



TCC/UNICAMP  
B461e  
3235 FEF/1162

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Lisandra Bragotto Bertanha

**EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E A  
DEPRESSÃO**

Campinas  
2006

51.01.1



Lisandra Bragotto Bertanha

# **EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E A DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Graduação da  
Faculdade de Educação Física da  
Universidade Estadual de Campinas  
para a obtenção do título de  
Licenciado em Educação Física.

Professora Doutora Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares  
**Orientadora**

Campinas  
2006

Lisandra Bragotto Bertanha

Educação Física Escolar e a Depressão

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Conclusão de Curso defendida por nome do autor e aprovada pela Comissão Julgadora em 25/10/2006.

Professora Doutora Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares  
**Orientadora**



**Banca julgadora**

Campinas  
2006

## **DEDICATÓRIA**

Dedico à minha família (Graci, Cesar, Daniel e Valesca), cujo apoio não somente financeiro foi indispensável para a realização pessoal e profissional que aqui demonstram seus frutos. Também aos amigos ao redor que, ao citar um não poderia deixar de dizer de todos. Os verdadeiros sabem quem são.

## AGRADECIMENTOS

Além dos familiares, agradeço aos amigos e amigas sempre tão presentes, de diferentes formas e que, por mais que não saibam, cada um, com seu jeito peculiar, por mais rápido que tenha passado por minha vida ou ainda permanecendo nela, sempre, sempre ficarão comigo. Os carregarei em tudo o que viver.

Aos meus amores, alguns mais longos e intensos, outros nem tanto, mas nem por isso menos importantes, e principalmente àquele que construo agora. Os trago em meu corpo, sendo ele um todo indissociável. Deixaram, todos eles, sua marca em mim e também contribuíram pra ser quem sou hoje.

As junglegirls, pela paciência e alegria. Conseguiram despertar sentimentos mais humanos em mim num simples conviver diário. Sempre lembrarei das peculiaridades de cada uma, também com saudade.

À minha orientadora, cuja paciência em ensinar-me os passos não só acadêmicos foram e ainda são de extrema relevância em minha vida, aprendizados que me fizeram crescer não somente como aluna.

Agradeço com a mesma relevância às pessoas que passaram por mim e nem mesmo imaginam que deixaram rastros, ainda que fosse apenas com sua existência. Professores, funcionários, jogadores do mesmo time e adversários que muito freqüentemente passavam (e passam) pro mesmo time, e vice-versa, técnicos, atletas, juízes, terapeutas, terapeutas não-profissionais, funcionários dos CAPS, pacientes, alunos meus e de outros professores.

BERTANHA, Lisandra Bragotto, **Educação Física Escolar e a Depressão**. 2006. 42 f. Monografia-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

## RESUMO

A depressão é uma doença afetiva ou um transtorno do humor que atinge o corpo como um todo. Sua causa é multifatorial e prejudica o desempenho normal das funções da pessoa. Esta pesquisa teve o objetivo de refletir sobre as relações que as experiências na educação física escolar podem proporcionar e o desenvolvimento e tratamento da depressão a partir de uma revisão de literatura e um trabalho de campo realizado nos CAPS (Centro de Atenção Psico Social) de Campinas. A revisão bibliográfica foi feita a partir das bases de dados Scielo e Biblioteca Digital da Unicamp, tendo como resultado 857 trabalhos. Após a análise dos mesmos, é possível afirmar que a depressão atualmente é considerada um problema de saúde pública, com alta incidência e que a prática de atividades físicas pode ser considerada um adjunto aos tratamentos normalmente adotados, resultando no aumento da qualidade de vida dos pacientes. Através de um questionário, na pesquisa de campo, vimos que apenas um paciente pratica atividades físicas atualmente. A maioria dos pacientes apontaram que se sentem muito desmotivados para tal. Outro motivo para a falta de atividades físicas foi a falta de tempo e dinheiro. Concluímos que a atuação do profissional de educação física é importante tanto em instituições de saúde quanto no âmbito escolar para o tratamento e prevenção da depressão.

**Palavras-Chaves:** Educação Física; Depressão; CAPS; Atividade Física.

BERTANHA, Lisandra Bragotto, **Physical Education in Schools and the Depression**. 2006. 42f. Monografia-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

### **ABSTRACT**

Depression is an affect disease or a moody transtorn wich involves the hole body. Its cause is multifactorial and it damages people's normal function. This research had as aim, to reflect about relationships that physical education experiences in school can give and the development and treatment of depression from a literature review and hands on work at CAPS (Centro de Atenção Psico Social) de Campinas. The literature review was done from datas found at Scielo and Unicamp's Digital Library, having as a result 857 articles. Through those avaliations it's possible to say that depression now adays is consider a public heath problem with high incidence and that physical activity can be considered a link to usual treatments, resulting in an increase in patients life quality. Throughout a questionnaire, on the hands on work, we could see that only one patient used to do physical activity. Most patients showed desmotivation toward physical activity. Other reason to the lack of physical activity was lack of time and money. We have concluded that physical educator professional is important not only in mental heath institutes but also at school to treat and to avoid depression.

**Keywords:** Physical Education; Depression; CAPS; Physical Activity.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 - Objetivo.....	2
<b>CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>3</b>
2.1 - Aspectos conceituais.....	4
2.2 – Classificações.....	6
2.3 – Causas.....	7
2.4 – Tratamentos.....	9
<b>CAPÍTULO 3 - DEPRESSÃO E ATIVIDADE FÍSICA.....</b>	<b>11</b>
3.1 – Introdução.....	12
3.2 – Justificativa.....	14
3.3 – Objetivo.....	15
3.4 – Metodologia.....	15
3.5 – Resultados.....	17
3.6 – Discussão.....	18
3.7 – Considerações Finais da Pesquisa de Campo.....	21
<b>CAPÍTULO 4 - RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E DEPRESSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>29</b>

## CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença afetiva ou um transtorno do humor, por afetar principalmente o estado de humor ou afetos (humor triste, melancólico ou depressivo). Atualmente, considera-se que atinge o corpo como um todo, o que pode significar uma alteração na disposição física, no sono, auto-estima, impossibilitando ou dificultando que a pessoa exerça suas funções normalmente (TUNG, DEMÉTRIO, [200-]).

Tem-se aceitado que as causas da depressão são a concomitância de diferentes variáveis (genéticas, sociais, psicológicas), ou seja, uma doença de causa multifatorial. Existem vários tipos de depressão, tais como a depressão maior (humor alterado por mais de duas semanas), depressão sazonal (ocorre em determinada época do ano) e depressão como um sintoma de distúrbio psiquiátrico (conjugado à psicose, por exemplo).

Ela é passível de tratamentos, que aliviam os sintomas, permitindo que o indivíduo possa viver com uma melhor qualidade de vida. Os tratamentos mais comumente indicados são a psicoterapia, medicamentos antidepressivos, terapia eletro convulsiva (TEC) e privação do sono.

Há estudos que discutem a atividade física como adjunto dos tratamentos. Um deles observou um grupo de mulheres depressivas que foram incluídas em um programa de atividades físicas e outro grupo de controle. Concluiu-se que “a atividade física, como contexto diferenciado no tratamento de mulheres depressivas, parece contribuir positivamente para a melhora dos sintomas da doença, apresentando-se eficaz como coadjuvante terapêutico no tratamento da depressão” (SOARES, 1998). Matoso (2002) também discorre neste sentido dizendo que a prática de exercícios com longa duração e frequência leva a melhora no humor e em quadros de depressão leve a moderada e sua utilização deve ser indicada, mesmo sem uma explicação biológica definitiva, pois seus benefícios em postergar o uso de medicamentos são inegáveis.

Tavares (2003) discute que as experiências corporais podem levar a transformações da imagem corporal. Essas experiências podem ser alcançadas com a prática de atividades físicas.

Os estudos existentes que relacionam a execução de atividades físicas e suas conseqüências na depressão ainda não são considerados totalmente conclusivos. O problema de muitos destes estudos é a metodologia, que deixam a interpretação e a aplicação de suas descobertas difícil (ARTAL, SHERMAN, 1998). No entanto Cheik et al. (2003) complementam dizendo que “os resultados disponíveis sugerem que, de maneira geral, a sua prática regular contribui com a saúde, na manutenção de um estilo de vida independente, no aumento da capacidade funcional e na melhoria da qualidade de vida”.

