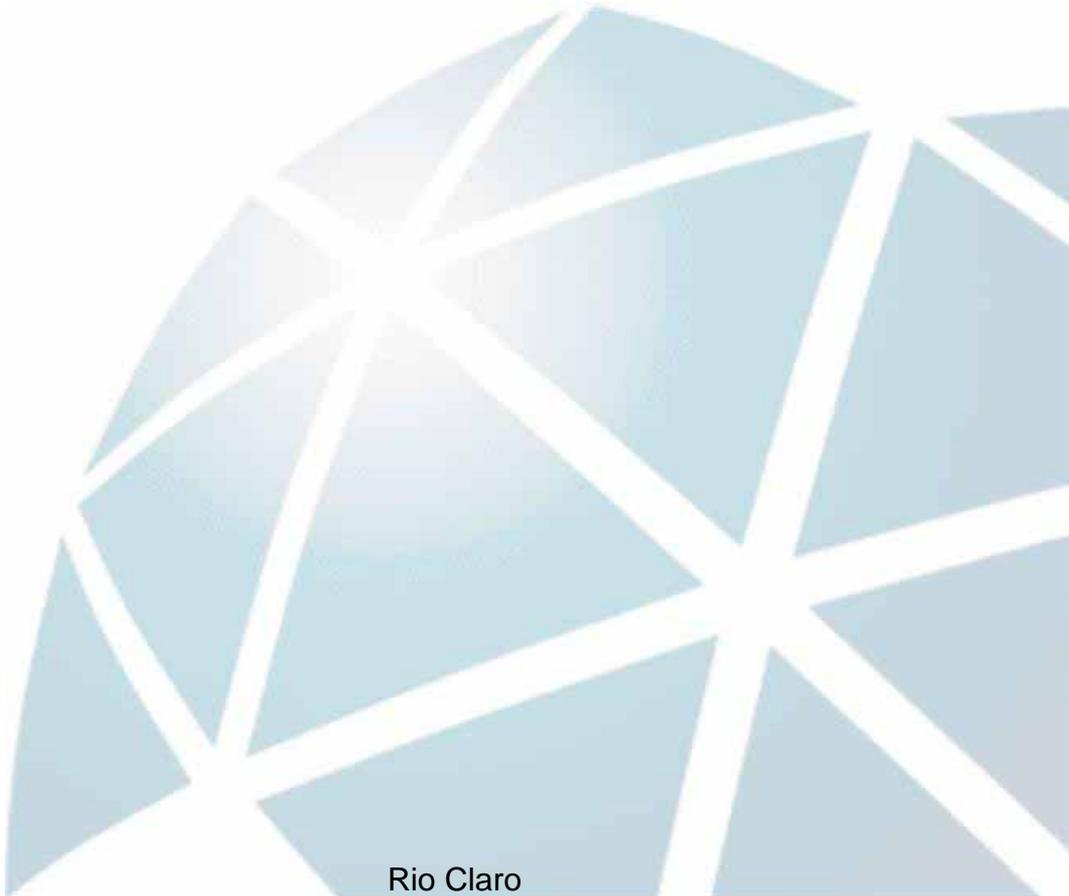

EDUCAÇÃO FÍSICA

THAYNÁ CRISTINA PARSANEZE IASI

**A ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL:
UMA REVISÃO DE LITERATURA.**



Rio Claro
2013

THAYNÁ CRISTINA PARSANEZE IASI

A ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA.

Orientador: Prof^a Dr^a Eliane Mauerberg-deCastro

Co-orientadora: Ana Clara de Souza Paiva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Biociências da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” -
Campus de Rio Claro, para obtenção do grau de
Licenciada em Educação Física.

Rio Claro
2013

796 Iasi, Thayná Cristina Parsaneze
II 1a A atividade física na saúde mental: uma revisão de
literatura / Thayná Cristina Parsaneze Iasi. - Rio Claro, 2013
24 f. : il., tabs.

Trabalho de conclusão de curso (licenciatura - Educação Física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro

Orientador: Eliane Mauerberg-deCastro

Coorientador: Ana Clara de Souza Paiva

1. Educação física. 2. Transtorno psiquiátrico. I. Título.

RESUMO

Ao longo da história, a doença mental passou por diversos períodos de críticas relações com a própria humanidade, exposta à vulnerabilidade dos mitos e pré-concepções que motivaram a perseguição e segregação daqueles seres humanos qualificados como “insanos”. No Brasil, as primeiras intervenções específicas de atendimento à doença mental só ocorreram a partir da segunda metade do século 19. Atualmente a doença mental representa um dos maiores gastos da rede do SUS (Sistema Único de Saúde) (Ministério da Saúde do Brasil, 1999). Nas últimas décadas, a fim de diminuir o tempo de internação e o gasto com medicamentos, um conjunto de iniciativas surgiu como forma de transformar a compreensão cultural e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. Dentre as novas propostas humanizadoras de atendimento, a educação física e, particularmente, o exercício, vieram mostrar sua contribuição nessa área. Para Silva (1995), a atividade física acarreta uma complexa rede de reações bioenergéticas no organismo e essas acabam por melhorar o rendimento físico e mental dos pacientes nas atividades de vida diária. Tendo em vista a relevância da intervenção através da atividade física no campo da doença mental, o objetivo deste trabalho foi analisar resultados dos estudos que demonstraram os benefícios da atividade física para indivíduos com transtornos psiquiátricos, considerando os aspectos fisiológicos e emocionais dos mesmos, através de revisão da literatura científica. Para isso, foi feito um levantamento nas principais bases de dados através do cruzamento de palavras chaves, tais como “saúde mental e atividade física”, “doença mental e atividade física”, “esquizofrenia e atividade física”, “transtorno psiquiátrico e atividade física”, “transtorno bipolar e atividade física”. Os resultados dos estudos revelaram que a atividade física possui importante papel no tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos. Além do auxílio ligado diretamente à patologia, os achados demonstraram que um programa de atividade física é importante não apenas na prevenção, mas também no tratamento de problemas secundários, tais como: ganho de peso, dislipidemia e hipertensão arterial, aumentando o risco para a incidência de diabetes mellitus e doença cardiovascular. Esses problemas citados são alguns dos efeitos colaterais dos principais medicamentos utilizados para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Assim, esse trabalho conclui que a atividade física demonstra ser um aliado importante no tratamento da saúde e reinserção social desses indivíduos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	6
2.1 As abordagens dos transtornos psiquiátricos na história.....	6
3. DESORDENS PSIQUIÁTRICAS.....	9
3.1. Esquizofrenia.....	10
3.2. Transtornos de humor.....	13
4. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E ATIVIDADE FÍSICA.....	14
5. CONCLUSÃO.....	18
6. REFERÊNCIAS.....	19

A ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

1. Introdução

De acordo com o levantamento realizado por pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 1996, os transtornos mentais deveriam ser reconhecidos como um sério problema de saúde pública. Os estudos utilizaram dados sobre o número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pelas doenças psiquiátricas. Eles encontraram que, das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos transtornos mentais (13% depressão; 7,1% ingestão de álcool; 4% esquizofrenia; 3,3% distúrbios bipolares; 2,8% distúrbios obsessivos-compulsivos). Concluíram então, que os transtornos mentais geram altos custos sociais e econômicos, são universais já que atingem pessoas de todas as faixas etárias, causando incapacitações graves e definitivas que aumentam a demanda nos serviços de saúde. Segundo a OMS os transtornos mais recorrentes são a depressão, a esquizofrenia e os transtornos de humor (OMS, 2013).

Assim, é crescente a busca por melhores definições e recursos terapêuticos eficazes e seguros a serem aplicados no tratamento de transtornos psiquiátricos (LIMA, TASSI, NOVO, 2005; VORCARO, UCHOA, LIMA-COSTA, 2002). Como alternativa de tratamento aos transtornos psiquiátricos aparece a prática da atividade física com o intuito de reduzir sintomas relacionados (KETTER, 2010).

Durante a prática de exercício físico, inúmeros neurotransmissores são ativados no Sistema Nervoso Central (SNC). Diversos estudos apontam para o aumento do nível sérico de BDNF (*Brain-derived neurotrophic factor*) em decorrência a prática de atividade física (ALCANTARA, et. al. 2003; BAHLS, 2002). De fato, estudos na área vêm crescendo e revelam diversos fatores positivos para a prática de atividade física para tal população, visando uma melhor qualidade de vida para os que sofrem com os transtornos psiquiátricos.

O presente estudo tem como objetivo, através de revisão da literatura científica, analisar resultados dos estudos que demonstraram os benefícios da atividade física para indivíduos com transtornos psiquiátricos, considerando os aspectos fisiológicos e emocionais dos mesmos. O objetivo específico foi avaliar a extensão dos efeitos da atividade física no processo de intervenção clínica e,

consequentemente, avaliar os ganhos na independência e recuperação funcional do indivíduo acometido de doença ou transtorno mental.

Método

Trata-se de um trabalho descritivo, desenvolvido através de uma revisão da literatura e levantamento de estudos nas principais bases de dados que demonstraram as relações entre atividade física e transtornos psiquiátricos em adultos, considerando seus aspectos fisiológicos e emocionais. As seguintes bases de dados foram utilizadas: (acesso no 1º semestre de 2013), *OneFile* (GALE; *SciELO*, *CrossRef*; *Directory of Open Access Journals*, *DOAJ*, *SciELO Brazil*, *Scientific Electronic Library Online*), *Dialnet*, *MEDLINE* (NLM), *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal*, *SciVerse ScienceDirect* (Elsevier). Foram usados os seguintes descritores para localização das referências “saúde mental e atividade física”, “doença mental e atividade física”, “esquizofrenia e atividade física”, “transtorno psiquiátrico e atividade física”, “transtorno bipolar e atividade física”. Posteriormente, foi realizada uma busca manual dando origem a outros artigos utilizados.

A Tabela 1 mostra quais foram os cruzamentos utilizados e as bases acessadas.

Tabela 1. Cruzamento entre palavras-chaves, número de artigos detectados e respectiva base de dados.

Cruzamento de palavras	Artigos encontrados	Bases de dados
Saúde mental e atividade física	328	- OneFile (GALE) - SciELO (CrossRef)
Doença mental e atividade física	183	- Directory of Open Access Journals (DOAJ)
Esquizofrenia e atividade física	22	- SciELO Brazil (Scientific Electronic Library Online)
Transtorno psiquiátrico e atividade física	20	- Dialnet - MEDLINE (NLM)

Transtorno bipolar e atividade física	7	- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal - SciVerse ScienceDirect (Elsevier)
---------------------------------------	---	--

O critério de inclusão dos artigos foi a partir de estudos experimentais que envolveram intervenção com atividade física. Tal busca, resultou na utilização de 42 artigos para o desenvolvimento desse trabalho.

