

## **ENVELHECIMENTO: EFEITOS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM UM PORTADOR DE DISTONIA MUSCULAR (TORCICOLO CONGÊNITO)**

Thomaz Décio Abdalla Siqueira<sup>1</sup>

### **RESUMO**

A motivação de escrever sobre esse assunto foi devida eu ser portador da Distonia Muscular e ficar estarecido da falta de conhecimento de alguns profissionais da neurologia, ortopedia, fisioterapia e psicologia em como lidar com os pacientes portadores dessa doença. A distonia muscular apareceu na área cervical em 1984, nesse período fui levado para o ortopedista para a procura de um diagnóstico, portanto, passei por tudo que era tratamento possível e imaginável<sup>1</sup>. Fiz tração cervical, forno de Bier, raio ultravioleta, alongamento, acupuntura, ginástica, natação, Do In e etc. O que realmente amenizou o desconforto foi o uso da acupuntura e a natação, o restante infelizmente não surtiu um efeito positivo. Só fui diagnosticado com eficiência por um neurologista atualizada em 2002 que pegou um livro em inglês me mostrou o conteúdo, quando eu vi uma foto de um paciente lutando para manter a postura correta eu encontrei com o meu próprio sentimento em relação à inabilidade de lidar com o desconforto muscular, pois nunca tive dor, apenas uma incapacidade de manter o olhar reto, o pescoço virava para o lado esquerdo e eu fazia uma força física e mental para conseguir segurar minha postura, o mais engraçado era que as pessoas pensavam que eu tinha um problema de visão, pois eu olhava de lado e mal sabiam que a minha dificuldade era manter o pescoço em uma posição ereta. Quero enfatizar que eu não mais acreditava em algum tratamento para o meu caso e já até havia me acomodado com o meu sofrimento. Procurava apenas não ficar deprimido com o insucesso das minhas tentativas de modificar minha postura. Usei colete cervical e nada de melhorar, comecei a fazer auto massagem, e não deixar de fazer ginástica e natação. Procurava nadar em horários em que o sol era ameno, pois ao mesmo tempo servia como um tratamento natural para evitar o comportamento depressivo. Creio que isso evitou que eu tivesse dor ao longo do tempo.

Voltando ao momento em que olhei da foto de um portador de distonia muscular, fiquei contente em saber o que era e procurei ler em inglês tudo sobre o tema. O neurologista que havia me atendido na cidade de Manaus disse que não sabia como tratar, mas que tinha uma especialista que fazia o tratamento da doença com o uso do Botox em Campinas e que era um tratamento caro, pois o Sistema Único de Saúde não tratava da doença e também os planos de saúde não pagavam pelo medicamento, pois era usado para a estética. Até agora isso ocorre e o tratamento só ocorre se você tem dinheiro para arcar com o tratamento ou então sofrer com os sintomas que são: dificuldade de manter uma postura corporal correta, desconforto em perceber que os outros estão observando sua postura inadequada, espasmo muscular, em alguns casos ocorre dores na área afetada, pode comprometer o desempenho profissional se a auto-estima do portador estiver baixa. Geralmente o humor fica comprometido, pois o

---

<sup>1</sup> O tratamento ideal seria aquele que pudesse eliminar sua causa. Entretanto, apesar dos recentes avanços obtidos e do nível de sofisticação obtido pelos novos métodos diagnósticos, na maioria das vezes não se encontra uma causa para a doença. Dessa forma, os esforços tendem a concentrar-se em encontrar modos de reduzir a intensidade dos sintomas.

paciente fica focado no controle dos espasmos e na correção da postura que acaba sendo Uma Briga Com O Seu Corpo.

Palavras Chave: envelhecimento, distonia muscular, Psicologia.