A depressão tem uma alta incidência e é considerada um problema de saúde pública. É clara a importância de um maior conhecimento sobre o tema, inclusive porque há muitos profissionais envolvidos nos processos terapêuticos dessa doença (psiquiatras, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos entre outros). A área da educação física particularmente, passa por um momento de olhar de modo diferenciado para a questão da inclusão. A postura atual é que todas as pessoas, inclusive aquelas que apresentam algum tipo de desvantagem, seja ela física ou mental, devem ter a possibilidade de participar de atividades físicas, considerando seu valor para a saúde e para o desenvolvimento pessoal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas expressou interesse na I Conferência Municipal de Saúde Mental realizada em 2001 em estruturar melhor o atendimento de suas unidades de saúde mental. A prática de atividades físicas é um fator relevante para a saúde das pessoas. A inclusão desta prática no cotidiano das pessoas com depressão pode representar um avanço na forma de atendimento desta população.

No presente estudo, tomamos como base revisões bibliográficas e dados colhidos nos Centros de Atenção Psico Social (CAPS) de Campinas para desenvolver uma discussão em torno da questão da educação física na escola, suas conseqüências pedagógicas nos sujeitos adultos que passaram por ela e quais relações podemos fazer entre a educação física escolar e a manifestação de doenças mentais e afetivas, mais particularmente a depressão.

## **1.1 - Objetivo**

Refletir sobre as relações que as experiências na educação física escolar podem

proporcionar e o desenvolvimento e tratamento da depressão a partir de uma revisão de literatura e um trabalho de campo realizado nos CAPS de Campinas.

## CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA

Foi feita uma revisão bibliográfica a partir das bases de dados Scielo e da Biblioteca Digital da Unicamp, a partir das palavras-chave depressão e atividade física, depressão e exercício físico, depression, depressive, depressive disorder. Os artigos foram selecionados a partir do ano de 2000. Aqueles artigos de relevância antes desta data foram também considerados. As bases foram consultadas de novembro de 2005 a julho de 2006.

O resultado encontrado foi de 445 artigos com as palavras-chaves depressão e atividade física, 310 utilizando-se as palavras-chaves depressão e exercício físico, 201 tendo como palavra-chave depression, 28 com depressive e depressive disorder 8 artigos. Os critérios para a seleção dos mesmos foi o fato de contribuírem com a área de educação física e mais diretamente com os objetivos desta pesquisa.

**Tabela 1:** Bases de dados e palavras-chaves utilizadas e número de artigos encontrados.

<b>Base de Dados</b>	<b>Palavras-Chave</b>	<b>Número de Artigos</b>
Scielo	Depression;	201
	Depressive;	28
	Depressive disorder	8
Biblioteca Eletrônica da Unicamp (Teses e Dissertações)	Depressão e atividade física e	445
	Depressão e exercício físico	310

Após leitura e revisão dos mesmos, selecionamos os conteúdos que julgamos essenciais para o profissional de educação física. Dividimos este conteúdo nos seguintes subtemas:

### 2.1 – Aspectos Conceituais

A depressão atualmente é considerada uma doença. Infelizmente, grande parte

das pessoas afetadas não reconhece que está doente e nem procura ajuda (MATOSO, 2002).

Muitas vezes é vista pela família como exagero, com preconceito ou simplesmente não há conhecimento de que se trata de uma doença. A partir do momento que a depressão é encarada como tal, a escolha de um tratamento é facilitada e minimiza os danos ao paciente. Ela não é sinal de fraqueza e não pode simplesmente ser superada pela vontade ou pelo esforço (MATOSO, 2002).

Há várias visões teóricas sobre a depressão, como descreve Schestatsky, Fleck (1999, p. 41)

A psicoterapia comportamental assume que a depressão e os reforços sejam fenômenos relacionados, e que os déficits nas habilidades sociais contribuam para a incapacidade do paciente de obter os reforços positivos disponíveis no ambiente social e/ou de lidar com as adversidades do cotidiano. O modelo de Beck é o mais pesquisado na psicoterapia cognitiva. Pacientes deprimidos expressariam "pensamentos automáticos negativos" sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. Beck notou que essas cognições negativas se mantinham por meio de um modelo distorcido de processar informações, criando um círculo vicioso, em que o afeto deprimido aumentava a intensidade dos pensamentos negativos que, por seu turno, aumentavam os distúrbios afetivos, cognitivos e comportamentais. As cognições negativas surgiriam da ativação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas, de forma inconsciente, desde a infância. As psicoterapias psicodinâmicas breves tradicionais têm em comum a concepção da depressão como um fracasso adaptativo resultante de conflitos intrapsíquicos, e mais modernamente, de distúrbios relacionais. Baseada principalmente nas idéias da escola interpessoal de psicanálise de Sullivan, nos estudos sobre o luto de Freud, e na Teoria do Apego de Bowlby, a terapia interpessoal não considera os fatores interpessoais como causa da depressão. Conceitua a depressão como um fenômeno complexo e multideterminado, que deve ser objeto de investigações científicas em várias áreas do conhecimento. No entanto, parte do princípio de que a depressão ocorre num contexto social e interpessoal em seu início. Resposta ao tratamento e prognóstico são influenciados pelas relações interpessoais do paciente deprimido com suas pessoas significativas.

A depressão se perdura por um longo período, ao contrário das tristezas que ocasionalmente fazem parte da vida de uma pessoa. A diferença é que o indivíduo com depressão sente-se mal na maior parte do dia, durante muito tempo. Ou seja, esta só se poderá diagnosticar quando a tristeza se encontra associada a outros sintomas (DIAS, VICENTE, 1984).

Apesar das possíveis variações, para Tung, Demétrio ([200-], p. 9):

os principais sintomas da depressão são: tristeza e /ou irritabilidade persistente, desânimo, cansaço, indisposição, sentimentos de ansiedade, preocupação, insegurança, desesperança, culpa, incapacidade, alteração do sono, do apetite, idéias de morte, suicídio, irritabilidade, dificuldade de concentração, sintomas físicos persistentes sem uma causa orgânica definida.

Cheik et al. (2003) complementam dizendo que

a depressão primária caracteriza-se pela alteração essencial do humor, que pode ser deprimido ou irritável, ou pela perda de prazer pelas atividades em geral, além de outras alterações no sono, no apetite e na psicomotricidade

No entanto pode estar presente a tristeza e não haver inibição, predominando, ao contrário, a excitação psicomotriz. É o que se vê na depressão ansiosa ou agitada (BLEICHMAR, 1989).

O indivíduo com depressão vive em uma realidade distorcida, que traz a ele prejuízo social, pessoal, laborativo e psicológico, levando-o muitas vezes a tentar suicídio. Segundo Chen, Dilsaver (1996 apud CARLSON, 2002), 15,9% dos indivíduos com depressão unipolar e 29,2% de indivíduos com distúrbio bipolar tentam cometer suicídio.

A maioria dos pacientes com depressão apresenta algum tipo de insônia, sendo que 40% destes apresenta dificuldade para iniciar o sono, múltiplos despertares e insônia terminal (CHEIK et al, 2003). O sono das pessoas com depressão tende a ser superficial; as ondas lentas, tipo delta (fases 3 e 4), são reduzidas e a fase 1 torna-se mais longa. O sono fica fragmentado; as pessoas tendem a acordar com frequência, principalmente pela manhã. Além disso, o sono REM ocorre mais cedo, tem uma maior proporção de fases na primeira metade da noite e apresenta um maior número de movimentos rápidos dos olhos (KUPFER, 1976; VOGEL et al., 1980 apud CARLSON, 2002).

Apesar da depressão afetar pessoas de todas as faixas etárias, condições sociais, etnias, estudos indicam que episódios depressivos ocorrem com frequência duas vezes maior em mulheres que em homens (DSM – IV). No entanto, as mulheres procuram ajuda com maior facilidade. Já os homens quando se sentem ansiosos ou com depressão muitas vezes recorrem ao álcool e não procuram ajuda (MATOSO, 2002).

