

Os Efeitos do Aumento de Exercícios Físicos em Comportamentos-Problema em Pessoas com Retardo Mental

The Effects of Increased Physical Exercise on Disruptive Behavior in Retarded Persons.

Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 18, No 2., 1988.

James F. McGimsey

Judith E. Favell

Resumo e Comentário por Ana Maria S. Ros de Mello e Rebeca Costa e Silva

Comportamentos-problema podem variar de indivíduo para indivíduo, em pessoas com retardo mental grave [em sua maioria] a ocorrência é mais acentuada, e, nestes indivíduos os comportamentos-problema se apresentam mais frequentemente em forma de agressão e hiperatividade. Este é um dado que merece atenção, sabendo-se que *a agressão e a hiperatividade podem inibir ou obstar a inserção destes indivíduos em ambientes menos restritos.*

È comum lidar com eles [os comportamentos-problema] através de gerenciamento processual de contingências desde reforço diferencial para comportamento adequado a *time-out*. No entanto, há uma ressalva em relação a este tipo de procedimento, pois embora a sua eficácia tenha sido mostrada na literatura, ele requer perícia em sua condução. Mesmo assim quando estes procedimentos são conduzidos adequadamente, os efeitos podem ser alterados pela imprevisibilidade do ambiente. Um complemento para a intervenção comportamental pode ser a inclusão de atividades físicas, como, por exemplo, exercícios aeróbicos, exercícios de correr, de nadar e etc. Na literatura há inúmeros exemplos demonstrando os efeitos benéficos das atividades físicas nos comportamentos-problema em pessoas com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) de diversas idades.

Visto isto, o objetivo do estudo em questão é o de *explorar sistematicamente os efeitos de exercício físico em 10 pessoas com retardo mental bem grave e que apresentavam comportamentos-problema como agressão e bastante hiperatividade e que não responderam adequadamente aos programas típicos de gerenciamento processual de contingências.* Foi elaborado um método para avaliar os efeitos dos exercícios físicos no decorrer de alguns dias ao invés de apenas por um período limitado de tempo logo após o exercício. Além dos pontos positivos óbvios decorrentes da observação prolongada, ela se faz necessário porque embora os participantes apresentassem comportamentos-problema intensos, eles não eram frequentes, e, também se fez necessário empregar um sistema de observação diferente do usual.

Para aumentar a confiabilidade dos dados deste estudo os autores fizeram um experimento (com seis participantes) e depois um segundo (com quatro participantes), com um total de 10 participantes. Para facilitar a compreensão, serão apresentados aqui os estudos de forma mais aglutinada, visto que o método foi quase idêntico nas duas situações experimentais.

Fizeram parte deste estudo 10 participantes sendo 6 do sexo masculino e 4 do feminino. Todos residiam em uma casa de campo especial que prestava serviços a esta população.

Dos participantes do primeiro experimento: cinco estavam recebendo medicação em função dos comportamentos-problema que apresentavam; tinham uma média de 22 anos de idade (de 15 a 25), tinham retardo mental muito grave (média de idade mental de 2,1 anos [variando de 1,5 a 2,8 anos] de acordo com o *Vineland Social Maturity Scale* ou a Escala de Maturidade Social Vineland

Dos participantes do segundo experimento: quatro estavam sendo tratados por variações de reforçamento diferencial e *time-out* e dois participantes estavam recebendo medicação; tinham em média, 17,6 anos de idade (de 12 a 19 anos), três tinham retardo mental grave e um tinha retardo mental moderado (de novo, de acordo com a Escala de Vineland tinham idade mental em média de 6 anos [5 a 7,4 anos]).

Todos os 10 participantes estavam em excelente saúde física, não tinham algum comprometimento motor e receberam permissão de seus respectivos médicos para participarem do programa de exercícios físicos.

Definiu-se como agressão:

- Bater;
- Esbofetear/dar tapas;
- Chutar; ou
- Abalroar outro residente ou profissional;

Definiu-se como hiperatividade:

- Andar Rápido ou Correr; ou
- Qualquer movimento do corpo que aparentasse perturbar o ambiente, como derrubar algum móvel, por exemplo.

Vale lembrar que estes comportamentos ocorriam com frequência relativamente baixa (duas a três vezes ao dia cada participante). Assim, a frequência da ocorrência destes comportamentos não era o problema e sim a *intensidade* dos mesmos. A intensidade foi definida tanto pela força física empregada quanto pelas consequências sociais do episódio. Para registrar a intensidade dos comportamentos de agressão e/ou hiperatividade foi elaborada uma escala de 1 a 5, sendo que (1) *não é um problema*, (2) *um problema ocasional*, (3) *um problema moderado*, (4) *um problema grave* e (5) *um problema que requer atenção imediata*. Uma escala foi preenchida para agressão e outra para hiperatividade.