## ABSTRACT

The motivation of writing on that subject was owed me to be bearer of Muscular Dystonia and to be frightened of the knowledge lack of some professionals of the neurology, orthopedics, physiotherapy and psychology in how to work with the patients bearers of that disease. The muscular dystonia appeared in the cervical area in 1984, in that period I was taken for the orthopedic specialist for the search of a diagnosis, therefore, I went by everything that was possible and imaginable treatment. I made cervical traction, oven of Bier, ultraviolet ray, prolongation, acupuntura, gymnastics, swimming, Of In and etc. what really softened the discomfort it was the use of the acupuntura and the swimming, the remaining unhappily it didn't take a positive effect. I was only diagnosed with efficiency by an updated neurologist in 2002 that he/she caught a book in English it showed me the content, when I saw a picture of a patient one struggling to maintain the correct posture I found with my own feeling in relation to the inability of working with the muscular discomfort, because I never had pain, just an incapacity of maintaining the straight glance, the neck turned to the side left and I made a physical and mental force to get to hold my posture, the funniest it was than the people thought that I had a vision problem, because I looked with a strange postural way and badly they knew that my difficulty was to maintain the neck in an erect position. I want to emphasize that me not more it believed in some treatment for my case and already until there was me suitable with my suffering. He/she/you just tried not to be depressed with the failure of my attempts of modifying my posture. I used I collect cervical and anything of getting better, I began to do solemnity massage, and not to leave of doing gymnastics and swimming. He/she/you tried to swim in schedules in that the sun was suave, because at the same time it served as a natural treatment to avoid the depressive behavior. I believe that that avoided that I had pain along the time. Returning a moment in that I looked of the picture of a bearer of muscular dystonia, I was happy in to know that was and I tried to read in English everything on the theme. The neurologist that had assisted me in the city of Manaus said that she didn't know as treating, but that had a specialist that made the treatment of the disease with the use of Botox in Campinas and that was an expensive treatment, because the unique system of Health didn't treat of the disease and the plans of health didn't also pay for the medicine, because it was used for the aesthetics. Up to now that happens and the treatment only happens if you have money to arch with the treatment or then to suffer with the symptoms that are: difficulty of maintaining a correct corporal posture, discomfort in noticing that the others are observing your inadequate posture, I cause spasms muscular, in some cases it happens pains in the affected area, it can commit the professional acting if the self-esteem of the bearer is low. The humor is usually committed, because the patient is focused in the control of the spasms and in the correction of the posture that ends up being a fight with your body.

KEY WORDS: Aging, Muscular Dystonia, Psychology

## **O ENVELHECIMENTO E A ATIVIDADE FÍSICA EM PORTADORES DE DISTONIA MUSCULAR**

Conservar a juventude e a vitalidade sempre foi o maior desejo do ser humano (KAMEL & KAMEL, 1996: 63). Isto se dá devido à importância de manter o equilíbrio entre os aspectos físico e mental, dessa maneira o ser humano se mantém capaz de realizar-se em sentido profissional e pessoal, durante o decorrer de sua vida.

A atividade física bem conduzida, indicada e aplicada torna possível a conservação deste equilíbrio, tão importante para o desenvolvimento completo do ser humano, inclusive na maturidade.

Esta atividade física proporciona melhor postura, forma, flexibilidade, bem-estar e saúde preparando o indivíduo portador de distonia muscular num sentido moral e fisicamente para o exercício de suas funções sociais e biológicas (KAMEL & KAMEL, 1996). Kamel preconiza ainda que o exercício físico induz ao relaxamento do sistema nervoso diminuindo a tensão emocional e restitui ao indivíduo o prazer de lutar pela vida (disposição e entusiasmo) e a adquirir dinamismo e vigor. Observamos com isto, a importância dos exercícios físicos durante todas as fases da vida da pessoa, a fim de estimular uma vida saudável.

Segundo Ramos (1977), o envelhecimento é um fenômeno fisiológico, pois ocorre com todo o ser humano, e se caracteriza por ser um processo progressivo. Mas a senilidade é patológica e não necessariamente deve acompanhar o envelhecer, quando isto ocorre o organismo deixa de ser auto-suficiente para as tarefas cotidianas.

Este processo, contudo, pode ser amenizado de modo a retardar as limitações que o acompanham através dos exercícios físicos.

