

ELAINE RUFINA DA SILVA

**A INTERFERÊNCIA DO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR NA PRÁTICA
SISTEMÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA**

Monografia apresentada como requisito parcial para a conclusão do Curso Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização em Fisiologia do Exercício, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná.

**CURITIBA
2009**

AGRADECIMENTO

Inicialmente, agradeço a **Deus** por me fortalecer nos momentos mais difíceis, durante toda minha vida.

Agradeço especialmente ao meu marido, **Fernando**, por tolerar os vários momentos de minha ausência.

Agradeço a minha **mãe** pela força e incentivo desde o início.

Agradeço aos professores **Maria Cristina Kogut** e o professor **Wagner de Campos** pelo incentivo dado em mais uma das minhas conquistas, que agora estou realizando.

Presto homenagem a uma pessoa muito importante na minha vida: meu querido marido Fernando Macedo. E dizer obrigado por todo amor e incansável apoio durante a elaboração deste trabalho.

EPÍGRAFE

"Engraçado. costumam dizer que tenho sorte.
Só sei que quanto mais eu me preparo,
mais sorte eu tenho".

(autor: desconhecido)

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 JUSTIFICATIVA.....	3
1.2 PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVO GERAL.....	4
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR.....	6
2.2 SINTOMAS DO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR E MANIFESTAÇÕES ..	8
2.3 TRATAMENTO	11
2.4 MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS E ALTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS	13
3. ATIVIDADE FÍSICA	14
3.1 ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA.....	17
4. ATIVIDADE FÍSICA E TDH	23
4.1 FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO NA DEPRESSÃO	26
4.2 BENEFÍCIOS FISIOLÓGICOS DO EXERCÍCIO	28
4.3 BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DO EXERCÍCIO.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

RESUMO

Este estudo tem como objetivo principal propiciar um entendimento sobre a interferência do transtorno bipolar do humor (THB) na prática sistemática da atividade física. Será necessário também definir Transtorno Bipolar do Humor (THB), descrever os sintomas do THB, averiguar as alterações neuropsicológicas do THB, pesquisar os medicamentos mais utilizados e suas alterações farmacológicas, investigar as alterações psicofísicoquímicas proporcionadas pela atividade física e correlacionar as alterações psicofísicoquímicas que a atividade física associadas as alterações de comportamento/psicológicas em pessoas com THB. O método escolhido para o estudo é o de pesquisa bibliográfica e descritiva, pois consiste em explicar o problema a partir de referências teóricas já publicadas em livros e documentos, busca-se observar, registrar, analisar e correlacionar fatos já existentes, sem manipulá-los. No que se refere a este estudo foi pesquisa bibliográfica, porque para a fundamentação teórico-metodológica do estudo será realizada investigação sobre o assunto. Os principais sintomas do transtorno bipolar do humor manifestam-se pelas suas duas fases distintas de alteração do comportamento: a fase depressiva e a fase maníaca, sendo que o tratamento deve procurar reduzir o número e a severidade dos estressores na vida do paciente. O tratamento dos transtornos do humor é uma das maiores histórias de sucesso da psiquiatria moderna, ou até da medicina moderna. Existem quatro classes gerais de tratamento: estabilizadores do humor, antidepressivos, terapia eletroconvulsiva e psicoterapia. A prática regular de atividade física assume importância crescente na promoção do bem-estar psicológico, em face do número crescente de pessoas que se confrontam com problemas do foro psicológico.

PALAVRAS-CHAVES: transtorno bipolar do humor, tratamento, depressão e atividade física.

ABSTRACT

This study aims to provide a primary understanding of the interference of the bipolar mood disorder (BD) in the systematic practice of physical activity. It will be necessary to also define the Bipolar Mood disorder (BD), describe the symptoms of bipolar disorder of Humor and is manifested as the symptoms, to evaluate the changes of bipolar disorder of neuropsychological Humor, search, the drugs most commonly used drug and its amendments, investigating the changes physical chemicals offered by the physical activity and correlate the changes physical chemicals that the physical activity associated with changes in behavior/psychological in people with bipolar disorder. The method chosen for the study is to search bibliographic and descriptive, as well as explain the problem from theoretical references already published in books and documents, try to observe, record, analyze and correlate existing facts without manipulating them. As this study was the literature search, because for reasons of theoretical and methodological research study will be conducted on the subject. The main symptoms of bipolar mood disorder are manifested by its two distinct phases of behavior change: a manic phase and depressive phase, and that treatment should aim to reduce the number and severity of stressors in the life of the patient. The treatment of mood disorders is one of the biggest success stories of modern psychiatry, or even of modern medicine. There are four general classes of treatment of mood stabilizers, antidepressants, and therapy and psychotherapy eletroconvulsiva. The practice of regular physical activity is increasingly important in promoting the psychological well-being, given the increasing number of people who face psychological problems of the forum.

KEY WORDS: bipolar disorder of mood, treatment, depression and physical activity.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo principal propiciar um entendimento sobre a interferência do transtorno bipolar do humor (THB) na prática sistemática da atividade física. Para tanto, será necessário conceituar o transtorno bipolar hoje; conhecer alguns tipos de transtornos; identificar as circunstâncias que desencadeia a doença; compreender o diagnóstico básico do transtorno bipolar do humor e incluir algumas formas de tratamento adequado para tal doença.

Até bem pouco tempo a doença transtorno bipolar do humor era conhecida como psicose maníaco-depressiva. Esta doença é caracterizada por períodos de um quadro depressivo, geralmente de intensidade grave, que se alternam com períodos de quadros opostos à depressão, isto é, a pessoa apresenta-se eufórica, com muitas atividades às vezes, fazendo muitas compras ou efetuando gastos financeiros desnecessários com sentimentos de onipotência, quase sempre acompanhados de insônia e falando muito, mais do que seu habitual. Esse quadro é conhecido como mania.

Antes mesmo de se chegar à doença transtorno bipolar, os sinais do transtorno depressivo são especialmente a falta de prazer na vida, alteração do sono, variação diurna do humor e uma visão pessimista do futuro (GELDER, MAYOU & GELDES, 1999).

A depressão leve é freqüentemente encarada como o humor deprimido "normal". O segundo nível de depressão moderada é considerado mais sério pela dificuldade e tempo em que a pessoa leva para se recuperar do episódio e a mais

avançada depressão é caracterizada a mais grave é a chamada depressão maior. Onde o indivíduo perde totalmente a desesperança pela vida¹.

Antes mesmo de entender o Transtorno Bipolar do Humor, será importante conhecer sobre outra patologia, considerada o mal do século, que é a depressão.

O termo depressão, na linguagem corrente tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza) quanto um sintoma, uma síndrome e/ou uma ou mais doenças. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades (GASPARINI, 2000).

A depressão pode ser definida como um distúrbio do humor, com duração maior do que duas semanas, causado pela deficiência de determinadas substâncias (serotonina, noradrenalina e dopamina) no cérebro (GASPARINI, 2000).

Sabendo destas patologias citadas anteriormente, cabe acrescentar uma forma de vida saudável, tranqüila e com uma boa qualidade de vida. E isto se deve a atividade física.

A atividade física é definida como um conjunto de ações que um indivíduo ou grupo de pessoas que pratica e envolve movimentos corporais, com aplicações de uma ou mais aptidões físicas, além de atividades mental, social, de modo que terá como resultados os benefícios à saúde.

