



## ***ATIVIDADE FÍSICA E DEPRESSÃO***

***Estudo Preliminar em um Health Club da Ilha da Madeira***

***Silvia Simoni***

**2014**



## ***ATIVIDADE FÍSICA E DEPRESSÃO***

### ***Estudo Preliminar em um Health Club da Ilha da Madeira***

*Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto, área de Especialização em Atividade Física Adaptada, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março.*

***Orientador: Doutor Rui Corredeira***

***Coorientadora: Mestre Eluana Gomes***

**Silvia Simoni**

**2014**

Simoni, S. (2014) Atividade física e depressão - Estudo Preliminar em um *Health Club* da Ilha da Madeira. Porto: Simoni, S. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Atividade Física Adaptada, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras Chaves: DEPRESSÃO, ATIVIDADE FÍSICA, *HEALTH CLUB*, *ILHA DA MADEIRA*

## **Dedicatória**

Esta dissertação é dedicada à minha grande amiga P.R.C (in memoriam). O seu sorriso, alegria e boa disposição para com os amigos, escondiam uma grave depressão, que acabou por retirá-la prematuramente do nosso convívio. Saiu das nossas vidas no auge dos seus 34 anos mas, os 30 anos de amizade e de boas risadas serão sempre recordados pelos seus verdadeiros amigos.



## Agradecimentos

Agradeço à Deus, simplesmente pela sua existência em minha vida e por todas as conquistas realizadas.

A meus pais, Silvério e Terezinha, que sempre fizeram de um tudo para que eu alcançasse meus sonhos e que me apoiaram, desde o início neste processo.

A minha irmã, Fernanda, pelo companheirismo, amizade e exemplo.

Ao Professor e Orientador Doutor Rui Corredeira por aceitar orientar o meu trabalho e a Prof. Ms. Eluana, minha Coorientadora, pelas incansáveis horas de apoio e direção desta dissertação.

Ao amigo e Prof. Ms. Márcio Borgonovo, pelo amparo dispensado nos momentos mais difíceis e pelas elucidações nos momentos em que tudo parecia perdido.

Aos funcionários e clientes do Holmes Place Health Club pelo auxílio na recolha dos questionários e pelo apoio incondicional, especialmente ao Psicólogo Raul Rodrigues, à Mónica Silva e à Cátia Freita. Obrigada pela ajuda e amizade de vocês.

À todos os professores e servidores da FADE-UP que me acompanharam e auxiliaram durante estes anos de faculdade.

Aos amigos Alfredo Schuch, Carolina Abreu, Marcos Fabre e Mônica Abreu, pelo apoio presencial nos momentos mais desafiantes da estada em Portugal.

Aos ex-colegas de trabalho e amigos, Ana Vieira, Andreia Abreu e Helder Sá.

E, ao Filipe Carvalho, pelos anos de dedicação e apoio em todas as horas. E pelo indispensável incentivo para a conclusão desta etapa académica.

À todos, Muito obrigada.

Silvia Simoni



# Índice Geral

ÍNDICE DE TABELAS .....	VII
RESUMO.....	IX
ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	XIII
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 ATIVIDADE FÍSICA .....</b>	<b>3</b>
2.1.1 ATIVIDADE FÍSICA EM <i>HEALTH CLUBS</i> .....	5
<b>2.2 DEPRESSÃO .....</b>	<b>13</b>
2.2.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO .....	16
2.2.2 FATORES DESENCADEADORES .....	18
2.2.2.1 Fatores neuroquímicos.....	21
2.2.2.2 Fatores neuroendócrinos.....	21
2.2.2.3 Fatores neuroimunológicos.....	22
2.2.2.4. Fatores neurofisiológicos e neuroanatômicos.....	22
2.2.2.5. Fatores psicossociais.....	23
2.2.3 SINTOMATOLOGIA.....	23
2.2.4 TRATAMENTOS E TERAPÊUTICA RECOMENDADA .....	29
<b>2.3 ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DE DEPRESSÃO.....</b>	<b>32</b>
2.3.1 RECOMENDAÇÕES DE EXERCÍCIO FÍSICO NA DEPRESSÃO .....	40
2.3.1.1 Intensidade .....	41
2.3.1.2 Frequência e Duração.....	44
2.3.1.3 Tipo de Atividade .....	45
<b>3. OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>47</b>
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	47
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>49</b>
4.1 AMOSTRA.....	49
4.2 MATERIAL/INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS .....	49
4.2.1 Questionário Sócio-demográfico e de prática de atividade física.....	49
4.2.2 Inventário depressivo de Beck.....	50
4.3 PROTOCOLO .....	51
4.4 ANÁLISE DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	51
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>59</b>
<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>65</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>67</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
9.1 ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO .....	77
9.2 ANEXO 2 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK [BDI].....	81



## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Tempo de prática de atividade física .....	53
Tabela 2 – Motivo de início da prática de atividade física .....	54
Tabela 3 – Tipo de atividade física mais praticada .....	54
Tabela 4 – Tipo de atividade que promove mais prazer .....	55
Tabela 5 – Preferência quanto ao tipo de acompanhamento .....	55
Tabela 6 – Frequência semanal dos treinos .....	56
Tabela 7 – Tempo despendido em cada sessão de treino .....	56
Tabela 8 – Comparação das variáveis analisadas no estudo em indivíduos com e sem depressão .....	57



## Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão é dos mais sérios problemas de saúde pública no século XXI. Estima-se que 17% das pessoas adultas sofram de depressão em algum período da sua vida. Em Portugal, estima-se que 20% da população tenha depressão, culminando em 1.200 mortes/ano. A depressão, quando não culmina em morte, pode trazer graves consequências à vida das pessoas, como: perda de autonomia, agravamento de patologias já existentes, aumento do risco de suicídio e redução da qualidade de vida. Como terapia para tratamento da depressão, recomenda-se a farmacoterapia, fototerapia, terapia electroconvulsivas, acupuntura e a psicoterapia, incluindo nesta última, as terapias, massagens, relaxamento e a atividade física [AF]. No que toca a AF, apesar de existirem estudos sobre AF e a depressão, ainda existem lacunas neste tema, como a falta de *guidelines* portuguesas, assim que as correlacionem em um contexto de *Health Clubs*. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo caracterizar os clientes de um *Health Club* da Ilha da Madeira, identificando a presença de depressão entre os clientes e estabelecendo uma comparação entre indivíduos com e sem depressão, no que toca a AF. A amostra trata-se de 193 clientes de um *Health Club* na Ilha da Madeira, dos quais 6% apresentaram sintomatologia depressiva, segundo o Inventário de Depressão de Beck [IDB], versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu (1973). Através da estatística descritiva, obteve-se a seguinte caracterização da amostra com depressão: são na maioria mulheres, com idade entre 26 e 40 anos, solteiros, com ensino superior, com prática de AF superior a três anos, frequência superior a 3 vezes por semana e sessões de treino de 45 a 60', com preferência de acompanhamento de Personal Trainer e com tipos de atividade realizadas com mais frequência e tipo de atividade com maior prazer as aulas de nível 2 e 3, máquinas cardiovascular e máquinas de resistência. Conclui-se que os praticantes de AF em *Health Club* têm menores índices de depressão do que a população portuguesa em geral, o que se acredita estar relacionado com a prática da AF e as melhorias da depressão. AF entre 60 e 90% da Frequência Cardíaca Máxima [FCMáx], são as que mais benefícios psicológicos trazem, além de serem as preferidas pelos indivíduos com depressão, no que toca ao tipo de AF mais praticada e ao tipo de AF que mais prazer proporciona. Assim, sugere-se que os professores de Educação Física sejam referência dos indivíduos com depressão; especializem-se em treino personalizado; busquem conhecimento sobre esta patologia e a prescrição de AF para este grupo.

