UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

OSVALDO HAKIO TAKEDA

CONTRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE E PROLONGADO EM HOSPITAL-DIA.

São Paulo
2005

OSVALDO HAKIO TAKEDA

CONTRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE E PROLONGADO EM HOSPITAL-DIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maguida Costa Stefanelli

São Paulo
2005

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Masatoshi e Mytiko, começo de tudo, que apesar das adversidades da vida podem se orgulhar de seus grandes esforços, como eu me orgulho de vocês.

A minha querida esposa Sylvia, companheira, pelo carinho, compreensão e por acreditar que vale a pena.

Ao Gustavo e Leonardo meus filhos, por existirem.

AGRADECIMENTOS

A DEUS por possibilitar a evolução.

À Profa. Dra. Maguida Costa Stefanelli, orientadora e amiga, pelos estímulos incansáveis, por sua generosidade e disponibilidade na ajuda em construir o conhecimento.

Ao querido amigo e mestre, Prof. Dr. Francisco Greco, idealizador do Centro de Reabilitação e Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por acreditar nas possibilidades do ser humano.

À Márcia Aparecida Lino, amiga, pelo incentivo tão importante para a realização deste estudo.

À equipe do Centro de Reabilitação e Hospital-Dia: Dr. Sérgio Vieira Bettarello, Dr. Francisco Greco, Dr. Luís Moraes Altenfelder da Silva Filho, Márcia Aparecida Lino, Paulo Roberto Antonio, Lucieide Pinto da S. Oliveira, Vanessa Rodrigues Lima, Letícia Silva Reis, Carla de Paula Machado Rehder, Cristine Lacet, Maria Cecília Fernandes Silva, pelo apoio.

À Profa. Dra. Marli Alves Rolim, pela disponibilidade, comentários e sugestões que muito contribuíram ao estudo.

À Profa. Dra. Luciana de Almeida Colvero, pelas valiosas sugestões na ocasião do exame de qualificação.

À todas as professoras das disciplinas que cursei na Escola de Enfermagem da USP, pelos valiosos conhecimentos;

À Escola de Enfermagem e ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, pela oportunidade oferecida aos profissionais de outras áreas do conhecimento.

Ao Instituto de Psiquiatria e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por possibilitar a realização deste estudo.

À Maria Helena e Cecília, pela parceria e entusiasmo.

A minha irmã Satiko e aos irmãos Yukio, Mitsuo e Issamu, por nossa grande família.

Ao Sérgio Kiyoshi Ogata, meu grande amigo, pela amizade e pelos momentos de descontração nesta jornada.

Aos pacientes do CRHD, objetivo primeiro deste estudo.

Takeda, O.H. Contribuição da atividade física no tratamento do portador de transtorno mental grave e prolongado em Hospital-Dia. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

RESUMO

Tendo como meta a reabilitação psicossocial, o Centro de Reabilitação e Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CRHD do IPqHCFMUSP) propicia aos pacientes uma gama variada de atividades terapêuticas grupais, com a finalidade de resgatar habilidades que o adoecer psíquico comprometeu, e de estimular potenciais não prejudicados assim como sua autonomia. Oferece a possibilidade de participar de psicoterapia, terapia ocupacional, atividade externa, convivência, desenho e pintura, literatura, cidadania, conscientização, psicodrama, cozinha experimental, reorientação ocupacional, vídeo, lazer, dança, massoterapia e atividade física. Esse leque de atividades, porém, torna difícil, para o pesquisador, avaliar a influência de cada uma isoladamente. Neste estudo, optamos por estudar o comportamento do paciente no Grupo de Atividade Física do CRHD citado, tendo foco a atividade terapêutica desenvolvida nesse grupo. Seus objetivos foram. 1)Validar um instrumento para observação da evolução do comportamento do paciente no Grupo de Atividade Física programada: 2) Observar a evolução do paciente nos aspectos dos domínios motor, cognitivo e afetivo-social no Grupo de Atividade Física do CRHD, segundo o instrumento elaborado; 3) Levantar hipóteses sobre a contribuição da atividade física programada no comportamento do portador de transtorno mental e na reabilitação psicossocial. Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: na primeira, utilizamos a pesquisa metodológica para a construção de um instrumento que nos permitisse, na segunda etapa, observar a evolução dos pacientes no Grupo de Atividade Física, por meio da pesquisa exploratória-descritiva. O local da pesquisa foi o CRHD citado. A população, constituída por dez pacientes admitidos no CRHD, que participaram do Grupo de Atividade Física. Eram adultos, de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias, níveis sócio-econômico-cultural e condições físico-motoras. Foram respeitados os aspectos éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde e obteve-se a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP e da Comissão de Ética da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A maioria (9) dos participantes recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e a totalidade (10) fazia tratamento com drogas psicotrópicas. O presente estudo não permite generalizações, portanto, as conclusões a seguir aplicam-se à população estudada: o instrumento construído para observação do comportamento do paciente no Grupo de Atividade Física foi validado, pré-testado e considerado adequado para a finalidade do estudo; as atividades físicas programadas estimularam o desenvolvimento dos participantes nos domínios motor, afetivo-social e cognitivo, tanto pela análise do pesquisador como na visão dos pacientes; e, foi possível identificar várias hipóteses sobre os resultados para futuros estudos.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica, Atividade física, Saúde mental, Hospital-Dia, Reabilitação psicossocial.

Takeda, 0. H. Contribution of physical activity in treatment of outpatients with severe long-term mental disorders at a Day Hospital (Dissertation) Sao Paulo SP – School of Nursing – University of Sao Paulo 2005.

ABSTRACT

Focusing on the psychosocial rehabilitation, the Rehabilitation Center and Day Hospital (RCDH) of the Psychiatry Institute at Hospital das Clínicas of the School of Medicine at University of Sao Paulo offers its patients a wide range of therapeutic activities, aimed at retrieving abilities compromised by psychiatric condition, as well as stimulating unharmed potential abilities and patients' autonomy. Therapeutic activities include psychotherapy, occupational therapy, field trips, exchange experience group, citizenship, conscientization, sketching and painting, literature, psychodrama, cooking, vocational orientation, video, leisure, dance, massage therapy, and physical activity. This array of activities makes it difficult for a researcher to evaluate the influence of each activity. In the present research, we studied the behavior of patients of the Physical Activity Group at the RCDH, focusing on the therapeutic activity carried out by that group. The aims of the study were: 1) To validate a tool to observe the evolution of patient behavior at the Physical Activity Group; 2) Observe the evolution of patient concerning motor, cognitive and affective domains, according to the previously mentioned tool; 3) Establish hypotheses regarding the contribution of programmed physical activity to behavior and psychosocial rehabilitation of outpatients with mental health problems. The study was carried out in two phases: in the first phase, methodological research was used to develop a tool to be used in the second phase, which consisted of the observation of the evolution of patients in the Physical Activity Group, through exploratory-descriptive research. The setting was the RCDH mentioned above. The participants were ten patients at the Rehabilitation Center – participating in the Physical Activity Group – adults, both male and female, from different age groups and social backgrounds and presenting different physical-motor skills. Ethical aspects recommended by National Council of Health were observed and approval was obtained both from the Ethics Committees of School of Nursing – USP and Clinical Board of Hospital das Clínicas – School of Medicine – USP. Written informed consent was obtained from participants. Most participants (n=9) were diagnosed with schizophrenia and all participants (n= 10) were using psychotropic drugs. The present study does not allow for generalizations. Therefore, following conclusions apply solely to the population studied: the tool developed for observation of behavior of the patient in the Physical Activity Group was validated, pre-tested and considered adequate for the purpose of the study; the programmed physical activities stimulated development of participants in motor, affective-social and cognitive domains, both from the point-of-view of the researcher as well as of patients; and, finally, it was possible to establish various hypotheses about the results for future investigation.

Key words. Psychiatric Nursing, Physical Activity, Mental Health, Day Hospital, Psychosocial Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Pág.

Figura 1. *Diagrama do comportamento e performance humana*. Adaptação de Heimstra e Ellingstad e de Marteniuk apud Tani et al (1988)..... 17

Figura 2. Planilha semanal de atividades do Centro de Reabilitação e Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005..... 48

Tabela 1. Distribuição da população do estudo segundo o *diagnóstico.* Grupo de Atividade Física do CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 59

Tabela 2. Distribuição da população do estudo segundo o *tipo constitucional.* Grupo de Atividade Física do CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 61

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Distribuição da população do estudo segundo o *tônus muscular* aparente do paciente no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 65

Gráfico 2. Distribuição da população do estudo segundo a *agilidade* dos pacientes para a atividade. Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 68

Gráfico 3. Distribuição da população do estudo segundo a *habilidade* dos pacientes para a atividade no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 69

Gráfico 4. Distribuição da população do estudo segundo o *condicionamento físico* dos pacientes no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 70

Gráfico 5a. Distribuição da população do estudo segundo a *expressão facial* dos pacientes antes da atividade. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP). São Paulo, 2005..... 73

Gráfico 5b. Distribuição da população do estudo segundo a *expressão facial* do paciente durante as atividades no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 73

Pág.

Gráfico 5c. Distribuição da população do estudo segundo a *expressão facial* dos pacientes, depois da participação nas atividades do Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 73

Gráfico 6. Distribuição da população do estudo segundo a *iniciativa* dos pacientes durante as atividades iniciais no Grupo de Atividade Física. CHRD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 77

Gráfico 7. Distribuição da população do estudo segundo a *sensação aparente após a atividade física* no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 88

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1. *Caracterização sócio-demográfica* da população do estudo. Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 57

Quadro 2. Distribuição da população do estudo segundo a *postura* do paciente no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 63

Quadro 3. Distribuição da população do estudo segundo a observação mensal da *marcha* dos pacientes no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 66

Quadro 4. Distribuição da população segundo o *interesse* do paciente pelas atividades no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 75

Quadro 5. Distribuição da população do estudo segundo a *comunicação verbal* do paciente no Grupo de Atividade Física. CHRD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 76

Quadro 6a. Distribuição da população do estudo segundo o *comportamento geral* durante as atividades iniciais no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 81

Quadro 6b. Distribuição da população do estudo segundo o co*mportamento geral* durante as atividades de jogos no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 81

Pág.

Quadro 7a. Distribuição da população do estudo segundo a *interação social* dos pacientes, durante as atividades iniciais no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 83

Quadro 7b. Distribuição da população do estudo segundo a *interação social* dos pacientes, durante as atividades de jogos no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 83

Quadro 8. Distribuição da população do estudo segundo o *relacionamento do paciente com o grupo*, durante as atividades de jogos no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005……..... 85

Quadro 9. Distribuição da população do estudo segundo o *relacionamento do paciente com o coordenador* no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 86

Quadro 10. Distribuição da população de estudo segundo a *assiduidade* dos pacientes ao Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 87

Quadro 11. Distribuição das médias das notas atribuídas pelos observadores aos aspectos da evolução mensal de cada item do domínio cognitivo dos pacientes no Grupo de Atividade Física do CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005..... 89

SUMÁRIO

Pág.

1 INTRODUÇÃO.....13

2 OBJETIVOS.....30

3 MATERIAL, MÉTODO E CASUÍSTICA.....33

3.1 Tipo de estudo.....33
3.2 Local do estudo.....34
3.3 População do estudo.....49
3.4 Aspectos éticos.....49
3.5 Elaboração do instrumento de coleta de dados.....50
3.6 Procedimento de coleta de dados.....53
3.7 Tratamento dos dados.....54

4 RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....56

4.1 Caracterização da população.....56
4.2 Domínios motor, afetivo-social e cognitivo.....61

5 DISCUSSÃO.....93

6 CONCLUSÕES.....99

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....102

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....106

9 ANEXOS.....113

1 INTRODUÇÃO

Desde o período pré-histórico, todas as atividades humanas dependiam do movimento ou do ato físico, independentemente da cultura ou de suas condições econômica, política e social. Alternavam-se, desde então, entre provas de resistência, força e velocidade utilizadas na caça, pesca, lutas entre outros, havendo expressões de sentimentos e de socialização através de danças e jogos (Oliveira,1986).

Manoel (1994) considera que os movimentos corporais são importantes para os animais e para o ser humano, em especial, porque eles constituem a forma mais básica pela qual nós interagimos no meio em que vivemos.

Segundo Tavares (2004), o corpo existe como um organismo biológico que está sempre em movimento e mudanças; integra aspectos psicossociais e existe essencialmente como uma identidade, um indivíduo. O corpo e movimento conectam-se intimamente num processo perceptivo contínuo. Cada percepção modifica nosso corpo. Cada movimento nos traz uma nova percepção, transformando nosso corpo e colocando-nos em uma perspectiva diferente de ver o mundo. O movimento de transformação de nosso corpo se reflete em novas ações no mundo.

Somente nos dias atuais, os esportes e as atividades físicas (movimentos) têm sido mais utilizados como medida complementar no tratamento dos pacientes, em geral, e do paciente portador de transtorno mental, motivo do nosso estudo. Há, nessas práticas, potenciais para o desenvolvimento de atividades físicas que despertam interesse, melhora do pragmatismo, estabilidade emocional, criatividade e socialização.

O ser humano é considerado como um processador de informações que apresenta um modelo de performance humana, composto de cinco mecanismos envolvidos na execução do movimento e que são: os órgãos dos sentidos, o mecanismo perceptivo, o mecanismo de decisão, o mecanismo efetor e o sistema muscular, esse modelo, de Marteniuk, é apresentado a seguir como descrito por por Tani et al (1988).

Os **órgãos dos sentidos** podem ser considerados como sendo os intermediários entre a estimulação do meio ambiente e o sistema de processamento central. Sua função é transformar os diferentes estímulos, em impulsos nervosos, os quais são transmitidos através de vias aferentes até o sistema nervoso central, no qual são processados, iniciando-se o processo de percepção.

O **mecanismo de percepção**, através dos processos de discriminação, identificação e classificação do que é percebido, fornece informações detalhadas sobre o meio ambiente externo e interno para serem utilizadas pelo mecanismo de decisão. São também enviadas ao sistema de memória para serem armazenadas e utilizadas na previsão de situações futuras.

Percepção é também considerada um processo de organização de informações que depende de ações e experiências passadas; é desenvolvida através do processo de aprendizagem e pode ser influenciada por fatores como atenção seletiva, capacidade sensorial de detecção, memória e processos perceptivos de alto nível, como antecipação e predição. As informações processadas pelo mecanismo perceptivo são transmitidas ao mecanismo de

decisão, que escolhe o plano motor adequado, levando-se em consideração as demandas do meio ambiente e os objetivos originais da performance.

Plano motor refere-se ao processo organizacional que controla a ordem em que uma seqüência de operações é executada, pode ser considerado como a idéia total da habilidade, ou a compreensão da tarefa e o que ela exige.

Com relação ao **mecanismo de decisão**, é importante considerar que um mesmo objetivo pode ser alcançado através de diferentes planos motores, visto que não existe uma relação linear entre o objetivo e o movimento a ser executado para alcançá-lo.

Após a escolha do plano motor, este necessita ser detalhado em relação aos seus componentes. Isto é realizado pelo **mecanismo efetor**, que seleciona e integra os comandos motores que eventualmente produzem o movimento desejado.

Dois processos básicos se desenvolvem no mecanismo efetor: a organização hierárquica e a seqüencial. A organização hierárquica envolve uma ordenação das informações do geral para o específico, enquanto que a organização seqüencial coloca a informação numa ordem seqüencial dos componentes do plano motor, para que a demanda do meio ambiente e os objetivos sejam alcançados como, por exemplo, o ato de nadar (respiração seguida da braçada e batida de pernas).

O mecanismo efetor é também responsável pela iniciação do movimento, já que após o detalhamento do plano motor, comandos motores são transmitidos ao **sistema muscular**, num padrão espaço-temporal adequado, para a execução do movimento desejado. Neste momento, os músculos estão sob controle dos comandos motores e, após um intervalo de

tempo, estão também sujeitos à influência e controle do *feedback,* que pode ser considerado como a informação recebida pelo executante sobre a realização do movimento. Esta informação pode ser recebida durante e após o movimento, principalmente através da propriocepção e da visão, podendo ser utilizada para modificar o movimento, quando ele não está sendo executado conforme especificado no plano motor, ou para introduzir neste modificações para que o objetivo seja alcançado.

Manoel (2002) dá o exemplo de uma pessoa que, ao tentar receber uma bola, necessita analisar como a bola foi arremessada, qual o seu tamanho, qual a sua trajetória, antever onde e quando a bola vai chegar. Com base nessas reflexões, ela tem que decidir como pegar a bola, com uma mão, com duas mãos, acima, ao lado ou à frente do corpo, entre outras ações. Deverá também decidir sobre quando iniciar a ação.

Vale salientar que essas informações são transferidas para os diferentes níveis de controle do sistema nervoso até que a musculatura seja acionada para dar início à execução do movimento. A forma como a recepção foi realizada, o sucesso ou o fracasso, serão objetos de reflexão para a pessoa. Essa avaliação ajudará nas futuras decisões que irá tomar em situações semelhantes. Convém lembrar que esses mecanismos envolvidos no movimento sofrem influências de fatores como o estado afetivo-emocional, fadiga, ambiente, entre outros.

No modelo de comportamento humano de Heimstrad e Ellingstad apud Tani et al. (1988), o comportamento observável é o resultado de operações mentais ou cognitivas que se processam no sistema nervoso central que

influenciam ou são influenciadas por um processo basicamente motivacional, ou seja, pelo estado afetivo-emocional.

Associando o modelo descrito anteriormente ao modelo de Heimstra e Ellingstad fizemos uma adaptação que é apresentada graficamente a seguir.

Esta adaptação foi feita para dar ênfase à influência do *estado afetivo-emocional*.