Pesquisas mostram que as atividades físicas podem fornecer ótimos benefícios para o estado psicológico e mental quanto para o corpo, proporcionando uma melhor condição de saúde corporal.

¹ Definição encontrada em: *Diagnostic and Statistical Manual OF Mental Disorders fourth edition – DSM – IV*

A atividade física pode trabalhar muitos aspectos psíquicos, como a autoconfiança, a auto-estima, o equilíbrio mental, as funções cognitivas, nas relações sócio-afetivas.

A falta de atividade física é agora considerada um fator de risco para várias doenças, incluindo o transtorno bipolar. As pessoas por falta de uma atividade contribuem para o desencadeamento de doença, como a depressão, levando ao transtorno bipolar do humor.

Para GUEDES & GUEDES (1995), a relação prática de atividade física e estado de saúde vem aumentando, em virtude do conhecimento das vantagens dessa prática na melhoria da qualidade de vida.

1.1 JUSTIFICATIVA

O transtorno do humor bipolar (THB) é uma doença recorrente, grave e, por vezes, crônica que afeta cerca de 1,5% da população e caracteriza-se pela presença de episódios de mania e depressão. O THB afeta igualmente homens e mulheres em todo o mundo, e, além da neurobiologia, fatores psicossociais também influenciam o curso da doença. (GASPARINI, 2000)

Para tanto devemos ter consciência de que uma simples tristeza, sono, ansiedade uns dias de preguiça que é identificada pela a maioria das pessoas como indisposição, Cuidado, é o indício do transtorno do Humor Bipolar.

Deve-se, portanto, identificar os sintomas e propiciar um entendimento sobre a interferência do transtorno bipolar do humor (THB).

1.2 PROBLEMA

Como a atividade física pode ajudar a qualidade de vida de uma pessoa com TBH e como o profissional de educação física pode lidar com este indivíduo nas diferentes fases do transtorno?

1.3 OBJETIVO GERAL

Identificar as possíveis interferências da prática sistemática da Atividade Física em indivíduos com Transtorno Bipolar e quais os diferentes manejos com este público.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir Transtorno Bipolar do Humor (THB).
- Descrever os sintomas do Transtorno Bipolar do Humor.
- Averiguar as alterações neuropsicológicas do Transtorno Bipolar do Humor.
- Pesquisar os medicamentos mais utilizados e suas alterações farmacológicas.
- Investigar as alterações psicofisicoquímicas proporcionadas pela atividade física.
- Correlacionar as alterações psicofisicoquímicas que a atividade física associadas as alterações de comportamento/psicológicas em pessoas com Transtorno Bipolar.

1.5 METODOLOGIA

O método escolhido para o estudo é o de pesquisa bibliográfica e descritiva, uma vez que além de explicar o problema a partir de referências teóricas já publicadas em livros e documentos, busca-se observar, registrar, analisar e correlacionar fatos já existentes, sem manipulá-los.

No que se refere a este estudo foi pesquisa bibliográfica, porque para a fundamentação teórico-metodológica do estudo será realizada investigação sobre o assunto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os transtornos do humor caracterizam-se como um conjunto de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento (KAPLAN, 2003).

Os transtornos de humor incluem episódios depressivos e maníacos, sendo também conhecidos como doenças ou transtornos afetivos. Trata-se de alterações psíquicas nas quais ocorre fundamentalmente uma modificação no estado de humor, bem como no nível da energia (ânimo) e do interesse.

2.1 TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

Tendo sido material de estudo de diversos autores, o THB encontra nas diversas idéias psicanalíticas um campo farto para a sua discussão. Destacam-se como teorias que buscam a explicação para o THB os conflitos inconscientes associados à dor e a perda, as teorias cognitivas que focalizam os processos mentais autodestrutivos do indivíduo, e os fatores interpessoais que enfatizam a maneira como os indivíduos deprimidos se relacionam com os demais.

Na teoria Psicanalítica da Depressão, Freud afirma que o potencial para a depressão é criado na infância, durante a fase oral, onde as necessidades da criança são insuficientes ou exageradamente atendidas, levando o indivíduo a fixar-se nessa fase e a depender das satisfações instintivas particulares a ela ligadas, tornando-se excessivamente dependente de outras pessoas para manter sua auto-estima.

Ainda segundo Freud (apud DARVINSON E NEALE, 2003, p. 244), “o trabalho de acostumar-se à dor, porém, pode descontrolar-se e transformar em um processo permanente de violência contra si mesmo, de culpa e de depressão em indivíduos fortemente dependentes.”

Nas teorias cognitivas de depressão, os pensamentos e as coisas em que o indivíduo acredita são considerados fatores importantes para desencadear ou influenciar o estado emocional.

Merece destaque a Teoria de Beck sobre a depressão, a mais importante das teorias modernas a considerarem os processos mentais fatores iniciadores da depressão. A idéia central dessa teoria é que os indivíduos deprimidos sentem-se dessa maneira porque seus processos mentais são influenciados por interpretações negativas.

De acordo com Beck, (apud DARVINSON E NEALE, 2003, p. 244), os indivíduos deprimidos desenvolvem na infância um esquema negativo – tendência a interpretar o mundo em termos negativos- devido a perda de um dos pais, a uma sucessão implacável de tragédias, à rejeição social por parte de seus pares, às críticas de professores ou à atitude depressiva de seus genitores.

Outra teoria que merece atenção é a Teoria Interpessoal da depressão, que trabalha as questões de relacionamentos entre a pessoa deprimida e as outras pessoas de seu grupo social. De acordo com Bilings et al, (apud DARVINSON E NEALE, 2003, p. 244), “os indivíduos deprimidos costumam ter redes sociais tênues e a considerá-las como lhes proporcionado apoio.” Assim um apoio social reduzido pode diminuir a capacidade do indivíduo de enfrentar eventos negativos da vida, tornando vulnerável a depressão.

O episódios de duração da doença variam muito dependendo do grau e intensidade de cada pessoa e não há como saber em que momento a pessoa terá uma nova crise. Cabe a pessoa da família observe suas atitudes e perceber tal atos da pessoa para se concluir qualquer manifesto da doença.

A doença pode se manifestar em crianças, porém talvez pela dificuldade em identificá-la, se manifesta em grande parte em adultos, por volta dos 15 a 25 anos.

2.2 SINTOMAS DO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR E MANIFESTAÇÕES

Os principais sintomas do transtorno bipolar do humor manifestam-se pelas suas duas fases distintas de alteração do comportamento: a fase depressiva e a fase maníaca.

Para melhor compreensão, estas duas fases serão apresentadas individualmente.

No episódio depressivo, a insônia caracterizada por redução da necessidade de sono é o sintoma físico mais comum. Em geral o paciente tem aumento da libido, manifestado por discurso erotizado e sedutor ou aumento da atividade sexual e pode haver perda de peso. Às vezes, o humor apresenta variação circadiana, como pode ocorrer na depressão, piorando pela manhã e melhorando à tarde.

Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos 2 semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Segundo os pesquisadores do DSM-IV, existem cinco ou mais sintomas relacionados ao Episódio Depressivo Maior:

- Humor deprimido na maior parte do dia;
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia;
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta ou diminuição ou aumento no apetite quase todos os dias;
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sensação de inutilidade ou culpa;
- Pensamentos de morte recorrentes.