Palavras chave: DEPRESSÃO, ATIVIDADE FÍSICA, *HEALTH CLUB*, ILHA DA MADEIRA



## Abstract

According to the World Health Organization, depression is the most serious public health problem in the XXI century. It is estimated that 17% of adults suffer from depression at some point in their lives. In Portugal, it is estimated that 20% of the population has depression, culminating in 1,200 deaths / year. Depression, when it culminates in death, can bring serious consequences to people's lives, such as: loss of autonomy, worsening of existing diseases, increased risk of suicide and reduced quality of life. As therapy for treatment of depression, it is recommended pharmacotherapy, phototherapy, electroconvulsivas therapy, acupuncture and psychotherapy, the latter including, therapies, massages, relaxation and physical activity [PA]. Regarding the PA, although there are studies on PA and depression, there are still gaps in this area, as lack of Portuguese guidelines, so that correlate in a context of Health Clubs. In this sense, this study aims to characterize the clients of a health club of Madeira, identifying the presence of depression among customers and establishing a comparison between subjects with and without depression, when it comes to PA. The sample it is 193 customers a Health Club in Madeira, of which 6% had depressive symptoms, according to the Beck Depression Inventory [BDI], the English version of Vaz Serra & Pio Abreu (1973). Using descriptive statistics, we obtained the following characterization of the sample with depression are mostly women aged between 26 and 40 years old, single, college-educated, practicing with PA than three years, more frequently than three times per week and training 60', preferably with monitoring Personal Trainer and types of activity undertaken more frequency and type of activity with great pleasure classes levels 2 and 3, cardiovascular machines and resistance machines sessions. We conclude that the practitioners of PA in Health Club have lower rates of depression than the Portuguese population in general, which is believed to be related to the practice of PA and improvements of depression. PA between 60 and 90% of Maximum Heart Rate [MHR], which are more psychological benefits they bring, and are preferred by individuals with depression, with regard to the type of AF and most practiced type of PA that provides more pleasure. Thus, it is suggested that physical education teachers are "the" reference individuals with depression; specialize in personal training; seek knowledge about this disease and the prescription of PA for this group.

Keywords: DEPRESSION, PHYSICAL ACTIVITY, HEALTH CLUB, MADEIRA ISLAND



## Índice de Abreviaturas

ACSM – American College of Sports Medicine

ACTH – Hormona adrenocorticotrófica

AF – Atividade física

AFs – Atividades físicas

BDI – Beck Depression Inventory

BOSU – Both sides up balance trainer

BPM – Batimentos por minuto

CID – Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas relacionados com a saúde

DALY – Anos de vida perdidos por incapacidade

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EEG – Eletroencefalogramas

EUA – Estados Unidos da América

FC – Frequência Cardíaca

FCMáx – Frequência Cardíaca Máxima

GBD – Global Burden of Disease

IBD – Inventário Depressivo de Beck

HPA – Hipotálamo-hipófise-adrenal

IHRSA – Internacional Health, Racquet & Sportclub

ISSP – Internacional Society of Sport Psychology

LCS – líquido cerebrospinal

METs - Equivalente metabólico da tarefa

NASA – National Aeronautics and Space Administration

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDM – Perturbação Depressiva Maior

REM – Rapid Eye Movement ("movimento rápido dos olhos")

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TRX – Total-body Resistance Exercise (equipamento utilizado para treino em suspensão)

VO<sub>2</sub> – Capacidade do corpo em transportar e metabolizar oxigênio durante o exercício físico

WHOQOL-100 – Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

## 1.Introdução

Os transtornos depressivos, na atualidade, vêm ganhando cada vez mais notoriedade. Nos dias de hoje, já pode ser considerada a quarta causa de incapacidade no mundo e, segundo estimativas, em 2020 a doença será a segunda maior causa mundial de abstenção no trabalho (Machado et al., 2009). Nas Américas, segundo um estudo publicado por Ustün et al. (2004), a depressão era, em 2000, a primeira causa de incapacidade, superando até as doenças cardiovasculares.

A sintomatologia da depressão é bastante ampla e, segundo Del Porto, (1999), inclui desde alterações do sono, apetite, ritmo cardíaco e até mudanças comportamentais e alterações motoras, esta última podendo gerar agitações ou retardo motor. Alguns pacientes relatam também prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões.