2. Revisão de literatura

2.1 As abordagens dos transtornos psiquiátricos na história

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os transtornos mentais se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. (OMS, 1993).

Ao longo da história, esses transtornos foram tratados de diferentes maneiras. No início da Idade Média, a “loucura” (forma como identificavam os transtornos psiquiátricos) passou a ser considerada como uma expressão das forças da natureza ou algo da ordem do “não humano”, sendo assim, era exaltada e circundava um misto de terror e atração. Anos mais tarde passou a ser considerada uma possessão demoníaca. Quando “diagnosticada”, as sessões de “purificação do indivíduo” deveriam ser realizadas através das práticas inquisitoriais sob o comando da Igreja Católica (AMARANTE, 1998).

Com a vinda do mercantilismo no século 17 e o pressuposto de que a população era o maior bem de uma nação, todos aqueles que não pudessem contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, passaram a ser deixados de lado e a ocupar verdadeiros depósitos humanos nos hospitais psiquiátricos (COSTA, 1976). Tal situação só foi revertida em 1789 a partir da Revolução Francesa que teve como lema “liberdade, igualdade e fraternidade”.

Ao final do século 18, por volta do ano de 1793, as autoridades da Revolução Francesa delegaram a Phillippe Pinel a função de dirigir o Hospital de Bicêtre, na

França. O objetivo era desmistificar a doença psiquiátrica, considerando-a em saberes médicos, passando então a ser sinônimo de doença mental (BIRMAN, 1978). Além disso, a ideia era dar aos hospitais um caráter humanizado e terapêutico de atendimento, já que esses locais se encontravam em condições precárias e sob a abordagem da segregação (TENÓRIO, 2002).

Com este ato, Pinel conseguiu tirar os pacientes da situação desumana a que estavam expostos, porém, acabou aprisionando-os a um tratamento asilar, com um regime de isolamento. Um dos principais pontos de seu princípio terapêutico era o chamado “tratamento moral”, ou seja, um isolamento total do mundo exterior (AMARANTE, 2007).

Séculos de brutalização e violação de direitos humanos seguiram-se entre as práticas psiquiátricas. Em meados dos anos 60, surgiram grupos de psiquiatras contrários aos tratamentos convencionais que começaram a questionar a validade desse tipo de tratamento. Foi nesse contexto que surgiu a “antipsiquiatria”, uma corrente contra a psiquiatria tradicional que buscava promover formas alternativas para o tratamento, além do fechamento dos estabelecimentos médicos psiquiátricos alegando que os tratamentos que eram praticados nesses estabelecimentos eram pautados na violência constante (OLIVEIRA, 2011).

Roudinesco (1998) define o movimento:

“Embora o termo antipsiquiatria tenha sido inventado por David Cooper em 1967 para um contexto muito preciso, ele serviu para designar um movimento político de contestação radical do saber psiquiátrico desenvolvido entre 1955 e 1975 na maioria dos grandes países em que se haviam implantado a psiquiatria e a psicanálise: na Grã-Bretanha, com Ronald Laing e David Cooper; na Itália, com Franco Basaglia; e nos Estados Unidos, com as comunidades terapêuticas, os trabalhos de Thomas Szasz e a escola de Palo Alto de Gregory Bateson.”

A partir de então, as mudanças no tratamento da doença mental se tornaram mais marcantes e, no Brasil, em 1978 surgiu a primeira organização de familiares e interessados na área conhecido como “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental” (MTSM). A partir desse movimento, diversas questões foram levantadas sobre manicômios, redes privadas de assistência e, principalmente, o modelo hospitalocêntrico, onde a prioridade é na atenção básica, dando início a outra estruturação no atendimento a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Neste sentido, a reinserção social passou a ser o principal objetivo da reforma psiquiátrica, criando um ambiente favorável para que esses indivíduos tivessem o suporte necessário e fossem reinseridos na sociedade. Dá-se início então à construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e ao modelo tradicional a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental, surgindo os primeiros registros sobre o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como meio de substituir os modelos convencionais dos hospitais psiquiátricos.

O primeiro centro foi inaugurado em 1986 na cidade de São Paulo. Sua rápida expansão para outras cidades se deu pelo intenso movimento social, principalmente dos trabalhadores de saúde mental, que buscavam uma melhoria na assistência e denunciavam as precárias condições dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). O CAPS foi oficialmente criado através da Portaria GM 224/92 definida como: *“unidade de saúde básica locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local a que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas por equipe multiprofissional”* (BRASIL, 2005). A partir da Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS passou a fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando seu funcionamento e sua complexidade.

O CAPS tem como função o atendimento a pessoas com transtornos mentais realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, além de buscar o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A criação desses centros possibilitou a organização de uma rede que vem substituindo os hospitais psiquiátricos no país (CAPS, 2013).

3. Desordens psiquiátricas

De acordo com Mauerberg-deCastro (2011, pág. 226), *“as desordens psiquiátricas são comportamentos ou processos mentais conectados a vários tipos de deficiência e de traumas, e suas manifestações não são previsíveis em relações a eventos específicos”*. Para Roeder (2003), o transtorno mental e comportamental é entendido como as alterações do modo de pensar, do humor ou comportamentos com significância clínica. Assim, para serem categorizados como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem

em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais aspectos da vida (OMS, 2011).

Segundo Ratus (1999), as desordens psiquiátricas podem ser divididas em:

- Distúrbios de ansiedade - geralmente caracterizados pela preocupação, medo do pior acontecer, o medo de perder o controle, nervosismo e incapacidade de relaxar. Como por exemplo: fobia, pânico, ansiedade generalizada, estresse e distúrbios.