Ramos nos diz ainda que as alterações que ocorrem nos diversos sistemas, no processo de envelhecimento variam de indivíduo para indivíduo e dependem de fatores como hábitos de vida e herança genética, sendo que a variável hábito de vida pode ser controlada.

Cossenza e Carvalho (1997: 14) classificam os idosos em três faixas etárias:

“Jovem idoso (dos 55 aos 65 anos) – é o grupo que está entrando na terceira idade, onde o exercício terá maior efeito preventivo;

“Idoso (dos 65 aos 75 anos) – Encontram-se muitas pessoas saudáveis, apesar do sedentarismo;

“Velho (mais de 75 anos) – Necessitam de programas especiais; há maior incidência de doenças crônicas.”

A elaboração de um programa de atividades físicas para a adultez deve levar em consideração o preparo do indivíduo portador de distonia muscular para que possa cumprir suas necessidades diárias e a manutenção de sua saúde física e mental (RAMOS, 1997). Isto se dá porque ao envelhecer o indivíduo passa a ser discriminado pelas pessoas por acharem que o portador é “incapacitado” e que por isso terão mais trabalho para cuidá-lo. Tendo como objetivo final a melhora ou manutenção da saúde, Barbanti (1990), citado por Ramos (1997: 70) sugere que as capacidades físicas a serem melhoradas ou desenvolvidas são: “*Resistência cardio-respiratória, flexibilidade, resistência muscular localizada (RML).*”

Apoiados pelos parâmetros acima citados, os testes que fazem parte do trabalho serão desenvolvidos. Segundo Astrand apud Cossenza e Carvalho (1997), as modificações funcionais observadas após o condicionamento físico em idosos são:

“Aumento do consumo máximo de oxigênio e do volume sistólico, diminuição da pressão arterial, aumento da vascularização do miocárdio, melhor vascularização muscular e tecidual, aumento da concentração de HDL, melhora da função e estrutura dos músculos, ação contra a osteoporose. Normalização a tolerância à glicose.”

Antes de dar início aos exercícios, é necessário que se faça uma avaliação minuciosa, composta de exame médico, ortopédico e avaliação funcional. Mais que outros grupos etários, os programas de atividade para idosos devem ser adaptados ao indivíduo, priorizando suas maiores necessidades. Estas podem ser abordadas com o contato dos profissionais de educação física, fisioterapia e neurologia com os portadores de distonia muscular. Verificar se os exercícios podem influenciar no comportamento diário do indivíduo em suas atividades profissionais e de lazeres.

## **DEFINIÇÕES E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

Distonia é um espasmo muscular breve ou sustentado, geralmente com movimentos lentos e anormais. Embora qualquer grupo muscular possa ser atingido, ocorre mais freqüentemente em músculos faciais (olhos), mandíbula, língua).

O início da distonia pode ocorrer até 20 horas após a administração do agente causal.

Vários tipos de distonia, envolvendo grupos musculares específicos já foram descritos:

(a) Distonia de laringe - espasmo dos músculos de faringe e laringe, resultando em estridor.

(b) Crises oculógiras - espasmo de músculos extra-oculares, mantendo olhar fixo para cima ou lateral.

(c) Opistótono - espasmo de todos músculos paravertebrais, mantendo o tronco e o pescoço em hiperextensão.

(d) Torcicolo - espasmo de músculos laterais do pescoço, torcendo o pescoço para um dos lados.

Distonias podem agravar após a fase inicial do quadro clínico, portanto todos os pacientes devem ser tratados. Utilizar no tratamento inicial uma formulação parenteral, seguida de administração oral por 2 a 3 dias para prevenir recorrências. Formas leves podem ser tratadas somente com medicamento via oral.

As doenças neurológicas epônimas clássicas (produzem alterações patológicas características em núcleos e tratos fibrosos específicos no cérebro, medula espinhal e nervos periféricos. As desordens são geralmente progressivas e simétricas em sua expressão clínica e patológica e muitas têm uma clara base genética de herança ou sugestão de envolvimento familiar.

