singularidade).

Dessa maneira, pode-se afirmar que, para esse pequeno grupo pesquisado, o processo de integração do lazer na vida dos mesmos se faz pelo desejo, e que esse provoca a mediação das forças integrativas no processo de humanização, de socialização e de subjetivação **(Figura 19)** dos mesmos.

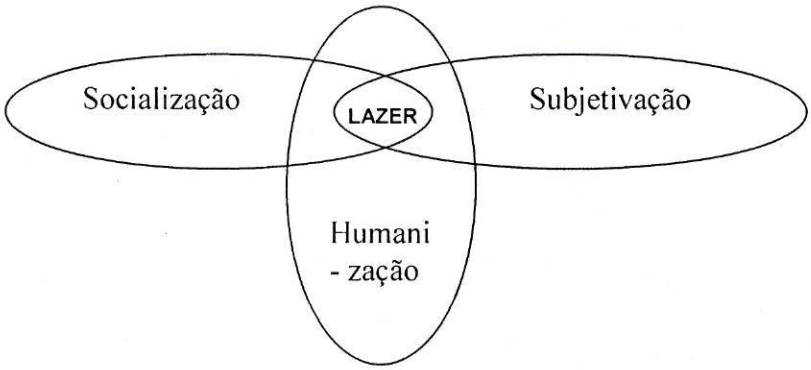


Figura 19 – Estrutura de mediação do lazer

Essa mediação se faz em forma de elos que se interpenetram, ou seja, a potencialidade do conteúdo de um elo lança-se sobre os outros, que por sua vez reagem e se adaptam ao novo estado.

A lógica de explosão da potencialidade dos conteúdos revelou seguir o seguinte percurso nas associações realizadas nesta pesquisa: o estímulo ao prazer e a motivação desperta o desejo, que possibilita a influência positiva da autoconfiança, do reconhecimento de habilidades e da interação com outras pessoas no domínio do lazer. Por sua vez, a construção desta base no domínio do lazer possibilita o aumento da curiosidade, que estimula a participação e a freqüência nas práticas de lazer.

Esse aumento na participação e na freqüência possibilita o desenvolvimento e o aprimoramento das habilidades do lazer, que, dessa forma, abre caminhos para novas interações com outras pessoas neste domínio da vida, inclusive influenciando a capacidade de apreciar e considerar a situação do outro como diferente da dele.

O avanço nas habilidades e na interação com outras pessoas estimula a ocupação do tempo que acaba por influenciar as metas e objetivos na vida.

As reações e adaptações nos objetivos e metas na vida estimula a procura por uma melhor qualidade de vida, que por sua vez, passa a influenciar a escolha de envolvimento em determinadas participações neste domínio da vida, que mais uma vez vai ter por base a resignificação do desejo, o novo padrão de prazer e o novo estado de motivação, e que, portanto, possibilitam novas explosões das potencialidades dos conteúdos.

O processo de aderência desse pequeno grupo às atividades de lazer revelou, também, que o acesso aos bens patrimoniais comuns ao micro sistema social dos pesquisados influencia a explosão dos conteúdos no sentido contrário, e que tal influência parte do núcleo da socialização.

Esse mesmo núcleo (da socialização) apresentou dois conteúdos que não se revelaram capazes de participarem da explosão no processo de aderência: o compartilhamento de atividades do cotidiano do micro sistema social e a capacidade de empatia.

Portanto, o modelo interpretativo acima elaborado relevou possíveis zonas de intervenção dos profissionais da Atividade Física Adaptada no processo de aderência às atividades do lazer nessa população pesquisada, bem como indicou zonas que precisam ser mais pesquisadas para o completo entendimento do papel das mesmas no direcionamento e na constituição de força nesse processo de explosão.

O modelo indicou, ainda, a necessidade de uma atenção especial aos conteúdos que compõem o núcleo da socialização, por ser esse o grande gerador de tensão do processo. Por outro lado, tal tensão revelou-se de grande importância para a explosão dos conteúdos e, consequentemente, para o processo de reação e adaptação.

Merece uma nota a necessidade de se pesquisar outras variáveis que, possivelmente, participam deste processo, mas que não foram investigadas nesta pesquisa, para se ter um maior refinamento de todas as etapas que compõem o processo de aderência e das zonas de impacto das mesmas no processo global.

Portanto, a concepção de lazer para o grupo pesquisado carrega consigo sentimento de ocupação de tempo, de valorização da saúde mental e física, de nostalgia e de superação das próprias dificuldades, como também das barreiras sociais discriminatórias.

Ou seja, para o grupo pesquisado, o sentido da prática do lazer revela-se revestido de satisfação, de resgate de identidade, de construção da própria história, bem como de bandeira de luta no processo de inclusão social.

CONCLUSÕES

Na análise da influência do lazer, inclusive da atividade física, na qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais, efetuada em quatro Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte, teve-se por perspectiva a ampliação do conhecimento sobre o fazer criativo e o impacto subjetivo das práticas na qualidade de vida dessa população.

Os dados obtidos na pesquisa foram tratados estatisticamente levando em consideração a população como um todo de inscritos no programa Centro de Convivência, não havendo diferenciação por diagnóstico.

O atendimento a uma população adulta, com história de internação psiquiátrica e dos dois gêneros mostrou-se coerente com a proposta inicial do programa, porém verificou-se a persistência de um difícil nó entre os objetivos do serviço e a percepção dos usuários sobre esses objetivos.

Ou seja, o serviço tem como pontos focais das práticas criativas e artísticas a possibilidade de estabilização das crises (valor terapêutico) e a abertura de mercado ocupacional (valor de trabalho). Por outro lado, grande parte dos usuários percebem o lazer permeando o vínculo dos mesmos com as atividades ofertadas (valor de lazer).

Para o grupo pesquisado o sentido do lazer revelou-se revestido de satisfação, de resgate de identidade, de construção da própria história, bem como de bandeira de luta no processo de inclusão social.

Entre as lógicas sociológicas que marcaram o sentido do lazer, acima mencionado, estão: um tempo de espetáculo como tempo do lazer; a inexistência da lógica de tempo de produção formatando um tempo de não trabalho; o desejo e ao mesmo tempo o distanciamento do consumo do produtos valorizados pelas industrias de divertimento, entretenimento e de beleza; a reprodução de um modelo de lazer hegemônico da classe média brasileira, com nuanças que expressam referências culturais de raízes e a fragilidade na intimidade das relações familiares e com os amigos.

Nos trabalhos manuais os usuários confrontam-se com uma demanda ativa de produção (confecção de objetos em tecidos, linhas, papel e tintas) porém, nas atividades sociais a passividade destas é destacada (assistir televisão, escutar rádio e som).

Os participantes nomeiam o ambiente familiar enquanto local privilegiado para trocas e contatos sociais, mas a grande referência de interação humana realiza-se virtualmente, ou seja, pela televisão, pelo rádio ou pelo som.

Há um distanciamento de grande parte dessa população das práticas esportivas e das atividades físicas, com somente um pequeno grupo de usuários envolvidos em tais práticas.

O compartilhamento das práticas esportivas, para esse pequeno grupo, é com colegas dos Centros de Convivência e as práticas das atividades físicas são realizadas de forma solitária.

Há um pequeno grupo que está envolvido com jogos de salão e compartilham tais práticas com familiares.

Contudo, constatou-se a existência de possibilidade de intervenção dos profissionais da Atividade Física Adaptada junto à população pesquisada, uma vez que grande parte dos indivíduos declarou achar importante, e mesmo ter interesse em praticar algum tipo de atividade física.

Com base no modelo institucional do Programa Centro de Convivência e no perfil de lazer apresentado pela população pesquisada, verificou-se condições de intervenções dos profissionais da AFA utilizando-se dois referenciais teóricos: a Teoria Ecológica e a Teoria de Auto Determinação *(Self-Determination Theory)*.

O universo geográfico de todas as atividades investigadas mostrou-se reduzido aos Centros de Convivência e às residências dos usuários. A freqüência dessas práticas tem um rítmo variável no cotidiano dos pesquisados, contudo verificou-se a presença diária da mídia eletrônica na vida de grande parte desses indivíduos.

Por conseguinte, constatou-se que o domínio do lazer desta população pesquisada ancora-se na infra estrutura familiar, na institucionalização oferecida

pelo Programa "Centro de Convivência" e apresenta-se, ainda, com uma forma estruturada no modelo de exclusão social.

Há uma positividade na percepção de liberdade no lazer nesta população, com os indivíduos percebendo-se autoconfiantes e habilidosos no ambiente de lazer, porém com dificuldades na interação com outras pessoas nesse mesmo ambiente.

As principais fragilidades apresentadas na interação com outras pessoas no domínio do lazer foram: negociar com outras pessoas os próprios interesses e valores (poder de convencimento), demonstrar e compartilhar vivências prazerosas (capacidade de divertir, anedonia), capacidade de empatia (de distinguir a situações das outras pessoas como diferentes da deles próprios, de ajudar os outros) e a própria ambivalência no lazer (escolher outras pessoas para compartilharem atividades).

Verificou-se que as atividades de lazer estão sendo capazes de ampliar quantitativamente o universo de contato pessoal dos pesquisados, embora os mesmos apresentem dificuldades na manutenção dos vínculos.

Grande parte do grupo funciona com base na proposta institucional de inclusão social, mas com traços marcantes de exclusão dentro do micro sistema social. Por outro lado, um pequeno grupo que apresentou um perfil mais autônomo e de maior envolvimento com as próprias atividades de lazer mostrou-se evoluir com base no modelo de Crescimento Individual.

Portanto, o convívio social, no universo do lazer, tem por base a coexistência de diferentes marcos teóricos.

A análise da qualidade de vida da população pesquisada revelou indivíduos insatisfeitos e com pouca capacidade de realizações e de oportunidades na vida.

O detalhamento das variáveis que formatam o padrão da QV indicou que, para grande parte da população pesquisada, a família tem um papel de suporte da rede social. Há grande dificuldade de relacionamento mais íntimo com as pessoas que não pertencem à família e a tolerância dessa população aos contatos sociais está centrada na satisfação das próprias necessidades.

O perfil habilidoso e autoconfiante apresentado pela população pesquisada no domínio do lazer confronta-se com um perfil de baixa realização e de insatisfação no domínio ocupacional.

A percepção de habilidade e de autoconfiança dos entrevistados resultou, na presente pesquisa sobre o lazer nesta população, da verificação da auto eficácia dos mesmos no cumprimento dos objetivos e metas estabelecidas no Programa Centro de Convivência e do entendimento do apoio da rede social, que tem por base a família enquanto geradora de sentimento de pertença a um grupo social.

Contudo, a utilização do tempo gasto em envolvimento com atividades tanto no domínio do lazer como no ocupacional apresenta-se de forma esporádica e com freqüência variável, dentro do grande grupo.

Existe uma avaliação, por parte dos entrevistados, de desequilíbrio entre o aproveitamento das próprias potencialidades e a oferta de oportunidades no domínio ocupacional, de maneira a perceberem-se subaproveitados nas próprias habilidades neste domínio.

Verificou-se o cumprimento de parte da proposta da desinstitucionalização da saúde mental, com grande parte da população com acesso a bens patrimoniais básicos do micro sistema social dos mesmos. Entretanto, a baixa e conflitante avaliação do próprio envolvimento nos domínios ocupacionais, do lazer e na rede social aponta para um fosso entre acesso social e completa participação social.

A maior parte do grupo pesquisado afirmou ser capaz de considerar o ponto de vista de outra pessoa como diferente do dele próprio porém, constataram-se perdas na capacidade de sentir prazer, na curiosidade, na motivação, na ocupação do tempo livre e nos objetivos de vida desse grupo.

Grande parte dos entrevistados apresentaram bom grau de compromisso, de interação e afetividade adequada com a entrevistadora ao longo das entrevistas.

Encontraram-se, dessa maneira, fragilidades nas relações intrapsíquicas e interpessoais no grupo pesquisado.

Portanto, com base nos princípios da Teoria da Inclusão Social e do Crescimento Individual, pode-se afirmar que pelos dois marcos da primeira teoria (avanço na oferta de oportunidade na vida e reconhecimento do ser enquanto único) o grupo participante dos projetos do Centros de Convivência avaliou-se como tendo acesso a bens patrimoniais e culturais compatíveis com o próprio micro sistema social, todavia a avaliação qualitativa deste acesso mostrou-se comprometida.

No que diz respeito ao reconhecimento da própria singularidade, o grupo avalia-se solitário e com comprometimento no entendimento social e ocupacional das próprias potencialidades.

O princípio da Teoria do Crescimento Individual foi reafirmado na avaliação da qualidade de vida, uma vez que um pequeno grupo destacou-se positivamente nessa avaliação.

Os resultados obtidos na pesquisa refletiram níveis de influência diferentes do lazer na QV dos pesquisados, uma vez que, para o pequeno grupo com melhor QV existe uma associação entre um bom nível de liberdade no lazer e uma maior satisfação na qualidade de vida. Por outro lado, para o grande grupo com pior avaliação da QV, não há associação entre a liberdade de lazer e QV ou, ainda, uma pior percepção em liberdade no lazer está associada a uma pior qualidade de vida, respeitando-se as diferentes metodologias utilizadas para o tratamento dos dados.

As similaridades e as diferenças existentes nas associações entre as variáveis do domínio do lazer e as da qualidade de vida entre o grande grupo que apresentou os piores resultados e o pequeno grupo que se destacou pela influência positiva foram:

Similaridades

- Associação entre nível de escolaridade e padrão de QV;
- Associação entre satisfação no lazer e no domínio do lazer;
- Associação entre compartilhamento de moradia e autoconfiança no lazer;
- Associação entre compartilhamento de bens patrimoniais;
- Associação entre anedonia e auto confiança no lazer;
- Associação entre motivação e autoconfiança;
- Envolvimento na entrevista.