- Transtornos dissociativos - geralmente caracterizados pela separação dos processos mentais, tais como pensamentos, emoções, identidade, memória ou consciência. Por exemplo, a amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e despersonalização.

- Transtornos somáticos - normalmente caracterizados por queixas de problemas físicos, tais como paralisia ou dor, ou a crença persistente de que se tem uma doença grave, na ausência de descobertas médicas. São os transtornos de conversão e hipocondria.

- Transtornos do humor - geralmente caracterizados por distúrbio em emoções expressas. Como por exemplo, a depressão maior e transtorno bipolar.

- Esquizofrenia - geralmente caracterizada por distúrbios de linguagem e de pensamento (por exemplo, delírios, associações soltas), atenção e percepção (por exemplo, alucinações), atividade motora e humor, e pela retirada e absorção em devaneios ou fantasia. O distúrbio pode ser paranoico, desorganizado e catatônico.

- Transtornos de personalidade - geralmente caracterizados por padrões inflexíveis e mal adaptativos de comportamento, nos quais o funcionamento pessoal ou social impar são uma fonte de angústia para si ou para outrem. Como por exemplo, os distúrbios paranoicos, esquizotípicos, esquizoides, antissociais e de personalidade esquiva.

- Distúrbios alimentares - geralmente caracterizados por persistentes distúrbios graves em padrões alimentares. Exemplo: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

3.1 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental que, por muitas vezes, pode ser considerada crônica e incapacitante. Considerada uma patologia complexa,

apresenta manifestações psicopatológicas variadas em relação à percepção, emoção, comportamento, movimento e pensamento (SOUZA; COUTINHO, 2006). A manifestação destes sintomas varia, e o efeito de longo prazo tende a ser grave e persistente, com prejuízo sociofuncional marcante. Assim sendo, o distúrbio tem profundo impacto não só sobre os acometidos, mas também sobre as respectivas famílias (SOUZA; COUTINHO, 2006).

Segundo Gabbard, Beck e Holmes (2007), existe na esquizofrenia dois principais grupos de sintomas: os positivos e os negativos. Aqueles ditos positivos são decorrentes uma distorção do funcionamento normal das funções psíquicas, como as alucinações (visuais, olfativas, auditivas). O doente passa a ouvir vozes, principalmente quando está sozinho ou tem sensações de formigamento ou de modificações em seu corpo. Os sintomas negativos são caracterizados pela diminuição ou perda das funções psíquicas e incluem a diminuição da afetividade e da motivação, a pobreza do discurso e o retraimento social (LOUZÃ NETO, 1996). Segundo Assis, Villares e Bressan (2007), após as crises com sintomas positivos, é muito comum que o paciente se torne apático, não se interessando por nada, descuidando da aparência e saúde.

De acordo com Mauerberg-deCastro (2011), a esquizofrenia é o transtorno mais comum do grupo de psicoses e é caracterizada pela incapacidade de expressão e comunicação, por afetividade inadequada ou por destruição da afetividade. “*Esquizofrenia significa fragmentação da personalidade*” (Mauerberg-deCastro, 2011, pg. 228). Ainda segundo a autora, a esquizofrenia é dividida em cinco principais grupos, de acordo com suas características:

- a) Esquizofrenia demencial simples: levam os indivíduos a viver isolados do mundo exterior mesmo tendo consciência do mesmo. Muitas vezes marginalizados, são apáticos, desatentos e com inteligência limitada.
- b) Tipo paranóide: é caracterizada por uma preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas frequentes, presença de delírios de perseguição ou grandeza, são tensos, desconfiados e reservados, frequentemente agressivos. Esses pacientes mostram uma menor regressão de faculdade mental, da resposta emocional e do comportamento que os outros tipos de pacientes esquizofrênicos. Em relação à inteligência, esta pode permanecer intacta nas áreas não invadidas pelos delírios.

- c) Hebefrenia: Incorpora uma criança, adotando elementos de rotina e da fala infantil.
- d) Catatonía: estado onde o indivíduo varia entre imobilidade física, podendo passar dias na mesma posição, ou mostrar momentos exacerbados, com reações agressivas.
- e) Paranoia: comportamento ilógico, com delírios de grandeza, perseguição ou de erotismo, podendo ter atitudes violentas homicidas.

O suicídio vem sendo o enfoque principal no que se diz respeito à mortalidade em pacientes com esquizofrenia, entretanto estudos mostram que entre as causas mais comuns de morte nesses pacientes, estão as doenças respiratórias, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (NEWMAN, BLAND, 1991). De acordo com Meyer (2005), tais causas são ocasionadas por alterações metabólicas decorrentes do estilo de vida sedentário, escolhas dietéticas inadequadas e, principalmente, efeito colateral dos medicamentos. Baptista (1999) mostrou que 50% dos pacientes esquizofrênicos tiveram um ganho corporal considerável quando receberam a administração de drogas antipsicóticas, contribuindo assim para o desenvolvimento de desordens metabólicas.

Entre as causas da esquizofrenia, a teoria mais aceita é a dopaminérgica. Delay e Deniker, em 1952, perceberam que a substância clorpromazina, usada para o tratamento da esquizofrenia, era efetiva na atenuação de sintomas, mostrando então que a dopamina era um importante fator para a doença. Posteriormente, novos estudos realizados, demonstraram que a clorpromazina era responsável, em certas regiões cerebrais, pelo aumento dos níveis metabólicos da dopamina e não possuía efeitos consistentes em outros neurotransmissores. Assim, a partir desses achados, propôs-se que os antipsicóticos tinham sua ação intermediada pelo antagonismo dos receptores dopaminérgicos, gerando o aumento compensatório dos níveis de dopamina (MARDER, VAN KAMMEN, 2004).