Gravidade e freqüência dos sintomas variam muito de um deprimido a outro, podendo ser intermitentes ou predominar lentidão física e mental com inibição e ansiedade, ou ainda intensa agitação psicomotora ou estupor depressivo com alucinações, idéias deliróides e/ou obnubilação da consciência, no caso da depressão psicótica (GOODWIN e JAMISON, 1990).

Segundo Katon e Sullivan, (1990), o delírio mais característico da forma melancólica da depressão é o de negação ou *Síndrome de Cotard*, em que o paciente chega a negar a existência de seus órgãos e/ou de seus familiares, ou pensa que seu corpo está mudando de forma ou se deteriorando.

Queixas somáticas foram observadas em mais de 50% dos deprimidos (KATON e SULLIVAN, 1990). A somatização parece estar relacionada ao aumento da idade, história familiar e doença física prévia, além de diminuir à medida que se eleva o nível sócio-econômico.

Já o episódio maníaco é definido por um período distinto, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. Este

período anormal deve durar pelo menos 1 semana (ou menos, se for exigida a hospitalização). Como o DSM III-R, o DSM-IV, existe uma lista de critérios relacionados aos sintomas, onde relata os principais sintomas do episódio maniaco, tais como:

- Auto estima inflada ou grandiosidade;
- Menor ansiedade de sono;
- Mais falante do que o habitual ou pressão para continuar falando;
- Fuga de idéias ou experiência subjetiva de que pensamentos estão

ocorrendo;

- Distração;
- Aumento em atividade voltada para objetivos ou agitação psicomotora;
- Envolvimento excessivo em atividade prazerosas que tenham potencial

elevado para conseqüências dolorosas.

O indivíduo em mania está no pólo oposto da depressão. A mania apresenta aceleração dos processos psíquicos e sensação de bem-estar geral e de aumento da energia, com humor expansivo ou irritável, acompanhada de falta de crítica do estado mórbido (ROSA et al. 2008)

A hipomania é a forma clínica atenuada da mania. A alteração do humor é a mesma, prevalecendo irritabilidade/impaciência. Os indivíduos tendem a se otimistas, autoconfiantes e muito ativos, com múltiplos interesses e objetivos.

Um episódio hipomaniaco é definido como um período distinto, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 4 dias.

2.3 TRATAMENTO

O tratamento dos transtornos do humor deve ser dirigido para vários objetivos: em primeiro lugar, deve-se garantir a segurança do indivíduo; em segundo lugar, uma completa avaliação diagnóstica e em terceiro, um plano de tratamento que aborde não apenas os sintomas imediatos, mas também o bem-estar futuro do indivíduo.

O tratamento deve procurar reduzir o número e a severidade dos estressores na vida do indivíduo. O tratamento dos transtornos do humor é uma das maiores histórias de sucesso da psiquiatria moderna, ou até da medicina moderna. Existem quatro classes gerais de tratamento: estabilizadores do humor, antidepressivos, terapia eletroconvulsiva e psicoterapia (ANDREASEN, 1990).

Os estabilizadores do Humor Estabilizadores do Humor são substâncias utilizadas para a manutenção da estabilidade do humor, não sendo essencialmente antidepressivas nem sedativas. Internacionalmente reconhecem-se três substâncias capazes de desempenhar tal papel: o Lítio, a Carbamazepina e o Ácido Valpróico, mais recentemente o Divalproato de Sódio.

No caso dos antidepressivos, o tratamento de manutenção com estas substâncias deve ser feito por pelo menos 6 meses, ajudando a evitar recaídas. O tratamento a longo prazo pode ser indicado em pacientes com transtorno depressivo maior recorrente. O lítio parece ser eficaz como coadjuvante no tratamento do transtorno depressivo maior recorrente.

Ainda existe a terapia eletroconvulsiva (ECT), que segundo a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, é um tratamento seguro e eficaz para indivíduos

com transtorno depressivo maior, episódios maníacos e outros sérios transtornos mentais.

De acordo com Macedo Soares, (2004), a Eletroconvulsiva (ECT), deve ser considerada para indivíduos graves ou resistentes a tratamento ou que preferida pelo paciente, sendo ainda um tratamento potencial para indivíduos com episódios mistos ou com mania grave durante a gestação (MORENO et al., 2004)

Outro tratamnto direcioando ao individuos com THB é a psicoterapia. Segundo Kaplan (1998), a combinação de psicoterapia com antidepressivos é mais eficaz que qualquer tratamento depressivo maior.

a. Terapia cognitiva - Baseada na correção de distorções crônicas de pensamentos que levam a depressão. É um tratamento de curta duração que visa a testar e corrigir cogações negativas e seus pressupostos incoscientes subjacentes dos pacientes. Beck e colegas formularam uma teoria cognitiva com o objetivo de mudar padrões inadaptativos de pensamento, convencendo o indivíduo deprimido a mudar de opinião sobre fatos e sobre si mesmo. Dados mostram que a terapia de Beck produz o efeito profilático de impedir crises subsequentes de depressão (BLACKBURN, EUNSON e BISHOP, 1986; EVANS et al., 1993).

b. Terapia comportamental - Baseada na teoria da aprendizagem (condicionamento clássico e operante), visa a comportamentos indesejáveis específicos e delimitados.

c. Terapia interpessoal (TIP) - Em ênfase em questões interpessoais atuais, em oposição à dinâmica inconsciente e intrapsíquica. Este tratamento foi desenvolvida específico de curto prazo para a depressão não-bipolar , não psicótica e ambulatorial.

d. Psicoterapia de orientação psicanálítica - Terapia orientada para o insight de duração indeterminada, visando a adquirir um entendimento sobre os conflitos e motivações inconscientes que podem estar nutrindo e mantendo a depressão. É escassa a pesquisa sobre a eficácia da psicoterapia psicanalítica para aliviar depressão (MORENO et al., 2004).

e. Psicoterapia de apoio - Terapia de duração indeterminada, cujo principal objetivo consiste em oferecer apoio emocional.

f. Terapia de grupo - Esta terapia não é indicada para pacientes agudamente suicidas. Outros pacientes deprimidos podem beneficiar-se com o apoio e o reforço positivo dos grupos.

g. Terapia familiar - Indicada quando a depressão do paciente está perturbando a estabilidade familiar, quando a depressão esta relacionada a eventos familiares.

2.4 MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS E ALTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS

O lítio foi usado por Cade em 1949 para o tratamento de pacientes psiquiátricos e, alguns anos depois, em 1954, Schou et al. comprovaram a eficácia dele para o tratamento de pacientes maníacos e para a profilaxia do THB (Schou, 2001). Foi o primeiro fármaco aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o THB, sendo utilizado há mais de 50 anos para o tratamento das fases agudas e de manutenção da doença bipolar, o único medicamento com propriedades estabilizadoras do humor comprovadas (Sproule apud ROSA et al, 2002).

Além do lítio a carbamazepina e o valproato são as drogas de primeira linha para o tratamento do transtorno bipolar, e as drogas de segunda linha atualmente

incluem outro anticonvulsivante (clonazepam), um inibidor do canal de cálcio (verapamil), um antagonista do receptor 2 (clonidina) e antipsicóticos especialmente (clozapina).