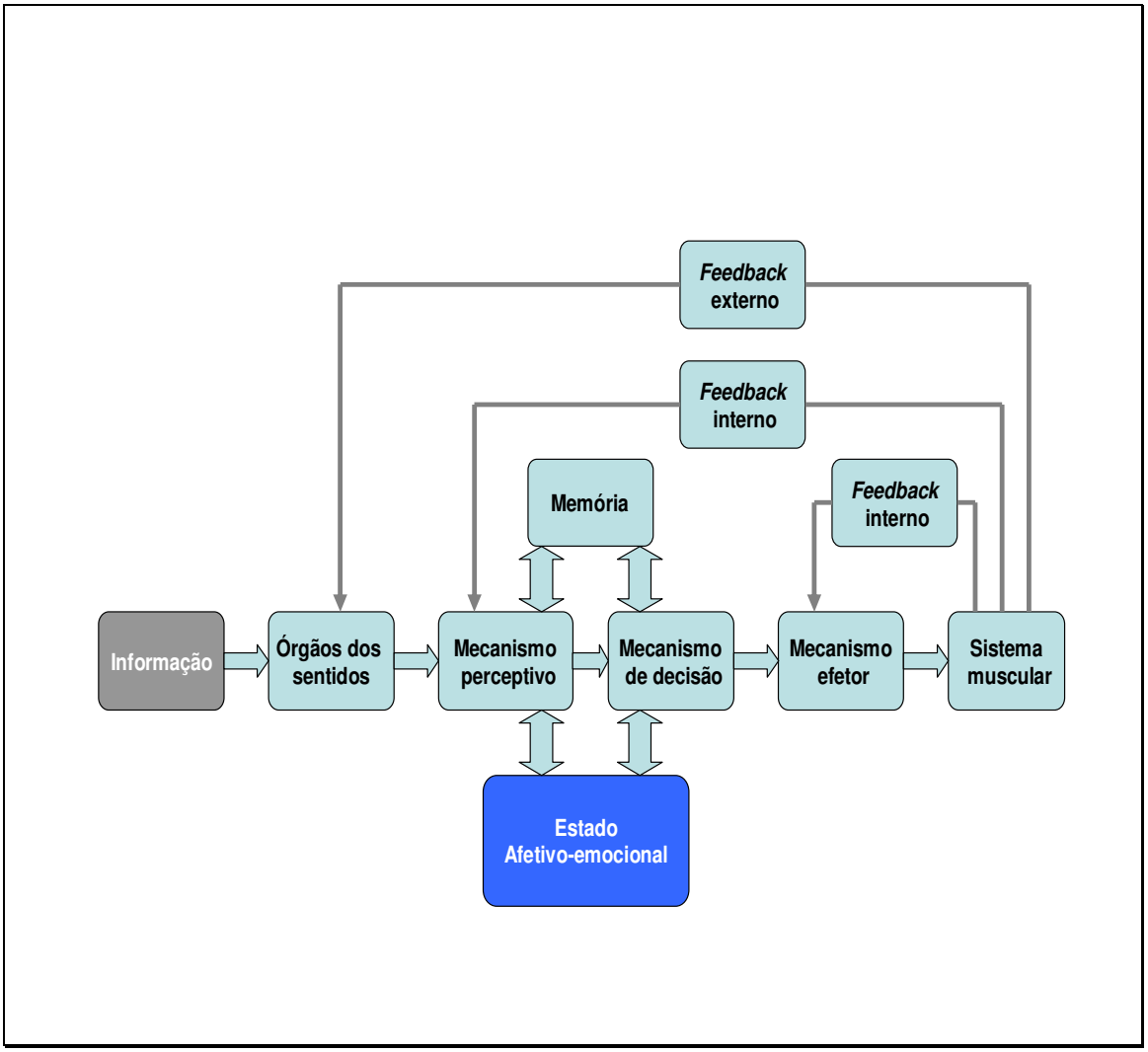

Figura 1. *Diagrama do comportamento e performance humana.*
Adaptação de Heimstra e Ellingstad e de Marteniuk apud Tani et al.(1988).

O limite de movimentos do homem é variável e é ajustado à capacidade de cada indivíduo. Há pessoas que utilizam a totalidade dos movimentos, outras apenas parcialmente, apresentando dificuldades para efetuar alguns deles. Através do treinamento, o indivíduo adquire ou readquire a destreza motora, a qual proporciona a movimentação com firmeza e diminuição da tendência ao cansaço ou à acomodação (Tani et al, 1988).

Segundo Fait (1972), a participação em atividade física também proporciona um aceitável extravasamento para emoções reprimidas, liberação de tendências agressivas e é benéfica, também, para aqueles que têm dificuldade de se auto-expressar e ter satisfação emocional. Pacientes depressivos, por exemplo, referem alívio das manifestações de comportamento decorrente de sintomatologia quando conseguem participar de atividades físicas. Sabe-se também que os esportes podem evocar nos pacientes memórias agradáveis de jogos infantis, propiciando a associação de sentimentos de prazer a suas atividades físicas atuais.

Auxter e Pyter (1985) consideram que os esportes e as atividades físicas são importantes para pessoas com distúrbios emocionais, uma vez que tais práticas auxiliam a gradual retomada do equilíbrio psíquico.

Mälkia (1985), em estudo realizado na Finlândia, mostrou que pessoas que procuraram atendimento médico devido a distúrbios mentais trabalhavam em serviços que exigiam pouca atividade física e eram mais passivas nas suas horas de folga que as pessoas sem história de problemas mentais, visivelmente mais ativas.

Fait (1972) refere que o estresse emocional seguido de atividade muscular tende a anular algumas das reações fisiológicas decorrentes da

emoção extrema, pois, a ansiedade ou outra forte emoção pode obrigar o corpo a suportar certas mudanças preparatórias para a ação, tal como aumento do fluxo de epinefrina, mudanças no calibre dos capilares, aumento da taxa do fluxo sangüíneo, e distúrbios no fluxo gástrico que podem causar desordem funcional como transtorno estomacal. Mas, eles não são usualmente evidentes se a forte emoção for seguida por esforço físico. Por isso, segundo o autor alguns dos distúrbios fisiológicos resultantes de freqüente estresse emocional podem ser reduzidos por meio de exercícios vigorosos regulares.

Muitas pessoas hipertensas apresentam personalidade e comportamento extremamente sensíveis a estados de ansiedade, frustração, apreensão e irritação e qualquer atividade capaz de atenuar essas condições emocionais e psicológicas contribuirá para reduzir a pressão arterial da pessoa quando em repouso (Tipton, 1984).

Aparentemente, o exercício sistemático regular, melhora a auto-estima e conseqüentemente o estado mental. Assim, se ele for associado a procedimentos capazes de provocar alterações no comportamento, o treinamento físico moderado poderá ajudar no controle da hipertensão (Tipton,1995).

Na revisão bibliográfica, feita por Canali e Kruel (2001), foi verificado que pesquisas sobre alguns hormônios evidenciaram alteração em seus ritmos ou níveis de produção e secreção quando o indivíduo pratica uma atividade física. A longo prazo, a produção do **Hormônio Paratireóideo** que regula a concentração plasmática de cálcio e fosfato é aumentada, como forma de adaptação do corpo ao exercício, que neste caso, seria em relação ao fortalecimento ósseo. Os níveis das **Catecolaminas** que são a Epinefrina e a

Norepinefrina aumentam durante o exercício. Os efeitos desses aumentos são evidentes, principalmente para a distribuição adequada do fluxo sanguíneo que vai suprir as necessidades dos músculos em atividade, o aumento da força de contração cardíaca e a mobilização do substrato como fonte de energia, mas com o treinamento, após semanas aproximadamente, os níveis de catecolaminas plasmáticas tendem a diminuir.

Os **Mineralocorticóides** regulam os sais minerais, o sódio e o potássio nos líquidos extracelulares e o mais importante deles é a aldosterona. Durante o exercício, os níveis plasmáticos de aldostorena aumentam progressivamente, chegando a seis vezes mais que os níveis de repouso, como forma de manter os níveis de líquidos corporais e a homeostasia.

Em situação de jejum ou de exercício, o **Glucagon,** que é responsável pelo aumento da concentração de glicose no sangue, é liberado e imediatamente depois a glicose é liberada pelo fígado na corrente sanguínea. Quanto maior a duração do exercício, maior a liberação de glucagon, e nos exercícios moderados de curta duração, observa-se uma diminuição nos seus níveis plasmáticos. O treinamento aeróbico estimula uma liberação mais contínua e com menos oscilações do que aquela ocorrida em indivíduos não-treinados.

A **Insulina** tem efeito antagônico ao glucagon e, como o exercício estimula a liberação de glucagon, a insulina tem sua liberação diminuída quando existe trabalho muscular, principalmente como forma de tornar a glicose mais disponível para a atividade. A supressão de insulina é proporcional à intensidade do exercício.

Em relação ao paciente diabético, ele deve ser avaliado adequadamente e o exercício deve ser bem orientado, pois pode tanto trazer benefícios como malefícios. Como benefício, o exercício estimula uma queda substancial nos níveis de glicose, por estimular a sua utilização pelas células musculares, diminui os fatores de riscos para doenças cardiovasculares, provoca diminuição de peso, além de prevenir o início da ocorrência de resistência à insulina. Entretanto, existe o risco de cetose quando se inicia uma sessão de exercícios com índices glicêmicos muito altos, devido a um aumento nos níveis de corpos cetônicos causado pela lipólise acentuada.

A **Testosterona** é um hormônio presente em quantidades dez vezes superiores em homens do que em mulheres. Seus efeitos, em parte, são associados com a retenção de proteínas pelos músculos e desenvolvimento da massa muscular, principalmente em atletas submetidos a treinamento de força. Em indivíduos destreinados, o exercício aeróbio moderado contribui para a sua elevação e isso acarretaria hipertrofia muscular mesmo em intensidades mais baixas.

Ribeiro (1998) fez um levantamento dos estudos relativos aos possíveis efeitos antidepressivos do exercício físico, em pacientes com depressão, e verificou que não são fortes os suportes científicos em relação aos benefícios fisiológicos, bioquímicos e psicológicos atribuídos ao exercício físico necessitando de estudos mais controlados

Segundo Paluska e Schwenk (2000), a atividade física pode desempenhar um papel importante no gerenciamento da doença mental leve para moderada, especialmente a depressão e a ansiedade. Embora as pessoas com depressão tenham tendência a ser fisicamente menos ativas do

que indivíduos não depressivos, os autores verificaram em seu estudo que o aumento dos exercícios aeróbicos, ou treinamento de força, tem mostrado reduzir significantemente os sintomas depressivos e, em geral, a ansiedade aguda responde melhor ao exercício do que a ansiedade crônica.

Segundo Meyer e Broocks (2000), os exercícios aeróbicos parecem ser efetivos na melhora do humor em geral e em relação aos sintomas da depressão e ansiedade em indivíduos normais e pacientes psiquiátricos, mas esses efeitos não estão limitados aos exercícios aeróbios. Quase não há contra indicações para a participação de pacientes com transtornos mentais em programas de exercícios físicos desde que não apresentem nenhum problema cardiovascular grave ou infecção aguda. Muito pouco se sabe, contudo, sobre o efeito do exercício em doenças psiquiátricas, a não ser em relação à depressão e desordens de ansiedade, existindo a necessidade de estudos controlados em psicóticos e transtornos de personalidade.

Fonseca et al. (2000) estudaram as alterações de humor em cinco pacientes com diagnóstico de episódio depressivo grave após uma única sessão de atividade física e consideraram que a atividade física pode melhorar os estados de humor de pacientes depressivas graves.

Dimeo et al. (2001) concluíram em seu estudo que o exercício aeróbio pode produzir uma substancial melhora no humor em pacientes com depressão maior, num curto espaço de tempo. O estudo foi realizado com 12 pacientes, sendo com média de idade de 49 anos; destes, 5 homens e 7 mulheres com diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of the American Society of Psychiatry (DSM IV). O treinamento consistiu em caminhada sobre esteira rolante, com duração de 30

minutos por dia, durante 10 dias. No final do programa de treinamento havia clinicamente uma relevante e estatisticamente significante redução da pontuação da depressão pela escala de Hamilton.

Peluso e Del Sant (2004) referem que a prática de exercício físico pode melhorar a ansiedade e o humor. Uma única sessão de exercício aeróbico, como por exemplo, meia hora de caminhada, traz uma melhora do humor e da ansiedade que dura por volta de 3 horas. Em períodos mais prolongados, como um programa de exercícios aeróbicos moderados de 30 a 60 minutos por sessão, de 3 a 4 vezes por semana, ao longo de 6 semanas, ajuda a reduzir a sintomatologia de pacientes em depressão. A principal hipótese para esse fato talvez seja a melhora da auto-estima e, além dessa melhora no bem-estar, existe grande possibilidade de que a prática contínua de uma atividade física moderada ajude a prevenir o aparecimento de sintomas ansiosos ou depressivos importantes.

Santos (2001) verificou que a atividade física é um recurso que trouxe benefícios orgânicos e mentais a pacientes psiquiátricos. Possibilitou a integração entre os próprios pacientes e com a equipe terapêutica, permitiu ampliar as possibilidades de comunicação de forma não-verbal e facilitou a interação do paciente. As demais atividades oferecidas durante seu tratamento, constituíram-se em meio de expressão para os participantes. Contribuíram para elevar a auto-estima, auxiliaram na percepção corporal, possibilitaram perceber suas limitações; ajudaram a recordar experiências vividas agradáveis e a vivenciarem novas experiências com as atividades físicas que proporcionaram bem-estar e o conhecimento de aspectos singulares dos integrantes da pesquisa.

Schneider et al. (2001) verificou o papel terapêutico da atividade corporal (ginástica) realizada com um grupo de pacientes psiquiátricos internados em um serviço de internação psiquiátrica da Região Sul do Rio Grande do Sul.

Concluiu que os pacientes mais graves, em sua maioria esquizofrênicos, apresentaram melhora importante na adaptação à Comunidade Terapêutica e em seu processo de reabilitação clínica.

Foi verificada, em estudo realizado por Oliveira e Rolim (2003), a importância da promoção e utilização da atividade física por enfermeiros na assistência a pacientes psiquiátricos, pois podem facilitar a socialização, a sua retirada do leito e do quadro de agitação. Ao permitir a movimentação, diminui o sedentarismo, mantém o paciente mais ativo, estimula a circulação, a agilidade, a força, favorece o condicionamento físico, possibilita gasto de energia, possibilita sensação de bem-estar físico e psíquico, diminui a ansiedade, alivia as tensões, permite momento de lazer, relaxamento, expressão de sentimentos, ajuda na melhora da auto-estima e iniciativa e na volta à realidade.

Taylor (1982) refere que geralmente não se dá importância aos efeitos terapêuticos das atividades como jogos, esportes, discussões em grupo, mas dá o exemplo de um grupo de pacientes esquizofrênicos, que nunca provavelmente, conseguiriam aprender a competir e se comprometer, mas que foram bem sucedidos num time de esportes como beisebol ou futebol.

A atividade física e o jogo também podem ser uma fonte importante da linguagem não verbal, visto que constituem uma forma simples e natural de expressão individual e grupal, permitindo a emergência de valores genuínos

em lugar daqueles que normalmente são impostos. A comunicação não verbal é aquela que não depende das palavras, ocorrendo por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, orientações do corpo e singularidades somáticas, organização dos objetos no espaço e definição da distância mantida entre os indivíduos nas suas relações interpessoais e grupais. Estudos especializados afirmam que apenas 7% das expressões dos pensamentos se fazem com palavras, 38% com sinais paralinguísticos, como a entonação da voz e a velocidade da pronúncia, entre outros, e nada menos do que 55% por meios de sinais corporais (Silva, 1996).

Embora a Educação Física defenda a importância da integração mente-corpo, na prática, observam-se várias situações nas quais ainda predominam a preocupação com o aspecto muscular, com pouca atenção ao desenvolvimento global do indivíduo (Tani et al, 1988).

A seguir apresentamos a teoria desenvolvimentista, segundo Tani et al (1988), que enfatiza a atuação da educação física no domínio motor, pois tem como premissa as fases de desenvolvimento neuro-motor do ser humano. Para ele, no entanto, toda ação motora é influenciada por outros domínios que são também contemplados através desta abordagem. Tendo em vista que o movimento é uma das essências do ser humano, a educação física atinge todos os domínios do comportamento.

Aprender através do movimento faz parte do domínio afetivo-social – sentimentos e emoções – no qual encontram-se diretamente relacionados os aspectos de motivação, interesse, responsabilidade, cooperação e respeito ao próximo. Através dos movimentos, o ser humano pode agir sobre o meio

ambiente para alcançar objetivos desejados ou satisfazer suas necessidades, se relacionar com o outro e aprender sobre si mesmo.

Aprender sobre o movimento faz parte do domínio cognitivo. Por exemplo, temos as operações mentais como a descoberta ou reconhecimento de informações, retenção ou armazenamento de informações, geração de informações a partir de dados e tomadas de decisões ou julgamentos acerca de informações (Magill, 1984).

O desenvolvimento das capacidades físicas está diretamente relacionado à capacitação para a boa execução das atividades comumente realizadas na vida cotidiana, tais como as capacidades físico-motoras englobando capacidade aeróbia, flexibilidade, resistência muscular localizada, agilidade, coordenação, equilíbrio, força e a capacidade perceptivo-motora que inclui as consciências corporal, espacial, direcional e temporal (Tani et al, 1988).

Para Tani et al (1988), desenvolver as habilidades motoras implica na utilização adequada das capacidades perceptivo-motoras. O autor afirma que na aquisição destas habilidades motoras têm-se como objetivos específicos desenvolver:

- Habilidade de locomoção que inclui a exploração do espaço como andar, correr, saltar, entre outros.
- Habilidades de manipulação que engloba o contato do indivíduo com um objeto como arremessar o dardo, chutar uma bola, entre outros.
- Habilidades de estabilização, ou seja, manter o corpo em equilíbrio mesmo com a ação da gravidade. Como exemplo, temos o ato de girar o corpo, sem perder a estabilidade postural.

Assim, cada indivíduo atinge um padrão motor mais avançado do que aquele do início do processo de aprendizagem. Obtém-se, desse modo, o aprimoramento dos padrões de funcionamento motor e neurológico, o que pode contribuir para a reabilitação global dos pacientes.

Roeder (1999) refere que a participação em um programa regular de exercícios é uma modalidade de intervenção efetiva para reduzir e prevenir um número de declínios funcionais associados à doença mental. Quanto aos fatores psicológicos, os maiores benefícios, incluem aumento da auto-estima, da percepção de controle, da eficácia e da percepção da imagem corporal, redução do estresse e dos estados de depressão e ansiedade. Afirma, ainda, que a qualidade de vida no contexto da saúde mental, significa algo mais do que a remissão dos sintomas. Consiste na estruturação de um conjunto de fatores necessários, como resgate das habilidades sociais, moradia, trabalho, educação, apoio comunitário, lazer e bem estar psicológico, ou seja, a reabilitação psicossocial.

A reabilitação física, se usada de forma isolada, trás um sentido ortopédico, valorizando um modelo mecânico de conserto de disfunções, fraturas, buscando um retorno à fisiologia normal, mas a reabilitação psicossocial se reveste de uma dimensão mais ampla (Pitta, 1996).

A reabilitação psicossocial, segundo Saraceno (1996), não é uma estratégia técnica, mas uma estratégia global definida como um processo que determina o aumento da capacidade do usuário de utilizar oportunidades e recursos, num processo que faça crescer sua contratualidade psicológica e social, construindo e exercendo o direito pleno de cidadania e a constituição material deste direito.

Para Pitta (1996) reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados.

A International of Psychosocial Rehabilitation Services definiu a reabilitação psicossocial como *"processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade dos potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, recreativo, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado".* (Pitta, 1996)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, reabilitação psicossocial seria *"o conjunto de atividades capazes de maximizar a oportunidade de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos 'desabilitantes' da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários"* (Pitta, 1996).

Com a revisão da literatura procuramos evidenciar a contribuição da atividade física para a manutenção e recuperação da saúde mental, ressaltamos a sua parcela de importância no processo de reabilitação psicossocial, pois, como foi exposto, a atividade física promove o desenvolvimento dos domínios motor, afetivo-social e cognitivo. Com base no exposto anteriormente apresentamos a seguir nossos objetivos.