Seeman et. al. (1975) demonstraram que havia uma relação entre potência dos antipsicóticos e os receptores dopaminérgicos D2. Posteriormente concluiu-se que os antipsicóticos, independentes de sua potência, bloqueavam receptores D2 (TALBOT & LARUELLE, 2002).

Outra teoria que por algum tempo foi considerada associada com a esquizofrenia é em torno do papel da atividade serotoninérgica, onde se acreditava

que o déficit de serotonina fosse responsável pela esquizofrenia. A partir de estudos realizados em 1950 sobre os efeitos do uso de LSD, que age nos receptores serotoninérgicos, os estudiosos perceberam que os sintomas gerados pela droga eram semelhantes a alguns da esquizofrenia. Entretanto, tal hipótese foi colocada de lado em meados de 1980 posteriormente ao surgimento dos antipsicóticos atípicos. Estes por sua vez, apresentavam uma ação antipsicótica com baixa capacidade induzir sintomas extrapiramidais (tremores, dificuldade de fala), característicos da patologia e uma maior afinidade por receptores serotoninérgicos do que receptores dopaminérgicos (IQBAL, VAN PRAAG, 1995).

3.2 - Transtornos de humor

O transtorno do humor, de acordo com o CID 10 de 2008, é assim definido:

“a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas é secundária a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente, e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.”

Os transtornos de humor podem ser divididos em episódios maníacos, incluindo hipomania, manias sem sintomas psicóticos, manias com sintomas psicóticos; transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos, episódio atual depressivo leve ou moderado, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos, episódio atual misto; episódios depressivos, episódio depressivo leve, episódio depressivo moderado, episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, episódio depressivo grave com sintomas psicóticos; transtorno depressivo, transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado, transtorno, transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão; transtornos de humor (afetivos) persistentes, ciclotimia e distímia (RATHUS, 1999).

O transtorno bipolar é caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos (humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com

duração de no mínimo uma semana com o acompanhamento de ao menos três sintomas adicionais) ou episódios mistos (sintomas tanto de um episódio maníaco quanto de um episódio depressivo maior, com prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou ainda, ser marcada pela presença de aspectos psicóticos). Na maioria dos casos, os pacientes também apresentam um ou mais episódios depressivos maiores (CID 10 - 2008). Estudos mostram que alternâncias extremas do humor, suficientes para serem categorizadas como mania e depressão, não possuem causas específicas identificadas dentro das certezas científicas. Entre as possibilidades têm-se fatores hereditários, anormalidades endócrinas e particularidades envolvendo neurotransmissores tais como serotonina e dopamina (TAYLOR, 1992; MORENO, MORENO, 1995).

A primeira grande pesquisa com o objetivo de estimar a prevalência de transtornos mentais foi realizada nos Estados Unidos por volta de 1980. Denominada Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental (ECA–NIMH) (ROBBINS, REGIER, 1991; WEISSMAN et. al., 1996), teve como amostra aproximadamente 20 mil pessoas, moradores em cinco principais centros (New Haven, Eastern Baltimore, St. Louis, Durham e Los Angeles). Os resultados do estudo demonstraram que os sintomas maníacos não são frequentes na população geral (somente 3% relatam variação significativa do humor no período de uma semana). Os fatores causais dividem-se em fatores biológicos, genéticos e psicossociais. De acordo com Deslandes et. al. (2009), os estudos mais consistentes concluíram que os transtornos de humor estão relacionados com a alteração das aminas biogênicas, que consistem em noradrenalina, serotonina e dopamina.

4. Transtornos psiquiátricos e atividade física

De acordo com Bressan e Pilowsky (2003), um dos fatores determinantes na evolução do tratamento dos transtornos psiquiátricos foram os antipsicóticos, por trabalharem na prevenção e no tratamento dos principais sintomas além de favorecer a reinserção do paciente na sociedade.

Porém, grande parte dos antipsicóticos está relacionada com efeitos colaterais como: ganho de peso, dislipidemia e hipertensão arterial, aumento o risco para a incidência de diabetes melito e doença cardiovascular (NASRALLAH, 2003;

MEYER, 2002; SERNYAK et.al. 2002; REIS et. al. 2007; ATTUX, QUINTANA, CHAVES, 2007).

Allison et. al. (1999) fizeram um estudo com o objetivo de avaliar e comparar os efeitos dos antipsicóticos no peso corporal e concluíram que dez semanas de tratamento com os antipsicóticos já eram suficientes para o ganho de peso.

Faulkner, Soundy e Lloyd, (2003) realizaram um estudo para analisar sistematicamente a literatura sobre a eficácia de intervenções destinadas a controlar o ganho de peso na esquizofrenia. Ao final da análise dos dezesseis estudos, concluíram que a dieta em conjunto com a atividade física é eficaz para o controle do peso. Segundo Roeder (2003), a intervenção feita com a atividade física desenvolvida deve ter como objetivo a integração social e um melhor desempenho funcional dos pacientes nas atividades do cotidiano.