Como consequência, a depressão pode acarretar: perda de autonomia, o agravamento de patologias já existentes, aumento do risco de suicídio e redução da qualidade de vida (D. B. de Souza et al., 2012)

Muitas são as terapêuticas que podem ser utilizadas para o controle dos pacientes com depressão. Neste sentido, alguns autores como Pereira et al. (2006) identificaram que a atividade física [AF] regular poderia proporcionar auxílio no tratamento da depressão pois reduz o risco de diminuição funcional, além de exigir do praticante um comprometimento ativo, melhorando a confiança em si mesmo, as adaptações metabólicas, capacidades funcionais, tratando da melhora da saúde física e psicológica.

Estes benefícios, decorrentes da prática da AF em pessoas com ou sem depressão, ocorrem em função da liberação da b-endorfina e da dopamina pelo organismo, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico no praticante regular que frequentemente se beneficia de um efeito relaxante pós-esforço e, em geral, consegue manter-se em um estado de equilíbrio psicossocial mais estável frente às ameaças do meio externo (Golfetti et al., 1995).

Corroboram com estas ideias os autores Meeusen & De Meirleir (1995), que afirmam que a realização de exercícios físicos resulta numa série de alterações fisiológicas e bioquímicas envolvidas com a liberação de neurotransmissores e

ativação de receptores específicos, auxiliando na redução de depressão e ansiedade. Estes autores referem também que, nos seus estudos não foram realizadas as dosagens dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina mas, que a revisão de literatura por eles realizada indica alterações dos mesmos com a prática do exercício físico.

Entretanto, poucas são as pesquisas que apontam quais os exercícios mais recomendados para os indivíduos com depressão, e não foram encontrados estudos que apontem suas respectivas preferências no que diz respeito à prática de AF. A maior parte da literatura aponta para a atividade aeróbia como a mais recomendada (Kiive et al., 2004, Dias, 2007; Ribeiro, 2008), embora a revisão de literatura realizada por Cid et al. (2007), sugira que exercícios com intensidade entre 60 e 90% da Frequência Cardíaca Máxima [FC<sub>máx</sub>]. A falta de *guidelines* portuguesas para a AF e a depressão, assim como, de estudos que correlacionem a AF e a depressão no contexto de *Health Clubs*, justifica este estudo pois, embora haja contradição entre alguns autores, pode-se afirmar que, para a grande maioria há uma associação positiva entre a prática da AF e a depressão. Ainda assim, não se deve desconsiderar que grande parte das atividades desportivas ocorrem num ambiente social (interação do indivíduo com depressão com o treinador ou com o grupo) o que também pode contribuir para uma melhoria sintomática (Blumenthal et al., 2007). Schuch & Fleck (2013), também acreditam que tem muitos fatores que compõem a sessão de exercício, mas não é o exercício por si só. Exemplificam que quando um paciente faz exercícios em um ambiente de grupo, facilmente encontrados em espaços como os *Health Clubs*, o apoio social resultante e atenção podem ter um papel importante, especialmente na depressão leve.

Neste sentido, faz-se necessário um maior número de estudos sobre a prática de AF no auxílio para a recuperação de indivíduos com depressão, bem como a identificação da preferência deste grupo no que se refere a: tipo de AF realizado com mais frequência e tipo de AF que lhes confere mais prazer; tipo de acompanhamento durante o treino; frequência semanal de prática de AF e tempo de adesão a um *Health Club* ou ginásio.

Assim, o presente estudo pretende, por um lado, verificar a presença de indivíduos com depressão no contexto de um *Health Club* da Região Autónoma da Madeira e por outro, questioná-los acerca das preferências e hábitos no que diz respeito à prática da AF.