O lítio continua sendo o tratamento padrão do transtorno bipolar. Os efeitos adversos que podem limitar seu uso e exigir a consideração do uso de carbamazepina ou valproato incluem efeitos renais (sede, poliúria), efeitos sobre o sistema nervoso (tremor, perda de memória), efeitos metabólicos (ganho de peso), efeitos gastrintestinais (diarréia), efeitos dermatológicos (acne, psoríase) e efeitos sobre a tireóide (gota, mixedema). Além de atuar sobre os rins, que podem incluir comprometimento moderado e, ocasionalmente, severo da função tubular, alterações morfológicas incomuns, moderadas e inespecíficas e raramente uma síndrome nefrótica.

3. ATIVIDADE FÍSICA

Para o entendimento do contexto no qual se insere a discussão deste estudo é primeiro necessário compreender os conceitos que estão sedimentados sobre os assuntos abordados.

Para tanto compreender Atividade física é fundamental e segundo Neto (1999, p. 45), atividade física é tudo aquilo que envolve contrações musculares de qualquer tipo, que pode ou não levar ao movimento, independente da finalidade. Afirma-se, então através desta definição, que qualquer movimento executado pelo nosso corpo é considerado uma atividade física.

Ao se falar em atividade física, às vezes vem logo o pensamento de exercícios, como caminhada, natação, musculação entre varias outras, mas a separação entre exercício intencional e organizado e atividade física é complicada.

Outro ponto sob o mesmo prisma é quando os trabalhadores braçais que levantam objetos ou são forçados a realizar períodos repetidos de contração muscular, eles estão sendo ativos e, na realidade, não estão fazendo exercício. Esta inadequação da definição de exercício tem levado ao uso cada vez mais amplo da expressão atividade física.

Atividade física refere-se à atividade realizada pelo corpo com objetivos diferentes do desenvolvimento específico de aptidão física. Ironicamente, as pesquisas têm demonstrado que a aptidão física melhora tanto com a atividade física como com o exercício.

Sabedores destas evidências de que o homem contemporâneo utiliza-se cada vez menos de suas potencialidades corporais e de que o baixo nível de atividade física é fator decisivo no desenvolvimento de doenças degenerativas sustenta-se a hipótese da necessidade de se promoverem mudanças no seu estilo de vida, levando-o a incorporar a prática de atividades físicas ao seu cotidiano.

Por esse motivo, o interesse em conceitos como “atividade física” e “qualidade de vida” vem adquirindo relevância, ensejando a produção de trabalhos científicos vários e constituindo um movimento no sentido de valorizar ações voltadas para a determinação e operacionalização de variáveis que possam contribuir para a melhoria do bem-estar do indivíduo por meio do incremento do nível de atividade física habitual da população.

Portanto, estudiosos como Matsudo & Matsudo (2000, p. 67) afirmam que,

Os principais benefícios à saúde, advindos da prática de atividade física, referem-se aos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. Os efeitos metabólicos apontados pelos autores são o aumento do volume sistólico; o aumento da potência aeróbica; o aumento da ventilação pulmonar; a melhora do perfil lipídico; a diminuição da pressão arterial; a melhora da sensibilidade à insulina e a diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo. Com relação aos efeitos antropométricos e neuromusculares ocorre, segundo os autores, a diminuição da gordura corporal, o incremento da força e da massa muscular, da densidade óssea e da flexibilidade. (MATSUDO & MATSUDO, 2000, p. 67)

Ainda os autores acima afirmam que se deve ainda atentar para a dimensão psicológica, onde a atividade física atua na melhoria da auto-estima, do auto conceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, na diminuição do estresse e da ansiedade e na diminuição do consumo de medicamentos.

Para autores como Guedes & Guedes (1995, p. 34), a prática de exercícios físicos habituais, além de promover a saúde, influencia na reabilitação de determinadas patologias associadas ao aumento dos índices de morbidade e da mortalidade.

Para Caspersen (1985, p. 12) atividade Física é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso.

Segundo diversos autores como Powell et al.,1985; Matsudo & Matsudo, 2000, alguns estudos experimentais sugerem que a prática de atividades de intensidade moderada atua na redução de taxas de mortalidade e de risco de desenvolvimento de doenças degenerativas como as enfermidades cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes, enfermidades respiratórias, dentre outras. São relatados, ainda, efeitos positivos da atividade física no processo de envelhecimento, no aumento da longevidade, no controle da obesidade e em alguns tipos de câncer.

Portanto cabe aqui concluir *a priori* que a realização sistemática de atividades corporais é fator determinante na promoção da saúde e da qualidade de vida.

3.1 ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA

Diante do quadro conturbado e instável da atual sociedade mundial e brasileira, é possível salientar que a relação atividade física e saúde vem sendo gradualmente substituída pelo enfoque da qualidade de vida, o qual tem sido incorporado ao discurso da Educação Física e das Ciências do Esporte. Tem, na relação positiva estabelecida entre atividade física e melhores padrões de qualidade de vida, sua maior expressão.

De acordo com autores como Katch & Mcardle (1996, p. 23) que preconizam a prática de exercícios físicos regulares como fator determinante no aumento da expectativa de vida das pessoas, a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (1999), em posicionamento oficial, sustenta que a saúde e qualidade de vida do homem podem ser preservadas e aprimoradas pela prática regular de atividade física.

Ainda, para os já citados Matsudo (1999, p. 67), a prescrição de atividade física enquanto fator de prevenção de doença e melhoria da qualidade de vida.

Outro autor colabora com as afirmações acima. Lima (1999, p. 14) afirma que a Atividade Física tem, cada vez mais, representado um fator de Qualidade de Vida dos seres humanos, possibilitando-lhes uma maior produtividade e melhor bem-estar.

Na ótica de Guedes & Guedes (1995, p. 35) as vantagens da prática de atividade física regular na melhoria da qualidade de vida.

Para Nahas (1997, p. 56) a relação entre a atividade física e qualidade de vida, nas sociedades industrializadas, a atividade física enquanto fator de qualidade de vida, quer seja em termos gerais, quer seja relacionada à saúde.

A indicação de Silva (2001, p. 13), é de que ao distinguir a qualidade de vida em sentido geral (aplicada ao indivíduo saudável) da qualidade de vida relacionada à saúde (aplicada ao indivíduo sabidamente doente) vincula à prática de atividade física à obtenção e preservação da qualidade de vida.

Conforme Dantas (1999, p. 5), buscando responder em que medida a atividade física proporcionaria uma desejável qualidade de vida, sugere que programas de atividade física bem organizados podem suprir as diversas necessidades individuais, multiplicando as oportunidades de se obter prazer e, conseqüentemente, otimizar a qualidade de vida.

Outros autores como Lopes & Altertjum (1999, p. 31) confirmam que a prática da caminhada contribui para a promoção da saúde de forma preventiva e consciente, considerando a atividade física um importante instrumento de busca de melhor qualidade de vida.

De acordo com Minayo, (2000, p. 12), a qualidade de vida, entendida enquanto fenômeno que se inter-relaciona com as diversas dimensões do ser humano, tem sido objeto de inúmeros estudos na comunidade científica

No entanto, em boa parte da literatura especializada da Educação Física, onde se relacionam as variáveis atividade física e qualidade de vida, não são especificadas de forma clara as definições conceituais e operacionais relativas a qualidade de vida.

Deve-se destacar dentro do panorama acima que a falta de um consenso em torno de sua definição tem levado muitos estudiosos a empregar o termo “qualidade

de vida” de forma reduzida e indiscriminada (MINAYO, 2000, p. 12 e PIRES et al., 1998, p. 45), desconsiderando sua riqueza e complexidade. Geralmente, associam-no ao conceito restrito de saúde, no sentido de ausência de doenças e de bem-estar físico (FLECK *et al.*, 1999, p. 39).