## 2.2 - Classificações

De acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV, p. 310), a depressão é classificada em:

**Episódio Depressivo Maior:** período mínimo de duas semanas, durante as quais há humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O risco aumentado nas mulheres surge durante a adolescência, podendo talvez coincidir com a puberdade.

**Episódio Maníaco:** um período durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. [...] deve ser acompanhado de auto-estima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de idéias, fácil distração, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas.

**Episódio Misto:** é caracterizado pela ocorrência de sintomas de um Episódio Maníaco e de um Episódio Depressivo Maior, quase todos os dias por pelo menos uma semana.

**Episódio Hipomaniaco:** idêntico ao Episódio Maníaco, exceto pela ausência de delírios e alucinações. Não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir a hospitalização.

**Transtorno Depressivo Maior:** curso clínico caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores.

**Transtorno Distímico:** humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos.

**Transtorno Bipolar I:** é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Com freqüência, os indivíduos também tiveram um ou mais Episódios Depressivos Maiores.

**Transtorno Bipolar II:** é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaniaco.

**Transtorno Cíclico:** perturbação crônica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaniacos e numerosos períodos de sintomas depressivos, sendo que os sintomas de ambos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para se caracterizar um Episódio Maníaco ou um Episódio Depressivo Maior.

Há também outras classificações de depressão, tais como: Transtornos Depressivos Sem Outra Especificação, Transtorno de Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno Induzido por Substância e Transtorno de Humor Sem Outra Especificação. Algumas pessoas tornam-se deprimidas durante o inverno, quando os dias são curtos e as noites são longas (ROSENTHAL et al., 1984 apud CARLSON, 2002), caracterizando o chamado

distúrbio afetivo sazonal. Há também, em porcentagens muito menores, pessoas com depressão de verão (WEHR et al., 1991 apud CARLSON, 2002).

### 2.3 – Causas

As causas da depressão ainda não são bem definidas. Acredita-se que o desencadeamento das crises depressivas ou maníacas aconteceria devido à soma de múltiplos fatores, [...] provavelmente definida por características herdadas geneticamente (TUNG, DEMÉTRIO, [200-]). Estudos com gêmeos têm sugerido uma base genética para a depressão bipolar e unipolar (depressão maior) e a princípio os distúrbios bipolares parecem ter um componente genético mais forte do que o outro tipo. A concordância entre gêmeos fraternos que possuem distúrbio bipolar é 14% (porcentagem de casos onde ambos apresentam distúrbio) e para gêmeos idênticos (monozigóticos) a porcentagem sobe para 72%. As respectivas porcentagens para a depressão maior são 11 e 40% (MATOSO, 2002).

A depressão também pode estar relacionada a anormalidades cerebrais em pacientes com distúrbios afetivos, mas as evidências ainda não são conclusivas. Elkis et al., 1996 apud Carlson, 2002 encontraram evidências de uma quantidade reduzida de tecido no córtex pré-frontal de pacientes jovens com depressão unipolar, o que sugere a presença de uma anormalidade durante o seu desenvolvimento ou um processo degenerativo que ocorreu precocemente.

Há também condições psicológicas construídas no período de crescimento da criança e do adolescente, tanto pelo ambiente familiar como pela escola, que podem contribuir para a definição de pessoas com auto-estima baixa ou inadequada. Estas crianças e adolescentes podem aprender a não acreditar nas suas possibilidades, serem pessimistas, sentirem-se fragilizadas e incapazes, sem autonomia, tornando-se adultos propensos às doenças afetivas de um modo geral (TUNG, DEMÉTRIO, [200-]).

Bleichmar (1989, p. 13) discute sob um ponto de vista psicanalítico. Em suas palavras:

Co-presença numa síndrome não implica obrigatoriamente causalidade, como acreditou entendê-lo a psiquiatria clássica por um lado, ao fazer derivar a auto-acusação da afetividade ou, por outro lado, uma corrente da psicanálise atual que, invertendo a ordem, outorgou à auto acusação o papel de determinante da tristeza e, por consequência, da depressão.

Outro fator a ser considerado, quando se busca generalizar um grupo de maior probabilidade de sofrer crises de depressão, encontram-se o fator geográfico. Áreas urbanizadas, principalmente grandes centros possuem maior incidência do que em áreas rurais, onde a vida é mais calma e a pressão é menor (MATOSO, 2002).

Graeff, Guimarães (2001, p. 100) complementam dizendo que

Existe um número crescente de evidências de que fatores estressantes, principalmente de origem psicossocial, desempenham papel importante no desenvolvimento de distúrbios afetivos, tais como dificuldades sociais crônicas (financeiras, de habitação, etc.), ausência de suporte social (desemprego, relacionamento difícil com o companheiro, chegada de uma nova criança, etc.) e perda da mãe na primeira infância. Verificou-se, por exemplo, que existe um aumento significativo na incidência de tais eventos nos três meses que precedem o início de quadro depressivo. A influência de episódios estressantes sobre a depressão parece ser especialmente marcada para o primeiro episódio, com diminuição em episódios subsequentes. Esse fenômeno tem levado à proposta de que existe uma sensibilização crescente a estressores em pacientes deprimidos.

Há também uma discussão entre psicólogos e sociólogos (ainda inicial) de como as estruturas sociais determinam ou não o surgimento e/ou manutenção de doenças afetivas.

D'Incao (1992) enfatiza a importância de prevenir doenças (de todos os tipos, inclusive mentais) através de políticas públicas, entendendo que também a partir de ações sociais se faz prevenção e curas.

## 2.4 – Tratamentos

Como todo problema de saúde, o tratamento dos transtornos do humor (doenças afetivas) começa sempre por uma avaliação médica completa. O tratamento será direcionado pelo resultado da avaliação.

A resposta da depressão a tratamentos biológicos comprova que há uma base fisiológica. Sua estrutura orgânica básica são os neurônios, que têm a capacidade de receber, integrar e transmitir informações a partir dos estímulos externos. Isso ocorre através das sinapses, que formulam respostas e afetam muitos dos sistemas do corpo, incluindo o comportamento emocional e o humor. As sinapses permitem a comunicação altamente específica entre os bilhões de neurônios que compõem nosso Sistema Nervoso Central (SNC). As sinapses envolvem liberação de substâncias químicas, denominadas neurotransmissores. São eles o alvo da maioria dos medicamentos antidepressivos, mais especificamente a serotonina, a dopamina e a noradrenalina. Basicamente, esses remédios alteram a liberação ou a manutenção dos neurotransmissores nos locais onde as sinapses ocorrem, fazendo com que suas ações se mantenham por mais tempo.

Déficit no tônus dopaminérgico têm sido implicados nos transtornos depressivos, de déficit de atenção e de fadiga (KAPLAN et al., 1994 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001).

A maior parte dos antidepressivos não produz alterações agudas no sistema dopaminérgico. No entanto, com o uso prolongado, efeitos como a facilitação da liberação de dopamina e aumento das respostas comportamentais à sua injeção direta no núcleo de accumbens (uma pequena estrutura dopaminérgica, às vezes chamado de “centro de prazer”) foram observados (GRAEFF, GUIAMRÃES, 2001).

A noradrenalina está envolvida na resposta de orientação ao perigo, bem como na vigilância e na excitação global (GODDARD, CHARNEY, 1997 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001). A depleção desse neurotransmissor está relacionada a uma resposta do organismo a fatores estressores e, portanto, pode estar relacionada à depressão.

A serotonina está relacionada com a modulação da atividade motora e da inibição do processamento sensorial (JACOBS, 1994 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK,

2001). Resultados sugerem que o metabolismo da serotonina ou sua liberação são controlados geneticamente e estão relacionados à depressão (SEDEVALL et al., 1980 apud CARLSON, 2002). Delgado et al. (1990 apud CARLSON, 2002) verificaram que a depleção de triptofano [precursor de 5-HT, ou serotonina] provocava a recidiva da depressão na maioria dos pacientes.