Álvarez-Jiménez et. al. (2008) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para determinar a eficácia de intervenções não farmacológicas e abordagens de tratamentos específicos para controlar o ganho de peso induzido por antipsicóticos, em pacientes com esquizofrenia. Dez estudos foram analisados e concluiu-se que a intervenção não farmacológica deve ser uma prioridade, especialmente durante as fases iniciais do tratamento antipsicótico, já que dieta e exercícios físicos apresentam uma melhor eficácia.

Com o objetivo de avaliar uma intervenção de 12 semanas com dieta e atividade física, Mauri et. al. (2006), realizaram um estudo com 53 pacientes que tiveram um aumento de mais de 7% do IMC após o início do tratamento. Vinte e seis pacientes completaram o programa e apresentaram uma diminuição significativa do peso corporal. Mostrando assim, a importância de um programa de atividade física para tal população.

Beebe et. al.(2005) desenvolveram um estudo de 16 semanas com dez pacientes ambulatoriais com esquizofrenia. O programa era realizado 3 vezes por semana com a seguinte programação: alongamento inicial seguido de uma caminhada de 5 minutos nos primeiros dias com aumento gradativo até chegar a 30 minutos de caminhada ao final das 16 semanas. Ao final do programa, os pacientes apresentaram redução de 3,7 % do peso corporal; 1,3% do IMC e 8 pontos na escala PANSS¹.

¹ A escala PANSS é utilizada para medir a severidade da patologia em adultos com esquizofrenia, tomando como base dimensões positivas (sintomas como delírios, alucinações e comportamentos bizarros) e negativas

Além da melhora relacionada com o ganho de peso, a atividade física também vem no sentido de promover uma melhor condição de vida para os pacientes com transtornos psiquiátricos. Morgan (1985) e Ransford (1982) demonstraram que a atividade física é capaz de aumentar a transmissão sináptica de monoaminas, da mesma forma que os antidepressivos. Além disso, observaram que a atividade física provoca a liberação de opióides endógenos (endorfinas - morfina "endógena"), basicamente as beta-endorfinas. Tais substâncias possuem um efeito inibitório no sistema nervoso central, gerando uma sensação de ânimo e calma (MORGAN, 1985; RANSFORD, 1982; NICOLOFF, SCHWENK, 1995).

Outro estudo analisou 30 pacientes internados com esquizofrenia que foram submetidos a um programa de exercício aeróbio durante 10 semanas. Durante esse período, os pacientes realizavam um programa de exercícios 3 vezes por semana, por 40 minutos em cada dia. Ao final desse período, a avaliação dos pacientes demonstrou uma diminuição significativa nos sintomas negativos (ACIL, DOGAN, DOGAN, 2008).

Diversos estudos apontam uma diminuição das alucinações visuais, aumento na autoestima e melhora na qualidade do sono de pacientes com transtornos psiquiátricos após a participação em um programa de atividade física (CHAMOVE, 1986; FAULKNER & SPARKES, 1999; DALEY, 2002; CHALLAGAN, 2004).

Pajonk et. al. (2010) realizaram um estudo onde 24 pacientes com esquizofrenia participaram de um programa de treinamento de ciclismo, com sessões de 30 minutos, 3 vezes por semana, por um período de 12 semanas. Os autores buscaram determinar se o volume do hipocampo aumentaria com o exercício já que esse volume é menor do que o esperado em pacientes com esquizofrenia e o exercício trabalha como um estímulo para a plasticidade do hipocampo. Através do exame de ressonância magnética realizado nesses pacientes, concluíram que houve um aumento de 14% no volume do hipocampo, melhorando a memória de curto prazo.

Já na depressão maior, Doyne, Chambless, Beutler (1983), buscando avaliar a eficácia do treinamento intervalado no alívio dos sintomas de depressão, propuseram um programa de atividade durante seis semanas. Os participantes eram

(pensamento autista, isolamento, passividade). Tais dimensões são pontuadas e somadas para apresentarem um resultado. Quanto maior o número da soma, maior a gravidade dos sintomas (Kay, Fiszbein, Opler, 1987).

submetidos a 30 minutos de atividades em bicicleta ergométrica, 4 vezes por semana. Os resultados indicaram que a utilização do programa aeróbico foi associada com uma redução clara na depressão, sendo que tais melhorias foram mantidas três meses após intervenção.

Outro estudo utilizou um programa durante 10 dias consecutivos com pacientes com quadro de depressão. O programa consistia em 30 minutos de caminhada em esteira. Ao final do período proposto, concluíram que, mesmo por um curto período, um programa de atividade física produz uma redução clínica e estatisticamente significativa em sintomas da depressão (6,5 pontos de redução na escala de Hamilton para depressão). (DIMEO, BAURERM, VARAHRAMI, 2001).

Blumenthal et. al. (1999) avaliaram a eficácia do exercício em comparação à medicação psicotrópica. Para isso dividiu um grupo de 156 deprimidos em três grupos: grupo I – atividade física; grupo II – medicamento; grupo III – atividade física e medicamento. O grupo I participou de um programa caminhada ou corrida em esteira, por 30 minutos, 3 vezes por semana, por um período de 16 semanas. O grupo II recebeu medicação pelo mesmo período. Já o grupo III, recebeu medicação e participou do programa de atividade física com os mesmos procedimentos dos outros grupos. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa na redução dos sintomas da depressão entre os grupos (60,4% [exercício]; 68,8% [medicação]; 65,5% [exercício e medicação]). Concluíram assim que o exercício foi tão eficaz quanto a medicação para reduzir os sintomas da depressão. Entretanto, o seguimento do programa por um período de 10 meses mostrou que os membros do grupo de exercício tinham taxas menores de depressão (sintomas) que o grupo de medicação e o grupo combinado (exercício 70%; medicamento 48%; combinado 54%). Assim, a longo prazo, os exercícios trazem melhores resultados para pacientes depressivos.