A preocupação com o conceito “qualidade de vida” concorre para que se estabeleçam parâmetros mais amplos que a mera ausência de doenças, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida na determinação de níveis de qualidade de vida. (FLECK *et al.*, 1999, p. 39 e ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000, p. 12)

Na busca de uma concepção mais abrangente, tem-se destacado o caráter objetivo e/ou subjetivo e multidimensional nestas definições (FLECK *et al.*, 1989, p. 41; ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000, p. 15; MINAYO *et al.*, 2000, p. 23).

Para a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida deve ser entendida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.*, 1999, p. 43).

É possível ainda afirmar que a qualidade de vida, tanto na expressão coletiva, como individual, é relativa a sentimentos do homem sobre sua própria saúde ou outros aspectos de vida (SILVA, 2001, p. 16), sendo que os valores culturais sustentadores dos conceitos de saúde e doença variam amplamente entre grupos étnicos. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo aspectos como saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinam como vive o mundo (Gonçalves apud BARROS NETO, 1999, p. 40).

Autores como Assunção (2000, p. 12) afirmam que a qualidade de vida representa uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana, sendo ele o fator central que determina a sensação subjetiva de bem-estar.

Para Shin & Johnson, citados por ASSUNÇÃO (1999, p. 12), ela consiste na posse dos recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais, a participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e a possibilidade de uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros.

Portanto, dentre os conceitos acima é possível concluir com Minayo, (2000, p. 78), que qualidade de vida

é uma noção eminentemente humana que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. Os autores identificam o uso polissêmico em que o modo e as condições de vida inter-relacionam-se com os ideais de desenvolvimento sustentável, ecologia humana e democracia. Este conceito remete, pois, a uma relatividade cultural, pois trata-se de uma construção social e historicamente determinada, concebida segundo o grau de desenvolvimento de uma sociedade específica. (MINAYO, 2000, p. 78)

Para o *National Institutes Health*, USA, em estudo de 1996, alguns fatores de risco associados a doenças coronárias e cerebrovasculares estão intimamente relacionados aos hábitos de vida.

O estilo de vida sedentário demonstrado em alguns estudos revelou que os adultos são insuficientemente ativos em relação à prática de atividade física para alcançar os benefícios da saúde e, dessa forma, programas de atividade física realizados sob condições éticas e devidamente orientados por profissionais altamente especializados poderiam trazer benefícios para a saúde.

Na ótica de Lee & Paffenberger apud BARROS NETO (1999, p. 56) e pela primeira vez a probabilidade de uma relação causal entre a atividade física, o

exercício, a aptidão física e a mortalidade por qualquer causa é o principal benefício de uma vida ativa e está associado à redução da morte prematura e não ao aumento da longevidade. Permanece em foco a possibilidade do exercício somente ser benéfico enquanto for intenso e representa um meio para aumentar a capacidade cardiorespiratória.

A atividade física não só proporciona a melhoria do sistema cardiovascular como é de suprema importância na qualidade de vida do praticante de exercício físico. Muito tem sido feito com o intuito de padronizar o entendimento acerca do exercício físico (GUEDES & GUEDES, 1995, p.59) e da aptidão física (NAHAS, 2000) como também, determinar mais precisamente um conceito de saúde, tendo em vista que não existe uma unanimidade quanto a esse respeito, essa preocupação em definir precisamente o entendimento para esses termos se deve aos inúmeros questionamentos que vêm sendo apresentados com relação aos mesmos.

Os coeficientes de mortalidade por doença cerebrovascular encontram-se em declínio, porém com benefício restrito somente a algumas faixas etárias. Entretanto, a mortalidade determinada pela doença cerebrovascular se mantém em níveis elevados e as doenças cerebrovasculares isquêmicas e anóxicas permanecem incluídas no grupo para o qual a conduta terapêutica é expectante. (NAHAS, 2000)

No cenário atual, os hábitos de se deslocar para o trabalho sempre de carro, viver em apartamentos quase sempre com elevadores, apartamentos pequenos que não permitem deslocamentos acentuados, a inexistência de hábitos de andar a pé ou de bicicletas, a utilização de bebida alcoólica e poucos hábitos de lazer nos mostraram que os envolvidos na pesquisa que consubstancia este artigo,

necessitam melhorar os seus hábitos de vida para terem uma vida mais saudável. Estas disposições, porém serão mais amplamente discutidas em tópico especial.

A prática regular de atividade física tem sido considerada como um dos fatores moduladores mais importantes na melhoria, manutenção e recuperação do nível de saúde populacional, na medida que o sedentarismo tem forte relação com a prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão, câncer, osteoporose, dislipidemias, diabetes-melittus-não-insulino dependentes e doenças coronarianas.

Populações, fisicamente ativas, têm apresentado efeito positivo da atividade física regular na redução da incidência de enfermidades cardiovasculares, dores crônicas e doenças respiratórias obstrutivas, levando à redução das taxas de morbidade e mortalidade. (OMS – Organização Mundial da Saúde)

Por outro lado, o custo operacional do sistema de saúde, relacionado à prevalência das doenças crônico degenerativas, foi apresentado por Colditz (1999, p. 04), mostrando que, em 1995, nos Estados Unidos, o risco relativo das doenças crônico-degenerativas (DCD) tem forte associação com o estilo de vida sedentário. (OMS – Organização Mundial da Saúde)

As doenças crônico-degenerativas têm forte relação com o estilo de vida populacional, sendo que programas de intervenção poderiam facilitar a redução da prevalência do sedentarismo e dos outros fatores de risco. Nesse caso, a participação da mídia poderia ser um importante mecanismo de intervenção.

Embora seja conhecido que o envolvimento populacional em atividade física é um fenômeno complexo, há a preocupação de pesquisadores e profissionais de saúde em diminuir a prevalência do estilo de vida sedentário, em diferentes grupos etários, principalmente em indivíduos que apresentam fatores de risco. Assim,

programas de intervenção de atividades físicas, em diferentes países, têm buscado, pelo menos, dois grandes objetivos:

1º) aumentar o conhecimento populacional dos benefícios de um estilo de vida,

2º) aumentar a participação populacional em atividades físicas, no dia-a-dia, sem grandes alterações das atividades cotidianas, bem como em períodos de lazer.

Nesse sentido, o estilo de vida e lazer ativo passam a ser propostas importantes para a melhoria da qualidade de vida, momentânea e futura.

4. ATIVIDADE FÍSICA E TDH

Os estudos que envolvem a prática sistemática da atividade física e pacientes portadores de depressão vêm sendo desenvolvidos desde o século XIX, sendo possível entender, assim, os benefícios do exercício sobre o humor em indivíduos clinicamente deprimidos, portadores do Transtorno Bipolar do Humor.

Na ótica de Byrne A & Byrne DG. (apud ARTRAL, 1998), a grande maioria destes estudos aponta para um efeito benéfico a nível físico e psicológico dos exercícios, com 90% dos estudos documentando seus efeitos antidepressivos e ansiolíticos.

Ainda há que se destacar que segundo Ballone G. J (2004) é notável a redução da ansiedade, dependendo da intensidade e ao tipo de exercício.

De acordo com Andrade (2006, p. 02), “o tipo mais intenso (aeróbico, em especial a corrida a pé, a natação e, principalmente a própria dança aeróbica) parece influir positivamente para a redução do estado de ansiedade entre duas e vinte e quatro horas depois do exercício”.