Carlson (2002, p. 550) complementa dizendo que

Pesquisas recentes indicam que um outro neurotransmissor ainda pode estar envolvido na depressão: a substância P. Este peptídeo exerce seus efeitos ligando-se ao receptor NK<sub>1</sub> [...]. O receptor NK<sub>1</sub> é encontrado em regiões cerebrais que são conhecidas pela sua participação no comportamento emocional e em resposta ao estresse (MANTYH, HUNT, MAGGIO, 1984). Além disso, a administração prolongada de drogas antidepressivas causa uma redução dos níveis de substância P em várias regiões cerebrais (SHIRAYAMA et al., 1996). Estas e outras observações sugerem que uma droga que bloqueie os receptores NK<sub>1</sub> pode reduzir os sintomas da depressão.

Joça, Padovan, Guimarães (2003, p. 49) apontam outro fator como possível causador

Seja qual for a 'função' do hipocampo, um grande número de evidências experimentais obtidas em estudos farmacológicos, morfológicos, eletrofisiológicos e moleculares mostra que ele é alterado pela exposição a estressores significativos e parece ter um papel importante na mediação dos efeitos terapêuticos dos tratamentos antidepressivos.

Os tratamentos biológicos eficazes para a depressão unipolar são: antidepressivos tricíclicos, antidepressivos de segunda geração ou atípicos, antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (MAO), TEC e privação de sono. Para os transtornos bipolares usam-se os “estabilizadores” de humor, representados pelo lítio (GRAEFF, GUIMARÃES, 2001).

Medicamentos estimulantes, como pó de guaraná, anfetaminas ou remédios para emagrecer não são adequados para a depressão. O uso de outras drogas associadas pode trazer risco ao paciente. O mesmo se aplica ao uso de álcool e drogas (TUNG, DEMÉTRIO, [200-]).

Para o tratamento do distúrbio afetivo sazonal e a depressão de verão é indicada a fototerapia: expondo o indivíduo à luz brilhante durante várias horas por dia (ROSENTHAL et al., 1985, STINSON, THOMPSON, 1990 apud CARLSON, 2002). Ela sincroniza a atividade do relógio biológico como ciclo claro-escuro (ritmos circadianos de sono e vigília).

Outra alternativa muito utilizada é a psicoterapia que pode ser feita individualmente, em grupo ou em família. Ela ajuda o paciente a lidar de forma mais sadia com seus conflitos e a ficar menos sensível a fatores estressores que acontecem ao longo da vida.

Qualquer que seja o tratamento adotado é necessário respeitar as condições do paciente, fazendo-o se sentir confortável para não abandonar o tratamento, pois este contribuirá para a melhoria da sua qualidade de vida. As conseqüências financeiras e biológicas do tratamento crônico também têm que ser consideradas.

## **CAPÍTULO 3 – DEPRESSÃO E ATIVIDADE FÍSICA**

A partir de um projeto de iniciação científica, financiada pela Pibic/Cnpq, fizemos uma pesquisa de campo que procurou discutir as relações entre a educação física e a depressão. O foco principal foi alertar a importância do conhecimento sobre a depressão pelo profissional de educação física, pois este profissional pode atuar neste âmbito também, ou seja, na área da saúde mental.

### **3.1- Introdução**

Os transtornos do humor, do qual fazem parte toda as formas de depressão, constituem um problema de saúde pública devido à elevada frequência (entre 15 e 25% das pessoas podem ter uma crise depressiva pelo menos uma vez na vida, que precise de tratamento), serem pouco reconhecidos e quando diagnosticados serem tratados de forma inadequada (TUNG, DEMÉTRIO, [200-]).

De acordo com o National Ambulatory Medical Care Survery, mais de 7 milhões de visitas de primeira importância foram feitas anualmente no começo dos anos 90 para o tratamento da depressão, o dobro de dez anos atrás (ARTAL, SHERMAN, 1998).

Portanto, fica clara a importância de se estudar os tratamentos até hoje adotados, a fim de atender melhor esta população. Como adjunto deles, tem sido indicada a prática de atividades físicas. Segundo Cooper (1982) “muitos médicos acreditam que o exercício seja o melhor tranquilizante natural. E, além de usarem o exercício como meio de controlar a depressão, os psiquiatras o empregam como uma forma de aliviar alguns tipos de stress e ansiedade emocional”. No entanto, a dose e a duração de exercícios necessários para melhorar a saúde mental permanecem desconhecidos (FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001).

Pesquisas em atividade física e depressão vêm desde antes do século 19. O conhecimento sobre seus resultados tanto a curto quanto a longo prazo ainda não são conclusivos pois muitos deles trazem dificuldades para a sua aplicação. Apesar dessas dificuldades, as

conclusões da maioria desses estudos sugerem que a prática de atividades físicas aliviam os sintomas dos indivíduos com depressão. Esses ganhos são alcançados através da prática de atividades físicas que traz melhoria da qualidade de vida, da saúde e da auto-estima. Além disso, também se desenvolve a imagem corporal através da vivência que o mesmo possibilita, assim como relata Tavares (2003) dizendo que “cada estímulo existe para nós à medida que corporalmente o vivenciamos.[...] Nesse processo meu corpo vai se transformando e se apresentando, ele mesmo, como uma imagem diferente a cada instante”. Mataruna (2002, p. 3) complementa

Quanto maior forem os estímulos e as possibilidades de novas experiências do recém nascido durante toda sua trajetória de vida, mais completa será a sua formação do esquema corporal, principalmente sob o ponto de vista psicomotor. As experiências corporais que determinam a imagem corporal corroboram para a modelação de um esquema que refletirá na adolescência e na vida adulta. Sua forma poderá ser lapidada, porém terá seus elementos da construção inicial preservados, apesar das transformações ocorridas ao longo da vida.

Psicologicamente, o exercício pode aumentar a sensação de domínio da pessoa, o qual é muito importante para ambos, indivíduos saudáveis e com depressão, os quais sentem uma falta de controle de suas vidas (ARTAL, SHERMAN, 1998).

Aspectos biológicos também são melhorados, pois a execução de atividades físicas promove adaptações nos sistemas orgânicos e, entre eles, está um aumento na oferta de oxigênio para todo o corpo, incluindo o cérebro. Cria um condicionamento cardíaco, ativa a resposta hipotalâmica-hipofisária-adrenal (HHA) ao estresse (FRONTERA; DAWSON; SLOVIK, 2001), induz a liberação de ACTH, cortisol (LUGER et al., 1987 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001) e de opiáceos endógenos na circulação periférica (CARR et al., 1981 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001). Os opiáceos endógenos do cérebro são endorfinas, encefalinas e dinorfinas (FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001). As beta-endorfinas da glândula hipófise são liberadas simultaneamente com o ACTH durante a resposta ao estresse. Esses neuroquímicos têm sido perseguidos como os principais contribuintes dos efeitos benéficos do exercício sobre o humor e os estados da ansiedade (MONDIM, 1996 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001). Eles propiciam um efeito tranqüilizante e analgésico

no praticante regular, que freqüentemente se beneficia de um efeito relaxante pós-esforço e, em geral, consegue manter-se um estado de equilíbrio psicossocial mais estável frente às ameaças do meio externo (CHEIK et al., 2003).

Cooper (1982, p. 212) aborda o tema dizendo que

As endorfinas talvez tenham uma relação direta com o alívio de alguns problemas mentais. Psiquiatras do mundo inteiro vêm usando, há anos, o exercício como tratamento padrão da depressão. Em alguns casos de depressão, os níveis de endorfina são anormalmente baixos, e em tais situações a atividade física deve ser valiosa, com o aumento de endorfina induzido pelo exercício.

Os benefícios que o exercício traz no distúrbio do sono podem ser muito importantes, por este ser um sintoma e um agravante da depressão (ARTAL, SHERMAN, 1998). Sigh, Clemments e Fiatarone (1997 apud Carlson, 2002) incluíram pacientes deprimidos com idade entre 60 e 84 anos em um programa de treinamento supervisionado. O programa de exercícios melhorou tanto a depressão quanto o sono destes pacientes.