2 OBJETIVOS

Tendo, pois como diretriz de atenção a atitude estratégica da reabilitação psicossocial, o CRHD do IPqHCFMUSP propicia aos pacientes uma gama variada de atividades terapêuticas grupais, com a finalidade de resgatar habilidades que o adoecer psíquico comprometeu e estimular potenciais não prejudicados.

Na busca de autonomia oferece, portanto, aos pacientes a possibilidade de participar de psicoterapia, terapia ocupacional, atividade externa, convivência, desenho e pintura, literatura, cidadania, conscientização, psicodrama, cozinha experimental, reorientação ocupacional, vídeo, lazer, dança, massoterapia e atividade física.

Esse leque de atividades contribui para estimular o desenvolvimento das diversas potencialidades da pessoa. Torna-se, porém, difícil para o pesquisador avaliar a influência de cada uma delas isoladamente. Partindo-se desta afirmação, optamos por estudar o comportamento dos pacientes no Grupo de Atividade Física, como primeiro passo de um projeto maior que permita avaliar e aprimorar as atividades do CRHD.

A atividade terapêutica desenvolvida no Grupo de Atividade Física será o foco do presente estudo com os objetivos descritos a seguir.

1 - Validar o instrumento elaborado para observação da evolução do comportamento do paciente no Grupo de Atividade Física.

2 - Observar a evolução do paciente nos aspectos dos domínios motor, cognitivo e afetivo-social no Grupo de Atividade Física do CRHD, segundo o instrumento elaborado.

3 - Levantar hipóteses sobre a contribuição da atividade física programada para o grupo, no comportamento do portador de transtorno mental e na reabilitação psicossocial.

3 MATERIAL, MÉTODO E CASUÍSTICA

3.1 Tipo de estudo

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas — a pesquisa metodológica na primeira etapa e a exploratória-descritiva, na segunda etapa.

Na primeira etapa utilizamos a pesquisa metodológica para a construção de um instrumento que nos permitisse observar a evolução dos pacientes no Grupo de Atividade Física. Este instrumento foi utilizado na segunda etapa deste estudo.

A pesquisa metodológica é útil para a construção, validação de instrumentos ou técnicas de pesquisa (Polit e Hungler, 1978).

Na segunda etapa foi utilizada pesquisa exploratória-descritiva. Segundo Gil (1999), as pesquisas exploratórias têm como principal objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, visando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Desenvolvidas com a finalidade de proporcionar visão global, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato e realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Freqüentemente as pesquisas exploratórias constituem a primeira fase de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários esclarecimentos e delimitação do mesmo, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos.

O resultado final deste processo passa a ser um problema mais claro, podendo ser investigado mediante procedimentos mais sistematizados.

Pesquisas descritivas têm como principal objetivo a descrição de características de determinada população, fenômeno ou a definição e estabelecimento de relações entre variáveis e projeções para futuros estudos.

São vários os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados e de variáveis a serem estudadas e passíveis de serem avaliadas.

3.2 Local do estudo

A seguir apresentaremos o Centro de Reabilitação e Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CRHD do IPqHCFMUSP), local da pesquisa.

O CRHD foi inaugurado em abril de 1996 e localiza-se no quarto piso do Instituto de Psiquiatria. Oferece duas modalidades de atendimento de assistência: a de Hospital-Dia (HD) e a de Reabilitação Psicossocial. A primeira propõe abordagens mais intensivas com a proposta de atenuar o efeito da doença e seus prejuízos ao indivíduo; já a segunda pressupõe resgatar a saúde e desenvolver o potencial das pessoas para que consigam exercer da melhor forma possível suas funções sociais na comunidade.

O Hospital-dia (HD) é uma das modalidades intermediárias na rede de cuidados em saúde mental, pois é destinado à internação em período parcial, sendo, também, utilizado para facilitar o reingresso do paciente à comunidade,

constituindo um importante meio de transição entre a internação integral e o tratamento ambulatorial.

O programa de assistência do HD enfatiza a abordagem grupal e familiar, atividades expressivas, psicofarmacoterapia, entre outras, promovendo uma ação intensiva, buscando evitar a internação ou a reinternação integral, a cronificação e a estigmatização da pessoa com transtorno mental. (Mendes e Botega, 1995).

Aos pacientes já considerados crônicos é oferecida assistência para minimizar os efeitos da cronicidade sobre seu comportamento e desempenho.

Desde sua inauguração o CRHD conta com uma equipe multiprofissional, conforme preconizado pelas portarias e normas técnicas governamentais que regularizam o funcionamento do hospital-dia (Nascimento, 1999). A equipe hoje é formada por três psiquiatras, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma assistente social e um professor de educação física.

Segundo Greco (1998), o objetivo da equipe multiprofissional é fornecer ao doente mental uma terapêutica mais abrangente, podendo ser imaginada como uma configuração espacial onde num círculo estão ligados os vários técnicos, visando o tratamento do paciente, que deve estar obrigatoriamente no centro do mesmo. A equipe do CRHD funciona de maneira interdisciplinar (Silva Filho, 2000), com respeito mútuo entre as categorias profissionais bem como considera as características individuais, mas sem ater-se à rigidez dos papéis profissionais.

O CRHD recebe pacientes encaminhados das enfermarias, do ambulatório e do setor de Psicoterapia do IPq. A clientela é composta

principalmente por pacientes psicóticos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos com grave comprometimento psicossocial. O CRHD oferece tratamentos intensivos em regime de hospitalização parcial, visando a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais. Está estruturado para assistir até 50 pacientes. O serviço mantém 30 vagas para atendimento em regime de Hospital-Dia, e 20 no programa de Reabilitação.

A deficiência mental moderada ou grave, os quadros demenciais, as alterações do nível de consciência, a incapacidade de controle de auto ou heteroagressividade são critérios de exclusão para a admissão no CRHD. As atividades ocorrem diariamente, das 8h às 16h, coordenadas por uma equipe interprofissional que estabelece um programa terapêutico através de métodos psicológicos, biológicos, sociais, ocupacionais, lúdicos e esportivos.

O plano de tratamento é multidirecional e flexível de acordo com a evolução clínica e comportamento do paciente. As atividades realizadas são predominantemente grupais. Quando necessário, é feito atendimento individual.

São apresentadas, a seguir, as propostas de atendimento oferecidas que compõem o projeto do CRHD. A proposta do Grupo de Atividade Física será apresentada, ao final destas, com destaque por ser o ponto central deste estudo.

Grupo de Atividades

Oferecido a usuários mais graves, mais comprometidos que não conseguem acompanhar as atividades de grupos verbais. São propostas

atividades predominantemente mais estruturadas e concretas, sendo, portanto mais dirigidas.

Grupo de Atividade Externa

Procura restabelecer o contato do indivíduo com a cultura, o lazer, a arte e inúmeras oportunidades que a cidade oferece para o cidadão. Sua meta é o desenvolvimento da autonomia pessoal, iniciativa e pragmatismo, estimulando-se a percepção de suas dificuldades através do enfrentamento de situações emergentes e conflitantes ocorridas antes, durante ou após a atividade proposta. Utiliza-se os espaços urbanos da cidade de São Paulo, tais como: museus, teatros, parques, exposições, entre outros.

Grupo de Cidadania

Tem como objetivos promover maior consciência da identidade social e o exercício da liberdade e responsabilidade, o conhecimento sobre seus direitos e os direitos humanos, o direito à satisfação das necessidades básicas, o direito à educação, à saúde, entre outros. Estimula-se a crítica e o juízo social, permitindo o despertar de uma necessidade de (re)inserção social, o desejo de uma maior participação, assim como os limites e possibilidades para alcançá-la.

Grupo de Conscientização

O objetivo deste grupo é possibilitar ao usuário o conhecimento de sua patologia e comprometimento do mesmo com seu tratamento, bem como, melhorar a compreensão de seu diagnóstico e prognóstico, assim como o

tratamento proposto, as limitações, e as possibilidades pessoais e sociais. Enfatizam-se os vários fatores que contribuem para o adoecer psíquico, bem como são fornecidas informações sobre os medicamentos, sua importância, ações e efeitos colaterais.

Grupo de Convivência

Constitui-se em um grupo aberto à ex-usuários, usuários, familiares e amigos, em que a proposta é livre e os participantes têm a responsabilidade de organizar jogos, brincadeiras, bailes ou comemorações, ou simplesmente conversar e estarem juntos. Não há portanto, preocupação específica de uma proposta terapêutica, ficando os terapeutas à disposição como mobilizadores e facilitadores das dinâmicas grupais.

Grupo de Cozinha experimental

O trabalho deste grupo visa favorecer a inserção e manutenção dos usuários na oficina de culinária. O ato de desenvolver uma tarefa em equipe, a partir da programação de etapas a serem desenvolvidas e a obtenção de um produto como resultado final, propicia uma maior organização e capacidade da realização de atividades. Possibilita aos participantes perceberem suas potencialidades e dificuldades, na medida em que proporciona a possibilidade de criar, improvisar, aprender, experimentar e trabalhar em parceria. As atividades são divididas em planejamento, compras, execução, degustação e discussão.

Grupo de Desenho e Pintura

A capacidade de criação livre e a forma de expressão mais integrada da personalidade do sujeito são estimuladas através de atividades artísticas, por proporcionarem experiência através do fazer, levando a pessoa a descobrir seus potenciais. Elegeu-se o desenho e a pintura, pois possibilitam o resgate da individualidade e subjetividade, além de promover a manifestação dos sentimentos e pensamentos quando a expressão verbal está prejudicada.

Grupo de Família

Tem o objetivo de promover mudanças na dinâmica familiar, na medida em que visa a reconstrução das redes de comunicação e dos vínculos existentes entre os familiares, possibilitando o surgimento de novos papéis, menos estereotipados e mais funcionais, procurando refletir e favorecer a relação intra-familiar, possibilitando uma melhor compreensão da família em relação à doença mental, fornecendo subsídios para uma relação interpessoal mais saudável.

Grupo de Lazer

Visa através do resgate da liberdade no exercício do lazer melhorar a atenção, a auto-estima, a sociabilidade, a criatividade, a concentração e as habilidades individuais, propiciando a substituição do humor depressivo e da apatia pela alegria e satisfação que um recurso lúdico pode oferecer.

Grupo de Literatura

Tem como objetivo, através da leitura de obras literárias e da produção de textos, possibilitar a expressão dos desejos, da organização lógico-temporal de pensamentos, de circulação de suas produções culturais e da retomada de suas histórias através da articulação entre memória e significação.

Grupo de Psicodrama

Visa promover maior integração, melhora da auto-estima e maior engajamento do paciente em seu próprio tratamento, através de técnicas psicodramáticas, como jogos dramáticos, role-playing, sociodrama ou o psicodrama tradicional com protagonista e recursos verbais. A visão fragmentada de mundo no panorama da psicose, trabalhada psicodramaticamente, pode propiciar que estes retalhos sejam costurados, estabelecendo um sentido, reduzindo a brecha entre a fantasia e a realidade.

Grupo de Psicodrama com familiares

Tem como objetivo discutir aspectos da convivência familiar e compartilhar dificuldades comuns, além de fornecer informações sobre a doença mental, tratamento e prognóstico. Utiliza-se da técnica de inversão de papéis, ou o método psicodramático, com cenas do cotidiano que retratem a convivência familiar.

Grupo de Psicoterapia

Está voltado para a criação de dispositivos que favoreçam a investigação e experimentação de múltiplas formas de encaminhamento de situações conflitivas.

Grupo de Reorientação Ocupacional

Visa estimular a retomada de funções ocupacionais, trabalhando questões referentes a si próprio, ao seu auto-cuidado, ao cuidado de seus pertences, a interação na dinâmica familiar através dos papéis que dizem respeito às tarefas domésticas, conferindo-lhe um sentido de utilidade e importância, a inserção ou reinserção na sociedade através da retomada dos estudos, da busca de aprimoramento técnico, com o objetivo de propiciar a colocação profissional ou ocupacional, a inclusão ou reinclusão em uma atividade produtiva, ajudando a pessoa a se reorganizar para enfrentar situações competitivas, superar o estigma da doença mental, adquirindo mais auto-confiança, desenvolvendo a iniciativa e a criatividade.

Grupo de Terapia Ocupacional

Tem como objetivo vivenciar atividades, com a proposta de abordar questões de interesse, auto-estima e pragmatismo. Utilizam-se recursos variados como dinâmicas de grupo, jogos e brincadeiras, trabalhos corporais, desenhos, pinturas, colagens, construções, modelagens em argila, entre outros.

Grupo de Vídeo

Neste há exibição de filmes de longa metragem selecionados a partir de sugestões dos pacientes, dos coordenadores ou da equipe, seguida de uma discussão sobre seu conteúdo. Tenta-se, assim, utilizar esta atividade como instrumento projetivo no qual, através da história retratada e de seus personagens, buscam-se possíveis relações com vivências dos pacientes, ajudando-os a se perceberem como pessoas capazes de enfrentar a situação atual.

Grupo Tocar (Massoterapia)

Através de aplicação regular de sessões de massagem específica, é possível reduzir a ansiedade, bem como a rigidez muscular e alterar a mobilidade ora deficiente, promover o relaxamento, proporcionar o alívio de dores (musculares, articulares, cefaléias, entre outros), reduzir as dificuldades relativas aos transtornos do sono, desenvolver a consciência corporal, proporcionar o relacionamento entre os participantes e também com os profissionais e a orientação quanto a hábitos saudáveis. A massagem tem um efeito muito importante sobre o estado emocional do indivíduo e, portanto, sobre seu comportamento emocional. Os efeitos acumulados de relaxamento, que se originam nos músculos e se estendem para o indivíduo como um todo, podem criar uma mudança no estado emocional do paciente. Uma transformação primária seria a substituição de sentimentos internos como tensão e ansiedade por calma e tranqüilidade, aliviando outras emoções negativas como tristeza ou raiva.

Grupo Corpo

Tem-se como objetivo constituir um espaço de escuta do corpo e de sua história, deslocando do eixo do silêncio e do sedentarismo para o eixo do movimento e da comunicação verbal e não verbal. Desenvolve-se através de métodos de: auto avaliação, conscientização e conhecimento do corpo (higiene e auto-cuidado, funções, princípios da anatomia, posturas, gestos e expressões) e devolutiva. São utilizados como recursos a verbalização, materiais didáticos, estímulos proprioceptivos, desenhos, alongamentos, exercícios individuais, dinâmicas de grupo, jogos dramáticos, movimentos espontâneos, danças étnicas e folclóricas, técnicas de relaxamento, exercícios de ritmo e percussão corporal, dentre outros.

Oficinas Terapêuticas

As oficinas visam a reabilitação psicossocial através da instrumentalização de pessoas sem habilidades, para que possam conviver e coexistir no mesmo cenário dos indivíduos considerados capacitados, aumentar o grau de autonomia, desenvolver o pragmatismo e possibilitar melhorias nas relações interpessoais. São as oficinas de culinária, de vídeo (videoteca), do livro e de encadernação (biblioteca), de artesanato e estágios em setores técnico-administrativos do Instituto.

GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA

Este será apresentado quanto ao funcionamento, participantes, proposta e atividades.

Funcionamento

O Grupo de Atividade Física é parte integrante da grade de atividades terapêuticas semanais do CRHD. As atividades têm duração de 60 minutos, com freqüência de duas vezes por semana. É coordenado por um Professor de Educação Física que para tal conta com a participação de dois auxiliares de enfermagem.

Participantes

Após a triagem no CRHD feita pelo médico, a maioria dos pacientes é incluída no grupo, exceto aqueles com comprometimento físico grave, independentemente do diagnóstico psiquiátrico. Grande parte dos pacientes apresenta algum nível de limitação neuro-motora temporária, ou não, tais como rigidez muscular, falta de mobilidade, postura cifótica, entre outras. Possivelmente a instalação dessas manifestações guardam estreita ligação com a questão do sedentarismo e da privação motora, ou seja, não tiveram o estímulo para a experiência motora no curso de suas vidas e pela ocorrência de distúrbios orgânicos ou posturais e, em alguns casos, como conseqüência dos efeitos colaterais dos psicofármacos ou sintomas próprios dos quadros clínicos.

Concordamos com Meyer e Broocks (2000) quando referem que muitos pacientes psiquiátricos apresentam um baixo nível de condicionamento físico.

Proposta

No Grupo de Atividade Física do CRHD, procura-se estimular por meio da atividade física, o aspecto afetivo, procurando proporcionar a sensação de

bem-estar, possibilitando que essa vivência seja transportada para outras áreas de sua vida através da valorização da auto-estima.

No aspecto social, tenta-se desenvolver os elementos que propiciem o relacionamento grupal, propiciando a organização da atividade e da resolução de problemas relacionais em grupo, reconhecendo e aceitando os próprios limites, tais como o respeito, a tolerância e a valorização das diferenças individuais. No aspecto cognitivo estimula-se as operações imaginar, planejar, antecipar, avaliar, programar e informar sobre os hábitos saudáveis, noções de segurança com relação aos materiais, ao espaço físico utilizado, a vestimenta adequada, os benefícios da atividade física para a vida e o desenvolvimento das noções de normas e regras a fim de que o indivíduo possa ter vivência sobre os limites de conduta nas atividades de jogos e que possam ser transportadas para as relações interpessoais. Esforça-se para desenvolver ainda a capacidade de enfrentamento ao estresse, reduzindo a tensão neuro-muscular, a fadiga promovendo noção de relaxamento.

Atividades

As atividades são esquematicamente, divididas em quatro partes. Classicamente elas são divididas em três partes (Silva, 1972), mas a 4ª parte foi introduzida pelo Professor de Educação Física — o pesquisador — para que os pacientes pudessem dar um significado às experiências vivenciadas nas atividades desenvolvidas, refletirem e exercerem a liberdade de expressão.

A divisão adotada abaixo pode ser entendida de forma esquemática ou didática, uma vez que os diferentes aspectos são inter-relacionados.

1ª parte: Aquecimento

O aquecimento é a primeira parte de qualquer trabalho físico. Tem por finalidade preparar o corpo para executar um trabalho físico mais intenso, adaptando-o gradativamente, dentro de uma progressão fisiológica, ao esforço que irá se submeter, ativando as grandes funções do organismo. Nesta fase também são realizados exercícios objetivando a descontração, comunicação e a integração do grupo. Por exemplo, a disposição em círculo e a utilização de exercícios ou dinâmicas visando a memorização dos nomes dos colegas, atividades em duplas, exercícios de alongamentos, de flexibilidade, corridas ou caminhadas, entre outros, como preparação para atividade física mais vigorosa.