Ainda segundo Ballone, (2004)

Este efeito pode se estender até quinze semanas depois dessa prática aeróbica e parece ser mais intenso quando a prática do exercício estimula uma frequência cardíaca até 70% da frequência máxima do esportista em questão, enquanto as sessões de intensidade mais baixa ou moderada não parecem contribuir na redução da ansiedade. Tais resultados indicariam que a atividade física praticada diariamente, não apenas poderia reduzir a ansiedade, mas também poderia prevenir a ansiedade crônica (BALLONE, 2004, p. 67).

Entretanto, durante a elaboração de um programa de treinamento para indivíduos com depressão, alguns fatores devem ser levados em consideração, tais como:

Sintomas comuns da depressão como fadiga, falta de energia, retardo psicomotor entre outros, formam barreiras à prática das atividades físicas. Sentimentos de desesperança e auto-desvalorização podem também interferir na motivação do aluno. (ANDRADE, 2006)

As recomendações dos exercícios devem ser feitas cuidadosamente, já que a maioria dos indivíduos com THB encontram motivos para se depreciar, enxergando o exercício como sendo um evento negativo em suas vidas.

Convém nestes casos, explicar que a atividade física terá um caráter benéfico, sem, no entanto criar falsas expectativas que possam despertar ansiedade ou culpa. Deve-se ainda destacar ao praticante da atividade física que o exercício pode ser um fator complementar, e não um substituto para o tratamento primário.

Muitos pacientes se sentem envergonhados por sofrerem de uma doença emocional (e esse sentimento tende a aumentar em decorrência da depressão) e querem se livrar desse estigma vendo o exercício como um caminho para evitar os tratamentos com antidepressivos ou psicoterapias. (ANDRADE, 2006, p. 03)

Ainda merece ressaltar a atenção a um plano praticável de atividades físicas, com a prescrição de exercícios que possam ser encarados pelo indivíduo de forma realista e prática, não como uma obrigação adicional ou mesmo fútil.

Ainda deve-se considerar a experiência e a história do indivíduo, pois em pacientes gravemente deprimidos, as sessões de exercícios devem começar após o início do alívio dos sintomas pelos medicamentos e/ou psicoterapias.

Pessoas com depressão grave apresentam muita dificuldade de desempenhar qualquer atividade, pois não vêem motivo e nem prazer em nada. Pacientes que são sedentários devem começar com uma lista leve de exercícios; por exemplo, apenas alguns minutos de caminhada por dia. (ANDRADE, 2006, p. 03)

Assim, no momento em que o praticante começar a achar difícil o treinamento, o profissional da educação física deve informá-lo que com tempo e com o tratamento, os sintomas irão diminuir, tornando mais fácil depois a prática da atividade física.

Deve-se também considerar os aspectos prazerosos quanto à escolha do tipo da atividade física, de acordo com as preferências e circunstâncias do indivíduo, sendo que exercícios feitos com divertimento têm melhor receptividade e aderência.

Assim, de acordo com Andrade (2006)

Quando apropriadas, atividades em grupo como grupos de caminhada, aulas de exercícios e etc devem ser encorajadas. Pacientes deprimidos têm a tendência de adquirir benefícios quando expostos a atividades sociais. O estímulo de estar ao ar livre e em um ambiente receptivo e agradável pode melhorar o humor, e ainda a exposição à luz do sol tem sido comprovadamente terapêutica em depressão sazonal. (ANDRADE, 2006, p. 05)

Mesmo controverso e devendo ser individualizado, quase sempre as caminhadas são aceitas; pois acarretam risco mínimo de lesões e têm mostrado bons resultados no humor.

Citando as recomendações recentes de saúde para adultos do *American College of Sports Medicine* (ACSM), um tempo de 20 a 60 minutos de caminhada ou outro exercício aeróbico, três a cinco vezes por semana é recomendável. A ACSM também recomenda treinamento de resistência 2 a 3 vezes por semana e de flexibilidade 2 a 3 vezes por semana. (ANDRADE, 2006, p. 05)

Ao relacionar a prática sistemática da atividade física aos tratamentos com medicamentos ou terapias, é possível considerá-la uma boa contribuição para a psicoterapia quando o objetivo é aumentar o nível geral de atividade do indivíduo e proporcionar a ele experiências prazerosas e satisfatórias. As dificuldades do indivíduo com exercícios, assim como problemas de motivação, medo de situações interpessoais, e/ou a tendência de transformar o exercício em um trabalho penoso, pode fazer vir à tona comportamentos e atitudes disfuncionais que podem ser exploradas e trabalhadas dentro da psicoterapia. Desta forma, o exercício físico estaria ajudando no andamento do tratamento.

4.1 FISILOGIA DO EXERCÍCIO NA DEPRESSÃO

Os benefícios da atividade física, em relação à qualidade de vida, são indubitáveis, e são evidenciados sob o aspecto psicossocial, interferindo no estado de ansiedade e depressão, elevando a autoconfiança e favorecendo assim sua reintegração social e profissional além de motivar as mudanças dos hábitos de vida e o controle dos fatores de risco” (YAZBEK et al., 1994).

O interesse em estudar os efeitos do exercício na depressão parece ter sido estimulado pela necessidade de sentir bem, causada pelo exercício (McCANN; HOLMES, 1984). Tal fenômeno, aparentemente, é muito discutido nos dias de hoje.

As conclusões destes autores quanto ao exercício físico como terapia na depressão são as seguintes:

- A literatura científica aparentemente suporta as afirmações de que o exercício físico traz inúmeros benefícios para os indivíduos deprimidos. Mesmo assim necessita-se de mais estudos com uma metodologia apurada e com um período de acompanhamento devido;

- Atividades físicas de pelo menos 4 semanas podem melhorar significativamente o humor e os sintomas de homens e mulheres com depressão;

- Tais benefícios do exercício físico não estão confinados somente aos exercícios aeróbios, mas também aos anaeróbios;

- Pouca ou nenhuma diferença foi encontrada entre os estudos que compararam a intervenção farmacológica com a do exercício físico na depressão;

- Mais estudos são necessários para determinar precisamente a quantidade mínima ou ótima da frequência de treinamento, intensidade, tempo e tipo de exercícios necessários para a melhora adequada dos indivíduos deprimidos.

Porém, apesar do exercício físico ser uma boa referência no diz respeito à prevenção e ao tratamento da depressão, ainda são necessários mais estudos para que claras orientações - quanto ao tipo de atividade física mais eficaz, número de sessões semanais com melhores resultados, intensidade e duração do exercício – sejam estabelecidas.

Segundo Vaisberg (2005, p. 136) mecanismos psicológicos e fisiológicos têm sido sugeridos para explicar os efeitos benéficos dos exercícios sobre a saúde e sobre transtornos mentais. Embora poucas hipóteses tenham encontrado respaldo em estudos, alguns dos mecanismos serão a seguir mencionados.

4.2 BENEFÍCIOS FISIOLÓGICOS DO EXERCÍCIO

Para entendimento melhor dos benefícios fisiológicos do exercício para os portadores de THB, serão estudados a seguir os grupos de substâncias que são estimuladas pela prática sistemática da atividade física.

BETA-ENDORFINAS

É um grupo de substâncias secretadas diariamente pelo organismo, com a finalidade de manutenção do funcionamento orgânico equilibrado, ou homeostase, onde o papel principal é desenvolvido pelos hormônios.