Um estudo recente retrata que exercícios agudos (anaeróbios) aumentam a serotonina cerebral (ARTAL, SHERMAN, 1998), além da maioria dos pesquisadores acreditar que o exercício aeróbio cria alterações benéficas no cérebro e na psique (FRONTERA; DAWSON; SLOVIK, 2001).

A prática de atividades físicas também atua nos neurotransmissores alvos da maioria dos medicamentos antidepressivos. Jacobs, Fornal (1993 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001) mostraram que, durante movimentos tônicos repetitivos em mamíferos (como o exercício na esteira), os núcleos serotoninérgicos do cérebro são crescentemente ativados para disparar e liberar serotonina. Além disso, as alterações nos níveis centrais de noradrenalina, observadas comumente em estudos animais após exercícios aeróbicos, podem ser responsáveis pela melhora da acuidade cognitiva e motora vista na pesquisa sobre exercício em humanos (DUSTMAN et al., 1990 apud FRONTERA, DAWSON, SLOVIK, 2001).

### **3.2 - Justificativa**

A depressão tem uma alta incidência e é considerada um problema de saúde pública. É clara a importância de um maior conhecimento sobre o tema, inclusive porque há muitos profissionais envolvidos nos processos terapêuticos dessa doença (psiquiatras, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos entre outros). A área da educação física particularmente, passa por um momento de olhar de modo diferenciado para a questão da inclusão. A postura atual é que todas as pessoas, inclusive aquelas que apresentam algum tipo de desvantagem, seja ela física ou mental, devem ter a possibilidade de participar de atividades físicas, considerando seu valor para a saúde e para o desenvolvimento pessoal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas expressou interesse na I Conferência Municipal de Saúde Mental realizada em 2001 em estruturar melhor o atendimento de suas unidades de saúde mental. A prática de atividades físicas é um fator relevante para a saúde das pessoas. A inclusão desta prática no cotidiano das pessoas com depressão pode representar um avanço na forma de atendimento desta população.

Neste estudo, propusemos uma investigação sobre a frequência da prática de atividades físicas das pessoas com depressão, preferências e dificuldades daquelas que praticam.

### **3.3 – Objetivo**

Esta pesquisa teve o objetivo de verificar se pessoas que apresentam depressão e frequentam os CAPS de Campinas praticam atividades físicas e, daquelas que praticam, quais seriam essas atividades, suas preferências e dificuldades.

### 3.4 – Metodologia

Os sujeitos analisados na pesquisa foram pessoas que têm o diagnóstico de depressão, feito por um psiquiatra e tenha sido atendido por um Centro de Atenção Psico Social (CAPS) de Campinas. De acordo com dados de 2004, Campinas conta com 9 Centros de Atenção Psicossocial, com 32 leitos e 3 Centros de Convivência.

Os CAPS são unidades de referência secundária (intermediárias) de saúde mental, com equipe multiprofissional e tem como missão tratar de forma intensiva os portadores de transtorno mental grave com idade superior a 14 anos, na sua comunidade, junto às suas famílias, evitando a internação psiquiátrica integral e promovendo a reabilitação psicossocial dos cronicamente comprometidos. Busca a construção de discurso e prática contra-hegemônicos, que relativizem a loucura, em que o usuário se reconheça como sujeito com direitos e deveres, construindo sua cidadania, inserindo-se na comunidade, usando seu potencial produtivo, participando de suas atividades, seja informalmente, seja através de associações de amigos de bairro, de usuários de serviço de saúde ou conselhos locais de saúde. É um serviço de atenção comunitária, pública, de base territorial, o que significa estar localizado num espaço que facilita o acesso dos usuários, conforme diretriz do programa de saúde mental de Campinas. Os Caps possibilitam a maior participação de familiares, facilitam a integração do paciente no seu meio social e, desta maneira, favorece sua recuperação.

Os centros de convivência reúnem usuários dos equipamentos de saúde mental e dos outros serviços de rede municipal de saúde. Nestes espaços, as pessoas desenvolvem trabalhos em esquema de cooperativa e participam das oficinas de dança, música, ginástica, ioga e de outros momentos de convívio. É um importante equipamento de inclusão. Também há casas espalhadas pela cidade, onde vivem pacientes anteriormente atendidos em hospícios.

A pesquisa passou por um comitê de ética do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, que é responsável por três CAPS de Campinas (CAPS Sul, CAPS Estação e CAPS Esperança). Os questionários foram aplicados nestas unidades.

Além do aval para a coleta de dados nestes espaços, o comitê enviou a sugestão de que um psiquiatra cuidador acompanhasse os pacientes no momento da aplicação do questionário para garantir o bem-estar dos mesmos, além de um termo de consentimento.

Foram coletados dados de 12 sujeitos de ambos os gêneros, qualquer faixa etária e etnia. O questionário foi elaborado tendo como referência os objetivos desta pesquisa e

também submetido a julgamento de cinco pessoas que tenham curso de graduação completo na área de saúde. As sugestões foram analisadas criticamente e serviram para aprimorar o questionário. Posteriormente fizemos um pequeno estudo piloto aplicando o questionário em cinco pessoas que tinham diagnóstico de depressão. O questionário utilizado na pesquisa (apêndice 1) era composto por questões fechadas e abertas. Além disso, um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) foi feito a fim de preservar e esclarecer os sujeitos que participaram da pesquisa.

Muitos dos pacientes não tinham condições de ler e responder ao questionário sozinhos por conta dos medicamentos fortes, o que fez com que as pessoas presentes (pesquisadora e psiquiatra) os ajudassem com essa tarefa.

Foi feita uma análise desses dados e, a partir dessa discussão, foi possível ver relações entre a educação física (ou atividades físicas) realizadas nestas instituições com a educação física escolar. Para fundamentar e aprofundar essa discussão, também foi feita uma revisão bibliográfica.

Foi discutido com as equipes dos CAPS, que a amostra (número de sujeitos/casos) que se encaixava nos critérios de depressão eram realmente baixos, pois os CAPS atendem principalmente casos de psicose e, alguns deles, são conjugados à depressão. Geralmente são casos encaminhados de hospitais e centros de saúde que exigem um cuidado mais intenso, às vezes até mesmo necessitando pernoitar na unidade. Mesmo assim a coleta de dados continuou, a fim de manter o objetivo de conhecer melhor a população que frequenta os CAPS e discutir as possíveis relações que podem ser estabelecidas entre atividade física e depressão, principalmente nesta população que depende diretamente dos tratamentos adotados para aumentar sua qualidade de vida.

### **3.5 - Resultados**

Nesta unidade, foram encontrados apenas dois casos de depressão, das ditas mais “clássicas”. Ambos os sujeitos não praticavam atualmente atividades físicas, mesmo um deles tendo praticado nado por muito tempo.

#### CAPS Estação

Foi o lugar em que encontramos o único caso de um paciente que pratica atividades físicas. O sujeito apontou que sempre praticou algum tipo de atividade física, desde sua época escolar. Os outros cinco casos averiguados eram de pessoas que atualmente não praticam atividades físicas.

#### CAPS Esperança

Havia cinco casos de depressão nesta unidade. Um dos pacientes não quis participar da pesquisa. Os outros sujeitos também se mostraram sedentários quanto á prática de atividades físicas.

A maioria dos pacientes respondeu que atualmente não pratica atividades físicas. O motivo mais apontado pelos sujeitos que nunca praticaram nenhum tipo de atividade física é a falta de motivação. Os casos em que a pessoa já praticou algum tipo de atividade física durante sua vida e parou, foram por motivos financeiros (começaram a trabalhar), por falta de tempo ou por não mais terem condições de continuar financiando as atividades físicas.

### **3.6 – Discussão**

A partir dos dados colhidos, foi possível verificar que o único caso que pratica atividades físicas teve um histórico em sua vida, ou seja, é possível pensar que ao tomar contato com a prática de atividades físicas em algum momento em sua vida, a pessoa pode passar a ter o hábito ou até mesmo sentir necessidade de continuar praticando. Isso também justificaria a presença de um profissional de educação física nas unidades que atendem a essa população. Além

do fato de que ele poderia demonstrar a seus alunos/pacientes que não é necessário gastar muito dinheiro e tempo para se construir um hábito de praticar atividades físicas, como foram os argumentos apontados pela maioria dos pacientes que não praticam atividades físicas atualmente. Esse profissional também poderá orientar alguns tipos de práticas que atendam melhor aos objetivos de cada aluno/paciente. Como foi averiguado a partir dos dados, há pessoas que se interessam pela prática por quererem emagrecer, outros simplesmente porque acham interessante e gostariam de estar inseridos em algum tipo de programa que contemplasse essas necessidades.