2ª parte: Desenvolvimento

São desenvolvidas atividades físicas ou esportivas, onde as aptidões naturais são evidenciadas, as dificuldades trabalhadas e as potencialidades individuais estimuladas. Por exemplo, os pacientes, juntamente com o coordenador, participam da escolha de um jogo (futebol, vôlei, *handball*, basquete, queimada, entre outros). Geralmente os jogos são adaptados com variações de regras, favorecendo a participação de todos, e no decorrer é observada a participação de cada um, seu desempenho e integração dentro da atividade.

3ª parte: Relaxamento

Após o esforço físico aguardamos que os pacientes retornem à normalidade respiratória e circulatória. Na maioria das vezes os pacientes

caminham pela quadra realizando exercícios respiratórios. Posteriormente, realizam exercícios de alongamento e relaxamento.

4ª parte: Avaliação e Discussão

Finalizando a atividade, realizamos a avaliação grupal. Mediante discussão com os participantes, favorecemos a expressão de conteúdos sobre a atividade vivenciada, relacionando-a, se possível, aos aspectos do cotidiano de cada um. Podemos observar que muitos pacientes exibem no decorrer dessas atividades comportamentos semelhantes aos adotados em outras situações. Por exemplo, o participante pode manter-se passivo, permanecer isolado ou avançar estabanadamente além do objetivo definido. Estes aspectos são apontados, pelo coordenador ou pelos próprios participantes das atividades; sendo então avaliados de acordo com a disponibilidade, possibilidade e limitações de cada um. A atividade em grupo tem como objetivo também estimular a expressão verbal.

As atividades desenvolvidas no Grupo de Atividade Física limitam-se às consideradas de baixa à moderada intensidade, pois, segundo Peluso (2003), Peluso e Andrade (2005) e Meyer (2000), existem evidências de alterações de humor com características depressivas associadas ao treinamento de alta intensidade nos atletas de elite, podendo ocasionar o aparecimento da chamada síndrome de *overtraining*, ou seja uma síndrome causada pelo excesso de treinamento, o que é comentado por Peluso e Andrade em seu estudo no qual faz uma revisão da informação disponível na literatura científica sobre o relacionamento entre a atividade física e saúde mental.

A seguir apresentamos a planilha semanal de atividades do CRHD.

PLANILHA SEMANAL DE ATIVIDADES DO CRHD

HORÁRIO	2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA
8:00 às 8:25	CAFÉ	CAFÉ	CAFÉ	CAFÉ	RELATÓRIO
8:30 às 9:30	GRUPO DE ATIVIDADE FíSICA	LIVRE	LIVRE	GRUPO DE CUIDADOS PESSOAIS	RELATÓRIO
9:00 às 10:00	LIVRE	GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL	GRUPO DE VÍDEO	OFICINA DE ARTESANATO	REUNIÃO DE EQUIPE FIXA
10:00 às 11:00	GRUPO DE DESENHO E PINTURA	GRUPO DE PSICOTERAPIA	GRUPO DE ATIVIDADES	GRUPO DE CONSCIENTIZAÇÃO	REUNIÃO GERAL DA EQUIPE
11:00 às 12:00	GRUPO DE CIDADANIA	LIVRE	GRUPO DE REORIENTAÇÃO OCUPACIONAL	GRUPO DE LITERATURA	REUNIÃO GERAL DA EQUIPE
12:00 às 13:20	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
13:30 às 14:30	GRUPO DE LAZER	GRUPO DE ATIVIDADE EXTERNA	LIVRE	GRUPO DE ATIVIDADE FíSICA	GRUPO CORPO
14:30 às 15:30	GRUPO DE PSICODRAMA	GRUPO DE ATIVIDADE EXTERNA	GRUPO DE PSICODRAMA	GRUPO DE FAMÍLIA GRUPO TOCAR	GRUPO DE CONVIVÊNCIA
15:30 às 16:00	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE	GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Figura 2. Planilha semanal de atividades do Centro de Reabilitação e Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

O estudo foi realizado no CRHD, já descrito anteriormente. O Grupo de Atividade Física deste estudo utilizou o espaço que foi destinado para estas atividades, no momento da pesquisa, em virtude da reforma do IPq.

Utilizamos uma sala ampla localizada no piso térreo que comportava satisfatoriamente os participantes do grupo. A mesma foi utilizada com adaptações às condições e materiais oferecidos pela Instituição. Quando não chovia ou o sol não estava muito forte o pátio externo era utilizado.

3.3 População do estudo

Inicialmente foram incluídos no grupo doze pacientes, mas dois tiveram alta por abandono do tratamento.

Constituíram, portanto, a população desta pesquisa, dez pacientes admitidos no CRHD e que participaram do Grupo de Atividade Física — pessoas adultas de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias, níveis sócio-econômico-cultural e condições físico-motora. Não participaram do estudo aqueles com comprometimento físico grave, independentemente do diagnóstico psiquiátrico.

3.4 Aspectos éticos

Inicialmente foi feita a solicitação de autorização à Instituição, campo de pesquisa, para a realização do estudo, sendo assegurado o retorno dos resultados da pesquisa para instituição e participantes.

Foram respeitados os aspectos éticos preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil,1996). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado após o integrante da população do estudo receber e compreender todas as informações sobre o estudo e sua

participação nesse (Anexo 3). Foram assegurados o sigilo e o anonimato aos participantes.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexos 1 e 2, respectivamente).

3.5 Elaboração do instrumento de coleta de dados

Nosso foco nesta etapa foi a construção, validação e pré-teste de um instrumento ou roteiro, que permitisse observar de forma mais completa a evolução do comportamento de um grupo de pacientes com doença mental crônica e grave, participantes do Grupo de Atividade Física do CRHD do IPqHCFMUSP.

O instrumento de observação foi elaborado após ampla revisão de literatura, apresentada na introdução, e com base na experiência do autor. Para tal, utilizamos o roteiro de observação de comportamento de pacientes internados em hospital psiquiátrico elaborado por Arantes (1968), o roteiro de observação das manifestações de comportamento apresentadas por portadores de esquizofrenia construído por Stefanelli e Arantes (1975) e um conjunto de itens de observação indicativos de cada domínio do comportamento humano descritos na introdução deste estudo (Tani, 1988; Taylor, 1982; Fait, 1972).

O roteiro ou instrumento foi construído considerando-se na primeira parte a caracterização da população quanto aos dados sócio-demográficos, diagnóstico e tipo constitucional.

A segunda parte foi estruturada fundamentada em itens que representassem os domínios motor, afetivo-social e cognitivo. Segundo os autores adotados para construção do instrumento.

No domínio motor incluímos a postura, tônus muscular, a marcha, agilidade, habilidade e condicionamento físico.

No domínio afetivo-social foram abordados: aparência, expressão facial, interesse, comunicação verbal, iniciativa, agressividade, comportamento geral, interação social, relacionamento com grupo e coordenador, assiduidade, sensação aparente após atividade física.

Quanto ao domínio cognitivo foram enfeixados a atenção, orientação espaco-temporal, compreensão das regras e dos objetivos, execução da maioria das atividades, realização do exercício/tarefa conforme orientação, execução de jogada ensaiada (treinada), procura de um melhor posicionamento na quadra em jogos, reconhecimento dos membros da equipe e solicitação constante de instruções.

O roteiro construído foi analisado por duas enfermeiras peritas da área psiquiátrica e especificamente no domínio de observação de comportamento e um psiquiatra com as mesmas características. Foram feitos os ajustes necessários até que o mesmo fosse considerado adequado pelos peritos para a finalidade proposta.

A seguir o roteiro foi pré-testado para garantir o alcance da finalidade da pesquisa. Participaram deste pré-teste aprimorandos e estagiários de diversas

áreas como Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem, auxiliares de enfermagem, enfermeira e residentes de Medicina, abrangendo, portanto, várias disciplinas. Esses observaram os pacientes no Grupo de Atividade Física e preencheram o roteiro proposto inicialmente.

Os estímulos para a observação das manifestações de comportamento, “negativas” e “positivas”, não foram colocados seqüencialmente para não induzir as respostas dos observadores.

Foi solicitado aos mesmos que observassem atentamente o desempenho dos participantes nas atividades programadas para o grupo, bem como todas as manifestações de comportamento havidas e checassem as mesmas no roteiro de cada paciente e anotassem tudo o que haviam observado. Caso não encontrassem nenhum item do roteiro que correspondesse ao que mais se aproximava do percebido, deveriam colocá-lo como observação e também apontar dados que pudessem contribuir para o aperfeiçoamento do roteiro; incluindo dificuldades na compreensão e sugestões.

A seguir, os roteiros preenchidos foram analisados, sendo que várias sugestões puderam ser incluídas. Testamos novamente o instrumento com estagiários, auxiliares de enfermagem e aprimorandos das áreas citadas que se encontravam no momento no CRHD. Fomos gradativamente aprimorando o instrumento até chegar ao final, apresentado no Anexo 4, que foi confirmado pelos perito como adequados.

O treinamento dos dois auxiliares de enfermagem que fizeram a coleta de dados no curso da pesquisa, participaram desde o preparo para a testagem do instrumento, como parte do treinamento e suas dúvidas foram sendo

discutidas e esclarecidas com o pesquisador, durante todo o processo de pesquisa.

3.6 Procedimento de coleta de dados

Após observância dos aspectos éticos, os dados foram coletados junto à população do estudo no CRHD do IPq do HCFMUSP. A observação dos participantes das atividades físicas foi feita por dois auxiliares de enfermagem que participavam das atividades. Após o treinamento, fizeram a assinalação dos itens observados no roteiro de observação (Anexo 4), podendo esclarecer eventuais dúvidas que pudessem surgir.

Existem muitas variáveis que devem ter influenciado o estudo, mas não se pode deixar o paciente sem os outros tratamentos e cuidados, sabendo-se que estes estão sendo beneficiados. Por isso, neste estudo, a observação limitou-se à observação dos pacientes pelos observadores treinados para tal, e ao período peri-atividades, ou seja a partir da chegada do paciente ao Grupo de Atividade Física em todas as suas fases: aquecimento, atividade em si, relaxamento e avaliação.

Neste estudo, optou-se pela observação do comportamento do paciente na última sessão de cada mês, atentos aos dados contidos no roteiro de observação de cada domínio do comportamento humano.

Os observadores foram alertados para lerem com atenção cada item e para que pudessem assinalar o que mais se aproximava do percebido, por meio da observação do comportamento do paciente.

Como faz parte da função do coordenador do grupo a observação constante da evolução do comportamento de cada paciente durante o desenvolvimento das atividades propostas, após cada sessão o coordenador (pesquisador) fazia suas anotações no prontuário do paciente para eventuais validação das observações feitas.

A avaliação do comportamento pôde ser ilustrada com fatos observados no decorrer do estudo — comentários dos participantes da pesquisa, que foram registrados pelo pesquisador.

3.7 Tratamento dos dados

Os dados foram agrupados e estudados segundo categorias advindas do próprio roteiro.

Os dados foram apurados e são apresentados em gráficos, tabelas e quadros em números absolutos. Foram utilizados segundo a pertinência para uma apresentação mais clara e objetiva possível dos dados.

4 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

No momento do estudo estavam freqüentando o Hospital-Dia poucos pacientes.

As sessões de atividade física foram realizadas duas vezes por semana, totalizando trinta e sete sessões, com dez integrantes do Grupo de Atividade Física cuja caracterização é apresentada a seguir.

Os resultados serão apresentados em dois grandes tópicos: “Caracterização da população” e “Domínios motor, afetivo-social e Cognitivo”.

4.1 Caracterização da população

A caracterização sócio-demográfica da população é apresentada a seguir, no quadro 1.

Quadro 1. *Caracterização sócio-demográfica* da população do estudo. Grupo de Atividade Física do CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Características sócio-demográficas	№ pacientes
Sexo	
Feminino	**4**
Masculino	**6**
Faixa Etária	
20 a 29 anos	**6**
30 a 39 anos	**1**
40 a 49 anos	**3**
Estado civil	
Solteiro	**10**
Casado	**0**
Cor	
Branca	**6**
Amarela	**2**
Negra	**2**
Escolaridade	
Superior completo	**1**
Superior incompleto	**1**
Médio completo	**3**
Médio incompleto	**2**
Fundamental completo	**1**
Fundamental incompleto	**2**
Situação ocupacional	
Desempregado	**8**
Aposentado	**2**
Local de origem	
Grande São Paulo	**10**
Religião*	
Católica	**4**
Espírita	**2**
Evangélica	**2**
Budista	**1**
Não tem	**1**

* Para *religião* utilizou-se a linguagem dos pacientes.

Participaram, portanto, do estudo dez pacientes, seis homens e quatro mulheres, cuja média de idade foi de 31,2 anos; a mediana foi 28,5 anos e a moda 28 anos; a amplitude variou de 20 a 45 anos. Vale salientar que todos encontravam-se em plena idade produtiva. Quanto ao estado civil, dos dez pacientes observados, todos eram solteiros. Seis dos participantes eram brancos, dois de cor amarela e dois de cor negra.

Um paciente tinha o curso superior completo e um outro que não chegou a completar, cinco cursaram o nível médio, mas apenas três o completaram. Três pacientes cursaram apenas o fundamental e somente um chegou a completá-lo. Em relação à situação ocupacional, a maioria (8) dos pacientes encontra-se desempregada e dois estavam aposentados.

Todos os dez pacientes moram na grande São Paulo, uns em distritos relativamente mais próximos ao Hospital das Clínicas, como Pinheiros, Aclimação, Saúde, Jabaquara e outros moram em distritos muito afastados do CRHD, como Arthur Alvim, São Miguel Paulista, Tucuruvi.

Houve predomínio da religião católica, seguida de religiões como a espírita, evangélica e a budista; apenas um paciente referiu não ter nenhuma religião.

A caracterização da população segundo o diagnóstico é apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população do estudo segundo o *diagnóstico.* Grupo de Atividade Física do CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Diagnóstico (CID 10)	№ pacientes
Esquizofrenia paranóide	**5**
Esquizofrenia residual	**2**
Esquizofrenia hebefrênica	**1**
Esquizofrenia indiferenciada	**1**
Depressão psicótica refratária	**1**
Total	**10**

A maioria (9) dos participantes recebeu o diagnóstico de esquizofrenia em alguma de suas formas, com predominância da forma paranóide (5), e a totalidade (10) faz uso de medicação de acordo com seu quadro clínico.

Quanto ao tipo constitucional, apresentamos os resultados da população em consonância com a classificação da tipologia constitucional de Kretschmer (1961).

Segundo Vallejo-Nagera (1976), essa classificação tem uma grande difusão não só na psiquiatria, mas em toda a medicina. Sua essência consiste na descrição de tipos somáticos que tenham como característica um tipo psíquico correspondente e uma predominância em determinadas enfermidades. A tipologia kretschemeriana identifica quatro biótipos: o pícnico, o leptossômico, o atlético e o displásico.

O tipo *pícnico* apresenta um acentuado aumento das cavidades corporais como a caixa cranial, torácica e abdominal, um esqueleto relativamente frágil, tendência à obesidade, pescoço curto e grosso, rosto arredondado. Tem tendência à calvície precoce, com perda do cabelo da parte

superior da cabeça, mas conservando cabelos nas regiões temporais que combinado com a obesidade, dá-lhe um aspecto arredondado. Segundo os estudos de Kretschmer (1961) o transtorno afetivo bipolar aparece preferentemente nos tipo pícnicos.

O tipo *leptossômico* apresenta silhueta alongada, cabeça pequena e em seu perfil destaca-se um nariz comprido, pele pálida e seca, ombros estreitos, braços e pernas compridas com pouco desenvolvimento muscular, tórax comprido, estreito, plano, com as costelas perceptíveis, pêlos finos e abundantes. Para o autor citado acima, esse tipo constitucional apresenta estreita relação com a esquizofrenia.

O tipo *atlético* apresenta um predomínio do desenvolvimento do esqueleto e da musculatura. Estatura mediana a elevada, ombros largos, crânio alto e estreito, rosto comprido ovalado, pescoço alto, mãos grandes. Existe uma certa disposição do tipo atlético à epilepsia.

O tipo *displásico* constitui um grupo muito variado e heterogêneo, englobando todas as deformidades e transtornos endócrinos, como o nanismo, gigantismo, acromegalia, entre outros. Segundo Kretschmer (1961), existe uma relação entre o tipo displásico e a esquizofrenia.

O tipo constitucional da população estudada, observada pelo pesquisador deste estudo, é apresentada na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da população do estudo segundo o *tipo constitucional.* Grupo de Atividade Física do CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Tipo constitucional	№ Pacientes
Leptossômico	**9**
Pícnico	**1**
Atlético	**0**
Displásico	**0**
Total	**10**

A maioria dos pacientes (9) correspondeu à classificação do tipo leptossômico e apenas um ao tipo pícnico. Apesar de não ser recente o estudo de Kretschmer (1961), nossos dados apresentaram estreita relação com os seus resultados.

Em relação à altura dos pacientes, a variação foi entre 1,57m a 1,75m e o peso corporal variou entre 46,4 kg a 80,0 kg.

4.2 Domínios motor, afetivo-social e cognitivo

Os dados apurados através do roteiro de observação foram categorizados segundo os domínios motor, afetivo-social e cognitivo. Cada um destes encontra-se subdividido em categorias e subcategorias como constam no roteiro (anexo 3).

Domínio motor

O movimento é a base do domínio motor (Magill, 1984). Através de complexas interações que ocorrem no sistema nervoso, central e periférico, que processa as informações sensoriais, o movimento é gerado. Ele tem duplo aspecto, o comportamento observável e o produto de todo um processo que acontece no indivíduo (Tani et al., 1988).

Pelo fato do movimento se caracterizar por um deslocamento do corpo num determinado padrão espaço-temporal, ele é um comportamento observável e mensurável. Todos os movimentos manifestam certas características espaço-temporais observáveis, mas é preciso considerar que as manifestações desses comportamentos são resultados de um processo de elaboração interna que acontece no indivíduo.

O mesmo autor afirma também que o desenvolvimento das capacidades e do estado físico está diretamente relacionado à capacitação para a boa execução das atividades comumente realizadas na vida cotidiana.

A seguir apresentamos as categorias desse domínio.

- *Postura*

Define-se como postura ideal aquela em que há um equilíbrio entre as estruturas de suporte, envolvendo uma quantidade mínima de esforço e sobrecarga com uma máxima eficiência do corpo (Denys-Struyf, 1995).

A postura de cada indivíduo será determinada por cadeias musculares, fáscias, ligamentos e estruturas ósseas, interdependentes entre si e que

abrangem todo o organismo. A boa postura não é o fim em si mesmo, mas uma parte do bem-estar geral (Kendal, 1995).

Para Rasch e Burke (1987), a postura pode traduzir uma atitude do corpo com um arranjo de partes que o sustentam, adaptando-se às situações específicas que surgem. Os distúrbios posturais podem ser decorrentes não só das alterações e adaptações da espécie humana, mas também do sedentarismo e de fatores emocionais, sociais e culturais.

No quadro 2, a seguir, podemos observar a evolução dos pacientes quanto à *postura* apresentada durante o desenvolvimento das atividades propostas.