De acordo com Andrade (2006) em situações de desequilíbrio orgânico qualquer, os hormônios entram em cena a fim de amenizar ou restabelecer a homeostase (psicofisiológica). Podemos considerar o exercício físico como sendo uma situação de estresse ao organismo, já que diversas funções e necessidades orgânicas (principalmente energéticas) são alteradas.

Assim, merece destaque, dentro do grupo de hormônios, os opióides endógenos (como a encefalina, a dinorfina e a endorfina - a mais conhecida) parecem desempenhar um papel bastante importante no controle do estresse.

Na década de setenta, enquanto um grupo de cientistas estudava os efeitos analgésicos dos peptídios opiáceos (como a morfina) sobre a função cerebral, descobriram que nosso cérebro apresenta áreas receptoras que reconhecem essas substâncias como neurotransmissores, concluindo que nosso próprio cérebro produzia substâncias semelhantes aos opiáceos, capazes de realizar alterações comportamentais. (ANDRADE, 2006, p. 18)

Na visão de Dethlefsen, (2000) a β -endorfina encontrada basicamente em regiões específicas do Sistema Nervoso Central e na circulação sanguínea, tem efeito tanto nas áreas cerebrais responsáveis pela modulação da dor, do humor, depressão e ansiedade, quanto na inibição do sistema nervoso simpático.

Desta forma muitos estudos têm tentado verificar o efeito do exercício físico sobre as concentrações de endorfinas no SNC (cérebro) ou no plasma (sangue). Estudos que tentam identificar esses opióides no SNC são bastante invasivos e, conseqüentemente, restritos a animais. (DETHLEFSEN, 2000, p. 28)

Outros autores, Moreno et al (2004) salientam que um aumento significativo nas concentrações cerebrais de β -endorfina e, por conseguinte um aumento no limite das reações dolorosas, que ocorrem após um exercício prolongado de intensidade moderada em ratos.

Assim, é possível afirmar, baseado nos autores acima que o exercício prolongado altera as concentrações de β -endorfina no SNC, sendo responsáveis pelas alterações comportamentais.

Em humanos muitos estudos têm verificado as respostas da β -endorfina plasmática (sangüínea) durante o exercício e suas possíveis conseqüências. Atualmente sabemos que a β -endorfina é secretada para o sangue pela glândula pituitária (também conhecida como hipófise), que é responsável pela liberação de diversos outros hormônios, dentre eles o hormônio do crescimento (GH). Heitkamp et al. (1993), citados por de Lucas R. D. (2003), verificaram um aumento plasmático significativo da β -endorfina e também do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) (hormônio hipofisário que estimula a produção de adrenalina e cortisol, hormônios típicos do estresse), após uma corrida de maratona. O aumento dos dois hormônios ocorreu de forma bastante similar, atingindo os valores mais altos ao término da corrida (cinco vezes maior que em repouso) e retornando aos valores de repouso após vinte e quatro horas. Isto pôde comprovar que a β -endorfina é liberada em situações de estresse do organismo e parece estar envolvida na promoção de um efeito analgésico, e também na melhora dos aspectos emocionais. (MORENO, 2004, p. 15)

Embora muitos estudos tenham sido realizados a fim de melhor compreender as respostas dos opióides endógenos durante o exercício, muitas dúvidas ainda permanecem e devem ser melhor investigadas, embora exista um consenso de que de que existe uma grande variação interindividual nas respostas dos opióides endógenos ao exercício. Segundo Dethlefsen (2000), grande parte das alterações do estado de humor e do bem estar que seguem uma prática de atividades físicas, pode ser atribuída aos efeitos no SNC que a β -endorfina proporciona.

MONONOAMINAS

Alguns teóricos do assunto acreditam também que a influência benéfica dos exercícios físicos no estado afetivo pode encontrar respaldo num grupo de substâncias chamado Monoaminas, afirmando que os exercícios aumentam a transmissão sináptica aminérgica.

a explicação para esta relação é encontrada em Andrade (2006), as monoaminas no cérebro como a Serotonina e a Dopamina, têm suas transmissões facilitadas quando ocorre o exercício, sendo portanto benéfico para os deprimidos, já que tais substâncias químicas afetam diretamente o humor.

Embora esta hipótese tenha recebido colaboração suficiente de outros estudos, ainda acredita-se ser um tanto simplificada

SEROTONINA

Atualmente, enquanto estão sendo desenvolvidos cada vez mais estudos acerca do exercício na depressão, a grande maioria entende que o exercício intenso possa aumentar os níveis de serotonina, podendo até diminuir os sintomas da depressão (DETHLEFSEN, 2000)

De acordo com Andrade (2006), o distúrbio do sono (insônia) é tanto um sintoma da depressão como um fator agravante. Por isso, os efeitos benéficos que os exercícios exercem sobre o sono podem ser muito importantes.

4.3 BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DO EXERCÍCIO

Para Paluska e Schwenk (2000), são três as teorias que relacionam o exercício e depressão.

A primeira delas é a teoria da distração, baseada na idéia de que o desvio do estímulo à dor ocasiona um melhor estado depois do exercício. De acordo com Andrade (2006), “‘esquecimento’ do estresse da vida diária ao praticar o exercício causou um declínio na ansiedade e na depressão”.

A segunda teoria, chamada teoria da auto-eficiência, se baseia na idéia de que a pessoa começa a acreditar que é capaz de chegar a um objetivo dentro da atividade. O objetivo mencionado pode ser o desenvolvimento da “habilidade em uma dança, um resultado em um jogo, ou até mesmo o aprimoramento das suas capacidades físicas como força, flexibilidade, condição cardiopulmonar, perda de peso, etc.” (ANDRADE, 2006)

Assim, o indivíduo deprimido ao ficar motivado para executar o ato do exercício, tem sua auto-estima favorecida, ocorrendo a possibilidade de regressão da depressão.

A terceira teoria, a do poder, afirma que com o exercício o indivíduo pode readquirir um sentimento de controle sobre sua vida, poder este que havia perdido. Assim, sua depressão diminuirá consideravelmente.

Muitos estudos vêm comprovando os efeitos psicológicos benéficos dos exercícios em pessoas clinicamente deprimidas ou não. Porém, deve ser notado que poucas evidências científicas têm sido encontradas em como exercício se correlaciona diretamente com o psíquico.

É importante apontar que a maioria das pesquisas fala que os exercícios ajudam a minimizar a depressão, porém, há poucas evidências científicas que concluem que o exercício pode prevenir a depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão bibliográfica foi possível concluir que o tratamento do Transtorno Bipolar do Humor tem como objetivo induzir e manter a recuperação de um humor eutímico e o funcionamento normal, devendo ser considerados cuidadosamente os riscos e os benefícios das opções terapêuticas. Ainda é possível afirmar que de modo ideal, o tratamento dos indivíduos com Transtorno Bipolar do Humor consiste de terapêutica que buscam a melhora dos sintomas agudos de depressão sem causar a aceleração do ciclo ou mesmo a indução da mania.

O uso de estabilizadores de humor, muito comum no processo fármaco, tem sido amplamente aceito e aparece com frequência na literatura psiquiátrica.

Embora complexa a relação entre a prática atividade física e os benefícios sobre o bem-estar psicológico nos seus processos agudos, é possível compreender que sua regularidade produz efeitos imediatos, enquanto que nos processos crônicos, os resultados são obtidos em longo prazo, tanto em populações ditas normais como em pessoas portadoras de patologias psicológicas.