Diferenças

- Associação entre liberdade no lazer e padrão de QV;
- Associação entre os funcionamentos nos domínios do lazer e no ocupacional;
- Associação entre interação social e reconhecimento de habilidades no lazer;
- Associação entre ocupação do tempo livre e reconhecimento de habilidades no lazer;
- Associação entre metas e objetivos na vida e reconhecimento de habilidades no lazer;
- Associação entre curiosidade e participação em atividades de lazer;
- Associação entre curiosidade e freqüência nas atividades de lazer;
- Associação entre anedonia e reconhecimento de habilidades no lazer;
- Associação entre anedonia e interação com outras pessoas no lazer;
- Associação entre motivação e reconhecimento de habilidade no lazer;
- Associação entre motivação e interação com outras pessoas no lazer;
- Associação entre empatia e autoconfiança;
- Associação entre empatia e reconhecimento de habilidades no lazer;
- Associação entre empatia e interação com outras pessoas no lazer.

O processo de aderência às práticas do lazer desta população foi realizado pela leitura, em positivo, da influência do lazer na qualidade de vida do pequeno grupo em que tal interação foi constatada.

As variáveis do lazer capazes de explodir e de mediar os conteúdos da socialização, da subjetivação e da humanização revelaram seguir a seguinte lógica: o estímulo ao prazer e a motivação desperta o desejo, que possibilita a influência positiva da autoconfiança, do reconhecimento de habilidades e da interação com outras pessoas no domínio do lazer.

Por sua vez, a construção desta base no domínio do lazer possibilita o aumento da curiosidade, que estimula a participação e a freqüência nas práticas de lazer.

Este aumento na participação e na freqüência possibilita o desenvolvimento e o aprimoramento das habilidades do lazer seguidamente abrem caminhos para novas interações com outras pessoas neste domínio da vida, inclusive influenciando a capacidade de apreciar e considerar a situação do outro como diferente da dele.

O avanço nas habilidades e na interação com outras pessoas estimula a ocupação do tempo que acaba por influenciar as metas e os objetivos na vida.

As reações e adaptações nos objetivos e metas na vida, que se constataram no trabalho com este grupo, estimulam a procura por uma melhor qualidade de vida que, por sua vez, passa a influenciar a escolha de envolvimento em determinadas participações neste domínio da vida, que então vai ter por base a resignificação do desejo, o novo padrão de prazer e o novo estado de motivação, e que, portanto, possibilitam novas explosões das potencialidades dos conteúdos.

O processo de aderência desse pequeno grupo às atividades de lazer revelou, também, que o acesso aos bens patrimoniais comuns ao micro sistema social dos pesquisados influencia a explosão dos conteúdos no sentido contrário, e que tal influência parte do núcleo da socialização.

Esse mesmo núcleo apresentou dois conteúdos que não se revelou capaz de participar da explosão no processo de aderência: o compartilhamento de atividades do cotidiano do micro sistema social e a capacidade de empatia.

Foram, também, identificados três componentes que disponibilizam o sujeito à prática do lazer, designadamente:

- Liberdade (Entendida enquanto capacidade de agir ou escolher sem interferência ou controle de alguém, e está em sintonia, nesta ação ou escolha, com o próprio desejo);
- Competência (Entendida enquanto reconhecimento das próprias habilidades e de eficiência neste domínio);
- Segurança (Entendida enquanto reconhecimento de pertencer a um grupo específico e de autoconfiança).

A pesquisa indicou, também, três fatores de contingências no processo de aderência:

- Acessibilidade (Déficit na infra estrutura pública da engrenagem de apoio às práticas do lazer);
- Interação social (Restrição no compartilhamento direto de práticas de lazer com familiares, com amigos e com colegas);
- Dependência (Restrição na autonomia – dependência familiar para deslocamento e submissão às rotinas dos familiares).

Portanto, pelo modelo teórico desenhado, sugere-se:

- ampliar a investigação da associação entre outros conteúdos que compõem os núcleos da socialização, da subjetivação e da humanização e os que compõem o domínio do lazer, com ênfase no núcleo da socialização, visando a completa definição dos elos associativos;
- investigar outras variáveis que, possivelmente, participam deste processo, mas que não foram investigados nesta pesquisa, visando um maior refinamento

de todas as etapas que compõem o caminho de aderência e das zonas de impacto das mesmas no processo global;

- realizar investigação comparativa da influência do lazer na qualidade de vida desta população estudada com base no Código Internacional das Doenças – versão 10, visando a verificação do impacto dos diferentes transtornos no processo de interação do lazer com a qualidade de vida;
- realizar investigação comparativa da influência do lazer na qualidade de vida desta população estudada e de populações similares sob o ponto de vista sócio econômico e cultural, considerando os seguintes subgrupos: i) subgrupo não relacionado, ii) subgrupo família e amigos, iii) subgrupo profissionais de saúde mental, visando verificar as similaridades e diferenças no processo de influência das diferentes populações;
- realizar investigação sobre variáveis que condicionam os indivíduos solteiros pesquisados ao compartilhamento de moradia com familiares visando o entendimento do desvio dos mesmos do padrão demográfico brasileiro;
- realizar investigação para identificar outros componentes que disponibilizem e que restringeriam os participantes do Centro de Convivência às práticas do lazer, visando a compreensão teórica de toda a cadeia de variáveis que estrutura a participação desta população às práticas do lazer.

Bibliografia

Abbagnano, N. (2000). História da Filosofia (4° ed., Vol. 7.). Lisboa: Editora Presença.

Adams, L. (1995). How Exercise can Help Mental Problems, Nursing Times, 12, 91(36), 37-39.

Akiskal, H. S. (1995). Mood Disorders. In H. I. Kaplan; B. J. Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry VI. (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Amaral, V. (2004). Esquizofrenia. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.psicotalogia.tripol.com.br* >.

Amarante, P.; Carvalho, A.; Uhr, D.; Andrade, E. A.; Moreira, M. C. N.; Souza, W. S. (1995). Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ : SDE/ENSP.

Arendt, H. (1995). A Condição Humana. Rio de Janeiro, RJ: Editora Forense Universitária.

Auxter, D.; Pyfer; J.; Huettiig, C. (1997). Principles and Methods of Adapted Physical Education and Recreation. St. Louis, Missouri: Mosby.

Bandeira, M. (1993). Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalização. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 42 (9), 491-498.

_____(1999). Competência social de psicóticos: parâmetros do treinamento para programas de reabilitação psicossocial – Parte I. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48 (3), 95-99.

Bandeira, M.; Tremblay, L. (1998). Competência social de psicóticos: um estudo de validação social. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 47(4), 185-192.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bellack, A. S.; Randall, L.; M.; Wixted, J. T.; Mueser, K. T. (1990). Analysis of Social Competence in Schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 156, 809 - 818.

Birman, J. A. (1983). Loucura em Questão II. O Lugar do Psiquismo na Experiência da Loucura. Ciência Hoje, 1 (6), 30-36.

Bombana, J. A.; Leite, A.; Miranda, C. T. (2000). Como atender aos que somatizam? Descrição de programa e relatos concisos de casos. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22, 4. Dezembro. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.scielo.br* >.

Borge, L.; Martinsen, E. W.; Ruud, T.; Watne, O.; Friis, S. (1999). Quality of life, Loneliness, and Social Contact Among Long Term Psychiatric Patients. Psychiatric Services, 50 (1), 81-84.

Borges, K. E. L.; Nascimento E.; Dilásclo M.(1999). A Prática de Atividades Físicas entre Dependentes Químicos In: E. S. Garcia, K. L. M. Lemos, P. J. Greco (eds.), Temas Atuais IV (pp. 89-108). Belo Horizonte, MG: Editora Health.

Bressan, R. A. Pilowsky, L. (2003). Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25, 3, setembro. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.scielo.br* >.

Brockington, I. F. (2000). Cognitive effects of antipsychotics in schizophrenia and relatioship to quality of life (Comment, Letter). British Journal of Psychiatry, 17692 (3), 92.

Burton, N. W.; Turrell, G; Oldenburg, B. (2003). Participation in Recreational Physical Activity: Why Do Socioeconomic Group Differ? Health, Education and Behavior, 2 (20), 225-244.

Busatto Filho, G. (2000). A anatomia estrutural e funcional da esquizofrenia: achados de neuropatologia e neuroimagem. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22 (supl I), 9-11. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.scielo.br* > .

Cardoso, C. S. (2001). Adaptação transcultural para o Brasil de uma Escala de Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia: Escala QLS. Dissertação de mestrado para obtenção do título de mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Cardoso, C. S.; Bandeira, M; Caiaffa, W. T; Fonseca, J. O. P. (2002). Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): adaptação transcultural para o Brasil. J. Brasileiro de Psiquiatria, 51 (1), 31-38.

Carpenter, W. T.; Buchanan, R. W. (1995). Schizophrenia. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI. (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Carpiniello, B.; Lai, G.; Pariante, C. M.; Carta, M. G.; Rudas, N. (1997). Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96, 235-241.

Charlot, Bernard (2004). Notas da disciplina Territorialização da Educação do Curso de Mestrado e Doutorado em Educação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, UP. Porto.

CID – 10 Transtornos Mentais e de comportamento – F00 – F99 "s/d". In: D. Caetano (1993). Classificação de transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 da OMS, Porto Alegre, RS: Ed. Artes Médicas.

Corten, P.; Mercier, C.; Pelc, I. (1994). Subjective quality of life: clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29, 178-183.

Cordes, K. A.; Ibrahim, H. M. (1999). Applications in Recreation and Leisure for Today and the Future (2° ed). WCB Mc Graw-Hill.

Dalgalarrondo, P.(2000). Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre, RS : Ed. Artes Médicas.

_____ (2003). Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. Revista Saúde Pública, 37 (5), 629-34. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.fsp.br/rsp* >.

Damásio, António R. (1994). O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano. Publicações Europa-América, LDA.

Defontaine J. (1980). Manual de Reeducacion Psicomotriz. Barcelona, Esp: Editorial Médica y Técnica, S.A.

Del Porto, J. A. (2002) Transtorno bipolar do humor. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.unifesp.br* >.

De Pauw K.; Doll-Tepper G. (2000). Toward Progressive Inclusion and Acceptance: Myth or Reality? The Inclusion Debate and Bandwagon Discourse. Adapted Physical Activity Quarterly, 17 (2) 135-139.

Dickerson, F. B.; Boronow, J. J.; Ringel, N. Parente, F. (1997). Lack of Insight Among Outpatients with Schizophrenia. Psychiatric Services, 48 (2), 195-199.

Dickerson, F. B.; Ringel, N. B.; Parente, F. (1998). Subective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. Acta Psychiatrica Scandinavica, 98, 124-127.

Doyle, M.; Flanagan S.; Browne, S.; Clarke, M.; Lydon, D.; Larkin, C.; O'Callaghan, E. (1999). Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. Acta Psychiatrica Scandinavica, 99, 466-472.

Drawin, Carlos Roberto (2002) Notas da disciplina Tópicos em Ética: Subjetividade e Modernidade do Curso de Especialização em Temas Filosóficos. Departamento de Filosofia, UFMG. Belo Horizonte, MG.

American Psychiatric Association [DSM – III – R] (1989). Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. São Paulo, SP: Editora Manole.

American Psychiatric Association [DSM – IV – R] (1996). Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (4° ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Dumazedier, J. (1976). Lazer Cultura Popular. São Paulo, SP: Ed. Perspectiva S. A.

Edginton, C. R.; Jordan, D. J.; DeGraaf, D. G.; Edginton, S. (1998). Leisure and Life Satisfaction: Foundation Perspectives. Boston, MA: Mc Graw-Hill.

Elster, J.; Peças e engrenagens das ciências sociais. Rio de Janeiro, RJ: Kana Pili Serviços de Editoração LTDA.

Espinoza, A. M. (2004). Breve reseña histórica de los tramientos biológicos. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatrica. ALCMEON 16. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW:<URL: http://*www.alcmeon.com.ar* >.

Ey, H.; Bernard P.; Brisset CH. (1969). Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Esp., Toray – Masson, S. A.

Farina, A.(1998).Stigma. In: T. Mueser, N. Tarrier. (1998). Handbook of Social Functioning in Schizophrenia (247-279). Needham Heights, USA: Editora Allyn and Bacon.

Faulker G.; Sparkes A. (1999). Exercise as Teraphy for Schizophrenia: An Ethnographic Study. Journal of Sport and Exercise Psychology, 21 (1), 52-69. Human Kinetics Publishers, Inc.

Featherstone, M. (1995). Cultura de Consumo e pós-modernismo. São Paulo, SP: Studio Nobel.

Fernandes da Fonseca, A. (1995). Saúde Mental e Humanização – S. João de Deus e a Assistência Hospitalo-Comunitária. Porto: Edições Afrontamento.

_____(1997). Psiquiatria e Psicopatologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fleck, M. P. A.; Lafer, B.; Sougey, E. B. (2003). Diretriz da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25, 2, junho. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http: // *www.scielo.br* >.

Foucaut, M. (1967). Madness and Civilization. A History of insanity in the Age of Reason. London, UK: Tavistock Publications.

Frederick, C. J.; Shaw, S. M. (1995). Body image as a leisure constraint: examining the experience of aerobic classes for young women. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http: // *www.getcited.org/pub/103339316* >.

Freud, S. (1997). O Ego e o Id. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora.

_____(1999) Artigos sobre Metapsicologia. Imago Editora, Rio de Janeiro, RJ.

Fyer, A. ; Mannuzzi, S.; Coplan, J. D. (1995). Anxiety Disorders. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock (1995). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Gentil Filho, V.; Lotufo Neto, F.; Maciel, L. M. A. (1995). In: M. R. Louzã Neto; T. Mota; Y. Wang; H. Elkis (eds.), Psiquiatria Básica (233-246). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Giannetti, E. (2002). Felicidade Diálogo sobre o bem-estar na civilização. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Glynn, Shirley M. (1998). Psychopathology and Social Functioning in Schizophrenia In: T. Mueser; N. Tarrier. Handbook of Social Functioning in Schizophrenia (66-77). Needham Heights, USA: Editora Allyn and Bacon.

Goffman, E. (1961). Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo, SP: Editora Perspectiva S.A.

Gonzalez, C. H. - Transtorno Obsessivo-compulsivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21, 2, outubro. [Em linha]. [Consulta em 09-2004]. Disponível em WWW: <URL: http:// *www.scielo.br* >.

Greco, M.; Carvalho, A. (1994). Centro de Convivência para Pacientes Psiquiátricos do Bairro São Paulo. Projeto da Secretaria de Municipal de Saúde. Belo Horizonte, MG: Coordenação de Saúde Mental.