Quadro 2. Distribuição da população do estudo segundo a *postura* do paciente no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Postura	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Tronco curvado para frente	6	4	3	2	2
Tronco curvado para o lado	1	1	1	0	0
Cabeça curvada para frente	7	7	3	3	2
Cabeça curvada para o lado	1	1	1	1	0
Flácida	4	4	3	1	1
Ereta	0	1	5	6	6

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

No primeiro mês foram observados seis pacientes com o *tronco curvado para frente,* durante a atividade, e no quinto mês, dois. Houve uma assinalação na postura com o *tronco curvado para o lado,* no primeiro mês, sendo que no quarto mês já não foi assinalado.

Foi observado no primeiro mês que sete pacientes apresentavam a *cabeça curvada para frente* e um paciente com a *cabeça curvada para o lado*,

devido a uma distonia muscular. Este apresentou sensível melhora na observação do quinto mês, ressaltando, entretando, que havia começado a fazer tratamento com toxina botulínica no quarto mês.

No item *flácida,* foram incluídos os participantes que apresentavam os braços “caídos ao longo do corpo”: quatro no primeiro mês, diminuindo para um no quinto mês.

A partir do terceiro mês, cinco pacientes observados apresentaram a postura *ereta* na atividade, chegando a seis no quinto mês.

Foi observado que durante as atividades os pacientes modificavam sua postura por outras diferentes daquelas que apresentavam quando chegavam à atividade.

Grande parte deles apresentavam-se mais curvados, com a cabeça caída para frente nas atividades iniciais, mas observou-se que eles procuravam corrigir suas posturas, principalmente no momento do jogo, tentando ficar mais eretos. Alguns nos surpreenderam ficando completamente eretos ao final do quinto mês.

- *Tônus muscular*

Os músculos mantêm-se normalmente em um estado de contração parcial e apresentam uma firmeza à palpação que é denominada tônus muscular e este é causado por estimulação nervosa. Isto ocorre por meio de um processo inconsciente que mantém os músculos preparados para ação, requerida por diversos estímulos (Smith, 1997).

No gráfico 1 apresentamos as mudanças havidas na observação mensal desta subcategoria.

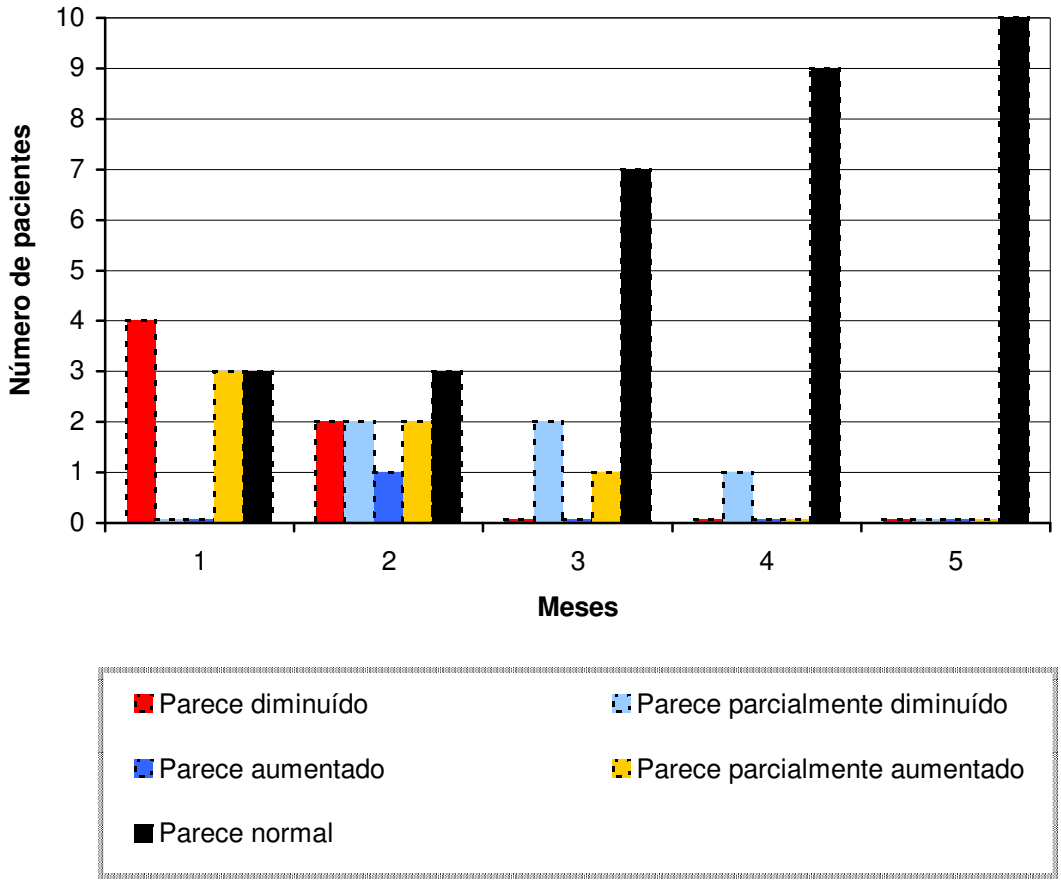

Gráfico 1. Distribuição da população do estudo segundo o *tônus muscular* aparente do paciente no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

A partir do terceiro mês de participação no Grupo de Atividade Física, foi observado que sete pacientes foram considerados como tendo um *tônus muscular normal*, ou seja, conseguiam realizar as atividades propostas de modo adequado. Aqui cabe ressaltar que mesmo aqueles que no início foram considerados como aparentando aumento ou diminuição do *tônus muscular,* demonstravam nitidamente esforço para desempenharem as atividades propostas, atingindo esse objetivo com a evolução da sua participação no

grupo. Ao final, todos os pacientes aparentavam o *tônus muscular aparentemente normal* na atividade como visto no gráfico 1.

- *Marcha*

A marcha é definida como uma maneira ou estilo de andar e a descrição do padrão de marcha de um indivíduo inclui a velocidade de locomoção em metros por segundo (m/s) e o número de passos completados por unidade de tempo, ou seja, passos por minuto que também é chamado de cadência (Smith, 1997).

A evolução da marcha dos pacientes encontra-se no quadro 3.

Quadro 3. Distribuição da população do estudo segundo a observação da *marcha* dos pacientes no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Marcha	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Lentificada	4	3	2	1	1
Rápida e inquieta	4	4	2	1	0
Em bloco	2	0	0	0	0
Estereotipada	0	0	0	0	0
Normal	3	3	6	8	9

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Embora a marcha dos integrantes da população não tenha sido medida ou avaliada em m/s ou a cadência em número de passos por minuto, por não ser o objetivo do estudo avaliar pormenorizadamente o padrão da marcha, pode-se observar no quadro 3, que a partir do terceiro mês o número de pacientes com a *marcha* considerada *normal* elevou-se para seis. No último mês nove pacientes apresentavam marcha adequada às atividades

desempenhadas. A característica *estereotipada* não foi assinalada nenhuma vez.

Uma das pacientes continuou com a marcha lentificada, porém com menos intensidade. Queixava-se de dor lombar e estava em tratamento fisioterápico, mas, mesmo com essas restrições quando estava no Grupo de Atividade Física tentava acompanhar as atividades propostas, demonstrando empenho em participar adequadamente.

- *Agilidade*

A agilidade pode ser definida como uma variável neuro-motora caracterizada pela capacidade de realizar trocas rápidas de direção, sentido e deslocamento da altura do centro de gravidade de todo corpo ou parte dele (Matsudo, 1987).

O desenvolvimento da *agilidade* dos pacientes do estudo pode ser apreciado no gráfico 2.

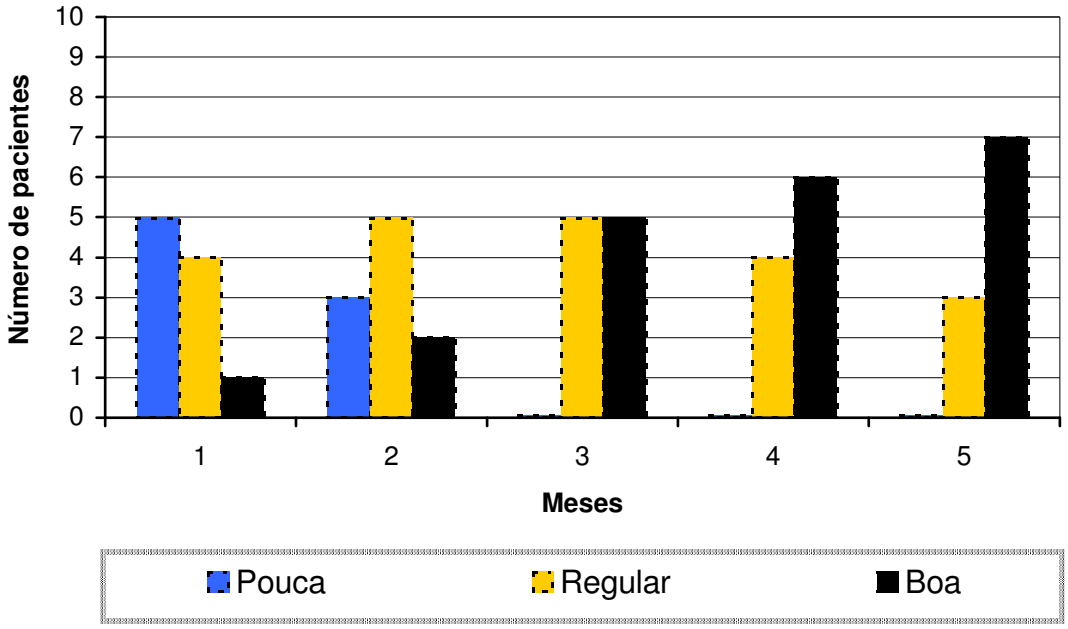

Gráfico 2. Distribuição da população do estudo segundo a *agilidade* dos pacientes para a atividade no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

No primeiro mês, foi observado que apenas um paciente mostrava *agilidade adequada* para a atividade, mas, a partir do terceiro mês, cinco pacientes a apresentavam e, no quinto mês, sete conseguiram apresentar *boa agilidade* para a atividade. Os três pacientes restantes apresentaram uma *agilidade regular*, mas com potencial para melhorar. Eles não conseguiram acompanhar os restantes devido à oscilação de comportamento decorrente de seus quadros clínicos.

- *Habilidade*

Para Magill (1984), habilidade pode ser usada como sinônimo de *ato* ou *tarefa* e, também, como uma qualidade de desempenho que é geralmente julgada com base na produtividade da pessoa ou em certas características de

seu desempenho. Tani et al. (1988) refere que as habilidades motoras implicam na utilização adequada das capacidades perceptivo-motoras, ou seja, a percepção que antecede a resposta motora.

A habilidade na população do estudo foi observada como exposta no gráfico 3.

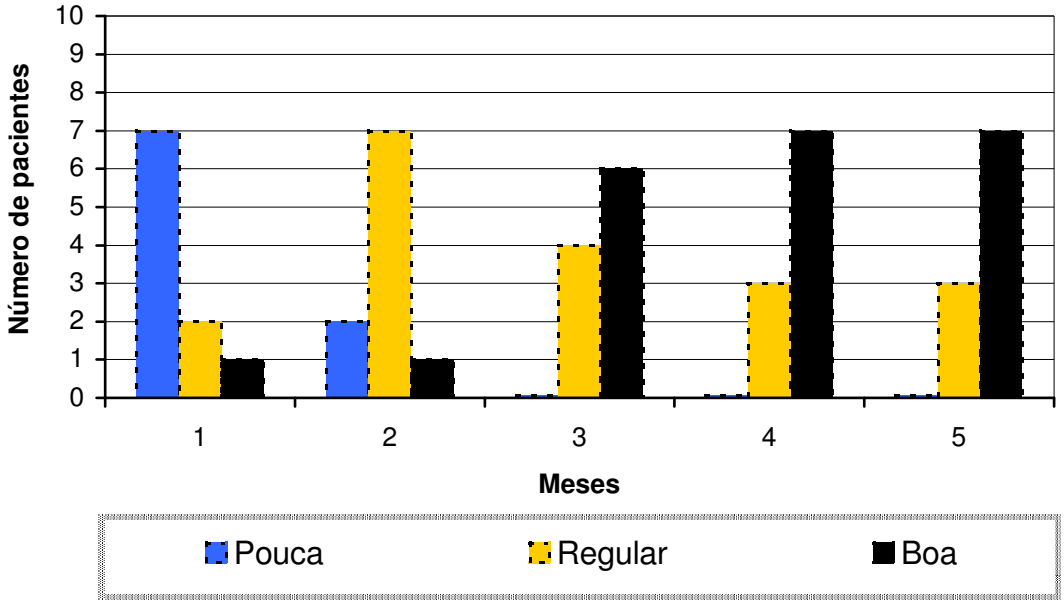

Gráfico 3. Distribuição da população do estudo segundo a *habilidade* dos pacientes para a atividade no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

No primeiro mês sete pacientes apresentavam *pouca habilidade* para a atividade, dois apresentavam *habilidade regular* e um com *habilidade adequada* para a atividade; no segundo mês, sete pacientes apresentaram *habilidade regular*. A partir do terceiro mês observou-se que seis pacientes passaram a apresentar *boa habilidade,* passando para sete nos dois meses seguintes.

- *Condicionamento físico*

O condicionamento físico caracteriza-se por um desenvolvimento amplo das qualidades físicas básicas, que são a força e resistência muscular, velocidade, flexibilidade e a resistência cárdio-respiratória (Barbanti, 1979).

A evolução do condicionamento físico dos participantes do estudo estão no gráfico 4.

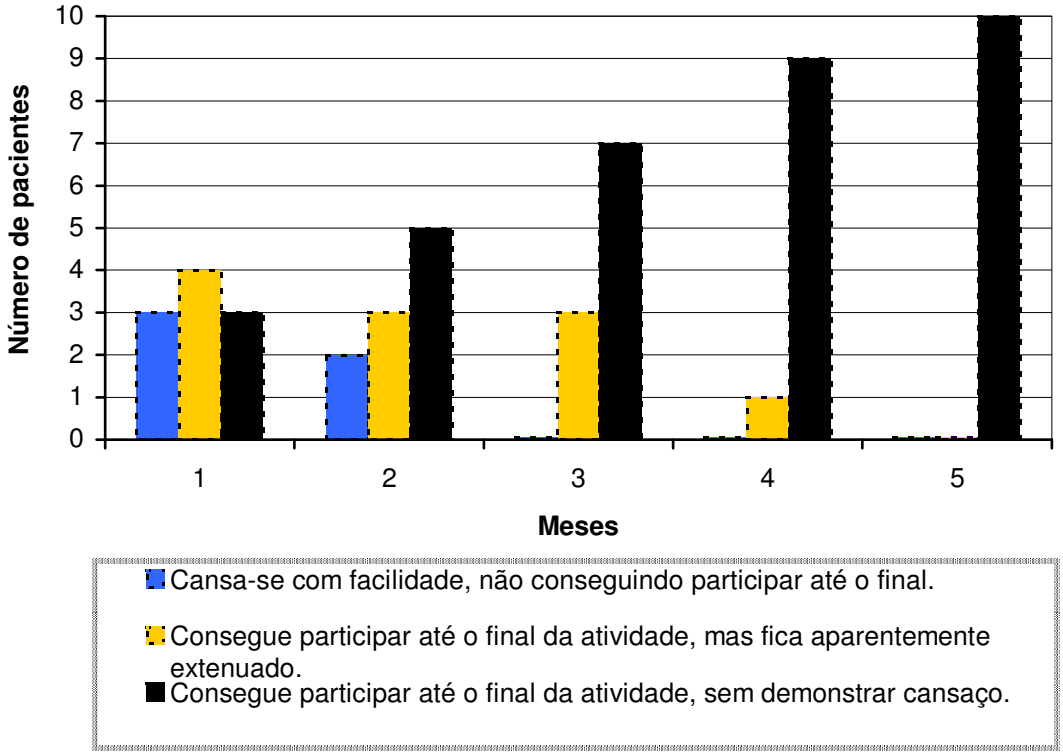

Gráfico 4. Distribuição da população do estudo segundo o *condicionamento físico* dos pacientes no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Como se pode ver no gráfico 4, no primeiro mês três pacientes cansavam-se com facilidade, não conseguindo participar até o final das atividades, mas a partir do terceiro mês sete deles conseguiram participar até o final, sem demonstrar cansaço. No quinto mês, todos os dez pacientes

conseguiram, dentro de seus limites, participar até o final da atividade; a maioria sem demonstrar cansaço.

Domínio afetivo-social

O domínio afetivo-social está relacionado ao comportamento afetivo e social no qual encontram-se diretamente relacionados os aspectos de motivação, interesse, responsabilidade, cooperação e respeito ao próximo, entre outros (Magill, 1984). Através dos movimentos o ser humano pode agir sobre o meio ambiente para alcançar objetivos desejados ou satisfazer suas necessidades, se relacionar com o outro e aprender sobre si mesmo (Tani et al., 1988).

A seguir apresentamos as categorias desse domínio.

- *Aparência*

Uma das principais maneiras pelas quais uma pessoa influencia outra é por meio da aparência. Os cuidados com os cabelos e as vestimentas são elementos importantes na aparência, de tal forma que podem ser encarados como um fragmento do comportamento social, da auto imagem, do estado emocional (Argyle, 1976).

A maioria dos pacientes apresentou-se desde o início com cabelos e trajes limpos e adequados para participarem das atividades do Grupo de Atividade Física. Dois pacientes apresentaram-se com trajes e cabelos em desalinho e um deles veio a uma sessão, do segundo mês, com excesso de

vestimenta para o clima. Após orientação, não foi verificado mais esse comportamento.

- *Expressão facial*

A face parece ser a principal região para comunicar emoção (Argyle, 1976). As expressões faciais surgem como suporte nas demonstrações de sentimentos (satisfação, interesse, atenção, surpresa). A face é a zona da comunicação não-verbal que melhor pode ser controlada conscientemente (Silva, 2001).

Nos gráficos 5a, 5b, 5c, a seguir, apresentamos como foi percebida a expressão facial dos participantes do estudo, antes, durante e após a atividade física proposta.

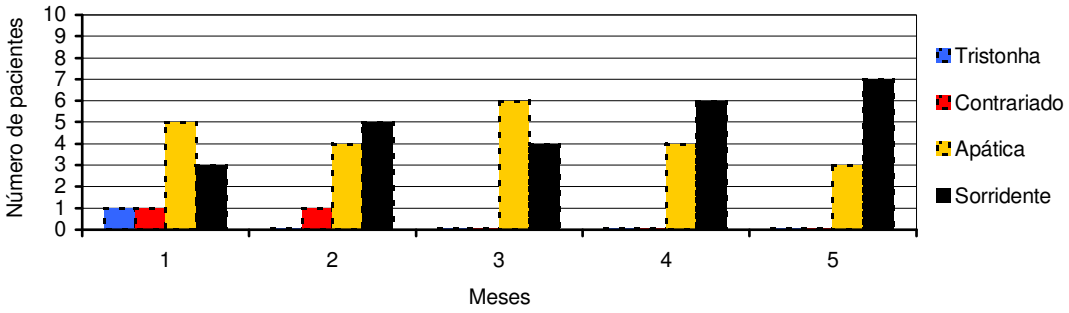

Gráfico 5a. Distribuição da população do estudo segundo a *expressão facial* dos pacientes antes da atividade. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP). São Paulo, 2005.