Cabe ainda concluir que as dificuldades em se encontrar provas científicas consistentes devem-se tanto às diversas formas de prática dos exercícios físicos, como às diversas formas de manifestação das patologias mentais, devendo ser aso serem observada as particularidades de cada indivíduo.

A prática regular de atividade física assume importância crescente na promoção do bem-estar psicológico, em face do número crescente de pessoas que se confrontam com problemas do foro psicológico.

A prática de atividade física regular constitui um elemento importante para um estilo de vida saudável, prevenindo a doença, quer de caráter fisiológico quer

mental, melhorando o estado de saúde e a qualidade de vida das pessoas que a praticam.

Conclui-se então que a prática regular de atividade física é parte fundamental no tratamento desses indivíduos, principalmente para evitar-se o ganho excessivo de peso. Além disso, ajuda o indivíduo a manter uma sensação de bem-estar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Marcella Freitas de. **A Influência dos Exercícios Físicos em Pessoas Portadoras de Transtornos Depressivos**, São Paulo: Fenix, 2006.

ANDREASEN, N. C.; SWAYZE, I. V.; FLAUM, M.; ALLIGER, R. e COHEN; G. Ventricular abnormalities in affective disorder: **Clinical And Demographic Correlates**. Am J Psychiatry 1990.

ARTRAL, M. Exercise Against Depression. **The Physician and Sportsmedicine** – vol 26 – n° 10 – october 98. Internet, 1998 – disponível em <http://www.physsportsmed.com/issues/1998/10Oct/artral.htm> - acesso em 12 de dezembro de 2008.

ASSUMPTÃO, Francisco B., KUCZYNSKI, Evelyn, SPROVIERI, Maria Helena, et al. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida. **Arquivo Neuropsiquiatria**, v. 58, n.1, março, 2000.

BALLONE, G. J. Ansiedade e Esporte. **Psiquweb**. Internet, 2004. Disponível em <http://www.virtualpsy.org/temas/www.virtualpsy.org/temas/esporte.html> - acesso em 10 de janeiro de 2009.

BALLONE, G. J. Depressão. **Psiquweb Psiquiatria Geral**. Internet, 2002. Disponível em <http://psiquweb.med.br/deptexto.html> - acesso em 16 de novembro de 2008.

BLACKBURN, I., EUNSON, K.M. & Bishop, S. A two-year naturalistic followup of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. **Journal of Affective Disorders**, 10, 67-75, 1986.

CASPERSEN, Carl J., POWELL, Kenneth E., CHRISTERSON, Gregory M. Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. **Public Health Reports**. v.100, n. 2, p.126-131, 1985. (Tradução Marta Oliveira)

COLDITZ, G. Economics costs of obesity and inactivity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 1999.

DANTAS DE LUCAS, R. Beta-Endorfinas e Exercício. **Total Sport**. Internet, 2003. Disponível em <http://www.totalsport.com.br/colunas/ricardo/ed2800.htm> - acesso em 15 de dezembro de 2008.

DANTAS, Estélio. H. M. Atividade física, prazer e qualidade de vida. **Revista Mineira de Educação Física**. Viçosa, v.7, n.1, p. 5-13, 1999.

DETHLEFSEN, T & DAHLKE R. **A Doença como Caminho**. 8 ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2000.

EVANS, M. D., HOLLON, S. D., DERUBEIS, R. J., PIASECKI, J. M., GROVE, W. M., GARVEY, M. J. & TUASON, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive

therapy and pharmacotherapy for depression. **Archives of General Psychiatry**, 49, 802-808. (Tradução Marta Oliveira)

FLECK, Marcelo Pio de Almeida, LEAL, Ondina Fachel, LOUZADA, Sergio et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, 1999.

GASPARINI, S. **Depressão**. 2 ed. São Paulo: Fontes Ed. 2000.

GELDER, M.; MAYOU, R. e GEDDES, J. **Psiquiatria**. 2 ed. São Paulo: Ed Guanabara Koogan, 1999.

GOODWIN, F. K. e JAMISON, K. R. **Manic-depressive Illness**. Oxford University Press, New York, 1990.

GUEDES, Dartagnan Pinto, GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf, 1995.

KAPLAN, H. I.; SODOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KATCH, Frank I. & McARDLE, William D. **Nutrição, Exercício e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996.

KATON, W.; SULLIVAN, M.; WALKER, E. **Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma and Personality Traits**. *Ann Intern Med* 134:917-25, 2001.

LIMA, Deise Guadalupe. **Atividade física e qualidade de vida no trabalho**. In: Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física, Esporte e Lazer; Brasília, setembro de 1999.

LOPES, Fernando Joaquin Gripp, ALTERTHUM, Camila Carvalhal. Caminhar em Busca da Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 21, n. 1, p. 861-866, setembro, 1999.

MATSUDO, Sandra Mahecha, MATSUDO, Victor K. R. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Revista Diagnóstico e tratamento**, v.5, n. 2, p. 10-17, 2000.

MATSUDO, Victor K. R. Vida ativa para o novo milênio. **Revista Oxidologia**, p.18-24, set/out,1999.

MCCANN, IL; HOLMES, DS. Influence of aerobic exercise on depression. **Journal of personality and Social Psychology**, 1984; Vol. 46, nº5, 1142-1147. (Tradução Marta Oliveira)

MINAYO, Maria Cecília de Souza, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p.7-18, 2000.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo; RATZKE, Roberto. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 26, 3 supl, São Paulo Oct. 2004.

NAHAS, Markus Vinícius. Esporte & Qualidade de Vida. **Revista da APEF**. v.12, n. 2, p. 61-65, 1997.

NAHAS, Markus Vinícius. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.5 n.2, 2000.

NETO, Turíbio Leite de Barros. **Atividade Física e Qualidade de vida**. In: Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física, Esporte e Lazer; Brasília, setembro de 1999.

PALUSKA, A. S., SCHWENK, T. L. Physical activity and mental health: current concepts. **Sports Med**, 2000.

PIRES, Giovanni de Lorenzi, MARTIELLO Jr, Edgard, GONSALVES, Aguinaldo. Alguns Olhares sobre Aplicações do Conceito de Qualidade de Vida em Educação Física/Ciências do Esporte. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 20, n. 1, p. 53-57, setembro, 1998.

POWELL, Kenneth E., PAFFENBARGER, Ralph S. Workshop on Epidemiologic and Public Health Aspects of Physical Activity and Exercise. **Public Health Reports**. v.100, n. 2, p.118-126, 1985. (tradução Moizes Pires)

ROSA, Adriane Ribeiro; KAPCZINSKI, Flávio; OLIVA, Renata; STEIN, Airton; e BARROS, Helena Maria Tannhauser. **Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio**. disponível em <http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n5/249.html>, acesso em 16 dez 2008.

SILVA, Mário A. D. Exercício e Qualidade de Vida. In: CHORAYEB, Nabil & BARROS, Turíbio. **O Exercício**, São Paulo: Atheneu Editora, 2001.

VAISBERG, M; ROSA, LFB; MELLO, MC. **O exercício como terapia na prática médica**. Editora Artes Médicas, 1 ed., 2005.

YAZBEK, P; BASTISTELLA, LR. **Condicionamento físico: do atleta ao transplantado**. São Paulo: Sarvier, 1994.