Seis avaliadores foram utilizados: dois educadores e dois profissionais da casa de campo um do turno diurno e outro do noturno. Todos estes avaliadores tinham contato com os participantes a todo o momento e em todos os ambientes.

A rotina do dia a dia dos participantes consistia em quatro horas em sala de aula e oito a dez horas nas suas unidades residenciais. Praticavam como parte da rotina diária, exercício que era normalmente caminhar entre as unidades e a escola e também acesso a uma área de recreação por 30 minutos à tarde.

Para o grupo do primeiro experimento, *o procedimento do tratamento tinha dois períodos de 45 minutos cada durante a semana às 11h00min e às 16h00min em uma grande área com gramado [com pouco mais de 4 mil m²]. Durante o período de exercício dois terapeutas (um dos autores e outro indivíduo) permitiram aos participantes fazer o que quisessem desde que continuassem se movimentado em um passo mais rápido do que o andar usual. Se um participante diminuísse o passo ou sentasse, lhe seria gentilmente solicitado que voltasse ao exercício. Na prática, os participantes prontamente correram no perímetro da área de exercício, fazendo com que incitações ou solicitações fossem desnecessárias. O procedimento durou 35 dias.*

Para o segundo grupo, a rotina diária era de seis horas em ambiente educacional e o restante do dia era ocupado em atividades de lazer e cuidados da saúde. Já neste grupo ocorriam concomitantemente tanto atividades do dia a dia quanto de tratamento [ocorriam no mesmo horário que o outro grupo, mas em locais diferentes] para que as avaliações fossem o máximo possível independentes do avaliador. No entanto, nas sessões que não faziam parte do tratamento *os participantes engajavam-se em atividades mais calmas como sentar, conversar e andar vagarosamente com os terapeutas. Durante as sessões de exercício/tratamento, os participantes eram incentivados e reforçados pelos terapeutas para correrem com tenacidade, jogarem basquetebol ou pularem na cama elástica. O grau de participação dos mesmos variou de acordo com as atividades, mas ninguém se mostrou resistente aos exercícios, ou apresentou comportamento indesejável durante tais sessões. Eles foram cautelosamente acompanhados, observando-se a ocorrência de sinais de fadiga física e quando aparentavam estar cansados eram convidados a descansar.*

Para o primeiro grupo, em quatro dos seis participantes o aumento dos exercícios físicos mostrou-se um procedimento eficaz para reduzir o seu grau na avaliação de agressão e hiperatividade. Para os mesmos, as avaliações diminuíram de “um problema precisando de atenção imediata” para “um problema moderado” ou “um problema moderado” para um considerado ocasional ou resolvido. O segundo grupo também obteve efeitos semelhantes. Este não foi o caso para os dois restantes que obtiveram algum proveito, mas não considerável. No entanto, isto não é surpreendente visto que foram os que receberam menos tempo de intervenção e também *porque não foi postulado que o objetivo desta intervenção seria ter efeitos universais nos comportamentos-problema que são mantidos por mecanismos motivacionais amplamente divergentes.* E, mais adiante, todos os participantes foram beneficiados no sentido em que as atividades físicas promoveram bem-estar físico.

Estes dados podem ser considerados promissores frente aos efeitos obtidos com a maioria dos participantes cujos problemas graves não haviam respondido apropriadamente aos esforços de outras intervenções, e, outro ponto favorável é a relativa facilidade e economia na condução desta intervenção. Além disso, esta intervenção não usou procedimentos coercitivos ou restritivos, precisou de pouco treinamento tanto para a equipe de profissionais quanto para os participantes e foi conduzida no tempo-livre que antecedeu o estudo, e, portanto, não interferiu na rotina dos programas da instituição.

A partir dos dados observados aqui se fazem necessários outros passos para futuras pesquisas, como *variar intensidades e/ou tipos de exercícios e talvez o(s) efeito(s) de outras classes de respostas. Por exemplo, é possível que exercícios sejam mais indicados para tratar problemas que não aparentam ser mantidos socialmente,*

isto é não são mantidos principalmente pelos seus efeitos sociais em termos de atrair ou afastar outras pessoas. Também seria interessante utilizar outros métodos de colheita de dados, além da observação direta, pois podem não ser práticos, ou podem não propiciar um quadro válido da intensidade do comportamento para definir sua significância clínica.

Uma observação muito importante sobre os resumos e comentários de artigos que foram e são realizados e disponibilizados no portal da AMA é de que todo o conteúdo dos mesmos ou as ideias provém do artigo em questão, salvo quando houver indicação(ões) de outro material; e que também, quando cabível os autores do resumo e comentário acrescentam perspectivas e reflexões com base nos dados, conceitos, dentre outros, proposto pelo(s) autor(es) dos artigos. Por fim, quando há uma tradução de uma expressão, fala ou ideia dos últimos, esses trechos são colocados *em itálico*.