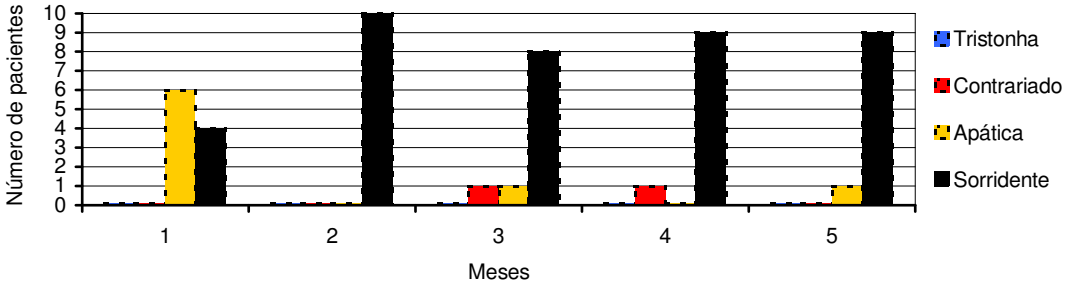

Gráfico 5b. Distribuição da população do estudo segundo a *expressão facial* do paciente durante as atividades no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

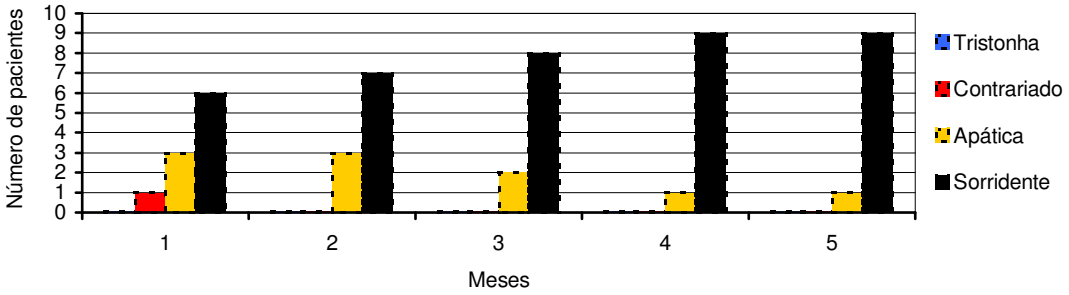

Gráfico 5c. Distribuição da população do estudo segundo a *expressão facial* dos pacientes, depois da participação nas atividades do Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

No item sorridente, foram considerados os pacientes com aparente satisfação e alegria.

A média de pacientes com expressão facial aparentemente *apática* e *sorridente*, antes de iniciar a atividade, ficou em torno de cinco, havendo, porém uma inversão dessas manifestações do início ao término da coleta de dados, ou seja, do primeiro ao quinto mês, como pode ser vista no gráfico 5ª, com predominância de sorridente no quinto mês. Cabe ressaltar que a expressão de tristeza só foi percebida no primeiro mês (gráfico 5a).

Como podemos ver no gráfico 5b houve um acentuado predomínio da expressão sorridente no segundo mês. A variação das manifestações a partir do terceiro mês deve-se à oscilação das manifestações de comportamentos decorrentes dos quadros clínicos de alguns pacientes.

A expressão facial após a atividade foi predominantemente a sorridente, desde o primeiro mês (gráfico 5c), com aumento no quarto e quinto mês.

- *Interesse*

Este item refere-se ao sentimento que leva o paciente a participar ou não do Grupo de Atividade Física.

A seguir apresentamos o quadro 4, mostrando o resultado da observação do *interesse* do paciente pelas atividades no Grupo de Atividade Física.

Quadro 4. Distribuição da população segundo o *interesse* do paciente pelas atividades no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Interesse	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Recusa-se a participar	1	0	0	0	0
Interesse oscilante	3	3	1	0	2
Não demonstra interesse mesmo quando estimulado	2	0	1	1	0
Participa apenas quando estimulado	3	4	1	0	2
Participa apaticamente	3	1	2	0	1
Mostra-se interessado	1	4	5	7	8
Participa ativamente	4	4	7	9	8

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Como este item refere-se a *interesse*, várias vezes o mesmo paciente apresentou mais de uma das manifestações expressas no roteiro.

A demonstração de interesse foi observada por meio de perguntas, comentários, sugestões ou críticas, da participação ativa nas atividades. A demonstração da falta de interesse foi assinalada quando houve recusa em participar após a estimulação. Alguns pacientes, quando estimulados, participavam apaticamente e alguns apresentavam interesse oscilante, participando de uma ou outra atividade específica. Ao término destas, permaneciam parados num lugar ou sentados, recusando-se a continuar. Esses aspectos eram discutidos com todos, na fase final no momento da avaliação e discussão da atividade desenvolvida naquela sessão.

- *Comunicação verbal*

A comunicação verbal acontece por meio de palavras, depende da linguagem que é fortemente influenciada pela cultura. A linguagem é o recurso

que a pessoa usa para expor suas idéias, partilhar experiências com outras pessoas e validar o significado simbólico da percepção sobre o assunto e o lugar que ocupa nele (Stefanelli, 1993).

A observação da *comunicação verbal* do paciente no Grupo de Atividade Física está no quadro 5.

Quadro 5. Distribuição da população do estudo segundo a *comunicação verbal* do paciente no Grupo de Atividade Física. CHRD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Comunicação verbal	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Presente, espontaneamente	4	5	7	7	8
Somente quando estimulado	5	4	3	3	2
Não responde mesmo quando estimulado	1	0	0	0	0
Adequada	3	4	8	8	9
Exagerada	2	3	0	1	0
Confusa	5	3	2	1	1
Só com o coordenador	3	1	0	1	1
Só com colega de grupo	0	0	0	0	1

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Podemos observar que a comunicação verbal tornou-se adequada para a maioria (9); presente espontaneamente (8) e dois continuaram se expressando quando estimulado.

Iniciativa

A iniciativa é a ação daquele que é o primeiro a propor e/ou empreender uma coisa. Qualidade daquele que sabe agir, que está disposto a empreender, ousar (Ferreira, 1986).

A *iniciativa* dos pacientes no Grupo de Atividade Física é apresentada no gráfico 6.

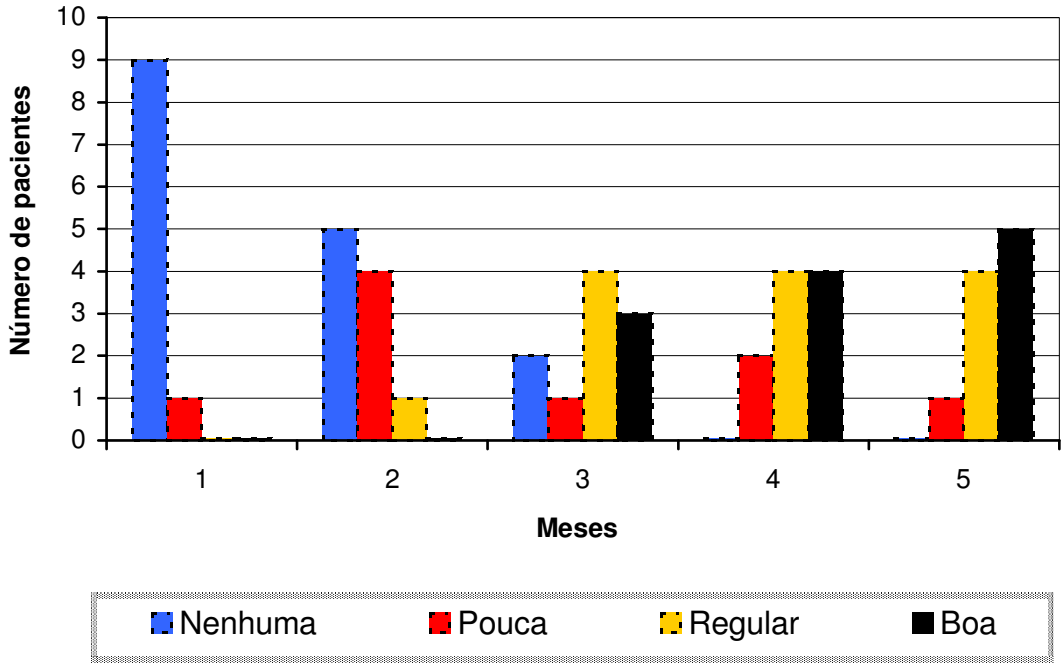

Gráfico 6. Distribuição da população do estudo segundo a *iniciativa* dos pacientes durante as atividades no Grupo de Atividade Física. CHRD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

De *nenhuma iniciativa* (9), no primeiro mês, chegamos ao terceiro mês com duas assinalações e esta não mais foi percebida nos outros dois meses, havendo predomínio da *regular* e *boa* nestes, com o aumento crescente de *boa* e manutenção do *regular* do terceiro ao quinto mês.

- *Agressividade*

Segundo Hokino e Casal (2001), a agressão é usualmente definida como uma conduta manifestada com a intenção de ferir, destruir, degradar ou subjugar uma pessoa, inclusive a si próprio, um grupo de pessoas ou um objeto material. Referem também que vários autores acreditam que o homem possui

um instinto de agressão que face ao estímulo apropriado, por exemplo, a frustração, a pessoa irá naturalmente reagir de modo agressivo. Ela não precisa aprender a ser agressiva, mas, no entanto, aprende maneiras específicas e culturalmente adotadas de condutas agressivas.

A agressividade pode ser considerada um impulso inato inevitável que desempenhou uma função positiva na história da evolução do ser humano. Este impulso deveria ser canalizado, para que sua descarga fosse realizada através de atividades socialmente adequadas.

A agressão, como um impulso aprendido em uma história de frustrações e necessidades precoces insatisfeitas ou mediante uma aprendizagem social, trata de conduta indesejável que pode ser eliminada mediante a modificação de conduta.

Para estes autores (Hokino e Casal, 2001), tanto na vida como nos esportes, às vezes a evolução e a realização de algo demanda manifestação adequada de agressividade. Por isso ela não é necessariamente um atributo indesejável da personalidade; às vezes pode ser usada de maneira construtiva e positiva, de acordo com as regras desportivas e culturais.

No âmbito esportivo, há, portanto, necessidade de se diferenciar os tipos de agressividade. Pode ocorrer a agressividade no sentido de combatividade positiva. Pode ocorrer também a agressividade negativa, que viola as regras sociais e desportivas, podendo se encaminhar para a agressão e para a violência.

O esporte pode ser considerado como um canal para a expressão das tendências agressivas, como meio para superar as tendências anti-sociais, tornando seus praticantes mais sociáveis e amistosos. Para tanto, a

agressividade possa ser expressa de maneira inofensiva e aceitável e pode ser transformada em hábito saudável (Hokino e Casal, 2001).

Foram assinalados no roteiro de observação os seguintes itens: *agressividade verbal presente, agressividade verbal presente acompanhada do uso de linguagem obscena, auto-agressividade verbal, agressividade física presente, agressividade física presente acompanhada do uso de linguagem obscena, auto-agressividade física e ausência de agressividade.*

Foi observado que oito pacientes não apresentaram agressividade física ou verbal durante as atividades. Duas pacientes apresentaram oscilação de comportamento agressivo física e verbalmente. Às vezes empurravam e xingavam alguns companheiros e uma dessas duas manifestava comportamento auto-agressivo, jogando-se no chão e ridicularizando a si mesma, durante as atividades.

No Grupo de Atividade Física do CRHD, podem-se abordar essas questões no momento que acontece e na fase final das atividades, ou seja, no momento da avaliação e discussão da atividade, onde todos podem e devem opinar no sentido de analisar o ocorrido e o seu significado.

Um dos participantes do grupo manifestava comportamento agressivo principalmente em relação às mulheres, fora e dentro de alguns grupos terapêuticos do CRHD. Utilizava linguagem obscena, gritando para intimidar, e em alguns momentos chegava a arremessar objetos muito embora não tenha demonstrado esse comportamento no grupo de atividade física. Em reunião de equipe multidisciplinar, foi discutido o manejo uniforme de todos os profissionais em relação ao paciente. Na discussão do caso, chegou-se à

conclusão que a extrema baixa auto-estima, o baixíssimo limiar de tolerância à frustração e a ansiedade deveriam ser abordadas com mais atenção.

O coordenador do grupo de atividade física deveria avaliá-lo, pois o paciente referia domínio da prática de artes marciais e talvez houvesse a possibilidade de canalizar essa agressividade através dessa atividade.

Nas sessões do Grupo de Atividade Física foi dada liberdade para que ele demonstrasse seu conhecimento sobre artes marciais, ficando evidenciado seu domínio sobre o assunto. Utilizamos uma parte do tempo do grupo para que ele pudesse ensinar aos outros pacientes alguns movimento desta arte. Com seu interesse e participação ativa como coordenador desta atividade, notamos que seu comportamento agressivo diminuiu. A redução provavelmente ocorreu pela canalização dessa energia na preparação, planejamento, coordenação e avaliação dos participantes da atividade e do manejo conjunto por toda a equipe. Após, mostrou-se mais tranqüilo, podendo participar de outros grupos. Temos de considerar que a auto-estima do paciente tornou-se mais elevada.

- *Comportamento geral*

A seguir, apresentamos o item *comportamento geral* durante as atividades iniciais e durante as atividades de jogos, conforme os quadros 6a e 6b, a seguir.

Quadro 6a. Distribuição da população do estudo segundo o *comportamento geral* durante as atividades iniciais no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Comportamento geral durante as atividades iniciais	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Risos aparentemente imotivados	3	0	1	0	0
Muito cortês	0	0	0	0	0
Exibicionista	2	2	2	2	1
Ansioso	4	3	2	1	0
Instável	2	1	1	2	2
Inseguro	4	4	2	0	0
Distraído	2	1	2	1	1
Lento	3	2	2	2	1
Seguro	0	1	2	1	2
Tranquilo	4	6	7	7	8

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Quadro 6b. Distribuição da população do estudo segundo o co*mportamento geral* durante as atividades de jogos no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Comportamento geral durante as atividades de jogos	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Risos aparentemente imotivados	3	1	0	0	0
Muito cortês	0	0	0	0	0
Exibicionista	1	2	1	0	0
Ansioso	7	3	2	1	0
Instável	3	1	0	1	1
Inseguro	7	1	3	0	0
Distraído	2	2	1	0	0
Lento	2	2	2	1	1
Seguro	1	3	3	3	3
Tranquilo	1	3	4	7	8

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Como este item refere-se a *comportamento geral*, várias vezes o mesmo paciente apresentou mais de uma das manifestações citadas no roteiro. São elas: *risos aparentemente imotivados, muito cortês, exibicionista, ansioso,*

instável, inseguro, distraído, lento, seguro e tranqüilo, sendo que houve predominância deste último durante as atividades iniciais.

Os pacientes que aparentemente estavam *ansiosos* e *inseguros* durante o jogo tiveram a diminuição de assinalações destas manifestações porque foram beneficiados, em algum grau, com a atividade proposta.

Ocorreu a diminuição da assinalação da manifestação de comportamento *inseguro* durante o jogo com o passar do tempo, mas as mesmas não foram transferidas para o item *seguro*, porém observou-se um aumento de assinalação no item *tranqüilo*.

- *Interação social*

A interação social em grande parte é pré-programada pelas estruturas neurais inatas que resultam da seleção natural e por normas culturais de condutas (Argyle, 1976).

Toda a vida social é baseada na interação social, pois sem ela, os grupos seriam apenas uma aglomeração de indivíduos, que permaneceriam, lado a lado, como estranhos. A interação significa estabelecimento de relações mútuas, de interinfluências, que constitui a concepção dinâmica das relações sociais. A interação social é a soma de todos os interestímulos e respostas de todos os seus possíveis agentes, que têm papel importante na socialização, na formação da personalidade e nas modificações do comportamento (Simon, 2005).

Nos quadros 7a e 7b apresentamos a *interação social durante as atividades iniciais* e *durante as atividades de jogos*.

Quadro 7a. Distribuição da população do estudo segundo a *interação social* dos pacientes, durante as atividades iniciais no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Interação social durante as atividades iniciais	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Mantém-se isolado	7	5	3	1	1
Localização fixa	7	5	3	1	1
Permanece posicionado sempre ao lado dos mesmos companheiros do grupo	0	1	0	0	0
Não interage mesmo nas rotinas grupais	3	0	2	1	0
Irrita-se com o colega	3	3	2	0	0
Localização variada	1	5	7	9	9
Aproxima-se de outro companheiro de grupo	0	4	5	7	7
Interage só nas rotinas grupais	6	4	4	4	3
Interage com os colegas espontaneamente	0	4	4	5	6

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Quadro 7b. Distribuição da população do estudo segundo a *interação social* dos pacientes, durante as atividades de jogos no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Interação social durante as atividades de jogos	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Mantém-se isolado	3	1	2	0	0
Localização fixa	3	1	1	1	0
Permanece posicionado sempre ao lado dos mesmos companheiros do grupo	0	1	0	0	0
Não interage mesmo nas rotinas grupais	3	2	1	1	0
Irrita-se com o colega	3	2	2	1	0
Localização variada	6	9	8	9	10
Aproxima-se de outro companheiro de grupo	1	6	6	8	7
Interage só nas rotinas grupais	5	4	5	3	3
Interage com os colegas espontaneamente	2	4	4	6	7
Irrita-se ao perder jogadas ou partidas	2	2	2	1	0
Procura conversar com outro	0	3	4	6	7
Olha para o outro quando em atividade	1	5	7	8	8
Participa das jogadas com os colegas	4	5	6	7	9
Combina as jogadas com sua equipe	0	0	2	3	4

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

As manifestações de comportamentos indicativas de dificuldade para a interação social dos pacientes, durante as atividades iniciais e de jogos no Grupo de Atividade Física, sofreram uma inversão nos cinco meses de observação, passando com o tempo de manifestações de comportamentos indicativas de dificuldade para as de facilitação, tanto durante as atividades iniciais como nas de jogos no Grupo de Atividade Física.

Durante a avaliação final da atividade, a maioria dos participantes interagiam entre si e com os profissionais presentes.

- *Relacionamento com o grupo*

A influência do Grupo no comportamento dos pacientes que possuem alguma limitação é muito importante, porque eles fazem esforços para acompanharem a atividade que está sendo executada. Porém, parecem aprender a aceitar suas limitações, pois procuramos ter respeito mútuo, como regra a ser seguida. Este aspecto é ressaltado por Stefanelli (2005) como essencial no relacionamento com o outro. Quando alguma regra não é seguida, as ocorrências resultantes são discutidas ao final do grupo no momento da avaliação e discussão.