## **2. Revisão de Literatura**

### **2.1 Atividade Física**

A AF é definida como um conjunto de ações que um indivíduo ou grupo de pessoas pratica, envolvendo gasto de energia e alterações do organismo, por meio de exercícios que envolvam movimentos corporais, com aplicação de uma ou mais aptidões físicas, além de atividades mentais e sociais, de modo que terá como resultados os benefícios à saúde (Girdwood et al., 2011). A procura do bem-estar psicológico e/ou equilíbrio emocional, muitas vezes perdido devido às enormes exigências e pressões colocadas pela sociedade moderna, faz com que cada vez mais as pessoas adiram à prática de AF como forma de escape da rotina quotidiana (Cruz et al., 1996).

A AF deve ser uma experiência pessoal e cultural, fruto da interação que os indivíduos estabelecem entre si e com o ambiente que os rodeia (Devís, 2000). A AF espontânea está inserida nos hábitos de vida diário, ou seja, nas deslocções a pé, subir escadas, levar os filhos ou animais a passear, etc.

O exercício físico promove melhoria em vários níveis, obtidos através da alteração de uma ou todas as monoaminas cerebrais (dopamina, serotonina, noradrenalina). O cérebro, segundo Nicoloff & Schwenk (1995), produz várias endorfinas que tem efeito similar à morfina, que reduzem a sensação de dor e produzem estado de euforia. Estas sensações e sentimentos positivos, resultados do efeito da AF sobre várias hormonas e químicas corporais, têm sido conhecidos por durarem, não apenas algumas horas, mas o dia todo (L. D. da Silveira & Duarte, 2004).

Apesar dos efeitos benéficos da AF, é normal que após a adolescência, ocorra uma diminuição nos níveis de AF, sendo a ausência a causa para o surgimento de várias doenças, como a hipertensão arterial, obesidade, problemas psicológicos e aumento do colesterol, sendo por isso o sedentarismo considerado o principal fator de risco de morte súbita (Girdwood et al., 2011). Hoje em dia, de acordo com Cid et al. (2007), existem amplas evidências científicas de que a AF regular produz benefícios inquestionáveis para a saúde física e psicológica, que por

sua vez são causadores de um impacto significativo no bem-estar geral do sujeito em todas as idades.

Partindo-se do princípio que as pessoas se motivam a fazer aquilo que lhes permite satisfazer as suas necessidades, o estudo do perfil psicológico dos praticantes torna-se fundamental na orientação do seu envolvimento com a prática da AF (Cid et al., 2007). O conhecimento produzido numa avaliação neste domínio pode ajudar à promoção de um clima motivacional positivo, sensação de felicidade e satisfação pessoal, ou seja, a qualidade de vida da qual faz parte o bem-estar psicológico. Os mesmos autores reforçam que, é fundamental ter presente que a AF é imprescindível para a saúde do ser humano, contribuindo de forma decisiva para o seu bem-estar físico, social e psicológico.

Sendo a AF importante para a saúde do ser humano, como referido acima, Cavallini et al. (2011), apontam os benefícios da AF sobre os aspetos psicológicos e sociais tais como: melhora do autoconceito, melhora da autoestima, melhora do humor, melhora da imagem corporal, desenvolvimento da autoeficácia, diminuição do stresse e da ansiedade, diminuição da tensão muscular e da insônia, diminuição do consumo de medicamentos, melhora das funções cognitivas e da sociabilização. É importante salientar que, Cid et al. (2007) referem que, para a obtenção de tais benefícios faz-se necessário que as pessoas se integrem e se mantenham em AF regular, exigindo assim novas e diferentes abordagens da AF e, para tal, a psicologia da AF, bem como o conhecimento da pessoa com que se está a trabalhar, pode ter um papel decisivo.

Dentre as recomendações atuais da *American College of Sports Medicine* [ACSM] (2007) para obtenção de benefícios à saúde estão a acumulação de 30 minutos ou mais de atividades físicas [AFs], preferencialmente diárias, de intensidade moderada (entre 3 e 6 METs), ou realizar 60 minutos de atividades vigorosas em pelo menos 3 três vezes na semana. Estas últimas atividades deveriam ter intensidade superior a 7 METs (sete vezes a energia gasta em repouso) e poderiam ser do tipo: jogging, andar de bicicleta, natação, entre outros.