Acessando-se o site da Prefeitura Municipal de Campinas, encontramos que na I Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2001 pela própria Prefeitura Municipal de Campinas, esse ponto também foi levantado:

4. Prover as equipes multidisciplinares, na lógica da construção da equidade, com recursos humanos em número necessário em todas as regiões de saúde, priorizando as áreas de maior necessidade da população.
5. Rever a necessidade de reestruturação e/ou otimização de RH, criação de novos cargos, de acordo com as diretrizes dos equipamentos de saúde mental, garantindo a autonomia de cada serviço, de modo que as equipes possam contar também com profissionais não tradicionalmente identificados à Saúde Mental (artistas, educadores, etc.) e que as intervenções e atribuições sejam contextualizadas e construídas no interior do projeto assistencial dos mesmos.

A partir desta conferência, podemos inferir que a visão de corpo adestrado pela educação física, historicamente construído, foi pelo menos em parte superada, ao citarem que novos cargos devem ser criados. Também percebemos o reconhecimento da importância da inserção de outros profissionais nas equipes, a fim de tratar os pacientes com uma visão mais completa, ou seja, que o sujeito está inserido em uma comunidade, com direitos e deveres e com outras necessidades que vão além da simples medicação. Mesmo porque “a depressão será em todo mundo o maior problema de saúde física ou mental por volta de 2020, segundo a Organização Mundial de Saúde. Isso representa em desafio enorme para os órgãos de saúde pública” (HOLMES, 2005).

Em instituições em que há o objetivo de tratamento de doenças do humor, verifica-se na equipe de profissionais a falta de pessoas especializadas na área da educação física. Isso ocorre apesar da consciência da importância da prática de atividades físicas para o aumento

da qualidade de vida dos indivíduos em geral, e para tanto também o é para populações especiais. Portanto, essas instituições deveriam aliar os tratamentos convencionais à prática de atividades físicas, pois existem muitos sujeitos que não têm condições ou motivação para seguir os tratamentos normalmente utilizados assim como não dispõem de recursos para se manterem por muito tempo e por livre iniciativa o hábito de praticar atividades físicas de qualquer tipo. Além disso, a formação de grupos de oficinas de atividades físicas promove a maior convivência entre os pacientes, sendo esse um espaço socialmente permitido para a aproximação do outro, permitido para o toque.

Ainda que se saiba pouco sobre a origem da enfermidade mental, existe uma relação muito estreita entre saúde mental e fatores psicossociais. Os fatores psicossociais estão correlacionados à: origem de muitos transtornos mentais, no desenvolvimento de todos os transtornos mentais, eficácia dos serviços de atenção psiquiátrica. Por isso, o paciente psiquiátrico deve ser ajudado a: reestabelecer suas relações afetivas e sociais, reconquistar seus direitos na comunidade, reconquistar seu poder social. (SARACENO, ASIOLI, TOGNONI, 1997)

Outro aspecto relevante que o profissional de educação física pode se responsabilizar é o da linguagem corporal. Assim como as outras formas de comunicação, a expressão corporal deve ser considerada mais um espaço em que os pacientes/alunos podem ser observados e, a partir disso, analisar-se sua evolução. “Vale notar, porém, que em muitas culturas a linguagem predominante pela qual a aflição emocional se manifesta é a corporal” (HOLMES, 2005). Também é um espaço em que podemos desenvolver a imagem corporal dos pacientes/alunos. Ela se refletirá em seus movimentos e seu modo de agir como um todo, pois a imagem corporal é uma representação mental de nós mesmos, além de uma simples imagem visual, ela abrange todas as sensações, emoções, vivências, alegrias e decepções que nosso corpo já experienciou.

Existe uma complexa relação entre imagem corporal e qualidades de movimento. É através do movimento que formamos nossa imagem corporal e, por outro lado, é a imagem corporal que nos permite realizarmos movimentos coordenados e coerentes com nossas intenções e necessidades. Além disso, a imagem corporal e o movimento trazem relações com o desenvolvimento ontogenético e precisam ser escrutinados considerando-se sempre o indivíduo em interação com o ambiente. (TURTELLI, 2003, p. 12).

“O desenvolvimento da imagem corporal é guiado pela experiência, erro e acerto, esforço e tentativa” (SCHILDER, 1999). Essa experiência pode sim ser alcançada em nosso dia a dia. Entretanto, sabemos que em nosso cotidiano sempre tão voltado para a funcionalidade que exige produtividade o tempo todo, essas experiências ficam extremamente limitadas. Por exemplo, é fácil perceber o quanto somos visuais, ou seja, todos os nossos outros sentidos ficam atrofiados perto da dependência que temos de nossa visão para nos orientarmos. O profissional de educação física, sabendo disso, tem a capacidade de criar novos espaços que propiciem novos conhecimentos sobre o corpo, enfatizando a importância de atividades direcionadas nesse sentido. Somente através do movimento podemos conhecer as capacidades e os limites do nosso corpo. “Todo conhecimento – inclusive o de si mesmo – passa pelo corpo. É o corpo que está envolvido no processo de compreender, de recordar, e se individualizar. O corpo traz marcas de sua história; sonhamos com corpos, projetamos em corpos, os arquétipos manifestam-se como corpos” (OLIVER, 1995). Quando pensamos em casos de depressão, essa necessidade aumenta, pois “quando a depressão aparece, a visão que se tem de si mesmo transforma-se de aceitação e satisfação em aversão, em culpa por falhas imaginárias de omissão ou de responsabilidade e, ao final, em vontade de morrer” (HOLMES, 2005). A partir dessa visão mais holística do indivíduo, podemos até mesmo começar a questionar a razão pela qual intitulamos instituições como as estudadas aqui como sendo de saúde mental apenas, como se fosse possível separar a saúde do corpo da saúde da mente.

Podemos, através do movimento, inclusive desenvolver uma maior consciência de nós mesmos, sendo consciência, entendida aqui como sendo posterior à percepção, pois existimos corporalmente antes mesmo de tomarmos consciência disso, porque “eu vivo o mundo antes de pensá-lo e penso porque retorno sempre a ele” (MERLEAU-PONTY, 1990 apud OLIVER, 1995). Sem a percepção do corpo como uma existência, esse corpo fica mais sujeito às determinações ideológicas, vê seu corpo fragmentado, com funções pré-concebidas.

A grande força do inconsciente e da ideologia é justamente atuar naquele nível em que o sujeito não tem conhecimento das determinações [...] não pode ser chamado a testemunhar seu próprio comportamento porque está ‘colado’ na vivência (OLIVER, 1995).

Quando pensamos mais especificamente em casos de depressão, vemos a

necessidade de implantar novas formas de tratamento conjugado às mais tradicionais, mesmo porque, o que parece ocorrer na atualidade, é uma visão reducionista do tratamento da depressão. Geralmente atribui-se que ela tem apenas um viés: o biológico. Isso porque não se encara como uma doença multifatorial, que atinge o sujeito como um todo, formulando-se um pressuposto de que se bem medicado, o problema desaparecerá. Tanto que “pode-se afirmar que a depressão, na forma como a concebemos hoje, é produto tanto da influência sutil da indústria farmacêutica no modo como encaramos a nossa vida emocional, quanto a medicina psicológica” (HOLMES, 2005). Ou seja, o desenvolvimento da imagem corporal também se faz um fator relevante para os indivíduos (sejam eles alunos ou pacientes), principalmente aqueles institucionalizados, pois “implica, portanto, na inserção de um corpo humano em um mundo significativo, na relação dialética do corpo consigo mesmo, com outros corpos expressivos e com objetos do seu mundo (ou as ‘coisas’ que se elevam no horizonte de sua percepção)” (OLIVER, 1995).