O *relacionamento do paciente com o grupo* é apresentado no quadro 8.

Quadro 8. Distribuição da população do estudo segundo o *relacionamento do paciente com o grupo*, durante as atividades de jogos no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Relacionamento com o grupo	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Incapaz de trabalhar em equipe	2	1	2	0	0
Interação dificultosa	4	3	1	1	1
Autoritário	1	1	1	1	0
Submisso	5	3	2	0	0
Enganado durante o jogo	1	0	0	0	0
Rejeitado	0	0	0	0	0
Líder	0	1	1	1	1
Aceito em parte pelo grupo	1	1	1	3	3
Bem aceito	5	6	6	6	7

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Ao término do período da coleta de dados (5º mês), a maioria dos pacientes (7) foi bem aceita pelo grupo. Não foi assinalado o item *rejeitado* em nenhum momento da observação. A partir do quarto mês, o comportamento *submisso* não foi assinalado. Também diminuíram as assinalações dos pacientes com *interação dificultosa*.

- *Relacionamento com o coordenador*

No quadro 9 apresentamos o *relacionamento dos pacientes com o coordenador*.

Quadro 9. Distribuição da população do estudo segundo o *relacionamento do paciente com o coordenador* no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Relacionamento com o coordenador	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Não se relaciona	4	2	1	0	0
Agressivo	1	0	0	1	0
Competitivo	1	1	1	0	0
Negativista	0	0	0	0	0
Bajulador	0	1	1	0	0
Manipulador	1	1	1	1	0
Introvertido	4	4	4	1	1
Fala apenas quando é solicitado	5	5	4	1	2
Colaborador	4	5	7	9	10

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

O número de pacientes que não se *relacionavam com o coordenador* no primeiro mês foi diminuindo nos meses seguintes. A partir do quarto mês não houve nenhuma assinalação nesse comportamento. Foi observado um expressivo aumento de *colaboração* com o coordenador, de todos os participantes envolvidos na atividade a ser realizada, chegando no quinto mês a dez pacientes.

- *Assiduidade*

Este item refere-se ao comparecimento dos pacientes ao Grupo de Atividade Física.

Apresentamos, a seguir o quadro de *assiduidade* dos participantes no Grupo de Atividade Física.

Quadro 10. Distribuição da população de estudo segundo a *assiduidade* dos pacientes ao Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Assiduidade	№ pacientes				
	meses				
	1	2	3	4	5
Recusa-se a freqüentar a atividade física	0	0	0	0	0
Atrasa-se	3	1	2	2	0
É pontual	7	9	8	8	10
Assíduo	10	10	10	10	10

* Os observadores assinalaram mais de uma alternativa.

Temos de considerar que entre os assíduos haviam aqueles que se atrasavam e os que apesar de presentes, esporadicamente se recusavam a participar da atividade física, sendo que dois deles persistiram nesse comportamento até o quarto mês.

Relembramos que a coleta de dados foi feita em sessão única ao final de cada mês. Porém, para reforçar o expresso no gráfico lembramos que os pacientes freqüentaram no total trinta e sete sessões do Grupo de Atividade Física, com média aproximada de 75% de comparecimento ao grupo. Esse dado foi obtido pelo pesquisador ao consultar a presença a cada sessão.

- *Sensação aparente após a atividade física*

Segundo Tavares (2004), o prazer no esporte, além dos aspectos fisiológicos, está vinculado mais diretamente à própria satisfação em realizar uma atividade, do que exclusivamente a uma futura recompensa por estar realizando determinada tarefa.

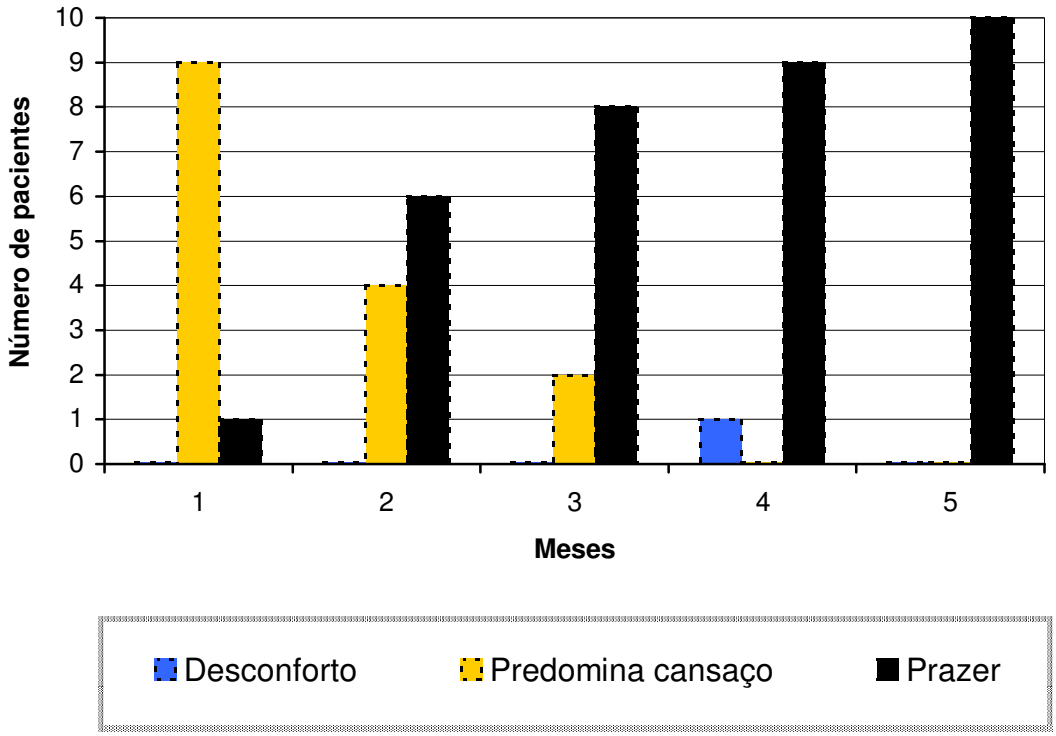

Gráfico 7. Distribuição da população do estudo segundo a *sensação aparente após a atividade física* no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

No primeiro mês os observadores assinalaram nove pacientes com *predomínio de cansaço* no final das atividades do Grupo de Atividade Física. A partir do segundo mês, entretanto, foram observados seis pacientes com *sensação aparente de prazer após a atividade física*, que foi aumentando gradativamente ao longo dos cinco meses, chegando à totalidade dos pacientes, no quinto mês, conforme assinalados pelos observadores.

Domínio Cognitivo

O domínio cognitivo envolve as atividades intelectuais, como as operações mentais, a descoberta ou reconhecimento de informações, retenção

ou armazenamento de informações (memória), geração de informações a partir de dados e tomadas de decisões ou julgamentos acerca de informações (Magill, 1984).

Os observadores foram instruídos a atribuir notas de 0 a 10 aos itens relacionados ao domínio cognitivo.

A seguir apresentamos no quadro 10 as médias das notas atribuídas aos itens observados.

Quadro 11. Distribuição das médias das notas atribuídas pelos observadores aos aspectos da evolução mensal de cada item do domínio cognitivo dos pacientes no Grupo de Atividade Física. CRHD do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. São Paulo, 2005.

Itens	Média das notas				
	meses				
	1	2	3	4	5
Atenção	**3,8**	**4,9**	**6,0**	**7,0**	**8,5**
Orientação espaço-temporal	**4,2**	**5,0**	**5,9**	**6,9**	**8,4**
Compreensão das regras	**3,8**	**4,9**	**5,8**	**6,8**	**8,5**
Compreensão dos objetivos	**3,7**	**5,1**	**5,6**	**6,9**	**8,6**
Execução da maioria dos itens da atividade	**4,7**	**5,4**	**6,0**	**7,6**	**8,5**
Realização do exercício/tarefa conforme orientação	**5,1**	**5,9**	**7,1**	**7,9**	**9,2**
Execução de jogada ensaiada (treinada)	**2,1**	**3,2**	**3,8**	**5,5**	**6,9**
Procura de melhor posicionamento na quadra em jogos	**2,3**	**2,7**	**3,6**	**4,8**	**6,5**
Reconhecimento dos membros da equipe	**4,8**	**5,9**	**7,1**	**8,0**	**9,5**
Solicitação constante de instruções	**0,9**	**0,7**	**0,9**	**0,2**	**0,1**

Na análise do item *atenção*, verifica-se o aumento das médias conforme o passar do tempo — partindo de 3,8 no primeiro mês e subindo para 8,5 no quinto mês. Tal fato demonstra a evolução do paciente com a melhora do aspecto *atenção.*

No item *orientação espaço-temporal* verifica-se o aumento nas notas conforme a evolução das sessões do Grupo de Atividade Física. Inicia com 4,2 no primeiro mês, passando para 8,4 no quinto mês.

A evolução da melhora do paciente no item *compreensão das regras* pode ser verificada no aumento das médias conforme a participação nas atividades: 3,9 no primeiro mês para 8,5 no quinto mês.

Partindo de 3,7 no primeiro mês para 8,6 no quinto mês, podemos ver a evolução da melhora do paciente no item *compreensão dos objetivos.*

Na análise do item *execução da maioria dos itens da atividade* pode ser verificado o aumento das médias, que no primeiro mês foi de 4,7, passando para 8,5 no quinto mês.

Verifica-se o aumento da média do item *realização do exercício/tarefa conforme orientação,* que começou com 5,1 no primeiro mês, indo para 9,2 no quinto mês.

O item *execução de uma jogada ensaiada (treinada)* foi analisado e verificou-se que ocorreu um aumento das médias, passando de 2,1 no primeiro mês, para 6,9 no quinto mês. O item *procura de melhor posicionamento na quadra em jogos* passou de 2,3 no primeiro mês, para 6,5 no quinto mês. Devido à complexidade de execução desses itens, pelos pacientes, pode-se observar que, apesar da evolução, as notas foram menores.

No item *reconhecimento dos membros da equipe,* verifica-se o aumento das médias que partiram de 4,8 no primeiro mês, para 9,5 no quinto mês.

Na análise do item *solicitação constantes de instruções, nota*-se a diminuição das médias de 0,9 no primeiro mês, para 0,1 no quinto mês. Neste item, diferentemente dos outros, quanto menor a nota, melhor a evolução do paciente na atividade.

Para não ficarmos somente com as perspectivas do pesquisador e observadores, procuramos conhecer a visão dos participantes do Grupo de Atividade Física, população deste estudo. Solicitamos a estes uma avaliação, após o término da obtenção dos dados, por meio de uma abordagem verbal informal com uma pergunta aberta.

Em geral, avaliaram a experiência como importante para o desenvolvimento da auto-estima e da iniciativa, cuidado de si mesmo, facilitadora da interação social, propiciadora da sensação de bem-estar, alívio da timidez, redução do sentimento de vergonha e melhora do humor.

A seguir ilustramos esta avaliação com algumas frases usadas pelos participantes:

"*Estou mais animado, fico mais animado quando participo do Grupo de Atividade Física e venci o medo de passar mal fazendo esforço".*

"Legal, faz perder a timidez e vergonha".

"Tira do tédio".

"Consegui aprender alguns exercícios e ensinar para outros, achava que nuca seria capaz".

"Ajuda na depressão, dá sensação de bem-estar, ajuda na timidez, vergonha e desenferruja".

"Ajuda a aumentar a auto-estima".

5 DISCUSSÃO

A população deste estudo, apesar de encontrar-se na faixa etária do período produtivo para o trabalho, estão no momento sem nenhum trabalho fixo ou ocupação. A Organização Mundial de Saúde chama atenção para o fato do número de anos de vida ajustados para a incapacidade das pessoas com transtornos mentais — AVAI, e os anos vividos com incapacidade — AVI (OPAS, 2001).

Bandeira (1993) coloca em questão o fator profissionalizante, pois não é percebido taxa maior de emprego ou participação em atividades ocupacionais em pacientes não recidivistas, sendo que a inatividade é marcante.

Essa ociosidade ocorre não só pelas condições clínicas, como também pelo estigma existente em relação à doença mental, pois existe a necessidade de considerar que em um processo de seleção para ocupar algum cargo, na maioria das vezes, quando percebido que a pessoa é portadora de doença mental ela é rejeitada (Zarate, 2000).

Observamos que a maioria da população do estudo foi classificada como do tipo constitucional leptossômico e que a maioria também recebeu o diagnóstico de esquizofrenia, dado este corroborado por Kretschmer (1961), apesar do seu estudo não ser recente, nossos dados mostram estreita relação com seus resultados.

Concordamos com Arantes (1968); Stefanelli e Arantes (1975) e Rolim et al. (1985) quanto a importância da utilização de um roteiro de observação para a coleta de dados, por possibilitar a sistematização da observação das

manifestações de comportamento apresentada pelo paciente e consequentemente, facilitar o agrupamento e análise do estudo.

A maioria dos pacientes não apresentava um prejuízo físico-motor diretamente relacionado à doença, no entanto notava-se visivelmente uma baixa aptidão física nesses indivíduos: rigidez muscular, falta de mobilidade, postura cifótica na fase inicial das atividades físicas propostas. Com a evolução, percebemos o esforço dos pacientes para colaborarem na atividade física.

Confirmamos, neste estudo, as observações de Taylor (1982) quanto à importância dos efeitos terapêuticos das atividades como jogos, esportes, discussões em grupo, em relação a pacientes esquizofrênicos graves, pois a nossa população foi constituída de pacientes portadores de transtorno mental grave e prolongada e com histórias de várias internações anteriores, sendo que a grande maioria (9) tinha o diagnóstico de esquizofrenia e um apenas era portador de depressão.

As diferenças individuais em habilidades e interesses existem tanto entre os psicóticos, como entre indivíduos "normais". Na medida em que o paciente progride dentro do grupo, seja em termos de assertividade ou de aceitação pelos demais, possibilita que ele próprio se fortaleça e sinta-se mais seguro para enfrentar seus problemas. As dificuldades, vivenciadas durante a atividade, podem ser observadas através da linguagem verbal e não-verbal e trabalhadas no momento em que ocorrem, favorecendo a organização do paciente.

O comparecimento dos pacientes a 75% das sessões realizadas em cinco meses pode ser considerado de forma positiva, pois temos que contar

com as oscilações das manifestações do quadro clínico por se tratarem de pacientes crônicos e graves.

Embora não se tenha pedido para os observadores atribuírem um valor ao item Domínio Motor e Domínio Afetivo-social, mas somente para o Domínio Cognitivo observado, podemos perceber pelos gráficos, tabelas e quadros que a atividade física trouxe benefícios aos aspectos motor, afetivos- social e cognitivos.

Em relação ao domínio motor, verificamos durante as atividades a evolução da maioria dos pacientes quanto a adequação postural, do tônus muscular, da marcha, da coordenação motora e do condicionamento físico.

No domínio afetivo-social, percebemos a melhora dos cuidados com a própria aparência; do humor, passando a sorrir mais, do isolamento social, para maior interação com os companheiros, aproximando e conversando com o outro espontaneamente; da motivação, iniciativa, aumento da auto-estima, satisfação em relação à atividade física e do comportamento, corroborando com Tipton (1995) e Santos (2001) quando referem que a atividade física regular pode contribuir para a elevação da auto-estima, diminuição da ansiedade, favorecendo a capacidade de tomada de decisão.

Oliveira e Rolim (2003) verificaram também que enfermeiros na assistência a pacientes psiquiátricos,acham importante a promoção de atividades físicas, pois ajudam na melhora da auto-estima dos pacientes.

Segundo Capitanio (2002) o professor de educação física tem grande importância e responsabilidade sobre as conseqüências na auto-estima da pessoa no seu papel de educador.

No Grupo de Atividade Física foi observado que apenas duas pacientes apresentaram comportamento agressivo, durantes as atividades, e um paciente apresentou comportamento agressivo em outros grupos. Após decisão na equipe interdisciplinar deu-se ênfase à sua participação no Grupo de Atividade Física, para canalizar sua energia. Houve mudança do comportamento deste paciente estando este resultado tal fato de acordo com Fait (1972), Hokino e Casal (2001), quanto afirmam que a participação em atividades físicas proporcionam um aceitável meio de liberação de tendências agressivas, de modo aceitável.

É necessário ter um ambiente descontraído e flexível, conforme o estado emocional dos pacientes no momento da atividade, para poder despertar maior interesse.

A aprendizagem de exercícios físicos, esportes, pode promover o desenvolvimento do domínio cognitivo, mas é necessário que a pessoa possa mostrar o que aprendeu, pois atividade não deve ser apenas repetição automática de movimentos. Observamos a evolução de atenção e de memória, nas tomadas de decisões, da organização do pensamento para a resolução de tarefas nas atividades.

Nossos resultados, de um modo geral, estão de acordo com o que Tani et al. (1988) em relação a evolução nos três domínios do comportamento humano, ou seja a aquisição e a retenção de uma bagagem de habilidades básicas antes das habilidades específicas. Consideram que essas habilidades despertam para uma gama de estímulos que beneficiam o desenvolvimento fisológico motor, afetivo-social e cognitivo.

Corrobora, também, nossos resultados Adams (1995) ao afirmar que a atividade física mostra-se importante para o tratamento do paciente psiquiátrico quando associa às habilidades citadas acima possibilidade de integração, socialização, crítica e criatividade.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo não permite generalizações, portanto, as conclusões abaixo aplicam-se à população estudada.

1. O instrumento construído para observação do comportamento do paciente no Grupo de Atividade Física foi validado por peritos da área e pré-testado por vários profissionais (aprimorandos) de diversas áreas de saúde mental, e considerado adequado para a finalidade do estudo.
2. As atividades físicas programadas estimularam o desenvolvimento dos participantes nos domínios motor, afetivo-social e cognitivo.
3. Algumas hipóteses podem ser identificadas para confirmação em futuros estudos.

- Os pacientes crônicos graves beneficiam-se com a atividade física programada.
- O relacionamento entre o coordenador e participantes de um grupo da atividade física tem influência sobre o comportamento do paciente.
- A percepção dos pacientes sobre o efeito da atividade física acerca do seu comportamento é compatível com a percepção de observadores do grupo.
- Há relação positiva entre o desenvolvimento motor, afetivo-social e cognitivo e a reabilitação psicossocial.
- A evolução do domínio motor, afetivo-social e cognitivo e cogitivo independe do diagnóstico.

- A atividade física programada tem influência na redução dos sintomas decorrentes do transtorno mental.