Gowers, em 1902<sup>2</sup>, referiu-se a essas doenças degenerativas hereditárias como abiotrofias. Esse termo significa a ocorrência de uma doença neurológica resultante de um distúrbio no estado metabólico do cérebro, medula espinhal ou nervos periféricos. Recentemente, como se discute abaixo, deficiências enzimáticas, rupturas cromossômicas, defeitos Imunológicos específicos, anormalidades no fator de crescimento dos nervos e infecções viriformes latentes lentas do cérebro têm sido identificados em associação a algumas dessas abiotrofias.

---

<sup>2</sup> Apud João Batista da Silva Junior (2006) em seu trabalho que trata de doenças degenerativas hereditárias, congênitas e idiopáticas do sistema nervoso.

Em muitas das doenças degenerativas hereditárias a serem discutidas, o impacto primário da doença envolve os neurônios, sendo as alterações ocorridas nos astrócitos e oligodendrócitos presumivelmente de natureza reativa e secundária. A última década testemunhou um aumento substancial em nosso conhecimento a respeito dos defeitos enzimáticos básicos e das conseqüências metabólicas de muitas desordens autossômicas recessivas nas categorias das gangliosidoses, leucodistrofias, mucopolissacaridoses, glicogenoses e desordens de armazenamento de metais pesados.

Usando-se essas desordens autossômicas recessivas; como modelos, espera-se que seja esclarecido o defeito molecular básico em diversas degenerações sistêmicas autossômicas dominantes, como a doença de Huntington, a atrofia olivopontocerebelar, a degeneração estriado-nigral, a degeneração nigroespinhal, a esclerose tuberosa e a neurofibromatose.

O termo doenças dos neurônios motores refere-se a um grupo de desordens neurológicas crônicas que afetam seletivamente, em combinação e rapidez variáveis, as células do corno anterior da medula espinhal e da região inferior do tronco cerebral e, em alguns casos, aqueles grandes neurônios motores do córtex cerebral que dão origem ao trato corticospinal. Alterações sensoriais ou disfunções cerebelares clinicamente significativas estão ausentes em todos os casos. Os casos em que as alterações dos neurônios motores superiores são proeminentes, juntamente com fasciculação, atrofia e fraqueza muscular, são chamados de esclerose lateral amiotrófica. A paralisia bulbar progressiva é uma variante de esclerose lateral amiotrófica que produz um envolvimento de avanço relativamente rápido dos neurônios motores superiores e inferiores dos músculos do queixo, faringe e língua. Os casos sem sinais de acometimento dos neurônios motores superiores e produzindo apenas uma lenta e progressiva atrofia e fraqueza dos músculos são chamados, freqüentemente, de atrofia muscular progressiva. Vários subtipos clínicos de atrofia muscular progressiva ocorrem, alguns dos quais podem produzir um envolvimento motor limitado, que progride lentamente por um período de muitos anos. A doença de Werdnig-Hoffman, das crianças pequenas e dos bebês, e a doença de Wohlfart-Kugelberg-Melander, das crianças maiores e dos adolescentes, representam outras variantes das doenças dos neurônios motores. A "esclerose lateral primária" é uma não-doença. A condição ostensiva incluía uma espasticidade progressiva, porém sem alterações dos neurônios motores inferiores, e esteve durante algum tempo associada às doenças dos neurônios

motores. Estudos subseqüentes mostraram que esses sinais na realidade sempre podem ser atribuídos a outras causas, como esclerose disseminada, compressão da medula espinhal, outras desordens degenerativas ou neoplasias medulares altas.