Green, C. A. ; Fenn, D. S.; Moussaoui, D.; Kadri, N.; Hoffman, W. F. (2001). Quality of life in treated and never-treated schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 103,131-142.

Guimarães D. M. "s.d.". As Políticas Sociais no Brasil: uma análise histórica (nº 18). São Paulo, S.P: Cadernos Técnicos do SESI.

Guggeenheim, F. G.; Richard Smith, G. (1995). Somatoform Disorders. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Gunderson, J.; Phillips, K. A. (1995). Personality Disorders. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Gupta, S. (1998). Quality of life in schyzophrenia and dystymia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 97, 290-296.

Halford, W. K.; Harrison, C.; Kalyansundaram, M. C.; Simpson, S. (1995). Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. Psychiatric Services. 46 (11) 1189-91.

Hockman, G. (1998). A Era do Sanitarismo. São Paulo, SP: Husset-tec/ANPOCS.

Holanda Ferreira, A. B. (1986). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fronteira S.A.

Hultsman, W. (1995). Recognizing Patterns of Leisure Constraints: Na Extesion of the Exploration of Dimensionality. Journal of Leisure Research, 27, (3), 228-244.

Husserl, E. (1990). A ideia da Fenomenologia. Lisboa: Editora Edições 70 Ltd.

Huxley, P. (1998). Quality of Life. In: T. Mueser, N. Tarrier (Eds.), Handbook of Social Functioning in Schizophrenia (52- 64). Needham Heights, USA: Editora Allyn and Bacon.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Em linha]. [Consulta em 07/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *WWW.ibge.gov.b r*>.

Jackson, E. (1993). Recognizing Patterns of Leisure Constrains: Results from Alternative Analyses. , 25 (2), 129-149.

Jacobi, P. (1990). Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: Apontamentos para o Debate. Revista Lua Nova, 20, 121-143.

Jaspers, K. (1970). Psicopatologia General. Bueno Aires: Editora Beta.

Jenike, M. A. (1995). Obsessive-Compulsive Disorder. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Kaiser, W.; Priebe, S.; Barr, W.; Hoffmann, K.; Isermann, M.; Röder-Wanner, U. U.; Huxley, P. (1997). Profiles of subjetives quality of life in schizophrenic in- and out- patient samples. Psychiatric Research, 66,153-166.

Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (1995). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Kasckow, J.; Twamley, E.; Mulchahey, J.J.; Carroll, B.; Sabai, M.; Strakowski, S.M.; Patterson, T.; Jeste, D.V. (2001). Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. Psychiatric Research, 103, 69-78.

Katschning, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatrica Scandinavica., (suppl. 407), 33-37.

Kinoshita (1995). Anais do Seminário Lei Carlão em Debate. Psiquiatria Mineira Discute Reforma Psiquiátrica. Belo Horizonte. MG: Associação Mineira de Psiquiatria.

Knapp, M. (1997). Costs os Schizophenia. British Journal of Psychiatry, 171, 509-518.

Kohn, M. L. (1966). On the Social Epidemiology of Schizophrenia. Acta Sociologica, 3-4 (9), 196-207.

Koivumaa-Honkanen, H. T.; Honkanen, R.; Antikainen, R.; Hintikka, J.; Viinamäki, H. (1999). Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 99, 377-384.

Konieczynska Z, J. M., Szaniawska, G. M., Meder, J., Jakubiak, A. (1995). The evalution of subjetive quality of life in patients with schizophrenia or depression. Psychiatria. Polska, 29 (5), 641-53.

Kraus, R. (1994). Tomorrow's Leisure: Meeting the Challenges. JOPERD (Special Issue). Abril.

Lasch, C. (1995). A Rebelião das Elites a Traição da Democracia. Rio de Janeiro, RJ: Ediouro.

Lauar, H. (1995). Anais do Seminário Lei Carlão em Debate. Psiquiatria Mineira Discute Reforma Psiquiátrica. Belo Horizonte, MG: Associação Mineira de Psiquiatria.

Lehman, A. F. (1995). Measuring Quality of Life in a Reformed Health System. Health Affairs. Millwood, 14 (3), 90-101.

_____ (1983). The Well-being of Chronic Mental Patients:Assessing Threir Quality of Life. Archives of General Psychiatry, 40, 369-373.

_____ (1996). Measuares of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31, 78-88.

Lehman, A. F.; Ward N.; Linn L. (1982). Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. American J. of Psychiatry, 139, 10, 1271-1276.

Lehman, A. F.; Postrado L.T.; Rachuba L. T.(1993). Convergent Validation of Quality of Life Assessment for Persons with Severe Mental Illnesses. Quality Of Life, 2 (5), 327-33.

Lehman, A. F.; Possidente, R. N.; Hawker, F. (1986). The Quality of Life of Chronic Patients in a State Hospital and in Community Residences. Hospital and Community Psychiatry, 37 (9), 901-907.

Li, R. K. K. (1981) Activity Therapy and Leisure Counseling for the Schizophrenic Population. Therapeutic Recreation Journal, 4, 47-49.

Lobosque, A. M. (1995). Anais do Seminário Lei Carlão em Debate. Psiquiatria Mineira Discute Reforma Psiquiátrica. Belo Horizonte, MG: Associação Mineira de Psiquiatria.

Londoño, J. L.; Frenk J. (1997). Structured Pluralism: toward an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy, 41, 1-36.

Louzã Neto, M. R.; Motta, T.; Wang, Y. (1995). História da Psiquiatria In: M. R. Louzã Neto; T. Mota; Y. Wang; H. Elkis (Eds.), Psiquiatria Básica (pp. 9-22). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Louzã Neto, M. R.; Elkis, H. (1999). Esquizofrenia: Abordagem Atual. São Paulo, SP: Lemos Editorial.

Luz, M. T. (1991). Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil. Transição Democrática – anos 80. Physis; 1 (1), 78-95.

Mälkiä, E. A.; Joukama, M.; Maatela, J.; Aromaa, A.; Heliövaara, M. (1985). The Physical Activity of Mentally Disturbed Finnish Adults. In: Berridge M.; Ward G. R. (Eds.), Internacional Perspectives on Adapted Physical Activity (pp. 149-151). Toronto, Can.: Human Kinetics Publishers, Inc.

Marcellino, N. C. (1987). Lazer e educação. Campinas, SP: Papirus.

Marchetti, R. L.; Bottino-Cássio, M. C.; Azevedo, D. (2002). Confiabilidade de medidas volumétricas de estruturas temporais mesiais. Arquivos de Neuro-psiquiatria, 60, 2B.

Mari, J. J.; Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22 (Suppl. 1). [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.scielo.com.br* >.

Marcolin, A. M.; Ratzke, R. (2000). Escalas de Avaliação da Qualidade de Vida em Esquizofrenia. In: Escalas de Avaliações Clínicas em Psiquiatria e Psicofarmacologia, Cap.28, São Paulo, SP.

Marcondes, D. (1998). Iniciação à História da Filosofia dos Pré-Socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.

Marques, U. M. (2000). Reabilitação, Educação Especial e Actividade Física, pp. 27-38. Anais do Seminário A recreação e lazer da população com necessidades especiais. Porto: Organização Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto.

McKenna, P. J. (1994). Schizophrenia and Related Syndromes. New York, EUA: Oxford University Press Inc.

Mechanic D.; McAlpine, D.; Rosenfield, S.; Davis, D. (1994). Effects of Illness Attribution and Depression on the Quality of Live among persons with Serious Mental Illness. Social Science and Medicine, 39 (2), 155-164.

Merleau Ponty M. (1971). Fenomenologia da Percepção. Rio de Janeiro, RJ: Freitas Bastos.

Moreno, R. A.; Moreno, D. H. (1995). Transtornos do Humor In: M. R. Louzã Neto; T. Mota; Y. Wang; H. Elkis (Eds.), Psiquiatria Básica (pp. 136-166). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Mota Cardoso, C. M. M. (2000). Os Caminhos da Esquizofrenia. (Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Doutor). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Mota, J. (1997). A Actividade Física no Lazer Reflexões sobre a sua Prática. Lisboa: Livros Horizonte.

_____; Sallis J. F. (2002). Actividade Física e Saúde Factores de Influência da Actividade Física nas Crianças e Adolescentes. Porto: Campo das Letras.

Motta T.; Yuan-Pang, W.; Del Sant, R. (1995). Funções Psíquicas e sua Psicopatologia In: M. R. Louzã Neto; T. Mota; Y. Wang; H. Elkis (Eds.), Psiquiatria Básica (pp. 33-52). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Mueser, T. e Tarrier, N.(1998). Handbook of Social Functioning in Schizophrenia. Needham Heights, MA: Editora Allyn and Bacon.

Mundo dos Filósofos. [Em linha]. [Consulta em 10/2002]. Disponível em WWW: <URL: http:// *www.mundodosfilosofos.com.br/leibniz.htm* >.

Negro Junior, P. J.; Palladino-Negro, P. Louzã Neto, M. (1999). Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21, 4, Dezembro. [Em linha]. [Consulta em 09/2004]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.scielo.br* >.

Nemiah, J. (1995). Dissociative Disorders. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI (Vol. 1, 6° ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.

Nobre de Melo, A .L. (1970). Psiquiatria, São Paulo, SP: Atheneu Editora.

Norman, R. M. G.; Malla, A. K.; McLean, T.; Voruganti, L. P. N.; Cortese, L.; McIntosh, E.; Cheng S.; Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and Quality of Life Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 102, 303-309.

Organização Mundial da Saúde. Fact Sheet n° 130 de 1996. [Em linha]. [Consulta em 10/2000]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.who.org* >.

Organização Mundial da Saúde. Fact Sheet n° 219 de 1996. [Em linha]. [Consulta em 10/2000]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.who.org* >.

Organização Mundial da Saúde. Fact Sheet n° 219 de Abril de 1999. [Em linha]. [Consulta em 10/2000]. Disponível em WWW: < URL: http:// *ww.who.org* >.

Organização Mundial da Saúde (2000). About Mental Health. [Em linha]. [Consulta em 10/2000]. Disponível em WWW: < URL: http:*www.who.org* >.

Patterson, T. L.; Semple, S. J.; Shaw, W. S.; Halpain, M.; Moscona, S.; Grant, I.; Jeste, D. V. (1997). Self-reported social functioning among older patients with schizophrenia. Schizophrenia Research, 27, 199-210.

Patterson, T. L.; Kaplan, R. M.; Grant, I.; Semple, S. J.; Moscona, S.; Koch, W. L.; Jackuelyn Harris, M.; Jeste, D. V. (1996). Quality of well-being in late-life psychosis. Psychiatry Research, 63, 169-181.

Plate T. G. (1996). Does Exercise Help in the Treatment of Psychiatric disorders? Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 34 (3), 38-43.

Pratt, C. W.; Gill, K. J.; Barrett, N. M.; Roberts, M. M. (1999). Psychiatric Rehabilitation. Londres, UK: Academic Press.

Prazeres, P. (2001). Processo de deinstitucionalização e a avaliação possível e necessária: um estudo de caso como introdução da avaliação dos serviços abertos de Saúde Mental no Brasil. (Monografia apresentada no final da disciplina Políticas de Saúde I). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Ramadam, Z. B.; Motta, T.(1995). Transtornos Somatoformes e Transtornos Dissociativos (ou Conversivos) In: M. R. Louzã Neto; T. Mota; Y. Wang; H. Elkis (Eds.), Psiquiatria Básica (pp. 216-232). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Raymore, L. A.; Godbey, G. C.; Crawford, D. W. (1994). Self-esteem, Gender, and Socioeconomic Status: Their Relation to Perceptions of Constraint on Leisure Among Adolescents. Journal of Leisure Research, 26 (2), 99-118.

Ribeiro, R. J. (2000). As Humanas e sua Aplicação Prática: proposta para uma nova leitura de política cientifica e do desenvolvimento. Sinopse. São Paulo, SP: Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo e do Instituto de Pesquisas em Psicanálise.

Roberts, K. (1994). Actas do Congresso Mundial do Lazer. The three societies of leisure. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Röder-Wanner, U.; Oliver, J. P. J.; Priebe, S. (1997). Does quality of Life differ in Schizophrenic Women and men? An Empirical Study. Internacional Journal of Social Psychiatry, 43 (2), 129-143.

Rodrigues, V. A.; Gonçalves, L. (1998). Patologia da Personalidade: teoria, clínica e terapêutica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rodríguez R.B. (1984). El Desporto, Factor de Rehabilitacion Mental. (Dissertação apresentada a provas de Mestrado no ramo de Medicina Desportiva.) Hospital Psiquiátrico de la Habana. Havana, Cuba.

Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of chronic mentally ill. Journal of Health and Social Behavior, 33 (4), 299-315.

Rössler, W.; Salize, H. J.; Cucchiaro, G.; Reinhard, I.; Kernig, C. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? Acta Psychiatrica Scandinavica, 100, 142-148.

Santos, Boaventura S. (1994). Pela Mão de Alice O Social e o Político na Pós-modernidade (5° ed.). Porto: Ed. Afrontamento.

Sartorius, N. (1992). Rehabilitation and Quality of Life. Hospital and Community Psychiatry, 43 (12), 1180-1181.

Sartre, J. P. (1978). O Existencialismo é um humanismo. In: Os Pensadores (pp. 3-31). São Paulo, SP: Cultural e Industrial Abril S.A.

Sayce, L. (2000). From Psychiatric Patient to Citizen Overcoming Discrimination and Social Exclusion. Londres, UK: Macmillan Press Ltd.

Scharfetter, C. (1999). Introdução à Psicopatologia Geral (2° ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Sciacca, M. F. (1966). Historia da Filosofia. São Paulo, SP: Editora Mestre Jou.

Schneider, K. (1968). Las Personalidades Psicopaticas. Madri, Esp: Ediciones Morata S. A..

Schüle, K. e Jochheim, K (1996) The Function of Sports in the Rehabilitation Process. Thematic Group n° 8. The Functional Rehabilitation sector of the HELIOS II Program. European Commission DG V. Köln, Alem.: Echo-Verlag-GmbH.

Shivers, J. S.; deLisle, L. J. (1997). The Story of Leisure. Human Kinetics.