O ACSM (2000) descreve as atividades aeróbias como aquelas em que o treino é realizado entre 60% e 80% da FCMáx. Estas AFs, estimulam a função dos sistemas cardiorrespiratório e vascular, bem como interferem no metabolismo, aumentando a capacidade cardíaca e pulmonar para suprir de energia o músculo a partir do consumo do oxigênio. No exercício anaeróbio, realizado entre 80% e 90%

da FCM<sub>máx</sub>, ou no limiar máximo (entre 90% e 100% da FCM<sub>máx</sub>), há um esforço intenso realizado por um número limitado de músculos e há produção de ácido láctico. São exemplos de exercícios anaeróbicos os de velocidade com ou sem carga, de curta duração e alta intensidade, como a corrida de cem metros rasos, os saltos, o arremesso de peso. Exercícios de força ou exercícios resistidos, com peso como a musculação também são considerados como exercício anaeróbio. Estas, são AFs breves de alta intensidade nas quais o metabolismo anaeróbico acontece nos músculos.

Baseado nos benefícios da AF já descritos, nas recomendações do ACSM sobre a intensidade e frequência da prática da AF e, partindo do pressuposto que, nem todos os indivíduos detêm conhecimento necessário para adotarem hábitos de vida saudáveis sem acompanhamento de profissionais e/ou organismos de apoio, é que, em 1981 foi criada a *Internacional Health, Racquet & Sportclub* [IHRSA] cuja missão é proporcionar o crescimento, proteger e promover a indústria de saúde e *fitness*, em especial de ginásios, *Sports Clubs* e *Health Clubs* (International Health, Racquet & Sportclub [IHRSA], 2013).

### **2.1.1 Atividade Física em *Health Clubs***

A indústria do *fitness* surge por volta dos anos 40 nos EUA, com pequenos ginásios. Os equipamentos eram pesos livres e os bancos de apoio para a execução dos mesmos. Nos anos 60, surgem as primeiras máquinas de musculação, que davam maior segurança aos usuários. Nos anos 70, houve o aperfeiçoamento das mesmas e o desenvolvimento de máquinas de musculação *Nautilus* e o aparecimento do cicloergómetro eletrónico *Lifecycle*. Foi também naquela época que, através de estudos financiados pela NASA, defendeu-se que os exercícios mais eficazes para melhorar a condição física seriam os exercícios aeróbios, surgindo e difundindo-se assim o jogging e os exercícios aeróbios que combinavam passos de dança com saltos e corrida com exercícios localizados, realizados ao som de músicas alegres e empolgantes (Pedragosa, 2012).

Nos anos 80, Arnold Schwarzenegger e Jane Fonda foram impulsionadores do treino de força e das aulas de aeróbicas, concomitantemente com a criação de organizações ligadas ao *fitness* e com a construção de grandes ginásios e cadeias

de *Health Clubs*. Foi entretanto os anos 90, a caracterização da explosão internacional do fitness, com a criação de ginásios e *Health Clubs* destinados às famílias, estúdios polivalentes dentro dos espaços de modo a abranger as diferentes aulas de grupo. Foi nessa altura que se verificou a fusão e o conceito integrado entre spa, atividades físicas standardizadas (padronizadas), ofertas de serviços de yoga, pilates, spinning, musculação, treino personalizado, programas específicos para crianças e terceira idade e inovação dos equipamentos (Pedragosa, 2012).

O conceito de ginásio e *Health Clubs* diferenciam-se, de acordo com a IHRSA citado por Pedragosa (2012) e Ferreira (2012), pela oferta dos serviços e pelas dimensões físicas dos espaços. Para a IHRSA, os ginásios têm área total que varia entre 900 m<sup>2</sup> e 2.500 m<sup>2</sup> (um sócio por m<sup>2</sup>), com área para pesos livres e cardiovascular, estúdios para aulas de grupo de balneários, enquanto os *Health Clubs* têm áreas que variam entre 3.000 m<sup>2</sup> e 9.000 m<sup>2</sup> (um sócio para cada 2,5 m<sup>2</sup>) onde existe espaço para ginásio, piscina, spa, entre outras atividades.