## **O USO DO REFORÇO POSITIVO NO TRATAMENTO DA DISTONIA MUSCULAR**

**O Reforço Positivo** (grifei) usado para estimular um comportamento desejado: o reforço positivo aumenta a possibilidade de um comportamento ser repetido, porque proporciona algo desejado em resposta a um determinado comportamento de alguém. Reforços sociais são sorrisos, elogios, abraços, etc. Reforços não-sociais ou materiais são bom-bons, brinquedos, etc. Reforços mistos combinam os sociais com os materiais. Qualquer reforço positivo deve apresentar duas qualificações: deve ser algo que a pessoa quer e gosta, e deve parecer ligado ao comportamento especial, pois a pessoa que apresenta o torcicolo congênito acaba apresentando problemas comportamentais decorrentes de sua auto-percepção distorcida, pois pode provavelmente imaginar que todas as pessoas estão olhando para sua deformidade ou sua dificuldade de movimentar o pescoço e ou até mesmo os eventuais espasmos musculares decorrente da rigidez de músculos da região cervical. O reforço positivo acontece como uma forma de manutenção de uma postura adequada através de *feed-back* positivo para os portadores do torcicolo congênito

## **O USO DE REFORÇO NEGATIVO E DA ADAPTAÇÃO DE NOVOS COMPORTAMENTOS SAUDAVEIS**

**Reforço Negativo** (grifo meu) usado para desestimular um comportamento indesejável: este não está ligado a surras ou gritos. Um reforço negativo precisa estar relacionado àquilo que se quer evitar e acabar logo que a ação indesejada termine.

**Adaptação** (grifei) usada para gerar um novo comportamento: a adaptação é uma espécie de reforço positivo do tipo um passo de cada vez, na qual você reforça até mesmo as menores tentativas na direção de um comportamento que quer desenvolver. Você continua a reforçar cada sucesso parcial até que a criança tenha apresentado o comportamento por inteiro.

Ironicamente, o elemento mais crucial nos três processos é a escolha do momento exato. O reforço positivo é o instrumento mais eficiente para modificar um

comportamento, contudo, se você o realizar cedo demais, pode parecer que você está querendo « comprar » um bom comportamento. Um reforço atrasado confundirá a criança, que pode não se lembrar por qual comportamento está sendo recompensada e imaginar sua última ação, por exemplo, que pode ter sido algo não desejado.

A escolha do momento certo é também essencial no uso do reforço negativo, caso contrário ele parecerá pura punição.

Um outro erro é comentar sobre a mudança de comportamento antes ou depois que ele acontece. A informação antecipada transforma o reforço positivo num suborno (« Se vocês se comportarem, não passo dever de casa ».) e o reforço negativo em ameaça (« Quem não se comportar ficará depois da aula »). E após um comportamento já estar aprendido, não há mais necessidade de reforço.

Professores eficientes se esforçam para encaixar reforços positivos nas suas interações diárias com seus alunos. Eles acham que isso reforça a autoconfiança e promove bons sentimentos. E além disso, isso também substitui a punição como método de controle e é uma forma de não incitar o ressentimento.

É muito difícil implantar qualquer tipo de mudança de comportamento em nós mesmos, portanto, também não é tarefa fácil para realizarmos com nossos alunos. Não importa o quanto pareça simples : os métodos antigos estão tão enraizados em nosso subconsciente que é preciso um esforço muito específico e consciente para mudar. Se você realmente desejar, a mudança será gradativa, mas pode acontecer. Dê-se um tempo para mudar, para aprender como fazer a mudança à sua maneira. Certamente você atingirá seus objetivos.

## **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISTONIA MUSCULAR**

Deve ser reservado para casos específicos, principalmente aqueles que apresentam pouco ou nenhum benefício com os vários tipos de tratamento medicamentoso. Para o blefarospasmo, tem sido utilizada a miectomia que consiste na retirada de parte dos músculos ao redor das pálpebras. Em alguns casos de torcicolo espasmódico, tem sido tentada a rizotomia cervical, que consiste na lesão cirúrgica de parte das raízes nervosas que inervam os músculos do pescoço. Alguns pacientes com distonias dos membros ou com distonia generalizada podem beneficiar-se da talamotomia que consiste na lesão cirúrgica do tálamo, um núcleo situado na *Saúde em Relação aos Portadores* (grifei) profundidade do cérebro.