5. Conclusão

Evidências apontam que a atividade física tem efeitos benéficos no tratamento de transtornos psiquiátricos, tais como esquizofrenia e transtorno de humor. Especificamente no que diz respeito à associação entre a atividade física e humor. As evidências experimentais indicam que o exercício moderado melhora o bom humor ou ajuda a mantê-lo em níveis elevados.

A partir desta revisão foi possível perceber que a atividade física possui importante papel no tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos. Além do auxílio diretamente ligado à patologia, os achados demonstram que um programa de atividade física é importante na prevenção e tratamentos de problemas secundários, tais como: ganho de peso, dislipidemia e hipertensão arterial, aumentando o risco para a incidência de diabetes melitus e doença cardiovascular, já que esses são alguns dos efeitos colaterais dos principais medicamentos utilizados para o tratamento de transtornos psiquiátricos.

Diversos estudos apontam também para uma diminuição das alucinações visuais, aumento na autoestima, melhoria na qualidade do sono de pacientes com transtornos psiquiátricos após a participação em um programa de atividade física. Além disso, demonstram uma redução significativa dos sintomas, tanto na esquizofrenia quanto nos transtornos de humor.

Os estudos existentes sugerem que as intervenções de atividade física podem ser viáveis e proporcionarem um papel na promoção da saúde física e mental em pacientes com transtorno psiquiátricos. Nota-se que os benefícios da atividade física regular, incluem, entre outros fatores, o de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e, paralelamente, positivamente influenciar no tratamento médico como: promover a redução do uso de medicamentos, e diminuir os gastos com tratamentos pelo sistema de atendimento à saúde, seja ela pública ou privada.

6. Referências

ACIL, A. A.; DOGAN, S; DOGAN, O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008.

ALCANTARA, I., SCHMITT R., SCHWARZTHAUPT A. W., CHACHAMOVICH E., SULZBACH, M. F. V., PADILHA R. T. D. L. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Rev. psiquiatr Rio Gd Sul**; 25(1): 22-32, 2003

ALLISON D. B, MENTORE J. L, HEO M, CHANDLER L.P, CAPPELLERI J. C., INFANTE, M. C. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis, **American Journal of Psychiatry**, 156 pp. 1686–1696; 1999.

ÁLVAREZ-JIMÉNEZ M, HETRICK, S. E., GONZÁLEZ-BLANCH C, GLEESON, J. F., MCGORRY, P. D. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Br J Psychiatry**;193(2):101-7; 2008.

AMARANTE P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil/ Crazy about life – **Trajectory of Brazils Psychiatric Reform**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: FIOCRUZ; 2007.

ASSIS, J. C.; VILLARES, C. C.; BRESSAN, R. A. Entre a Razão e a Ilusão: Desmistificando a loucura. São Paulo: Segmento Farma, 2007.

ATTUX, C., QUINTANA, M. I., CHAVES, A. C. Weight gain, dyslipidemia and altered parameters for metabolic syndrome on first episode psychotic patients after six-month follow-up. **Rev Brasileira Psiquiatria**; 29(4):346-9. 2007.

BAHLS S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**; 78: 359-66. 2002.

BAPTISTA, T. Body weight gain induced by antipsychotic drug: mechanisms and management. **Acta Psychiatr Scand** 100:3-16, 1999.

BEEBE, L. H., TIAN, L., MORRIS, N., GOODWIN, A., ALLEN, S. S., KULDAU, J. Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. **Issues Mental Health Nursing** 26 (6): 661–676; 2005.

BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978

BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; MOORE, K.; CRAIGHEAD, W. E.; HERMAN, S.; DORAISWAMY, M.; KRISHNAN, K. R. Effects of exercise training on older

patients with major depression. **Archives of Internal Medicine**, v. 159, p. 2349-2356, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005

BRESSAN, R. A.; PILOWSKY, L. S. - Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria** 25(3): 177-183, 2003.

CAPS

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela
acesso em 03/09/2013.

CHALLAGAN, P. Exercise: a neglected intervention in mentalhealth care? **Journal of Psychiatric Mental Health Nursing** 11,476–483. 2004.

CHAMOVE, A. S. Positive short-term effects of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. **British Journal of Clinical Psychology**, 125–133; 1986.

CID 10 – Disponível em : < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/v2008.htm> >
Acesso em: Fevereiro de 2013

COSTA, J. F. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Documentário, 1976.

DALEY, A. J. Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? **Advanced in Psychiatric Treatments** 8, 262–270; 2002.

DELAY, J., DENIKER, P., HARL, J. M. Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP). **Annales Medico Psychol.** Jun; 110 (21): 112-7, 1952.

DESLANDES, A.; MORAES, H.; FERREIRA, C.; VEIGA, H.; SILVEIRA, H.; MOUTA, R. Exercise and mental health: many reasons to move. **Neuropsychobiology**, 59(4):191-8, 2009.

DIMEO, F., BAURER, M., VARAHRAM, I. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study.; **Jounal Sports Medicine.** 35:114–117; 2001.

DOYNE, E. J., CHAMBLESS, D. L., BEUTLER, L. E. Aerobic exercise as a treatment for depression in women. *Behav Ther* 14: 434–440; 1983.

FAULKNER, G., SPARKES, A. Exercise as therapy for schizophrenia: an ethnographic study. **Journal of Sport & Exercise Psychology** 21, 52–69. 1999.