### **3.7 – Considerações Finais da Pesquisa de Campo**

Essa nova visão de atendimento psiquiátrico vai ao encontro ao que pensamos ser o mais humano e realmente reabilitatório, onde a prática de atividades físicas se configura como coadjuvante neste processo. A partir deste pressuposto, é possível afirmar inclusive que a prática de atividades físicas nestas instituições de saúde mental assumem um caráter de recuperação de um repertório corporal, feito através do desenvolvimento da imagem corporal. O apontamento dessas necessidades dos pacientes dentro das equipes cuidadoras de instituições de saúde mental só será dado por profissionais de uma área que lida diretamente com o corpo vivido, ou seja, não apenas um corpo visto como doente.

Ao indicar exercícios físicos é importante verificar o contexto no qual o sujeito em questão, ou melhor, de onde o profissional de educação física vai partir e quais objetivos quer atingir. Na realidade escolar, a educação física terá como objetivo o desenvolvimento da imagem corporal dos sujeitos envolvidos, tendo como uma de suas conseqüências a prevenção da depressão.

Instituições de saúde mental, tais como os CAPS, são mais um ambiente em que o profissional de educação física pode trabalhar. Esse fato levanta novamente uma discussão importante, que há muito já vem sendo discutida dentro da área: a relevância do profissional de educação física, principalmente em lugares anteriormente não atribuídos a ele, como no caso de instituições de saúde mental. Como seu trabalho pode interferir diretamente na qualidade de vida das pessoas, o que possibilita que a prática de atividades físicas orientadas e bem estruturadas pode ser considerada coadjuvante no tratamento de doenças mentais.

Entretanto, se faz importante explicar a esses pacientes que a prática de atividades físicas pode ser um adjunto, não um substituto do tratamento primário (ARTAL, SHERMAN, 1998). Outro cuidado a ser tomado é com pacientes compulsivos, que geralmente o são em outras áreas de sua vida e podem se tornar compulsivos também em exercitarem-se, inclusive desprovidos de acompanhamento profissional e com isso aumentar os riscos de machucarem-se (ARTAL, SHERMAN, 1998). Também pode acontecer da atividade física não ser aceita pelo paciente, assim como às vezes ocorre com o tratamento farmacológico e a psicoterapia. Por exemplo, o ambiente em que se pratica a atividade, os objetivos e as características individuais influenciam os efeitos que a atividade física propicia ao indivíduo. Neste sentido e em tais instituições, a educação física assumirá um caráter de recuperação da autonomia dos sujeitos também através do desenvolvimento/resgate da corporeidade, sendo assim um adjunto ao(s) outro(s) tratamento(s) lá adotados. Agora a relação da educação física com os sujeitos envolvidos é terapêutica ao invés de preventiva, como se manifesta na realidade escolar.

## CAPÍTULO 4 – EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR E A DEPRESSÃO

A depressão, assim como qualquer outra doença, também se manifesta em âmbito escolar. Os profissionais de educação física, assim como os outros professores, têm que estar preparados para identificar e lidar também com essa realidade: a de um aluno que apresenta depressão. No caso do profissional de educação física, essa questão se torna mais contundente, pois em suas aulas o corpo evidenciará também seu estado psíquico. Se esse profissional não estiver preparado suficientemente bem para saber o que fazer nestes casos, poderá atribuir a outras causas a aparente desmotivação do aluno, o que faria com que ele tomasse medidas que não condiziriam com a realidade ali manifestada, ou seja, a depressão. Um exemplo clássico é daquele aluno que nunca se mostra interessado em participar das aulas. Obviamente podem ser atribuídos inúmeros fatores para tal. Entretanto, muito dificilmente pensamos ser um caso de depressão, mesmo sendo alta a incidência da doença.

Além disso, esse profissional também deve ter a consciência de que através de seu trabalho na escola ele tem a possibilidade de prevenir o surgimento da depressão. Isso se dá pela vivência corporal que é tida com maior ênfase em seu espaço de trabalho, mais que em outras disciplinas. Essas experiências corporais estão ligadas diretamente a uma maior tomada de consciência corporal (e como consequência o desenvolvimento da imagem corporal) e do condicionamento físico (em todos seus aspectos) que seus alunos terão. Através delas, vislumbra-se ou não a prevenção de diversas doenças, dentre elas, indiscutivelmente, a depressão.

Outro ponto a ser levantado, é o fato da escola também poder ser ou propiciar um fator causador da depressão. A escola é um dos primeiros contatos com a sociedade que o indivíduo tem depois de sua família e, como já dito anteriormente, se a escola se apresentar como um ambiente hostil, ou que desfavoreça o desenvolvimento de uma auto-estima adequada e não seguir na direção da conquista de autonomia, os profissionais que atuam nela podem estar contribuindo para a manifestação da depressão ao invés de preveni-la.

Mais uma relação da escola com a depressão, que também se manifesta no adulto (que um dia já passou pela escola), é a possibilidade de incutir nos indivíduos a idéia de que praticar atividades físicas não se trata de uma tarefa a ser cumprida, mas sim em algo que vai além do mecanicismo cinestésico, se configurando como um espaço para expressão de sua

individualidade. A partir do momento que o sujeito se apropria do conhecimento de seu próprio corpo e as vivências que o mesmo pode propiciar, ele tem a possibilidade de escolha, o que significa uma maior autonomia dele mesmo para com o mundo, já que o contato dele para consigo mesmo num primeiro momento e posteriormente dele com o mundo se dá pelo corpo.

Portanto, fica clara a importância da escola na formação de indivíduos que terão ou não a oportunidade de adquirir um conhecimento sobre si; conhecimento esse que não pode e nem deve ser quantificado, mas antes sentido e vivenciado, e que pode ser resgatado pelo sujeito sempre que desejado. Entretanto, esse conhecimento deve ser ofertado, podendo significar inclusive a prevenção da depressão, ou até mesmo mais uma possibilidade de tratamento para a mesma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALHEIRA, F. V., BRASIL, M. A. A., O papel dos glicocorticóides na expressão dos sintomas de humor: uma revisão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n.2, mai/ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 13 nov. 2005.

ARTAL, M., SHERMAN, C., Exercise against depression. **The Physician and Sportmedicine**. Series Edition: DINUBILE, N., v. 26, n. 10, oct. 1998.

ASSMANN, H., **Paradigmas Educacionais e Corporeidade**. 2.ed. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1994.

BAHLS, S., CARVALHO, G. A., A relação entre a função tireoidiana e a depressão: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.26, n.1, mar. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 19 abr. 2005.

BLEICHMAR, H., **Depressão: um estudo psicanalítico**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989.

CAMINEU, P. R., **Prevalência de demências na população de pacientes idosos (≥ 60) internados no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” da Prefeitura de Campinas**. 2001. Tese (Doutorado)-Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CARR et al., D. B., BULLEN B. A., SKRINAR, G. S., ARNOLD, M. A., ROSENBLATT, M., MEITINS, I. Z., MARTIN, J. B., MCARTHUR, J. W., Physical conditions facilitates the exercise induced secretion of beta endorfin and beta lipotropin in women. **Journal Med**. N. England. 1981 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

CHEIK et al., Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v.11, jun. 2003.

CHEN, Y. W., DILSAVER, S. C. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. **Biological Psychiatry**. v.

39,1996 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 1. Disponível em: <[http://www.campinas.sp.gov.br/saude/biblioteca/1\\_conf\\_mun\\_saude\\_mental/rede\\_reab\\_psicossocial.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/biblioteca/1_conf_mun_saude_mental/rede_reab_psicossocial.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2005.

COOPER, K. H., **O programa aeróbio para o bem-estar total**. Rio de Janeiro: Editora Nórdica, 1982. (Exercícios, dietas e equilíbrio emocional).

DELGADO P. L., CHARNEY, D. S., PRICE, L. H., AGHAJANIAN, G. K., LANDIS, H., HENINGER, G. R. Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant induced remission by rapid depletion of plasma triptophan. **Archives of General Psychiatry**, v. 47, 1990 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

DIAS, C. A., VICENTE, T. N., **A depressão no adolescente**. Porto Alegre: Editora Afrontamento, 1984.