O medicamento que geralmente é o Dysport e/ou Botulínica deveria ser liberado para tratamento nos Postos de Saúde, isso não ocorre devido uso da Toxina Botulínica para melhorar as rugas para o uso da Dermatologia, logo as pessoas que realmente necessitam usar o medicamento encontram um remédio caro e muito valorizado no tratamento de estética. Torço para que encontrem um outro tratamento para a Beleza Eterna e deixa a toxina botulínica para os Portadores da Distonia Muscular, pois assim poderemos cuidar de nossa saúde sem sacrificar a nossa sobrevivência, pois toda a família tem que economizar para fazer as reaplicações de cinco em 5 meses, pois é esse o prazo em que a sensação de perfeição ocorre, quando passa o período de quatro a cinco meses observo o retorno das minhas dificuldades embora retorne mais brando devido ao tratamento correto e progressivo. Será que o governo não deveria ter uma responsabilidade social sobre essa doença? Disponibilizar o acesso aos medicamentos aos portadores através dos Postos de Saúde, afinal de conta é para isso que pagamos os impostos e não temos retornos na saúde, na educação, nas estradas, nos transportes, pois nos dá uma qualidade de vida. Poderemos produzir mais e logo seremos pessoas úteis e produtivas e quem ganha com isso é a própria Sociedade. Não peço esmola e sim o reconhecimento de nossa necessidade como portadores de distonia muscular. Afinal o que é ser cidadão, será que só lembram disso em época de eleição em que somos obrigados a votar e dizem que é um ato de cidadania, ao invés de tantos mensalões e vergonha dos nossos representantes, já não seria tempo de tratar os portadores da Distonia Muscular com Respeito e dignidade!

A toxina botulínica é uma substância produzida pela bactéria *Clostridium botulinum* que possui a propriedade de interferir no processo de contração muscular. Isso pode ser feito de modo controlado injetando-se pequenas doses dessa substância diretamente nos músculos afetados. O tratamento é local e a ação ocorre exclusivamente em nível muscular. É o método mais eficaz para as distonias focais e segmentares do adulto e seus efeitos colaterais são discretos e transitórios. A ação terapêutica da toxina botulínica tem início poucos dias após a administração e seu efeito dura em média três meses. Existe, portanto, necessidade de injeções periódicas de toxina botulínica, geralmente a cada 3-6 meses, de modo a se obter um controle persistente dos sintomas.

#### **PENSAMENTO POSITIVO NA BUSCA DE UM TRATAMENTO**

Vale a pena aqui, fazer um esclarecimento sobre algumas definições operacionais de felicidade e auto-suficiência para se entender o que vem a ser o pensamento positivo em relação ao enfrentamento do paciente em busca de uma « cura » e ou amenização de um sofrimento físico (dor), pois a felicidade não está em viver, mas em saber viver. Não vive mais o que vive, mas o que melhor vive, porque a vida não mede o tempo, mas o emprego que dele fazemos.

Tal como são nossos pensamentos é nossa consciência: e tal como é nossa consciência, é nossa vida. Se plantarmos uma semente de pensamento limpo e positivo e nos concentrarmos nele, damos a ele energia, tal como o sol dá energia para uma semente na terra. E tal como a semente na terra acorda, move-se e começa a crescer, os pensamentos nos quais nos concentramos acordam, movem-se e começam a crescer. Então, vamos semear pensamentos positivos. A cada manhã, antes de começarmos a jornada de nosso dia, sentemo-nos em silêncio e semeemos a semente da paz. Paz é harmonia e equilíbrio. Paz é liberdade - liberdade do peso da negatividade e do desperdício. Deixemos que a paz encontre sua morada dentro de nós. A paz é a nossa força original, nossa eterna tranquilidade de ser. Permita que seu primeiro pensamento do dia seja de paz.

Embora a ciência oficial ainda não lhe de o devido crédito, o fator energético é de fundamental importância para a vida de cada um. Cada ser traz em si um forte componente energético, resultante de interações entre o espírito e o corpo físico, o que é propiciado pelo perispírito ou corpo espiritual, intermediário e catalisador da ligação corpo-espírito. O componente energético é gerenciado pela mente, que o comanda de duas formas: uma automática ou não consciente, e outra consciente, impulsionada pela vontade. Quanto mais evoluído é o espírito, maior é o comando consciente; quanto menos evoluído maior é o comando automático. De qualquer maneira, ambos os comandos sempre existem.