Slade, M.; Leese, M.; Taylor, R.; Thornicroft, G. (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica., 100, 149-157.

Sherill, C. (1998). Adapted Physical Activity, Recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan. MCB/McGraw-Hill.

Silva, M. A. S. P. (1999). Estudo de Variáveis Psicomotoras e Comportamentais na Normalização de Algumas Alterações Mentais. (Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Doutora no Ramo da Ciência do Desporto). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

_____(2000). Reabilitação, Educação Especial e Actividade Física. Anais do Seminário A recreação e lazer da população com necessidades especiais (pp. 39-46). Porto: Organização Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto.

Simmons, S. (1994). Quality of life in community mental health care – a review. International J. of Nursing Studies., 31 (2), 183-193.

Sivadon, P.; Fernandez-Zoïla, A. (1988). Corpo e Terapêutica: uma psicopatologia do corpo. Campinas, S.P: Papirus Editora.

Skantze, K.; Malm, U.; Denker, S. J.; May, P. R. A.; Corrigan, P. (1992). Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. British Journal of Psychiatry, 161, 797-801.

Smith, T. E.; Hull, J. W.; Clarkin, J. F. (1999). Dimensons of Social Adjustment in Schizophrenia: A factor Analysis. J. of Nervous and Mental Disease, 187 (1), 55-57.

Soares, K.; Almeida Filho, N.; Coutinho, E. S. F.; Mari, J. J. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. Bristish Journal of Psychiatry. 171, 524-529.

Sousa, E. S. (1994). Meninos, à marcha! Meninas, à sombra! História do ensino da Educação Física em Belo Horizonte – 1897-1994. (Dissertação apresentada a Provas de Doutoramento no Ramo da Educação). Faculdade de Educação da Universidade de Campinas. Campinas, SP.

Sullivan G.; Wells, K.; Leake, B. (1991). Quality of life of Seriously Mentally Ill Persons in Mississippi. Hospital and Community Psychiatry, 42 (7), 752-755.

Suzuki, Y. (2000). What is New. [Em linha]. [Consulta em 10/2000]. Disponível em WWW: < URL: http:// *www.who.org* >.

Tavares Filho, H. (2001) Transtornos de Personalidade. Apostilha da disciplina Psicopatologia do Curso de Especialização em Terapia Ocupacional do Centro de Estudo em Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, MG.

Teixeira de Pascoaes (1995). Santo Agostinho. Lisboa: Editora Assírio e Alvim.

Teixeira, S. M. F. (1986). Cidadania, Direitos Sociais e Estado. Revista de Administração Pública, 20 (4), 115-140.

O'Toole, B. J. (2000). Guia de Serviços de Reabilitação de Base Comunitária. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional. Ministério da Educação.

Trauer, T.; Duckmanton, R. A.; Chiu, E. (1998). A Study of the Quality of Life of the Severely Mentally Ill. Internacional Journal of Social Psychiatry, 44 (2), 79-91.

Triola, M.F. (1999). Introdução à Estatística (7° ed.). Rio de Janeiro: LTC.

Vaz, H. C. L. "s.d.". Escritos de Filosofia III: Ética e Cultura, São Paulo: Ed. Loyola.

Vilaça Mendes, E. (1991). O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil. Anais da II Conferência Municipal de Saúde (pp. 1-11).

Viganò, C.(1997). Terapia ou Reabilitação? Anais do Congresso de Saúde Mental: Psiquiatria e Psicanálise. Belo Horizonte, MG: Associação Mineira de Psiquiatria e Instituto de Saúde Mental.

Voruganti, L.; Heslegrave, R.; Awad, A. G.; Seeman, M. V. (1998). Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. Psychologycal Medicine, 26,165-172.

Zimerman, D. E. (2000). Fundamentos Básicos das Grupoterapias (2° ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Wade, M. G. (1985). Constraints on Leisure. Illinois, USA: Charles C. Thomas – Publisher.

Wang, Y.; Motta, T.; Louzã Neto, M. (1995). Transtornos de Personalidade In: M. R. Louzã Neto; T. Mota; Y. Wang; H. Elkis (Eds.), Psiquiatria Básica (pp. 247-272). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Watson R. I.; Evans R. B. (1991). The Great Psychologists: A History of Phychological Thought. New York, USA: Harper Collins Publishers.

Weissinger, E.; Bandalos, D. L. (1995). Development, Reliability and Validy of a scale to Measure Intrinsic Motivation in Leisure. Journal of Leisure Research, 27(4), 379-400.

Werneck, C. (2000). Lazer, Trabalho e Educação – Relações históricas, questões contempoâneas. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG.

Wethered A. G. (1973). Drama and Movement in Therapy. Surrey, UK: Macdonald and Evans LTD.

Winnick, J. (1990). Adapted Physical Education and Sport. Champaingn, USA: Human Kinetics.

Witt, P. A.; Ellis, G. W. (1989). Leisure Diagnostic Battery. Venture Publishing, Inc.

Outras Referências

Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Lei 11.802 de 18 de janeiro de 1995. Belo Horizonte. Minas Gerais.

Coordenação de Saúde Mental (2000).Relatório da Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte. Minas Gerais.

Coordenação de Saúde Mental (2003). Relatório da Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte. Minas Gerais.

Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília. Distrito Federal.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 publicada em 6 de novembro de 1996. Alterada pela portaria 1882 de 18 de dezembro de 1997. Brasília. Distrito Federal.

Ministério da Saúde. Resolução nº 218 de 06 de março de 1997. Brasília. Distrito Federal.

ANEXO 1

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA
-QLS. BR-

Este instrumento destina-se à avaliação do desempenho atual de pacientes com esquizofrenia, independente da presença ou ausência de sintomatologia psicótica florida ou necessidade de hospitalização. Ela avalia a riqueza de sua experiência pessoal, a qualidade de suas relações interpessoais e sua produtividade em papéis ocupacionais.

É aplicada em uma entrevista semi-estruturada. Cada item consiste em três partes. Primeiro, uma breve exposição é feita para ajudar o entrevistador a entender e focalizar o parâmetro a ser avaliado. Em segundo lugar, um número de perguntas sugeridas é fornecido, perguntas que poderão ajudar o entrevistador a começar sua exploração com o paciente. Finalmente, uma escala de 7 pontos é fornecida para cada item, com uma breve descrição em quatro pontos, para ajudar o entrevistador a fazer seu julgamento e pontos são rotulados.

Cada item deve ser explorado tanto quanto exigido para permitir ao avaliador fazer um bom julgamento clínico. O objetivo da escala é avaliar limitações devidas a doença. Ajustamentos devem ser feitos pelo avaliador, quando fatores extrínsecos estiverem claramente envolvidos (por exemplo, contato social diminuído devido a doença física grave).

Todos os itens devem ser avaliados. Colocar um círculo em torno do número apropriado em cada item da escala.

Os usuários devem ser lembrados de que, usando a escala QLS-BR não devem modificar as orientações, questões e layout de nenhuma forma.

Instruções de aplicação

O indivíduo deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.

Uma vez que o paciente concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Uma situação de privacidade deve ser buscada. O paciente não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou amigo.

O instrumento deve ser respondido em somente um encontro.

Deve ser enfatizado que o questionário se refere às três últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre.

SUB-ESCALAS:

I. Rede Social (Itens 1- 7);

I I. Nível Ocupacional (Itens 9 - 12 e 17);

III. Funções Intrapsíquicas, e Relações Interpessoais (Itens 8,13,15,18-21);

IV. Escala Global: (Itens1-21);

1. AVALIAR RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS COM MEMBROS DA CASA

NOTA: Este item deve ser avaliado 9 se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto. Para fator e contagem total, tirar média dos itens 2 a 7.

Este item visa a avaliar relacionamentos estreitos com cuidado e participação mútuos com a família imediata ou membros mais próximos da família da casa atual do sujeito.

Perguntas sugeridas:

Você se dá bem com todas as pessoas com quem você atualmente mora, ou sua família imediata?

Com que freqüência você tem conversado com eles?

Você pode conversar assuntos íntimos com eles?

Eles podem conversar assuntos íntimos com você?

Como é o relacionamento com essas pessoas?

Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos.

Quando você está em casa, você fica junto com sua família ou prefere ficar sozinho?

0 - Praticamente nenhuma intimidade.

1 -

2 - Apenas escassas interações íntimas e intermitentes.

3 -

4 - Algumas interações íntimas consistentes, mas reduzidas em extensão ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

5 -

6 - Envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima.

9 - Fazer a contagem aqui se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto.

2 - AVALIAR RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS

Este item visa a avaliar relacionamentos estreitos com expressivo cuidado e participação mútuos que não sejam com sua família imediata ou membros da família. Excluir relacionamentos com trabalhadores da saúde mental.

Perguntas sugeridas:

Além da sua família, você tem amigos a quem você é especialmente chegado?

Quantos amigos você tem?

Você pode conversar assuntos pessoais com eles?

Eles podem conversar assuntos pessoais com você?

Com que freqüência você tem falado com eles?

Como está o seu relacionamento com esses amigos?

0 - Praticamente ausente.

1 -

2 - Apenas relações esparsas ou intermitentes.

3 -

4 - Algumas relações íntimas consistentes mas reduzidas em número ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

5 -

6 - Envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma pessoa.

3 - AVALIAR AMIZADES ATIVAS

Este item visa a avaliar relacionamentos com pessoas, baseando-se em uma gostar da outra e compartilhar interesses e atividades em comum, mas sem o investimento emocional íntimo do item anterior. Excluir relacionamento com o pessoal da saúde mental e outros membros da casa.

Perguntas sugeridas:

Além de amigos pessoais mais próximos, existem colegas ou conhecidos com os quais você tem tido o prazer de fazer coisas?

Quantos?

Você tem se encontrado com eles?

Com que freqüência?

Que tipo de coisas vocês têm feito juntos?

Você tem encontrado com pessoas em lugares como clubes, igrejas, bares, danceterias?

Você tem tido encontros com colegas, tais como irem lanchar ou saírem juntos?

0 - Praticamente ausente.

1 -

2 - Poucas amizades ativas e apenas contato infreqüente.

3 -

4 - Algumas amizades ativas em desenvolvimento mas contato reduzido e limitada atividade compartilhada.

5 -

6 - Envolvimento apropriado com amizades ativas.

4 - AVALIAR NÍVEL DE ATIVIDADE SOCIAL

Este item visa a avaliar o envolvimento em atividades com outras pessoas, realizadas pôr diversão. Excluir atividade social que é principalmente instrumental para outras metas, pôr exemplo, trabalho e escola. Excluir a psicoterapia.

Perguntas sugeridas:

Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?

Quem são essas pessoas?

Que tipo de coisas vocês costumam fazer?

Você participa de clubes ou outros grupos sociais (associação de bairro, coral, grupo de jovens e outros)?

0 - Praticamente ausente.

1 -

2 - Atividade social ocasional mas prescinde de uma norma regular de tal atividade, ou limita-se apenas a atividade com a família imediata ou membros da casa.

3 -

4 - Alguma atividade social regular mas reduzida em freqüência ou diversidade.

5 -

6 - Nível apropriado de atividade regular.

5 - AVALIAR A REDE SOCIAL ENVOLVIDA

Este item visa a avaliar a extensão à qual outras pessoas se preocupam com a pessoa em questão, interessam-se pôr sua sorte ou conhecem as suas atividades. Excluir os funcionários da Saúde Mental.

Perguntas sugeridas:

Existem pessoas que têm estado preocupadas com sua felicidade e seu bem estar?

Quantas?

Quem são essas pessoas?

De que forma demonstram isto?

Se alguma coisa importante lhe acontecesse, a quem você contaria?

Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional?

Existem pessoas que lhe ajudam nos assuntos do dia-a-dia e a tomar decisões na vida prática?

Se fosse preciso pedir ajuda, a quem você pediria?

0 - Praticamente ausente.

1 -

2 - Mínimo em número ou grau de envolvimento, e/ou limitado à família imediata.

3 -

4 - Presença de alguma rede social, envolvida, mas reduzida em grau de envolvimento.

5 -

6 - Adequada rede social envolvida em extensão e grau de envolvimento.

6 - AVALIAR INICIATIVAS SOCIAIS

Este item visa a avaliar o grau em que a pessoa é ativa em direcionar suas interações sociais - O quê? Quanto? E com quem?

Perguntas sugeridas:

Você tem sempre realizado coisas sozinho ou com outras pessoas?

Com quem?

O que vocês fazem?

De que maneira você procura as pessoas?

Você costuma falar com pessoas pelo telefone ou pessoalmente?

É você quem convida as pessoas ou são elas que convidam você para fazer as coisas?

Você já desistiu de sair para se divertir pôr achar difícil convidar outras pessoas?

0 - Atividade social quase sempre dependente da iniciativa de outros.

1 -

2 - Iniciativa social esporádica, porém vida social significativamente empobrecida devido à forma de passividade social ou iniciativa limitada à família imediata.

3 -

4 - Evidência de alguma redução da iniciativa social, mas com apenas mínimas conseqüências adversas sobre a atividade social.

5 -

6 - Iniciativa social adequada.

7 - AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

Este item visa a avaliar o grau em que a pessoa ativamente evita interação social devido ao seu desconforto ou desinteresse.

Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?

Você tem recusado convites para fazer coisas junto com outras pessoas?

Você tem recusado esses convites mesmo quando você não tem nada para fazer?

Você tem evitado atender ao telefone ou evitado atender pessoas?

Você tem lidado com pessoas somente quando você precisa delas?

Você tem evitado companhia em casa?

Você tem preferido estar sozinho?

O fato de você querer ficar sozinho tem interferido em sua vida?

0 - Evitação ativa de praticamente todo contato social.

1 -

2 - Tolera aquele contato social exigido para atender a outras necessidades, mas muito pouco contato social pelo próprio contato, ou falta de afastamento apenas com a família imediata.

3 -

4 - Algum engajamento social agradável e satisfatório, porém reduzido devido a evitação.

5 -

6 - Nenhuma evidência de significativo afastamento social.