Nos *Health Clubs*, a prática da AF não constitui a única oferta de serviços. Estética, massagens, serviços de bar, aluguer de instalações, organização de eventos, treinos personalizados, entre outros, constituem o rol de atividades oferecidas por estes espaços, tornando-os polos de AF, saúde, bem-estar e lazer (J. P. R. Silva, 2014).

Segundo os dados atuais da IHRSA (2013), existem atualmente 153.000 *Health Clubs* em todos o mundo, com 131,7 milhões de associados e que geram uma renda de 75,7 bilhões de dólares. Acredita-se que a expansão deste sector seja estimulada por uma série de técnicas e inovações que se processam continuamente, bem como a criação de novas modalidades e de novos programas de treinamento.

Em Portugal, apesar do acesso ao desporto estar consagrado no Art. 79 a Constituição Portuguesa de 1976, como um direito do Cidadão (“Constituição Portuguesa,” 1976) e, tendo conhecimento dos inúmeros benefícios que a prática dos mesmos traz aos praticantes, a popularização e oferta do mesmo, tem-se desenvolvido sobretudo pela iniciativa privada, em ginásios, academias ou *Health Clubs*, tendo o seu acesso, normalmente, condicionado à capacidade econômica das famílias, tornando-o acessível à pequena parte que possui mais recursos financeiros (P. T. M. Silva, Souza, & Neto, 2013).

Segundo uma pesquisa realizada por E. Santos & Correia (2011), Portugal tem dois períodos distintos na indústria do *fitness*: um inicial até 1998 e outro que surge a partir desta data. No primeiro período, o setor era predominantemente voltado para o sexo masculino, sem marketing associado, e voltado para a componente técnica. Em 1998, com a entrada da cadeia *Holmes Place Health Clubs*, deram-se profundas alterações na indústria do *fitness* portuguesa. A cultura desta empresa contribuiu para uma nova forma organizacional e de marketing para o mercado, apostando na diferenciação através da marca, na inovação de produtos através do treino personalizado, num segmento-alvo bem definido e na qualidade e satisfação dos sócios.

A *Holmes Place Health Club* é uma multinacional inglesa que opera no mercado europeu de *fitness* desde 1979. Com a sua origem em Chelsea, Londres, a empresa expandiu-se ao nível europeu, pela primeira vez para Portugal em 1998, com o primeiro clube no Centro Empresarial Quinta da Fonte, em Oeiras. Na altura contava com 2500 associados e 50 colaboradores. Em Setembro de 2008 abriu o seu primeiro *Health Club* fora de Portugal Continental, especificamente no Funchal, Madeira. Neste momento, a empresa conta com mais de 80 clubes, distribuídos por 10 países (J. P. R. Silva, 2014).

Dentre as AFs oferecidas pela *Holmes Place Health Clubs*, disponíveis na Ilha da Madeira, pode-se destacar as aulas de grupo, AFs no ginásio e treino personalizado. Abaixo, estas AFs serão descritas conforme critérios de classificação da *Holmes Place Health Clubs*<sup>TM</sup> e/ou da *Les Mills*<sup>TM</sup>, detentora de alguns programas oferecidos na rede.

#### a) Aulas de grupo

As aulas de grupo são atividades realizadas em um espaço denominado estúdio, que pode variar em dimensões e números de participantes. São caracterizadas por exercícios variados, ao som de música divertida. Tem diferentes objetivos e intensidades e é sempre acompanhada por um instrutor que, além de incentivar e estimular os alunos, garante a correta execução dos exercícios e assegura que os mesmos são realizados com segurança (XPWorkout, 2014).

i. Atividades de grupo nível 1 – Activate™, Yoga e Pilates

A aula de Activate™, segundo o *Holmes Place Health Club*, criador da modalidade, trata-se de uma alegre aula de total *body conditioning*, de baixa intensidade e baixa complexidade. Aula completa tem 30 minutos, alternando treino localizado com aeróbica.