O componente energético do ser humano é decorrente do funcionamento conjunto e unitário do corpo e espírito, refletindo o “estado” do complexo humano, ou seja, é decorrente do equilíbrio maior ou menor do corpo e do espírito simultaneamente.

O “estado” de equilíbrio do corpo e do espírito determina a “qualidade” do componente energético. E essa “qualidade” é que condiciona que tipos de energias que o indivíduo

afiniza e assimila, pois o componente energético é constantemente renovado pela “metabolização” de energias existentes no ambiente. E as energias que absorvemos são aquelas que afinizamos, ou seja, as que correspondem ao “padrão” do nosso componente energético.

Quanto à parte de nosso corpo físico, para que este segmento contribua com uma energização positiva, é necessário que esteja em equilíbrio, ou seja, com saúde, bem cuidado. É por isso, como exemplo, que o médium passista necessita estar em boa saúde e equilíbrio físico, sem ter vícios, para que seu corpo possa contribuir com boas energias para o passe. Já o componente espírito, também deve estar em equilíbrio para poder contribuir com a energização positiva do componente energético. Para ter a mente equilibrada, temos que estar transitando em equilíbrio com a Lei Divina ou Natural, ou seja, orientarmos nossa vida de relação com os semelhantes e com a natureza de acordo com a Lei de Amor. Claro que ainda somos imperfeitos e muitas vezes infringimos as leis naturais. Daí a necessidade constante de vigilância, para que erremos menos, e quando errarmos, rapidamente corrigirmos os erros e redirecionarmos a nossa mente e pensamentos para o bem e o amor.

O componente energético tem, portanto, uma grande interação nos dois sentidos (ida e volta) com o corpo físico e com o espírito, um afetando o outro.

Fica fácil entender que para termos saúde física e mental/espiritual, temos que ter energias equilibradas e vice-versa.

Um antigo ditado greco-latino já nos dizia: “mente sã em corpo sã”. Isso exprime uma verdade, pelas interações já explicitadas. Por isso, devemos nos preocupar sempre com o equilíbrio de todo o ser, mental e fisicamente. Isso também nos alerta para que, quando estamos com problemas físicos, doentes, temos que reforçar o padrão espiritual, ou seja, buscarmos a compensação energética global por uma maior elevação do padrão espiritual, para não “decairmos” energeticamente. Isso auxiliará mesmo a que o corpo tenda a readquirir o equilíbrio, ou seja, se torne saudável.

## **CONCLUSÃO**

Torna-se necessário um programa bem elaborado de atividade física que envolva tanto os aspectos motores quanto os psicológicos. Por isso são de fundamental importância que o profissional de educação física que pretende trabalhar com esta faixa etária, isto é, a idade adulta, tenha bastante conhecimento das mudanças e limitações que ocorrem nesta fase da vida.

Viver feliz ou tentar buscar a FELICIDADE (grifo meu) é a nossa grande procura neste novo século. Percebe-se portanto, que a prática efetiva do bem e do amor não é necessidade “religiosa” ou “esotérica” ou ainda “mística”. É uma necessidade prática de segurança e equilíbrio energético, físico e espiritual. Só se tem atitude positiva assim. Só desta maneira teremos pensamentos verdadeiramente positivos. Só tendo pensamentos positivos nos ligamos com energias positivas. Só nos ligando com energias positivas, equilibramos nosso componente energético. E isso é fundamental para a saúde física, mental e espiritual.