8 - AVALIAR RELAÇÕES AFETIVO SEXUAIS

Este item destina-se a avaliar a capacidade para relações íntimas e atividade sexual considerada satisfatória pelo paciente. A expressão presume uma preferência heterossexual. Em casos evidentes de preferência homossexual constante, retrabalhar adequadamente e avaliar estas mesmas capacidades.

Perguntas sugeridas se solteiro:

Suas atividades sociais têm envolvido mulheres/homens?

Tem tido encontros íntimos?

Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?

Teve um(a) ou mais namorados(as)? E atualmente?

Os relacionamentos têm sido agradáveis?

Você já gostou ou esteve apaixonado pôr alguém?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Está mantendo relações sexuais?

São satisfatórias?

Sugestões se casado ou morando com alguém:
Você está feliz no seu relacionamento com seu parceiro?

Vocês fazem muitas coisas juntos?

Que tipo de coisas vocês fazem juntos?

Vocês conversam muito juntos?

Vocês podem conversar assuntos íntimos?

Vocês brigam muito?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Sua vida sexual tem sido satisfatória?

0 - Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.

1 -

2 - Algum contato sexual limitado mas superficial com evitação de intimidade; ou atividade sexual apenas como liberação física sem envolvimento emocional; ou relacionamentos marcados pôr rompimento austero e crônico, insatisfação ou caos afetivo.

3 -

4 - Relacionamento com alguma intimidade e envolvimento emocional, predominantemente satisfatório, e, talvez alguma expressão sexual ou sinais físicos de afeição.

5 -

6 - Normalmente tem relacionamentos satisfatórios, emocionalmente ricos e expressão sexual íntima e adequada e sinais físicos de expressão.

9 – AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

Este item destina-se a avaliar o quanto de exercício no papel a pessoa está tentando alcançar, nem quão bem, nem com qual amplitude ela está sendo bem sucedida. Para os que dirigem um lar, considerar se para uma pessoa com eficiência normal as responsabilidades representariam trabalho de tempo integral ou alguma fração disto. Se desempregado, considerar o tempo gasto numa atividade apropriada de procura de emprego.

Perguntas sugeridas para quem trabalha:

Você atualmente está empregado?

Quantas horas pôr dia você trabalha?

Quais atividades você realiza?

Você também é responsável pôr alguma atividade no lar, além de seu trabalho?

Perguntas sugeridas para quem estuda:

Você estuda?

O que você estuda?

Quanto tempo a escola toma pôr dia?

Você também é responsável pôr alguma atividade no lar, além de seu estudo?

Perguntas sugeridas para responsáveis pelo lar.

Quais são suas tarefas em casa?

Você precisa da ajuda de alguém?

Você recebe ajuda de alguém?

Quanto tempo você gasta para realizar essas atividades?

0 - Praticamente nenhum exercício ocupacional.

1 -

2 – Exercício ocupacional esporádico.

3 -

4 – Exercício ocupacional regular, porém menos do que tempo integral.

5 -

6 – Exercício ocupacional adequado, em tempo integral ou mais.

10 - AVALIAR O NÍVEL DE REALIZAÇÃO

Este item visa a avaliar o nível de sucesso e realização no desempenho de um dado papel que a pessoa escolheu para desenvolver.

Para trabalhadores
Você é bem sucedido no seu trabalho?

Seu trabalho exige muita responsabilidade?

Você acha que você realiza bem suas atividades?

Você recebe elogios pelo seu trabalho?

As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?

Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?

Você está satisfeito com seu desempenho no trabalho ou você acha que poderia fazer melhor?

Para estudantes
Você vai freqüentemente às aulas?

Quais as disciplinas em que você tem mais dificuldade?

Você recebe crítica pôr parte dos professores? E pôr parte dos colegas?

Você se dá bem com seus colegas de classe?

Você faz trabalhos em grupos?

Você está satisfeito com seu desempenho no estudo ou você acha que poderia fazer melhor?

Para outras atividades
Você está satisfeito com as tarefas que você realiza?

Você realiza essas tarefas porque você gosta ou pôr outro motivo?

As pessoas o criticam ou elogiam pelo seu trabalho?

Você está satisfeito com o seu desempenho nas tarefas ou você acha que poderia fazer melhor?

Você tem interesse em fazer as atividades da melhor maneira ou você prefere fazer de qualquer forma para ficar livre logo?

0 - Não desenvolvendo nenhuma função, ou desempenhando em nível tão precário a ponto de ameaçar a habilidade de continuar naquele papel.

1 -

2 - Funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em um nível de realização muito baixo.

3 -

4 - Exercício geralmente adequado.

5 -

6 - Muito bom desempenho com evidência de realização nova ou progressiva e/ou desempenho

11 - AVALIAR O GRAU DE SUB-EMPREGO

Este item visa a avaliar o grau e a extensão da realização do exercício ocupacional, avaliando se esta reflete total utilização da potencialidade e das oportunidades disponíveis para a pessoa. Considerar habilidades inatas, deficiência física, educação, fatores culturais, econômicos e sociais. Obviamente, limitações diretamente refletindo qualquer doença mental ou desordem de personalidade não devem ser consideradas na estimativa do potencial da pessoa.

Perguntas sugeridas:

Este item exige um julgamento complexo. Fazer perguntas adicionais necessárias para esclarecer habilidade e oportunidades.

Relacionado ao trabalho, o que você sabe fazer?

Você gostaria de saber fazer outras coisas?

Te incomoda não estar trabalhando?

Se incomoda, o que você tem feito para conseguir trabalho?

O que você está fazendo no trabalho corresponde à sua capacidade ou expectativa?

0 - Não consegue concretizar potenciais.

1 -

2-Significativo sub-aproveitamento de habilidades, ou desempregado, mas está ativamente procurando pôr trabalho.

3 -

4 - Um pouco abaixo da capacidade da pessoa.

5 -

6 - Desempenho do papel proporcional às habilidades e oportunidades.

12 - AVALIAR A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

NOTA: Este item deve ser avaliado 9 se o item #9 for avaliado 3 ou abaixo de 3. Para fator e contagem total, tirar a média dos itens 9 a 12 e 17.

Este item visa a avaliar até onde a pessoa sente-se confortável com a escolha do papel, o desempenho dele, e a situação na qual ele a desempenha. Destina-se também a avaliar até onde este papel propicia uma sensação de satisfação, prazer e realização a ele.

Perguntas sugeridas:

Você gosta do seu trabalho e/ou escola ou atividades?

Você preferia estar fazendo algo diferente?

Você se sente feliz ou realizado com o seu trabalho?

O seu trabalho e/ou escola ou atividades o faz se sentir bem?

Você está entusiasmado com o seu emprego ou atividades?

Você espera com prazer o momento de ir para o trabalho ou o momento de realizar as suas atividades?

Você planeja uma mudança? Por quê?

0 - Infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional.

2 - Alguma evidência definida de infelicidade ou insatisfação, o papel não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente.

3 -

4 - Pouco ou nenhum descontentamento e algum prazer limitado com trabalho.

5 -

6 - Senso de realização e satisfação acentuadamente consistente, talvez com algumas queixas limitadas.

9 - Não aplicável se o paciente não está envolvido em nenhum desempenho de papel ocupacional.

13 - AVALIAR SENTIDO DE OBJETIVOS DE VIDA

Este item destina-se a avaliar o grau ao qual a pessoa coloca metas realistas e integradas para sua vida. Se a vida atual da pessoa reflete tais objetivos, não é necessário que ela (ele) esteja planejando uma mudança no sentido de ser julgado (a) como tendo um bom sentido de objetivo.

Perguntas sugeridas:

Você pensa muito sobre o futuro?

O que você planeja para a sua vida futura?

Tem alguma coisa em sua vida que você ainda não realizou, mas que gostaria de realizar?

Existe alguma coisa que faz a vida valer a pena para você?

0 - Nenhum plano, ou planos são bizarros, ilusórios ou irrealistas.

1 -

2 - Tem planos, mas eles são vagos, um tanto irrealistas, pobremente integrados uns com os outros, ou de pouca conseqüência para a vida da pessoa.

3 -

4 - Planos realistas e concisos mas com pouca integração.

5 –

6 - Planos realistas, concisos e integrados.

14 - AVALIAR O GRAU DE MOTIVAÇÃO

Este item destina-se a avaliar o grau em que a pessoa é incapaz de iniciar ou manter a atividade dirigida para um objetivo devido à falta de motivação.

Perguntas sugeridas:

Você tem se esforçado para atingir seus objetivos ou planos?

Você já conseguiu realizar algum plano ou objetivo que você tinha para sua vida?

Você tem encontrado muita dificuldade para realizar seus planos ou tarefas?

Você tem conseguido resolver essas dificuldades?

Esta experiência de não resolver a dificuldade tem interferido muito na sua vida?

Você tem tido muito entusiasmo, animação, energia e ânimo para fazer as coisas?

Em quais atividades lhe faltam ânimo ou motivação para realizar?

Você costuma deixar sempre as coisas para fazer depois?

Você tem interrompido suas atividades pôr:
- falta de persistência e animação
- falta de incentivo

0 - A falta de motivação significativamente interfere na rotina básica.

1 -

2 - Capaz de atender às demandas básicas de manutenção da vida, mas a falta de motivação prejudica significantimente qualquer progresso ou realização.

3 -

4 - Capaz de atender às exigências rotineiras da vida, mas a falta de motivação resulta em realização deficiente em algumas áreas.

5 -

6 - Nenhuma evidência de falta de motivação significante.

15 - AVALIAR A CURIOSIDADE

Este item destina-se à avaliação do grau ao qual a pessoa está interessada no que está ao seu redor, e indagar sobre o que ela não entende. Excluir interesse em alucinações e ilusões ou outros produtos psicóticos. Entretanto, preocupações patológicas com produtos psicóticos ou outros temas podem limitar a curiosidade ou interesse em outras coisas.

Perguntas sugeridas:

Você se considera uma pessoa curiosa?

Que tipos de coisas te deixam curioso?

Você tem feito alguma coisa para aprender mais sobre elas? Por favor, especifique.

Você tem lido jornais, ou ouvido as notícias na TV ou no rádio?

0 - Nenhuma curiosidade ou interesse em novos tópicos ou acontecimentos.

1 -

2 - Alguma curiosidade esporádica, mas não perseguida em pensamento ou ação.

3 -

4 - Alguma curiosidade e tempo gasto pensando sobre tópicos ou interesses e algum real esforço para aprender mais sobre eles.

5 -

6 - Curiosidade sobre um número de tópicos e algum esforço para aprender mais sobre alguns deles, tais como leitura, fazer perguntas, e observação planejada.

17 - AVALIAR UTILIZAÇÃO DO TEMPO

Este item é para avaliar o total de tempo gasto em inatividade inobjetiva - dormir durante o dia, deitado na cama, sentar-se aqui e ali, não fazendo nada ou em frente da TV ou rádio quando não interessado particularmente.

Perguntas sugeridas:

O que você faz no seu dia-a-dia?

Você costuma desperdiçar o seu tempo?

Você gasta muito tempo não fazendo nada, sentado aqui e ali ou na cama?

Você passa muito tempo assistindo TV ou ouvindo música?

Você realmente se interessa pôr isto ou apenas não tem nada melhor para fazer?

Você dorme muito durante o dia? Quanto?

De um modo geral, todos os seus dias são passados dessa forma?

0 - Gasta grande parte de seus dias em inatividade infrutífera.

1 -

2 - Gasta cerca de metade de seus dias em inatividade infrutífera.

3 -

4 - Alguma atividade inobjetiva excessiva mas menos do que a metade do dia.

5 -

6 - Nenhuma inatividade inobjetiva excessiva além do normal exigido para relaxamento.

20 - AVALIAR A CAPACIDADE DE EMPATIA

Este item destina-se à avaliação da capacidade da pessoa de considerar e apreciar a situação de outra pessoa como diferente da sua própria - apreciar diferentes perspectivas, estados afetivos e pontos de vista. Reflete-se na descrição da pessoa de interações com outras pessoas e como ela vê tais interações. Específica sondagem para trazer à tona a descrição da pessoa e avaliação de situações relevantes podem ser feitos desta vez, se dados suficientes surgiram então, na entrevista.

Perguntas sugeridas:

Considerando alguém com quem você tenha relacionamento estreito ou com quem passa muito tempo.

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda?

O que em você irrita ou incomoda os outros?

Você sabe o que eles gostam?

O que você faz para agradá-los?

Quando você os vê tristes ou chateados, o que você faz?

Se você tem algum desentendimento com eles, como é que você reage?

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

Você se importa com o que as pessoas pensam ou falam de você?

0 - Não apresenta nenhuma capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros.

1 -

2 - Demonstra pouca capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos de outros.

3 -

4 - Ele/ela pode considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros, mas tende a ser envolvido no seu próprio mundo.

5 -

6 - Ele/ela espontaneamente considera a situação de outra pessoa na maioria das situações, é capaz de intuir as respostas afetivas de outra pessoa e de usar seu conhecimento para ajustar suas próprias respostas.

18- AVALIAR OBJETOS COMUNS

Este item presume que a participação básica em viver nesta cultura, quase sempre exige de uma pessoa possuir certos objetos.

Perguntas sugeridas:

Para esta questão, perguntar sobre cada um dos 12 itens abaixo relacionados.

Você está usando ou portando o seguinte:

1 - Uma carteira ou bolsa
2 - Chaves
3 - Algum dinheiro
4 - Um relógio
5 - Algum documento pessoal
6 - O número do telefone ou o endereço de alguém

Você tem na sua casa o seguinte:

1 - Um lugar para guardar seus objetos pessoais
2 - Seu próprio despertador
3 - Um pente ou escova de cabelo
4 - Escova de dente
5 - Algum aparelho eletrônico para entretenimento
6 – Espelho ou aparelho de barbear.

0 - Ausência de quase todos os objetos lugar comum. (item 0)

1 -

2 - Grande déficit de objetos comuns (3-4 itens)

3 -

4 - Um déficit moderado (7-8 itens)

5 -

6 - Pequeno ou nenhum déficit (11-12 itens)

19- AVALIAR ATIVIDADES COMUNS

Este item presume que a participação básica na vida nesta cultura quase sempre exige de uma pessoa engajar-se em alguma atividade.

Perguntas sugeridas:

Para este item, perguntas sobre cada dos 12 itens mencionados abaixo. Dos seguintes, o que você fez nas duas semanas passadas.