D'INCAO, M. A. (Org.), **Doença Mental e Sociedade: Uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1992.

DSM – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4.ed. Tradutora Dayse Batista. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 2000.

DUSTMAN, R. E., EMMERSON, R. Y., RUHLING, R. O., SHEARER, D. E., STEINHAUS, L. A., JOHNSON, S. C., BONEKAT, H. W., SHIGEOKA, J. W. Age and fitness effects on EEG, ERPs, visual sensitivity and cognition. **Neurobiological Aging**, 1990 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

ELKIS, H., FRIEDMAN, L., BUCKLEY, P. F., LEE, H. S., LYS, C., KAUFMAN, B., MELTZER, H. Y., Increased prefrontal sulcal prominence in relatively young patients with unipolar major depression. **Psychiatry Research: Neuroimaging**. v. 67, 1996 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

FREGNI, F., MARCOLIN, M. A., O retorno da estimulação cerebral na terapêutica dos transtornos neuropsiquiátricos: o papel da estimulação magnética transcraniana na prática clínica. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.31, n.5, abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 19 abr. 2005.

FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

GODDARD, A. W., CHARNEY, D. S. Toward an integrated neurobiology of panic disorder. **Journal Clinical Psychiatry**. v. 58, 1997 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

GRAEFF, F. G., GUIMARÃES, F. S., **Fundamentos de Psicofarmacologia**, São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

HOLMES, J., **Depressão**. São Paulo: Editora Segmento Dueto, 2005. Conceitos de Psicanálise; v.14.

JACOBS, B. L., Serotonin, motor activity, and depression related disorder. **American Scientist**, v. 82, 1994 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

JACOBS, B. L., FORNAL, C. A. 5-HT and motor control: a hypothesis. **Trend Neuroscience**, v. 16, 1993 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

JOCA, S. R. L., PADOVAN, C. M., GUIMARÃES, F. S., Estresse, depressão e hipocampo, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 19 abr. 2005.

KAPLAN, H. I., **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**, 7. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A. **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry**. 7 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

KUPFER, D. J. REM laency: A psychobiologic marker for primary depressive disease. **Biological Psychiatry**, v. 11, 1976 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

LUGER, A., DEUSTER, P. A., KYLE, S. B., GALLUCI, W. T., MONTGOMERY, L. C., GOLD, P. W., LORIAUX, D. L., CHOUSOS, G. P. Acute hypothalamic-pituitary-adrenal responses to the estress of treadmill exercise. **New England Journal Med.**, v. 316, 1987 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

MATARUNA, L., Imagem corporal: noções e definições. **Revista Digital Buenos Aires**, v. 10, n. 71, abr. 2004.

MATOSO, E., **Atividade física e depressão: um estudo teórico**. 2002. Tese (Monografia) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MERLEAU-PONTY, M., **O primado da percepção e suas consequencias filosóficas**. Campinas: Editora Papirus, 1990 apud OLIVER, G. G. F., **Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal e a corporeidade**. 1995. Tese (Mestrado)– Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

MONDIM, G. W., MORGAN, W. P., PIERING, P. N., STEGNER, A. J., STOTESBERY, C. L., TRINE, M. R., WU, M. Y. Psychological consequences of exercise deprivation in habitual exercises. **Medical Science Sports Exercise**, v. 28, 1996 apud FRONTERA, W. R., DAWSON, D. M., SLOVIK, D. M., **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

OLIVER, G. G. F., **Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal e a corporeidade**. 1995. Tese (Mestrado)– Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ROSENTHAL, N. E., SACK, D. A., GILLIN, C., LEWY, A. J., GOODWIN, F. K., DAVENPORT, Y., MUELLER, P. S., NEWSOME, D. A., WEHR, T. A. Seasonal effect disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 41, 1984 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

ROSENTHAL, N. E., SACK D. A., JAMES, S. P., PARRY, B. L., MENDELSON, W. B., TAMARKIN, L., WEHR, T. A. Seasonal affective disorder and phototherapy. **Annals of the**

**New York Academy of Sciences**, v. 453, 1985 CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

ROZENTHAL, M., LAKS, J., ENGELHARDT, E., Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**, v.26, n.2, mai/ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 19 abr. 2005.

SARACENO, B., ASIOLI F., TOGNONI G., **Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária**, 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

SEDVALL, G., FYRÖ, B., GULDBERG, B., HYBÄCK, K. H., WIESEL, F.-A., WODE-HELGOEDT, B. Relationship in healthy volunteers between concentration of monoamine metabolites in cerebrospinal fluid and family history of psychiatric morbidity. **British Journal of Psychiatry**, v. 136, 1980 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

SCHESTATSKY, S., FLECK, M., Psicoterapia das depressões. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.21, mai. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 13 abr. 2005.

SCHILDER, P., **A Imagem do Corpo: as energias constitutivas da psique**, São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

SINGH, N. A., CLEMMENTS, K.M., FIATARONE, M. A. Sleep, sleep deprivation, and daytime activities: A randomized controlled trial of the effect of exercise on sleep. **Sleep**, v. 20, 1997 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

SOARES, C. N., COHEN, L., The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **São Paulo Medicine Journal**, v.119, n. 2. mar. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 17 abr. 2005.

STINSON, D., THOMPSON, C. Clinical experience with phototherapy. **Journal of the Affective Disorders**, v. 18, 1990 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

TAVARES, M. C. G. C. F., **Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento**, Barueri: Editora Manole, 2003.

TUNG, T. C., DEMÉTRIO F. N., **Programa nacional GRUDA** – Ambulim do Instituto de Psiquiatria de Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Editora USP, [200-].

TURTELLI, L. S., **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. 2003. Tese (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

TREVISAN, J., Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. **Revista de Psiquiatria Rio Grande Sul**, v.26, n.3. set/dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 24 mai. 2005.

VITTA, A., **Bem estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos**. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

VOGEL, G. W., VOGEL, F., MCABEE, R. S., THURMOND, A. J., Improvement of depression by REM sleep deprivation: New findings and a theory. **Archives of General Psychiatry**, v. 37, 1980 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

WEHR, T. A., GIESEN, H. A., SCHULZ, P. M., ANDERSON, J. L., JOSEPH-VANDERPOOL, J. R., KELLY, K., KASPER, S., ROSENTHAL, N.E. Contrasts between symptoms of summer depression and winter depression. **Journal of the Affective Disorders**, v. 23, 1991 apud CARLSON, N. R., **Fisiologia do Comportamento**. 7.ed. São Paulo: Editora Manole, 2002.

**APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Projeto de Pesquisa: “A Prática de Atividades Físicas por Pessoas com Depressão nos CAPS de Campinas”.

Visto que a depressão tem uma alta incidência e é considerada uma problema de saúde pública fica clara a importância de um maior conhecimento sobre o tema, inclusive porque há muitos profissionais envolvidos nos processos terapêuticos dessa doença. Portanto o objetivo desta pesquisa é de verificar se pessoas que apresentam depressão e freqüentam os CAPS praticam atividades físicas e, daqueles que praticam quais seriam essas atividades, suas preferências e dificuldades. Para isso, um questionário deve ser respondido, sendo mantido o sigilo, ou seja, não serão citados os nomes das pessoas. Também fica garantida a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento. Os dados aqui coletados ajudarão a entender melhor a depressão e também auxiliarão no melhoramento de seu tratamento.

Esta pesquisa é um trabalho de iniciação científica da aluna Lisandra Bragotto Bertanha, pela faculdade de Educação Física da Universidade Unicamp com a orientação da Profª Drª Maria da Consolação G. C. F. Tavares.

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_ anos de idade, RG \_\_\_\_\_, residente  
 à \_\_\_\_\_,  
 voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa acima mencionado, e estou ciente que todos os dados poderão ser publicados.

Em caso de dúvida ou necessidade, procurar Profª Drª Maria da Consolação G. C. F. Tavares, orientadora, através do telefone (19) 3788 6616, Lisandra Bragotto Bertanha pelo telefone (19) 3289 9368 ou o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (19) 3788 8936.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