Em relação à limitação do estudo podemos citar a escassez de literatura para grupos de portadores de transtornos mentais, mais especificamente os esquizofrênicos que constituíram a maioria da população do nosso estudo. A utilização de sala para a atividade em vez de um ginásio poliesportivo, pode ter limitado em algum grau este estudo como também falta de um grupo controle. Cabe ressaltar que não foi possível dispor de profissionais da área de educação física para fazer a observação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe ressaltar que, como observado pelo pesquisador, e o que foi verificado pelos observadores por meio das assinalações e anotações no roteiro de observação, que muitos pacientes apresentavam comportamentos muitas vezes assumidos no seu dia-a-dia, como por exemplo, mantendo-se passivos em jogos, posicionando-se num canto da quadra, afastando-se dos demais, tendo dificuldade em reconhecer os membros de sua equipe e de avançar em direção a um objetivo.

Com o desenvolvimento das atividades e estimulados de maneira positiva, demonstraram esforço para participar mais ativamente, mostrar envolvimento, conseguindo permanecer mais concentrados, atentos à atividade, postura mais adequada, interagindo com os colegas de forma verbal e não verbal. Vale também ressaltar que expressaram seus sentimentos de tristeza ou raiva quando perdiam um jogo ou não conseguiam realizar uma tarefa ou alegria e satisfação quando ganhavam um jogo ou conseguiam realizar uma tarefa ou exercício. Interessante também percebê-los estimulando o colega para executar corretamente o lance da atividade em desenvolvimento. Tais estímulos eram feitos por meio de expressões como: *"Valeu!", "É isso ai!", "Tem que tentar", "Vamos lá", entre outras. Essas frases foram* muitas vezes associadas a gestos, na nossa cultura, são coerentes com o que foi expresso verbalmente. Isso é considerado essencialmente não só para compreensão da mensagem como para valorização da pessoa que cada um é e conseqüentemente de sua auto-estima (Stefanelli, 2005; Silva, 1996).

As abordagens utilizadas nestas situações, as adaptações e flexibilizações nas atividades propostas, por meio do aprimoramento da percepção da situação do grupo no momento que está ocorrendo, foram importantes para estimular a participação do grupo.

O relacionamento amistoso entre coordenador e pacientes, no qual predominou o respeito mútuo, empatia e confiança, possibilitou a liberdade de ação sem medo de receberem críticas ou de serem julgados. Assim, todas as tentativas de participação foram valorizadas, contribuindo de forma gratificante para a evolução dos participantes rumo a independência e autonomia nas tomadas das decisões. Muitos pacientes apresentavam dificuldades nas atividades que exigiam trocas verbais, mas demonstravam bom desempenho na atividade física. Procuramos estimular tanto quanto possível sua organização do pensamento e a expressão verbal desses participantes.

A atividade física em saúde mental retratada neste estudo gera a necessidade da utilização de um especialista em educação física, que vivencie um processo de formação específica para as área de psiquiatria e saúde mental. Esta é uma ação que pode contribuir para a integração do profissional de educação física a uma equipe multidisciplinar de saúde mental, o que exige formação adequada, tanto do ponto de vista da formação teórica com conhecimentos técnicos e científicos e a formação prática.

Estamos cientes das limitações deste estudo, mas ele foi fruto de nossa preocupação com a qualidade das ações do profissional de educação física que atua em serviços de reabilitação psicossocial e hospital-dia, de forma a integrar estas duas modalidades do CRHD, ou seja trabalhar para a recuperação daqueles considerados doentes mentais crônicos e melhor

contribuir para a reabilitação psicossocial dos outros para evitar a cronicidade e facilitar sua integração na sociedade.

Fica assim exposto nosso compromisso de continuar aprofundando este estudo procurando cada vez mais respaldar nossas ações em conhecimento científico, sempre levando em consideração os diferentes domínios aqui apresentados.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams L. How exercise can help people with mental health problems. Nurs times 1995; 91 (36): 37-39.

Arantes EC. Observação de comportamento de pacientes internados em hospital psiquiátrico. Rev Bras Enf 1968; 21 (1/3):39-49, jan./jun.

Argyle M. A interação social: relações interpessoais e comportamento social. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.

Auxter D, Pyter J. Principles and Methods of adapted physical education and recreation. Missouri: 1985. p.235-251.

Bandeira M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. J bras psiq outubro 1993; 42 (9): 491-498;

Barbanti JB. Teoria e prática do treinamento desportivo.São Paulo: Edgard Blücher; 1979.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Mundo da Saúde, 1996; 21(1): 52-61.

Canali ES, Kruel LFM. Respostas hormonais ao exercício. Rev Paul Educ Fís 2001; 15(2): 141-153, jul./dez.

Capitanio AM. Educação através da prática esportiva: missão impossível? Revista digital Buenos Aires. marzo de 2003; 8(50). Disponível em: http://www.efdesportes.com (20/04/2005).

Denys-Struyf G. Cadeias musculares e articulares: o método GDS. São Paulo: Summus; 1995.

Dimeo F, Bauer M, Varahram I, Proest G, Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. Br J Sports Med 2001; 35:114-117.

Fait FH. Special Physical Education: adapted, corrective, developmental. Philadelphia: W. B. Sounders Company; 1972. p.213-224.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ªed. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1986.

Fonseca PGP, Trafaniuc L, Tavares Júnior H, Mesquita RM, Lotufo Neto F. Alterações nos estados de humor em pacientes com episódio depressivo grave após uma única sessão de atividade física. J Bras Psiq 2000; 49(6):203-206.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.

Greco F. A importância do trabalho em equipe no hospital psiquiátrico. In : Bettarello SV (org). Perspectivas Psicodinâmicas em Psiquiatria . São Paulo : Lemos; 1998. p. 311-321.

Hokino MH, Casal HMV. A aprendizagem do judô e os níveis de raiva e agressividade. Revista digital Buenos Aires. fevereiro de 2001; 6 (31). Disponível em: http://www.efdesportes.com (18/03/2005).

Kendall PF, Mc Creary EK, Provance PG. Músculos, provas e funções. 4 ed. Barueri (SP): Manole; 1995.

Kretschmer E. Constitución y carácter. Spain: Springer-verlag; 1961. p.22-65.

Magill RA. Aprendizagem Motora: conceitos e aplicações. São Paulo: Edgard Blücher; 1984.

Mälkia EA, Joukamaa M, Maatela J, Aromaa A, Heliövaara M. The physical activity of mentally disturbed finnish adults. In: Berridge ME, Ward GR, editors. International perspective on adapted physical activity. Illinois: 1985.

Manoel EJ. Desenvolvimento motor: implicações para a educação física escolar I. Rev Paul de Educ Fis 1994; 8:82-97.

Manoel EJ. Atividade motora e qualidade de vida: uma abordagem desenvolvimentista. In: Barbanti VJ, Amadio AC, Bento J O, Marques AT (orgs). Esporte e atividade física: interação entre rendimento e saúde. Barueri (SP): Manole; 2002.

Matsudo VKR ed. Testes em ciências do esporte. São Paulo: Burti; 1987.

Mendes AC, Botega NJ (org). Serviços de saúde mental no hospital geral. Campinas, SP: Papirus; 1995.

Meyer T, Broocks A. Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: guideline for exercise testing and prescription. Sports Med 2000 oct; 30(4):269-279.

Nascimento AF. Hospitalização parcial em psiquiatria no Brasil: estudo descritivo de um hospital-dia universitário. [Dissertação] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo; 1999.

Oliveira E, Rolim MA. Fatores que influenciam os enfermeiros a utilizarem a atividade física na assistência a pacientes psiquiátricos. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(3):97-105.

Oliveira MV. O que é educação física. São Paulo: Nova Cultural Brasiliense; 1986. p.72-100.

Organização Pan-americana da Saúde. Relatório sobre a saúde mental no mundo: 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS; 2001.

Paluska AS, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. Sports Med 2000 Mar; 29(3):167-180.

Peluso MAM. Alterações de humor associadas a atividade física intensa. [Tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.

Peluso MAM, Del Sant R. Psicologia, psiquiatria e esporte. In: Amatuzzi MM, Carazzato JG, editores. Cafalli FAS, co-editor. Medicina do esporte: conceitos e divisões. São Paulo: Roca, 2004. p.134 -140.

Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. Clinics 2005: 60 (1); 61-70.

Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.

Polit D, Hungler B. Nursing research: principles & methods. Philadelphia: JB Lippin Cott Company; 1978. p.237-238.

Rasch PJ, Burke RK. Cinesiologia e anatomia aplicada. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1987.

Ribeiro, SNP. Atividade física e sua intervenção junto a depressão. Rev bras ativ fís saúde 1998; 3(2):73-79.

Roeder MA. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. Rev bras ativ fis saúde 1999; 4(2):62-76.

Rolim MA, Stefanelli MC, Scudeler LHG, Siqueira SAD. Observação do comportamento de crianças e adolescentes internados em unidade psiquiátrica. Rev Paul Enf 1985; 5(3):131-136.

Santos AS. Atividade física como recurso terapêutico à pacientes internados em uma unidade de psiquiatria. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2001.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF (org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.

Schneider A, Veiga LS, Gastal FL. O papel terapêutico da atividade corporal em pacientes psiquiátricos internados. Temas 2001; 30 (60-61): 81-88, jan./dez.

Silva ABF. Educação física esportiva e generalizada. Rev. Bras. Ed Fis 1972: 11.

Silva MJP. Comunicação tem Remédio - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996. p. 45-52.

Silva MJP. Percebendo o ser humano além da doença — o não-verbal detectado pelo enfermeiro. Nursing (edição brasileira) 2001; 4(41): 14-20.

Silva Filho LMA. Psicodrama na enfermaria psiquiátrica. [Dissertação] São Paulo (SP): Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo; 2000.

Simon I. Enciclopédia icic (informação, comunicação, inovação e cooperação). 2005. Disponível em http://limbo.ime.usp.br (20/04/05).

Smith LK, Weiss EL, Lehmkuhl LD. Cinesiologia clínica de brunnstrom. Barueri (SP): Manole; 1997.

Stefanelli MC, Arantes EC. Descrição das manifestações de comportamento apresentadas por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Rev Bras Enf 1975; 28(4):9-21, out./dez.

Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1993.

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005.

Tani G, Kokubun E, Manoel EJ, Proença JE. Educação Física Escolar: fundamentos de uma abordagem desenvolvimentista. São Paulo: EPU; 1988.

Tavares MCGC. Imagem corporal e qualidade de vida. In: Gonçalves A, Vilarta R (orgs). Qualidade de vida e atividade física: explorando a teoria e prática. Barueri(SP): Manole; 2004.

Taylor CM. Mereness's essentials of psyquiatric nursing. 11ª ed. St. Louis: Mosby; 1982.

Tipton CM. Exercise, training, and hypertension. Exerc Sport Sci Rev 1984; 12:245-306.

Tipton CM. Exercícios físicos e hipertensão: conceitos de controle. Sports Science Exchange 1995; 06, jul./ago.

Vallejo-Nagera JA. Introducción a la psiquiatria. Barcelona (Spain): Editorial científico-medica; 1976. p.29-35.

Zarate Jr CA, Tohen M, Land M, Canavagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. Psychiat Quartely 2000 winter; 71 (4): 309-329.

9 ANEXOS

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (Sra.) está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa que será realizado no Centro de Reabilitação e Hospital Dia (CRHD). Através deste estudo será obtido material para meu projeto de Mestrado que se chama "A atividade física na reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental hospitalizado". Esta pesquisa tem como objetivo observar a evolução dos pacientes no Grupo de Atividade Física no processo de recuperação e reintegração social dos pacientes do Centro de Reabilitação e Hospital Dia (CRHD). As atividades através das quais vou obter este material são as normalmente desenvolvidas no Grupo de Atividade Física. Estas atividades são as de rotina, exceto pelo fato de duas pessoas da equipe de enfermagem, que também participam do grupo, farão a observação e o registro do desenvolvimento das atividades já programadas e oferecidas para este grupo. Apesar das atividades serem realizadas semanalmente a observação das atividades realizadas será mensal e os registros servirão de base para o estudo.

Sua participação seria importante, dado que a partir desse estudo poderemos identificar qual a melhor maneira de ajudá-lo e a outros pacientes com dificuldades semelhantes às suas.

Esta pesquisa não traz riscos para o Sr.(Sra.), nem interfere no seu tratamento. A qualquer momento que desejar poderá desligar-se da pesquisa, mas continuará a ser atendido da mesma forma que antes.

Os dados desta pesquisa são sigilosos, isto significa que poderemos utilizar o material sem que você seja identificado.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____de _____de 200____ .

_____ _____

Assinatura do sujeito da pesquisa ou Responsável legal

Assinatura do pesquisador
Osvaldo Hakio Takeda
R. Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n
Tel. 3069-6984

Anexo 4

Grupo de Atividade Física - CRHD

Roteiro de Observação

Data ____/____/____

Identificação	Nome:			RG(HC):
	Sexo:	Idade:	Estado civil :	Cor:
	Escolaridade:		Situação ocupacional:	
	Religião:		Local de origem:	

Diagnóstico (CID 10) :	**Medicação em uso**

Tipo constitucional

( ) pícnico
( ) atlético
( ) leptossômico
( ) displásico
Obs.:_____

Domínio Motor

a) *Postura*
( ) tronco curvado para frente
( ) tronco curvado para o lado
( ) cabeça curvada para frente
( ) cabeça curvada para o lado
( ) flácida (braços caídos ao longo do corpo)
( ) ereta
Obs.:_____

b) *Tônus muscular*
( ) parece normal
( ) parece aumentado
( ) parece parcialmente aumentado
( ) parece parcialmente diminuído
( ) parece diminuído
Obs.:_____

c) *Marcha (movimentação)*
( ) lentificada
( ) rápida e inquieta
( ) em bloco
( ) estereotipada (só em linha reta, faz movimentos desnecessários com as pernas, inclina o corpo para o mesmo lado, entre outros)
( ) normal
Obs.:_____

d) *Coordenação motora*
Agilidade para a atividade:
( ) boa ( ) regular ( ) pouca

Habilidade para a atividade:
( ) boa ( ) regular ( ) pouca

e) *Condicionamento físico*
( ) Cansa-se com facilidade, não conseguindo participar até o final.
( ) Consegue participar até o final da atividade, mas fica aparentemente extenuado.
( ) Consegue participar até o final da atividade, sem demonstrar cansaço.
Obs.:_____

Domínio afetivo-social

Características gerais
a) *Aparência*
( ) cabelos em desalinho
( ) trajes em desalinho (desabotoadas, caindo, etc.)
( ) trajes aparentemente sujos
( ) trajes aparentemente limpos
( ) trajes inadequados para a atividade. Obs.:_____
( ) veste-se de forma inadequada para o clima (excesso / pouca). Obs.:_____
( ) trajes adequados

b) *Expressão facial*
Antes da atividade:
( ) tristonha
( ) apática, indiferente
( ) sorridente
( ) contrariada
Obs.:_____

Durante a atividade:
( ) tristonha
( ) apática, indiferente
( ) sorridente
( ) contrariada
Obs.:_____

Depois da atividade:
( ) tristonha
( ) apática, indiferente
( ) sorridente
( ) contrariada
Obs.:_____

c) *Interesse*
( ) participa ativamente (de todas as atividades propostas / de alguma atividade específica).
( ) mostra-se interessado (por meio de perguntas, comentários, sugestões ou críticas).
( ) participa apaticamente (em toda atividade / até ou em alguma atividade específica).
( ) participa apenas quando estimulado
( ) não demonstra interesse mesmo quando estimulado
( ) interesse oscilante
( ) recusa-se a participar
Obs.:_____

d) *Iniciativa*
( ) boa
( ) regular
( ) pouca
( ) nenhuma
Obs.:_____

e) *Comunicação verbal*
( ) presente, espontaneamente
( ) somente quando estimulado
( ) não responde mesmo quando estimulado
( ) adequada
( ) exagerada
( ) confusa
( ) só com o coordenador
( ) só com colegas de grupo
Obs.:_____

f) *Agressividade*
( ) ausente
( ) verbal presente
( ) verbal presente acompanhada do uso de linguagem obscena
( ) física presente
( ) física presente acompanhada do uso de linguagem obscena
( ) auto-agressividade verbal
( ) auto-agressividade física
Obs.:_____

g) *Durante a realização da atividade*
Geral:
( ) tranqüilo
( ) ansioso
( ) instável
( ) muito cortês
( ) exibicionista
( ) inseguro
( ) seguro
( ) lento
( ) distraído
( ) risos aparentemente imotivados
Obs.:_____

Específica (jogo):
( ) tranqüilo
( ) ansioso
( ) instável
( ) muito cortês
( ) exibicionista
( ) inseguro
( ) seguro
( ) lento
( ) distraído
( ) risos aparentemente imotivados
Obs.:_____

Comportamento afetivo-social

a) *Interação social*

Antes do jogo:

( ) mantém-se isolado
( ) permanece apenas num determinado local
( ) muda de local quando necessário
( ) aproxima-se de outro companheiro de grupo
( ) permanece posicionado sempre ao lado dos colegas de equipe
( ) interage com os colegas espontaneamente
( ) interage só nas rotinas grupais
( ) não interage mesmo nas rotinas grupais
( ) irrita-se com os colegas
Obs.:_____

Durante o jogo:

( ) mantém-se isolado
( ) permanece apenas num determinado local
( ) muda de local quando necessário
( ) aproxima-se de outro companheiro de grupo
( ) permanece posicionado sempre ao lado dos colegas de equipe
( ) procura conversar com outro
( ) olha para o outro quando em atividade
( ) interage com os colegas espontaneamente
( ) interage só nas rotinas grupais
( ) não interage mesmo nas rotinas grupais
( ) participa das jogadas com os colegas
( ) combina as jogadas com sua equipe, durante os jogos
( ) irrita-se ao perder jogadas ou partidas
( ) irrita-se com os colegas
Obs.:_____

b) *relacionamento com o grupo*

( ) rejeitado
( ) bem aceito
( ) aceito em parte pelo grupo
( ) líder
( ) autoritário
( ) submisso
( ) enganado durante o jogo
( ) interação dificultosa
( ) incapaz de trabalhar em equipe
Obs.:_____

c) *relacionamento com o coordenador*

( ) colaborador(quando solicitado / espontâneo)
( ) competitivo
( ) agressivo
( ) fala apenas quando solicitado
( ) introvertido
( ) negativisista
( ) bajulador
( ) manipulador
( ) não se relaciona
Obs.:_____

d) *Assiduidade*
( ) assíduo
( ) recusa-se a freqüentar a atividade física
( ) é pontual
( ) atrasa-se
Obs.:_____

e) *Sensação aparente após a atividade física*
( ) prazer
( ) desconforto
( ) predomina cansaço (vai logo sentar-se)
Obs.:_____

Domínio cognitivo

a) *Aquisições* (***marque sobre o número ou sobre a linha com nota de 0 a 10***)

Atenção
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Orientação espaço-temporal
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Compreensão das regras
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Compreensão dos objetivos
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Execução da maioria dos itens da atividade
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Realização do exercício/tarefa conforme orientação
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Execução de jogada ensaiada (treinada)
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Procura de melhor posicionamento na quadra em jogos
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Reconhecimento dos membros da equipe
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**

Solicitação constante de instruções
0_____1_____2_____3_____4_____**5**_____6_____7_____8_____9_____**10**