1 - Leu ou assistiu jornal
2 - Pagou uma conta
3 - Deu algum recado
4 - Foi ao cinema ou a um show de música, danceteria
5 - Dirigiu um carro ou viajou em transporte público sozinho
6 - Fez compras de alimentos
7 - Fez compras de outros itens
8 - Comeu em um restaurante ou lanchonete
9 – Recebe seu próprio dinheiro
10- Participou de um encontro público
11- Compareceu a um evento esportivo
12- Visitou um parque público ou outro estabelecimento recreativo.

0 - Ausência de quase todas atividades (0 itens)

1 -

2 - Grande déficit (3-4 itens)

3 -

4 - Déficit moderado (7-8 itens)

5 -

6 - Pouco ou nenhum déficit.

16 - AVALIAR A CAPACIDADE DE SENTIR PRAZER NA VIDA (ANEDONIA)

Este item visa a avaliar a capacidade da pessoa de experimentar prazer e humor. Não avaliar anedonia que apresente como resultado de síndrome depressiva observável e clara, exemplo, agitação, choro, acentuados sentimentos de maldade e inutilidade, etc. Entretanto, anedonia acompanhada de apatia e afastamento dos quais pode-se inferir a depressão, deve ser avaliada. Faça quaisquer perguntas necessárias para determinar a presença de depressão e seus efeitos sobre a capacidade de sentir prazer. Deve-se distinguir isto da capacidade de demonstrar afeto, o que não é avaliado aqui.

Perguntas sugeridas:

Você tem conseguido se divertir?

Você costuma obter satisfação ou prazer em coisas que você faz?

Que tipo de coisa faz você rir ou se divertir?

Já aconteceu de você não conseguir se divertir em coisas que pareciam ser divertidas?

Outras pessoas parecem ser mais alegres ou divertidas do que você?

Você freqüentemente passa a maior parte do dia entediado ou desinteressado pelas coisas?

0 - Inabilidade quase completa de experimentar prazer ou humor.

1 -

2 - Algumas experiências esporádicas e limitadas de prazer e humor, mas uma predominante falta dessas capacidades.

3 -

4 - Algumas experiências regulares de prazer e humor, mas reduzidas em extensão e intensidade.

5 -

6 - Nenhuma evidência de incapacidade de sentir prazer ou esta incapacidade pode ser explicada completamente pela depressão ou ansiedade concomitantes.

21 - AVALIAR CAPACIDADE DE COMPROMISSO E INTERAÇÃO EMOCIONAL COM O ENTREVISTADOR

Este item visa a avaliar a habilidade da pessoa de atrair o entrevistador para participação, fazê-lo sentir-se afetivamente em contato e reconhecê-lo como um participante individual no encontro, e reagir de maneira recíproca.

Este item é um julgamento global, baseado na entrevista total.

0 - O entrevistador se sente praticamente ignorado, com essencialmente nenhum senso de compromisso, com muito pouca reatividade.

1 -

2 – Compromisso, interação e afetividade bastante limitados.

3 -

4 – Algum compromisso, interação e afetividade na entrevista.

5 -

6 – Compromisso, reatividade, interação e afetividade consistentemente bons.

Anexo 2

Entrevista nº _____

Centro de Convivência_____ Início da Aplicação: _____ Apl. Total:____ m

Sujeito_____ Data: _____

Percepção de liberdade no lazer – escala reduzida – Versão B

Instruções: Esta pesquisa tem o objetivo de verificar como você se sente em relação às suas atividades de lazer, incluindo nisso a participação em atividades como leitura, *hobbies*, trabalhos manuais, atividades sociais, música, esportes, ou qualquer outra atividade associada à sua recreação. Por favor, leia cada uma das frases e circule a resposta que melhor expressa seus sentimentos.

Legenda de respostas
Concordo Completamente – CC
Concordo – C
Não concordo Nem Discordo – NC/ND
Discordo – D
Discordo Totalmente - DT

1.Minhas atividades de lazer me ajudam a sentir-me importante.	CC	C	NC/ND	D	DT
2.Conheço muitas atividades de lazer divertidas.	CC	C	NC/ND	D	DT
3.Sou capaz de fazer coisas para melhorar as habilidades das pessoas com quem faço atividades de lazer.	CC	C	NC/ND	D	DT
4.Tenho as habilidades necessárias para participar das atividades de lazer que quero.	CC	C	NC/ND	D	DT
5.Algumas vezes, durante uma atividade de lazer, há momentos, em que a atividade está indo tão bem que eu me sinto capaz de fazer qualquer coisa.	CC	C	NC/ND	D	DT
6.É fácil escolher uma atividade de lazer para	CC	C	NC/ND	D	DT

participar.					
7.Sou capaz de fazer coisas, durante atividades de lazer, que levam outras pessoas a gostarem mais de mim.	CC	C	NC/ND	D	DT
8.Minhas atividades de lazer me possibilitam conhecer outras pessoas.	CC	C	NC/ND	D	DT
9.Quando quero, consigo fazer uma atividade de lazer ser tão agradável Quanto imaginei.	CC	C	NC/ND	D	DT
10.Consigo fazer coisas, durante uma atividade de lazer, que possibilitam a maior diversão para todos.	CC	C	NC/ND	D	DT
11.Geralmente, escolho com quem faço as atividades de lazer.	CC	C	NC/ND	D	DT
12.Sou bom nas atividades de lazer em grupo.	CC	C	NC/ND	D	DT
13.Sou criativo durante minhas atividades de lazer.	CC	C	NC/ND	D	DT
14.Sou bom em quase todas as atividades de lazer que faço.	CC	C	NC/ND	D	DT
15.Sou capaz de ajudar outras pessoas a se divertirem durante as atividades de lazer.	CC	C	NC/ND	D	DT
16.Freqüentemente me sinto muito envolvido com minhas atividades de lazer.	CC	C	NC/ND	D	DT
17.Normalmente consigo convencer as pessoas a fazerem atividades de lazer comigo, mesmo quando elas não querem.	CC	C	NC/ND	D	DT
18.Posso transformar quase toda atividade em algo divertido de fazer.	CC	C	NC/ND	D	DT
19.Participo de atividades de lazer que me ajudam a fazer novos amigos.	CC	C	NC/ND	D	DT
20.Consigo trazer coisas boas para as atividades recreativas que faço.	CC	C	NC/ND	D	DT
21.Quando participo de atividades de lazer, há momentos em que realmente domino o que estou fazendo.	CC	C	NC/ND	D	DT

22.Consigo fazer coisas que levam outras pessoas a gostarem de fazer atividades comigo.	CC	C	NC/ND	D	DT
23.Quando estou agitado, consigo fazer atividades de lazer que me ajudam a acalmar.	CC	C	NC/ND	D	DT
24.Algumas vezes, sinto-me entusiasmado quando estou participando de atividades de lazer.	CC	C	NC/ND	D	DT
25.Sempre me divirto quando eu faço atividades de lazer.	CC	C	NC/ND	D	DT

Observações:

Final da Aplicação _____

Entrevistador(a):_____

Entrevista

Nº

ANEXO 3

Dados Sociodemográficos e de Lazer.

Sujeito _____Início da Aplicação: _____Tempo total: _____m

Centro de Convivência _____ Data _____/_____/____

Marcar com um **X** a resposta Sexo:

1 Masculi 2 Feminino

Qual sua idade?_____

Obs:

Qual nível chegou sua educação?_____

Obs:

Qual sua religião? _____

Obs:

Com quem vive? _____

Obs:

Você possui renda própria?

1 Sim De onde provem sua renda? _____

2 Não

3 NCD

Obs:

Qual seu estado civil?

Obs:

Trabalhos Manuais/Arte

Você fez **Trabalhos Manuais e Arte** nas oito últimas semanas?

1 Sim 2 Não

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem_____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual a **finalidade** de sua vinda ao Centro de Convivência?

1 Trabalho 2 Lazer 3 Terapia 4 Mais de uma 5 Outros 6 NCD

Atividades Sociais

Você participou de alguma **Atividade Social** nas oito últimas semanas?

1 Sim 2 Não

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Esportes/Atividades Físicas/Jogos de Salão

Você praticou **Esporte** nas oito últimas semanas?

1 Sim 2 Não

Modalidade? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs _____

Modalidade? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs _____

Você praticou alguma **Atividade Física** nas últimas oito semanas?

1 Sim 1 Não

Finalidade:
1 Exercício para saúde
2 Deslocamento na cidade/Tarefa doméstica
3 Lazer
4 Outra
5 NCD

Quer fazer? 1 Sim 2 Não

Acha importante? 1 Sim 2 Não

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Você praticou algum **Jogo de Salão** nas oito últimas semanas**?**
1 Sim 2 Não

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Qual? _____
Freqüência _____
Com quem _____
Local _____
Obs:

Você já esteve internado em hospital psiquiátrico? 1 Sim 2 Não

CID 10: F._____._____

Data de Inscrição no Serviço: _____/_____/_____

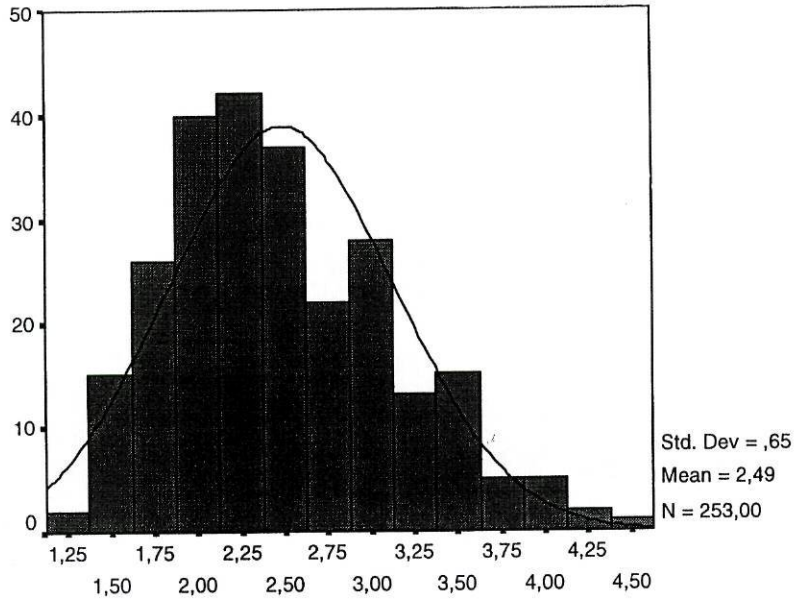
Termino da Aplicação: _____

Entrevistador (a):

Anexo 4

Percepção de Liberdade no Lazer - PLL

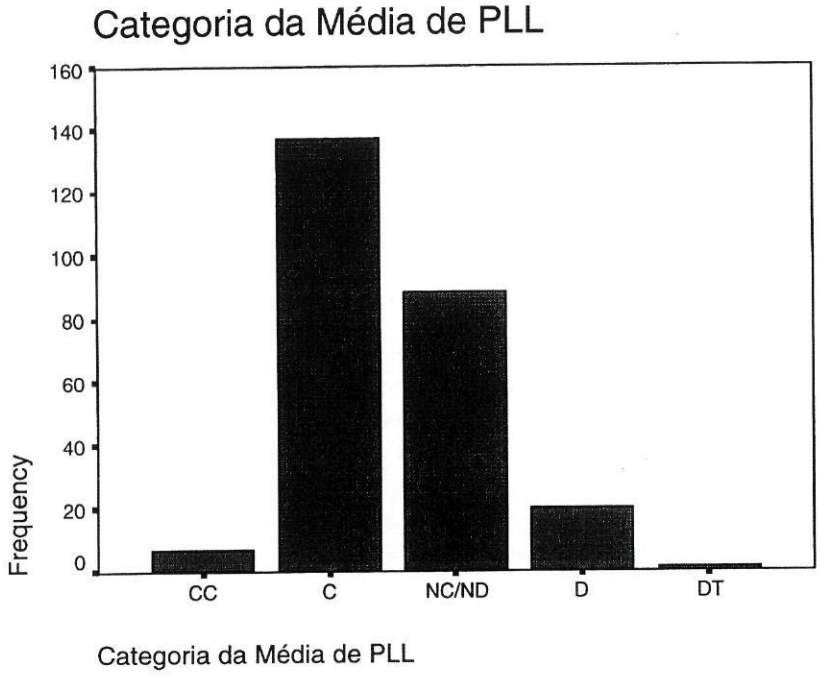
Cálculo de média - PLL



PERCEPÇÃO DE LIBERDADE DE LAZER

Categoria da Média de PLL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CC	7	2,7	2,8	2,8
	C	137	53,5	54,2	56,9
	NC/ND	88	34,4	34,8	91,7
	D	20	7,8	7,9	99,6
	DT	1	,4	,4	100,0
	Total	253	98,8	100,0	
Missing	System	3	1,2		
Total		256	100,0		



****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

Anexo 5

Escala da Percepção de Liberdade no Lazer – PLL

Análise de Consistência Interna - PLL

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 251,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum
	2,4867	1,4462	4,2510

Range	Max/Min	Variance
2,8048	2,9394	,7165

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SENTIR1	60,7211	250,5219	,2793	,2667	,8017
CONHECO2	59,9124	241,5043	,3259	,2035	,7998
HABILID3	59,8805	236,6497	,4182	,2469	,7950
MINHAS4	60,6414	246,2309	,4232	,3067	,7970
QUALQUE5	60,0359	244,8267	,2875	,1570	,8015
ESCOLHE6	59,5139	237,1468	,3881	,2139	,7966
GOSTAR7	60,1195	242,0417	,3799	,2462	,7972
CONHOU8	60,5299	245,3141	,3646	,2401	,7982
AGRADAV9	58,8287	244,4225	,2526	,1520	,8039
DIVERS10	58,8088	237,6193	,3839	,6731	,7968
ESCOLH11	59,0637	252,0359	,1038	,1885	,8127
GRUPO12	60,1594	245,1425	,2943	,2470	,8011