Apesar da conceituação clínica da distonia ser debatida ao longo das últimas décadas, o termo distonia é universalmente aceito. A distonia é condição neurológica caracterizada por contrações musculares mantidas freqüentemente, causando movimentos repetitivos ou de torção, ou posturas anormais. As distonias podem ocorrer durante o repouso ou apenas durante o movimento voluntário, tendem a intensificar-se com a fadiga, o estresse e outros fatores emocionais e a aliviar-se com o sono leve, relaxamento e com o toque delicado na área afetada. A distonia desaparece por completo nas fases profundas do sono. Não há, até o presente momento, marcadores bioquímicos, patológicos ou radiográficos para distonia, sendo o diagnóstico fundamentado pelo reconhecimento do quadro clínico. A classificação da distonia costuma ocorrer com base em três critérios: etiologia, idade de início e distribuição.

Na evolução clínica e na monitorização da distonia muscular, os pacientes devem ser observados até o desaparecimento dos sintomas. Antes de dispensar os pacientes, eles devem ser instruídos que a recorrência da distonia pode ocorrer até 48 horas. Neste caso, devem retornar para reavaliação clínica. A evolução pode ser mais prolongada nos casos de reações distônicas determinadas por preparações de depósito.

Em recente estudo, Krauss e colaboradores demonstraram que, apesar dos distúrbios de movimento, persistentes ou transitórios, serem seqüelas comuns do TCE, a

distonia representaria uma pequena parcela deste grupo. Por fim, ressaltamos o torcicolo espasmódico como consequência raríssima do trauma e também algumas entre muitas dúvidas que pairam sob seus mecanismos fisiopatológicos: Qual a severidade do TCE necessária para produzir a distonia? Seriam as manifestações neurológicas iniciais e a duração do coma fatores indicativos de início mais tardio da distonia? O aparecimento de sinais de lesão de nervo craniano funcionaria como fator prognóstico? Qual seria o substrato anatômico/fisiológico da distonia nos casos em que os estudos de imagem são normais?

Reafirmamos portanto a necessidade de maiores estudos epidemiológicos dos distúrbios do movimento pós-traumáticos, principalmente em nosso meio, para buscar maiores esclarecimentos na tentativa de minimizar esta condição rara, porém desabilitante.

## REFERÊNCIAS

- BRETT EM, H. RD. Progressive hemidystonia due to focal basal ganglia lesion after mild head trauma [Abstr]. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1981;44:460. (Medline).
- CLARKE E, D. K. **An illustrated history of brain function**. Los Angeles: Univ California Press, 1972:124-40.
- COSENZA, C. E. CARVALHO, Nelson. **Personal training para grupos especiais**. Rio de Janeiro: SPRINT, 1997.
- DEMIERRE B, R. P. Dystonia caused by putamino-capsulo-caudate vascular lesions. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1983;46:404-409. (Medline).
- EATON JM. Hemidystonia due to subdural hematoma. **Neurology** 1988;38:507. (Medline).
- ISAAC K, C. JA. Post-traumatic torticollis. **Neurology** 1989;39:1642-1643. (Medline).
- KAMEL, D. ; KAMEL, J. **Nutrição e atividade física**. Rio de Janeiro: SPRINT, 1996.
- KRAUSS JK, Mohadjer M, Braus DF, Wakhloo AK, Nobbe F, Mundiger F. Dystonia following head trauma: a report of nine patients and a review of the literature. **Mov Disord** 1992;7:263-272. (Medline).
- LEE MS, R. JO, Ceballos-Baumann A. Thompson P, Marsden CD. Dystonia after head trauma. **Neurology** 1994;44:1374-1378. (Medline).
- MAURO AJ, Fahn S, Russman B. Hemidystonia following "minor" head trauma [Abst]. **Ann Neurol** 1980;8:108. (Medline).
- MESSIMY R, Diebler C, Metzger J. Dystonie de torsion du membre superieur gauche probablement à un traumatisme crânien. **Rev Neurol (Paris)** 1977;133:199-206.
- PETTIGREW LC, Jankovic J. Hemidystonia: a report of 22 patients and a review of the literature. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1985;48:650-657. (Medline)

RAMOS, A. T. **Atividade física** – diabéticos, gestante, crianças, obesos. Rio de Janeiro: SPRINT, 1997.