FAULKNER, G., SOUNDY, A. A., LLOYD, K. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 108, 324-332, 2003.

GABBARD, G. O., BECK, J. S. & HOLMES, J. *Compêndio de psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre, 2007.

IQBAL, N.; VAN PRAAG, H. The role of serotonin in schizophrenia. **Eur Neuro-Psychopharmacol**, supl: 11-23, 1995.

KETTER, T. A. Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder. **Journal Clinic Psychiatry.** 71(6): 14. 2010.

LIMA, M. S., TASSI, J., L., NOVO, I. P., MARI, J. D. J. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica.** 32: 15-20. 2005.

LOUZÃ NETO, M. R. Escalas de avaliação de efeitos colaterais de antipsicóticos, **Revista de Psiquiatria Clínica**, 357-367, 1996.

MARDER, S. P., VAN KAMMEN, D. P. - Dopamine receptor antagonists (Typical antipsychotics). Textbook of Psychiatry, vol.II, 8. ed. Philadelphia: 2817-2838, 2004.

MAUERBERG-DECASTRO, E. Atividade Física Adaptada (2ª edição). Ribeirão Preto: Novo Conceito, 2011.

MAURI, M., CASTROGIOVANNI, S., SIMONCINI, M., IOVIENO, N., MINIATI, M., ROSSI, A. Effects of an educational intervention on weight gain in patients treated with antipsychotics. **J. Clin Psychopharmacology**. 26(5): 462-6, 2006.

MEYER, J. M. A retrospective comparison of weight, lipid, and glucose changes between risperidone- and olanzapine-treated inpatients: metabolic outcomes after 1 year. **Journal Clin Psychiatry**. 63(5): 425-33; 2002.

MEYER, J. M. - Schizophrenia and the metabolic syndrome. **Medscape Psychiatry & Mental Health**, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

MORENO, D.H; MORENO, R.A – Estabilizadores do humor (2ª edição). São Paulo: Lemos, 1995

MORGAN, W. P. Affective beneficence of vigorous physical activity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 1985.

NASRALLAH, H. A review of the effect of atypical antipsychotics on weight. 2003

NEWMAN, S. C.; BLAND, R. C. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. **Canadian Journal of Psychiatry**, 36, 239-245, 1991.

NICOLOFF, G., SCHWENK, T. S. Using exercise to ward off depression. **Phys Sportsmed**, 23(9): 44-58; 1995

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>>. Acesso em Fevereiro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/management/district/phc/en/index5.html>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de TM e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PAJONK, F. G., WOBROCK, T., GRUBER, O., SCHERK, H., BERNER, D., KAIZL, I., KIERER, A., MULLER, OEST, M., MEYER, T., BACKENS, M., SCHNEIDER-AXMANN, T., THORNTON, A. E., HONER, W. G., FALKAI, P. **Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia**. Arch Gen Psychiatry 67(2): 133–143; 2010.

RANSFORD CP. A role for amines in the antidepressant effect of exercise: a review. **Medicine Science Sports Exercise**; 4(1):1-10; 1982

RATHUS, SPENCER A. **Psychology in the New Millenium**. Fort Worth TX: Harcourt Brace College Publishers, Seventh Edition; First Printing. Hardcover. 1999.

REIS, J. S., ALVARENGA, T., ROSÁRIO, P. W., MENEZES, P. A., ROCHA, R. S. Diabetes mellitus associado com drogas antipsicóticas atípicas: relato de caso e revisão da literatura. **Arq Brasileiro Endocrinologia Metabólica**; 51(3):488-93; 2007

ROBINS, L. N., REGIER, D. A. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: The Free Press, 1991.

ROEDER, M. A. Atividade física, saúde mental & qualidade de vida. São Paulo: Shape, 2003.

ROUDINESCO, E. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar. 1998.

SEEMAN, P.; CHAU-WONG, M.; TEDESCO, J.; WONG, K. Brain receptors for antipsychotic drugs and dopamine: direct binding assays. **Proc Natl Acad Sci USA**, 72(11): 4376-4380, 1975.

SERNYAK, M. J., LESLIE, D. L., ALARCON, R. D., LOSONCZY, M. F., ROSENHECK, R. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. **Am Journal Psychiatry**; 159(4): 561-6, 2002.

SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; 2006.

TALBOT, P. S.; LARUELLE, M. The role of in vivo imaging with PET and SPECT in the elucidation of psychiatry drug action and new drug development. **Eur Neuropsychopharmacol** 12: 503-511, 2002.

TAYLOR, C. B., SALLIS, J. F., NEEDLE, R. The relation of physical activity and exercise to mental health. **Public Health Reports** 100, 195–202, 1992.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist Cienc Saude Manguinhos*.9(1): 25-59, 2002.

VORCARO, C. M. R., UCHOA, E., LIMA-COSTA, M. F. Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. **Jornal brasileiro psiquiatria**. 51(3): 167-82, 2002.

WEISSMAN, M. M., BLAND, R. C., CANINO, G. J., FARAVELLI, C., GREENWALD, S., HWU, H. G., JOYCE, P. R., KARAM, E. G., LEE, C. K., LELLOUCH, J., LÉPINE, J. P., NEWMAN, S. C., RUBIO-STIPEC, M., WELLS, J. E., WICKRAMARATNE, P. J., WITTCHEN, H., YEH, E. K. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. **The Journal of the American Medical Association**. Jul 24-31; 276(4): 293-9, 1996.