CRIATI13	59,7012	238,6424	,3821
,2218	,7969		
BOM14	60,2829	244,2597	,4511
,3934	,7956		
AJUDAR15	59,0319	230,5510	,5165
,7146	,7894		
ENVOLV16	59,9920	240,4479	,3803
,2342	,7970		
CONVEN17	57,9482	256,5853	,0689
,0804	,8107		
TRANSF18	58,1474	247,5422	,2734
,1937	,8019		
AMIGOS19	59,2470	237,9627	,3747
,2560	,7973		
BOAS20	60,4980	243,9950	,4076
,2822	,7966		
DOMINO21	60,5936	244,8822	,4445
,3562	,7960		
ATIVIC22	59,9203	239,9136	,3952
,2659	,7963		
AGITAD23	57,9163	252,9330	,1533
,1363	,8070		
ENTUSI24	60,5498	245,8405	,3656
,1990	,7983		
DIVIRT25	59,9721	235,6672	,5145
,3848	,7908		

Reliability Coefficients 25 items

Alpha = ,8056 Standardized item alpha = ,8133

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 252,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum
Range	Max/Min	Variance	

	2,2912	1,4444	4,2103	
2,7659	2,9148	,8930		

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SENTIR1	28,3413	64,8392	,3325	,2068	,6827
MINHAS4	28,2619	64,9271	,3485	,2273	,6814
QUALQUE5	27,6587	62,3691	,2863	,1249	,6891
AGRADAV9	26,4405	61,5144	,2644	,1034	,6952
GRUPO12	27,7659	63,6541	,2455	,1465	,6948
BOM14	27,9008	62,8069	,4422	,3472	,6702
ENVOLV16	27,6151	59,5365	,4103	,1983	,6695
CONVEN17	25,5754	68,6437	,0607	,0321	,7184
TRANSF18	25,7738	64,7096	,2367	,1148	,6947
BOAS20	28,1190	61,7467	,4414	,2470	,6682
DOMINO21	28,2143	62,8463	,4525	,3283	,6695
ENTUSI24	28,1706	63,5365	,3536	,1648	,6794
DIVIRT25	27,5913	58,8084	,4798	,2931	,6593

Reliability Coefficients 13 items

Alpha = ,7000 Standardized item alpha = ,7165

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 251,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum
	2,4558	1,5259	4,2510

Range	Max/Min	Variance
2,7251	2,7859	,6436

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
CONHECO2	27,2151	76,9375	,3031	,1077	,7222
HABILID3	27,1833	73,6383	,4184	,2162	,7057
MINHAS4	27,9442	79,2849	,4419	,2557	,7088
ESCOLHE6	26,8167	74,6223	,3599	,1599	,7145
GOSTAR7	27,4223	78,2529	,3249	,1562	,7182
DIVERS10	26,1116	72,6835	,4339	,6553	,7033
CRIATI13	27,0040	74,2360	,4002	,1984	,7084
AJUDAR15	26,3347	69,9996	,5277	,6808	,6887
BOAS20	27,8008	80,1602	,3172	,1598	,7191
DOMINO21	27,8964	79,7492	,3970	,2353	,7123
ATIVIC22	27,2231	75,6380	,3939	,1853	,7093

AGITAD23 25,2191 84,6038 ,0924
,0257 ,7442

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = ,7309 Standardized item alpha =
,7344

Anexo 6

Escala de Qualidade de Vida – QLS-BR

Análise de Consistência Interna – QLS-BR

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 254,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2,5032	1,2047	5,3819	4,1772	4,4673	,9333

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
V7	49,5433	208,3677	,3094	,1719	,8794
V8	51,3622	207,9394	,4320	,3282	,8737
V9	50,0906	205,6558	,4896	,4350	,8719
V10	50,5984	208,1306	,6014	,4853	,8700
V11	50,6457	214,2692	,3636	,2693	,8755
V12	50,9724	200,8965	,6404	,5237	,8672
V13	50,0472	202,3219	,6579	,5722	,8672
V14	51,3110	204,1914	,4417	,2744	,8738

V15	50,5827	207,0346	,5297
,6035	,8710		
V16	50,3937	204,6033	,5791
,6621	,8694		
V17	50,3150	202,9597	,4958
,3926	,8717		
V18	49,1339	228,4484	-,1082
,3203	,9034		
V19	50,8740	202,2687	,5785
,4590	,8690		
V20	50,2992	201,4279	,7422
,6941	,8654		
V21	50,1181	200,9662	,6079
,4942	,8680		
V22	50,0394	202,4174	,6926
,5546	,8666		
V23	50,3583	198,0095	,6634
,5748	,8660		
V24	47,1850	215,8668	,4059
,2571	,8750		
V25	49,3425	212,1945	,3798
,3051	,8751		
V26	49,6890	196,3179	,6142
,4931	,8673		
V27	48,4370	207,7095	,5499
,4136	,8707		

Reliability Coefficients 21 items

Alpha = ,8778 Standardized item alpha = ,8966

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 254,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum
	2,1012	1,2047	3,0236

Range	Max/Min	Variance
1,8189	2,5098	,3795

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
V7	11,6850	25,0704	,3118	,1064	,7903
V8	13,5039	24,8755	,4923	,2664	,7363
V9	12,2323	24,7482	,4964	,3416	,7354
V10	12,7402	26,2642	,5830	,4201	,7255
V11	12,7874	27,9467	,3830	,2287	,7569
V12	13,1142	23,4217	,6364	,4746	,7046
V13	12,1890	24,3199	,6227	,4384	,7105

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = ,7664 Standardized item alpha = ,7833

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 254,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance

		2,4102	1,9843	3,4331
1,4488	1,7302	,3374		

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation
V15	10,0669	13,4382	,4486	,5597
V16	9,8780	13,0088	,4744	,5965
V17	9,7992	11,7184	,4626	,3465
V18	8,6181	18,2212	-,2330	,2029
V23	9,8425	11,0107	,6073	,4424

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = ,4692 Standardized item alpha = ,6294

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 254,0

Item Means		Mean	Minimum	Maximum
Range	Max/Min	Variance		
		3,0017	1,2559	5,3819
4,1260	4,2853	2,0116		

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
V14	19,7559	26,0113	,4213	,2153	,7750
V19	19,3189	25,4750	,5752	,3551	,7380
V21	18,5630	24,9110	,6154	,3996	,7292
V24	15,6299	30,9297	,3881	,1867	,7750
V25	17,7874	28,6345	,4196	,2193	,7681
V26	18,1339	23,1520	,6154	,4103	,7288
V27	16,8819	27,5986	,5495	,3355	,7469

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = ,7805 Standardized item alpha = ,7843

****** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

N of Cases = 254,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance

	2,3976	2,2677	2,5276	
,2598	1,1146	,0338		

Item-total Statistics

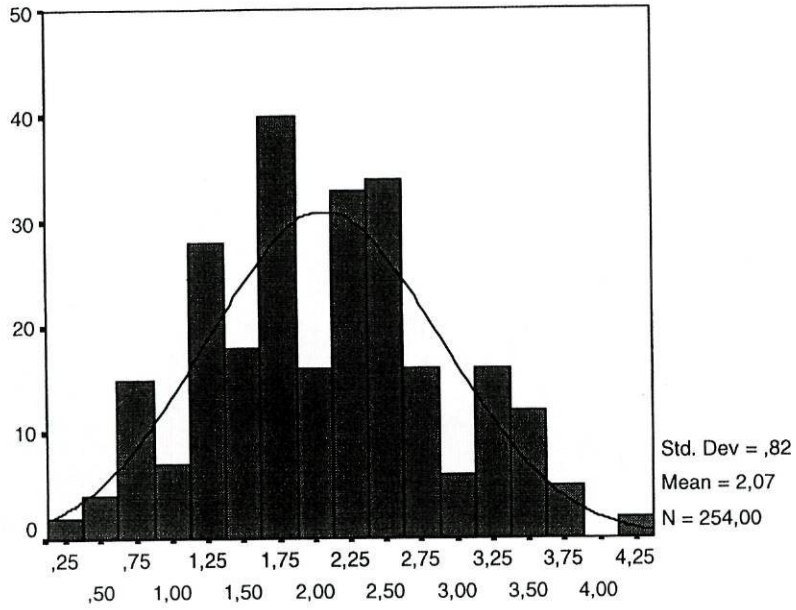
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation
V20	2,5276	1,2858	,5938	,3526
V22	2,2677	1,2324	,5938	,3526

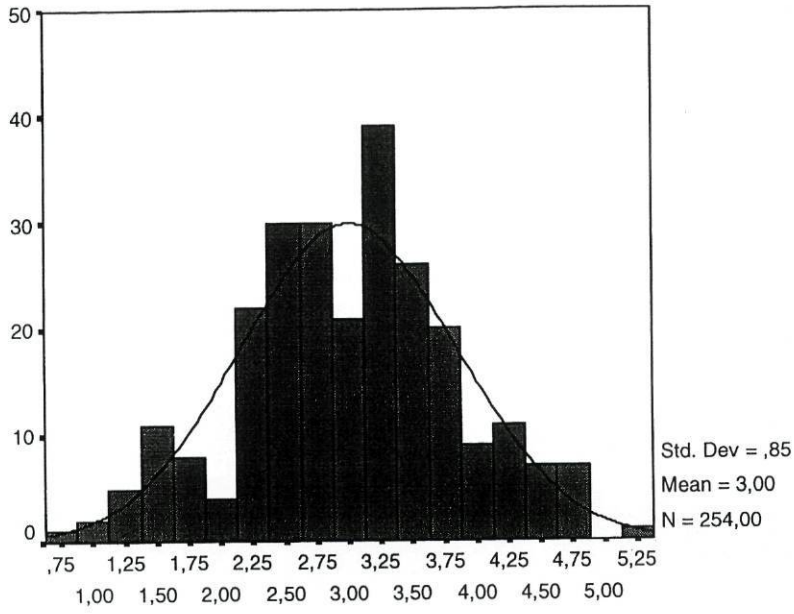
Reliability Coefficients 2 items

Alpha = ,7451 Standardized item alpha = ,7452

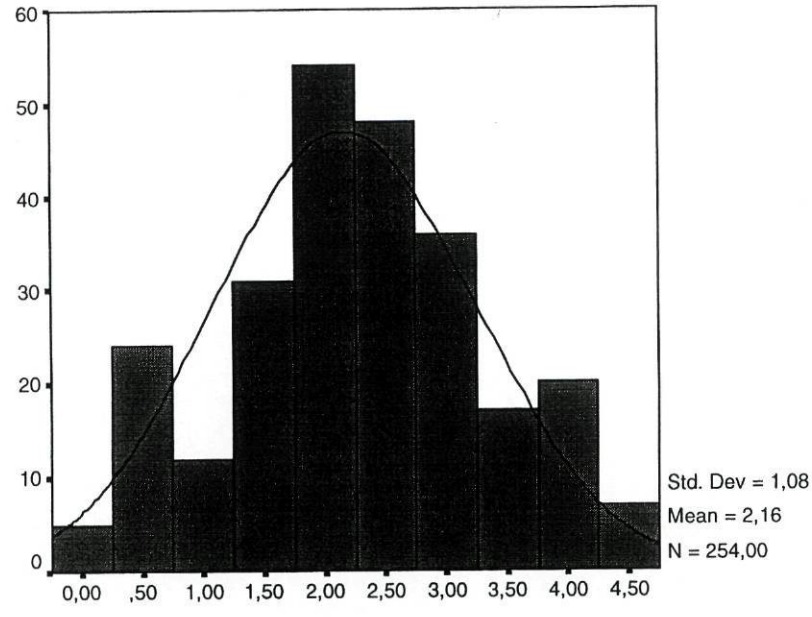
Anexo 7

Avaliação Média QLS-BR

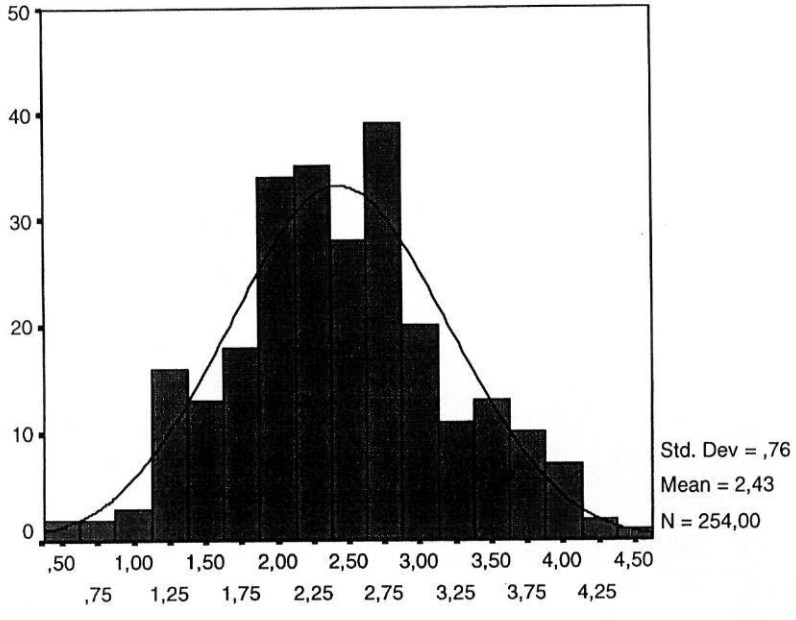




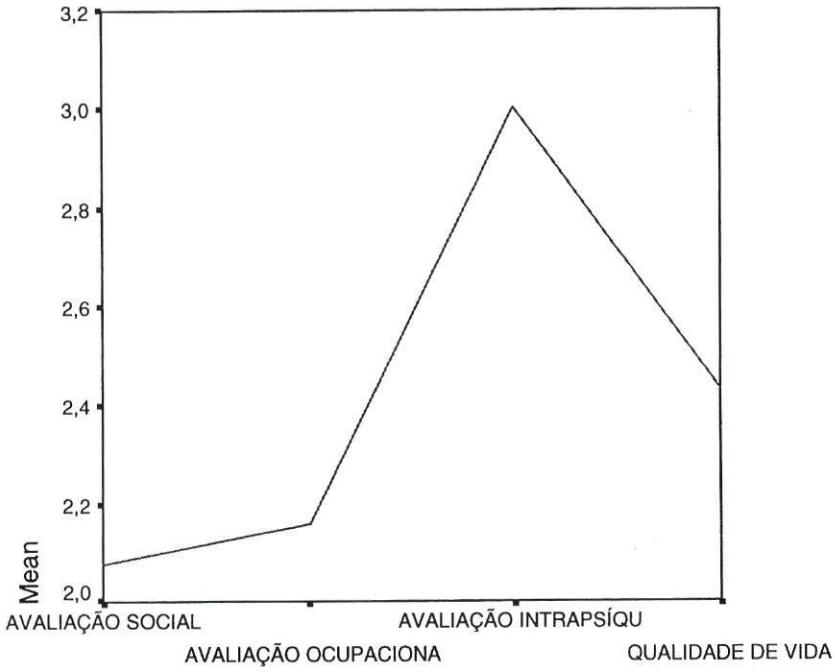
AVALIAÇÃO INTRAPSÍQUICA



AVALIAÇÃO OCUPACIONAL



QUALIDADE DE VIDA



Descriptive Statistics

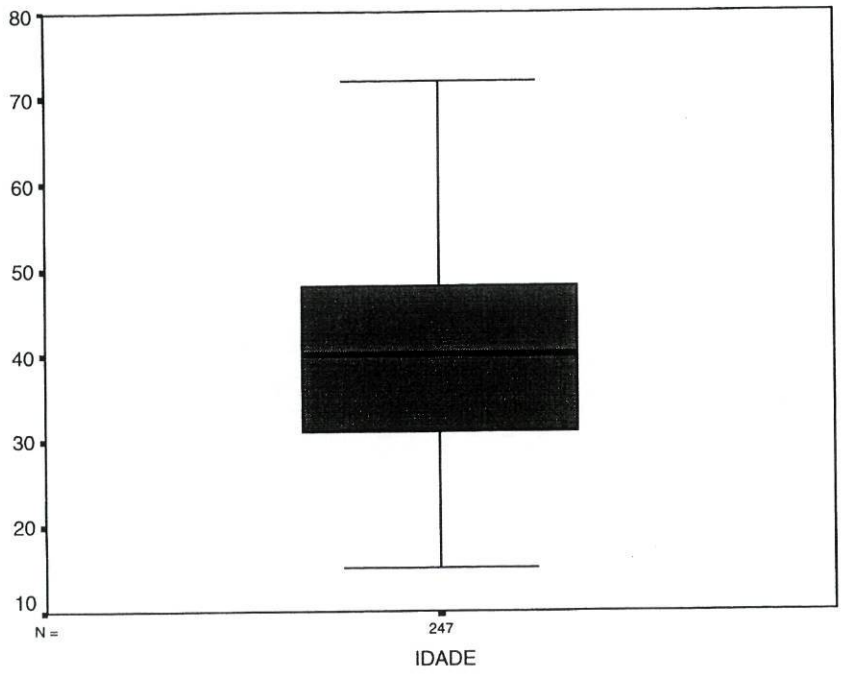
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AVALIAÇÃO SOCIAL	254	,29	4,29	2,0744	,8178
AVALIAÇÃO OCUPACIONAL	254	,00	4,60	2,1606	1,0758
AVALIAÇÃO INTRAPSÍQUICA	254	,71	5,14	3,0015	,8456
QUALIDADE DE VIDA	254	,50	4,43	2,4347	,7635
Valid N (listwise)	254				

Anexo 8

Questionário Sócio demográfico e de Lazer – QSL
Cálculo Faixa Etária - QSL

Descriptives

			Statistic	Std. Error
IDADE	Mean		40,36	,76
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	38,88	
		Upper Bound	41,85	
	5% Trimmed Mean		40,05	
	Median		40,00	
	Variance		140,981	
	Std. Deviation		11,87	
	Minimum		15	
	Maximum		72	
	Range		57	
	Interquartile Range		17,00	
	Skewness		,292	,155
	Kurtosis		-,354	,309



Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	FAIXA ETÁRIA	N	Percent	N	Percent	N	Percent
IDADE	15-24 ANOS	24	100,0%	0	,0%	24	100,0%
	25-34 ANOS	56	100,0%	0	,0%	56	100,0%
	35-44 ANOS	87	100,0%	0	,0%	87	100,0%
	45-54 ANOS	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
	55 E MAIS	29	76,3%	9	23,7%	38	100,0%

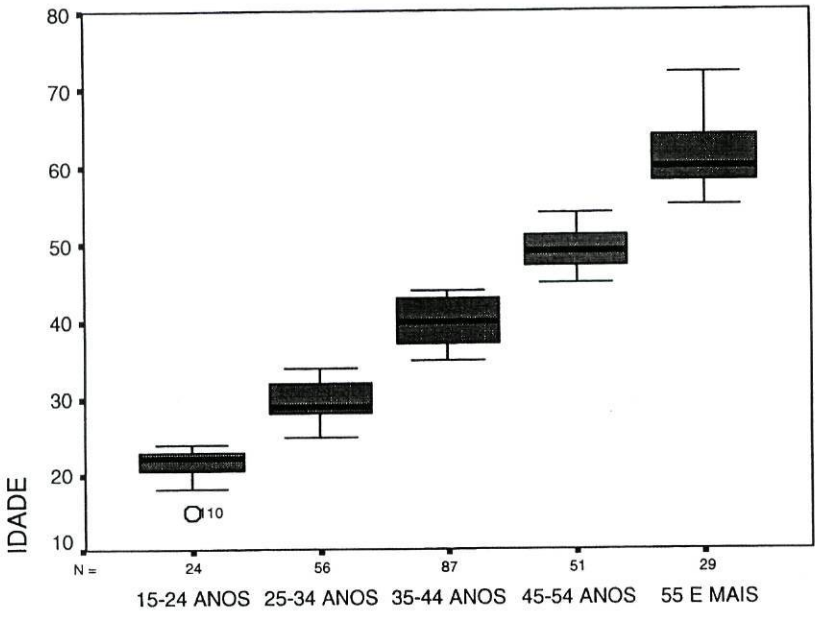
Descriptives

	FAIXA ETÁRIA			Statistic	Std. Error
IDADE	15-24 ANOS	Mean		21,63	,46
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20,68	
			Upper Bound	22,57	
		5% Trimmed Mean		21,83	

	Median		22,00	
	Variance		5,027	
	Std. Deviation		2,24	
	Minimum		15	
	Maximum		24	
	Range		9	
	Interquartile Range		2,75	
	Skewness		-1,278	,472
	Kurtosis		1,895	,918
25-34 ANOS	Mean		29,43	,36
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	28,70	
		Upper Bound	30,16	
	5% Trimmed Mean		29,42	
	Median		29,00	
	Variance		7,449	
	Std. Deviation		2,73	
	Minimum		25	
	Maximum		34	
	Range		9	
	Interquartile Range		4,00	
	Skewness		,030	,319
	Kurtosis		-1,011	,628
35-44 ANOS	Mean		40,22	,31
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	39,60	
		Upper Bound	40,83	
	5% Trimmed Mean		40,29	
	Median		40,00	
	Variance		8,335	
	Std. Deviation		2,89	
	Minimum		35	

		Maximum	44	
		Range	9	
		Interquartile Range	6,00	
		Skewness	-,271	,258
		Kurtosis	-1,228	,511
45-54 ANOS	Mean		49,29	,38
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	48,53	
		Upper Bound	50,06	
	5% Trimmed Mean		49,27	
	Median		49,00	
	Variance		7,412	
	Std. Deviation		2,72	
	Minimum		45	
	Maximum		54	
	Range		9	
	Interquartile Range		4,00	
	Skewness		,160	,333
	Kurtosis		-1,001	,656
55 E MAIS	Mean		61,72	,89
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	59,90	
		Upper Bound	63,55	
	5% Trimmed Mean		61,56	
	Median		60,00	
	Variance		22,993	
	Std. Deviation		4,80	
	Minimum		55	
	Maximum		72	
	Range		17	
	Interquartile Range		6,50	
	Skewness		,488	,434

	Kurtosis	-,613	,845



Anexo 9

Associação: Reconhecimento de Habilidade e Ocupação do Tempo

)NTO DE CORTE RECONHECIMETO DE HABILIDADE * CATEGORIA OCUPAÇÃO DO TEMP Crosstabulation

Count

		CATEGORIA OCUPAÇÃO DO TEMPO		
		PIOR AVALIAÇÃO (3 OU <)	MELHOR AVALIAÇÃO (4 OU >)	Total
PONTO DE CORTE RECONHECIMETO DE HABILIDADE	MELHOR RECONHECIMENTO DE HABILIDADE(<=2)	90	46	136
	PIOR RECONHECIMENTO DE HABILIDADE(>=3)	111	9	120
Total		201	55	256

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	26,187[b]	1	,000		
Continuity Correction[a]	24,650	1	,000		
Likelihood Ratio	28,422	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	26,085	1	,000		
N of Valid Cases	256				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,78.

FRACASSO: 90
SUCESSO: 111

H0: Ppiorrechablazer = Pmelhorrechablazer
H1: Ppiorrechablazer>=Pmelhorrechablazer

```
ESTIMATION OF BINOMIAL PARAMETER (PI)

    Number of Trials         =201
    Number of Successes      =111

    Maximum Likelihood Estimate of PI  =       0.5522

    95.00% Confidence Interval for PI:
```

```
            (Clopper-Pearson)      = (       0.4807 ,
0.6222)

    Exact P-values for testing PI          =        0.5000
    One-sided : [redacted]
                Pr { T .EQ. 111 } =         0.0188
    Two-sided : 2 * One-sided              =        0.1582
```

H0: Pmelhorrechablazer = Ppiorrechablazer
H1: Pmelhorrechablazer >= Ppiorrechablazer

FRACASSO: 9
SUCESSO: 46

```
ESTIMATION OF BINOMIAL PARAMETER (PI)

    Number of Trials         =55
    Number of Successes      =46

    Maximum Likelihood Estimate of PI  =       0.8364

    95.00% Confidence Interval for PI:
            (Clopper-Pearson)      = (       0.7120 ,
0.9223)

    Exact P-values for testing PI          =        0.5000
    One-sided : [redacted]
                Pr { T .EQ. 46 } =          0.0000
    Two-sided : 2 * One-sided              =        0.0000
```

Anexo 10

Ponto de Corte: Percepção de Liberdade no Lazer e Qualidade de Vida

PONTO DE CORTE RESULTADO PLL * PONTO DE CORTE QUALIDADE DE VIDA
Crosstabulation

Count

		PONTO DE CORTE QUALIDADE DE VIDA		
		PIOR QV	MELHOR QV	Total
PONTO DE CORTE RESULTADO PLL	MELHOR PERCEPÇAO DE LAZER (1 OU 2)	119	25	144
	PIOR PERCEPÇÃO (0,3 OU >)	112		112
Total		231	25	256

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21,549[b]	1	,000		
Continuity Correction[a]	19,624	1	,000		
Likelihood Ratio	30,859	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	21,465	1	,000		
N of Valid Cases	256				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,94.

```
ESTIMATION OF BINOMIAL PARAMETER (PI)

    Number of Trials          =25
    Number of Successes       =25

    Maximum Likelihood Estimate of PI  =       1.0000

    95.00% Confidence Interval for PI:
            (Clopper-Pearson)      = (       0.8628 ,
1.0000)

    Exact P-values for testing PI          =          0.5000
    One-sided : Pr { T .GE. 25 } =                    0.0000
                Pr { T .EQ. 25 } =          0.0000
    Two-sided : 2 * One-sided              =          0.0000
```

HIPÓTESES:

H_0: $p_{melhor\ PLL} = p_{pior\ PLL}$

H_1: $p_{melhor\ PLL} >= p_{pior\ PLL}$

```
ESTIMATION OF BINOMIAL PARAMETER (PI)

    Number of Trials          =231
    Number of Successes       =119

    Maximum Likelihood Estimate of PI  =       0.5152

    95.00% Confidence Interval for PI:
            (Clopper-Pearson)      = (       0.4487 ,
0.5812)

    Exact P-values for testing PI          =          0.5000
    One-sided : Pr { T .LE. 119 } =          0.3466
                Pr { T .EQ. 119 } =          0.0472
    Two-sided : 2 * One-sided             =          0.6931
```

PONTO DE CORTE RESULTADO PLL * PONTO DE CORTE QLS(2,43) Crosstabulation

Count

		PONTO DE CORTE QLS(2,43)		
		ABAIXO DA MÉDIA	ACIMA DA MÉDIA	Total
PONTO DE CORTE RESULTADO PLL	MELHOR PERCEPÇÃO DE LAZER (1 OU 2)	44	99	143
	PIOR PERCEPÇÃO (0,3 OU >)	86	25	111
Total		130	124	254

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	54,565[b]	1	,000		
Continuity Correction[a]	52,712	1	,000		
Likelihood Ratio	57,022	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	54,350	1	,000		
N of Valid Cases	254				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 54,19.

H_0: $p_{melhor\ PLL}=p_{pior\ PLL}$

H_1: $p_{melhor\ PLL}>=p_{pior\ PLL}$

```
ESTIMATION OF BINOMIAL PARAMETER (PI)

    Number of Trials          =124
```

```
    Number of Successes      =99

    Maximum Likelihood Estimate of PI  =       0.7984

    95.00% Confidence Interval for PI:
            (Clopper-Pearson)      = (       0.7169 ,
0.8651)

    Exact P-values for testing PI          =        0.5000
    One-sided : Pr { T .GE. 99 } =          0.0000
                Pr { T .EQ. 99 } =          0.0000
    Two-sided : 2 * One-sided              =        0.0000
```

H_0: $p_{melhor\ PLL}=p_{pior\ PLL}$

H_1: $p_{melhor\ PLL}<=p_{pior\ PLL}$

```
ESTIMATION OF BINOMIAL PARAMETER (PI)

    Number of Trials         =130
    Number of Successes      =44

    Maximum Likelihood Estimate of PI  =       0.3385

    95.00% Confidence Interval for PI:
            (Clopper-Pearson)      = (       0.2578 ,
0.4266)

    Exact P-values for testing PI          =        0.5000
    One-sided : Pr { T .LE. 44 } =          0.0001
                Pr { T .EQ. 44 } =          0.0001
    Two-sided : 2 * One-sided              =        0.0003
```