O Yoga é um sistema filosófico milenar originário da Índia cujo o objetivo é a união entre o corpo e a mente, visando o bem estar físico e mental. Para tal, utiliza-se da combinação de exercícios posturais, relaxamento e controle voluntário da respiração. Devido à semelhança de suas posturas com exercícios físicos convencionais, bem como aos resultados alcançados com a utilização das suas técnicas sobre a saúde, o Yoga se popularizou no Ocidente e é vista como uma alternativa de AF pois proporciona um aumento da força muscular, flexibilidade, melhora do equilíbrio e outras adaptações fisiológicas (Coelho et al., 2011).

Já o Pilates, método criado por Joseph Pilates na década de 1920, é um método de controle muscular cuja maioria dos exercícios são executados em decúbito dorsal, ventral ou lateral. É atualmente uma técnica reconhecida para tratamento e prevenção de problemas na coluna vertebral, contando com exercícios mais focados em posturas mais equilibradas e estáveis, treinando o centro do corpo como base de todos os restantes movimentos (Espírito Santo, 2012).

Num estudo verificado por Espírito Santo (2012), em que foram monitorizados praticantes de aulas de Pilates, observou-se que a Frequência Cardíaca [FC] media nas aulas foi de 115 Batimentos por minuto [Bpm] e que a percepção de esforço dos alunos, segundo a escala adaptada de Borg, ficava entre 3 e 4, numa escala subjetiva de esforço de 1 a 10. Estes achados caracterizam as aulas de Pilates como intensidade leve a moderada.

ii. Atividades de grupo nível 2 – Total condicionamento, Sh'Bam™, Made in Brasil™, Body Pump™ e Body Balance™

As aulas de Sh'Bam™, Body Pump™, Body Balance™, Made in Brasil™, são pré-coreografadas por Instituições credenciadas como a *Les Mills™* detentora

dos programas Sh'Bam™, Body Pump™, Body Balance™, ou pela *Holmes Place Health Clubs*™, detentora do programa Made in Brasil™.

A aula de total condicionamento é um treino que combina movimento de aeróbia, step e ginástica localizada. Ajusta-se à condição física de cada participante.

O Sh'Bam™, aula de dança com estilos atuais, entre os quais o hip hop, house, r'n'b e pop, em que o encadeamento das sequências é muito simples e acessíveis independentemente do grau de coordenação ou condição física.

Já o Made in Brasil™, é um típico treino de glúteos e pernas brasileiro em formato de 30 minutos. Muito localizado e focado nessas áreas do corpo, tonifica e fortalece os membros inferiores.

O programa Body Pump™ é uma aula de tonificação muscular que utiliza uma barra onde se podem colocar vários discos para aumentar a carga de treino. Pfitzinger & Lythe (2003) analisaram o consumo aeróbico e gasto calórico durante uma sessão de Body Pump™ e concluiu que, durante 38 minutos dos 60 minutos da referida aula, a frequência cardíaca da amostra esteve acima dos 70% da FCMáx.

A aula de Body Balance™, aula holística que mistura música com a prática de tai-chi, yoga e Pilates é muito agradável e relaxante, sendo desafiante em alguns momentos para permitir aprendizagem e evolução. Para Rodrigues (2004) cujo estudo buscou caracterizar a intensidade da aula de Body Balance™, a FC média encontrada no estudo realizado, variou entre 40% - 60% da FCMáx. Durante a aula, o que, segundo a literatura, a realização de atividades físicas nessa faixa de percentual de FC, não acrescenta melhoras no condicionamento aeróbio das praticantes. Esta modalidade, para a autora, tem como benefícios condicionamento postural, que utiliza exercícios de flexibilidade e força, baseados nos movimentos de Tai Chi Chuan, Pilates e Yoga, objetivando diminuir os níveis de tensão, melhorar a flexibilidade, a resistência de força, a concentração, relaxamento e melhoria da postura.

As aulas inseridas no grupo acima descritas como aulas de grupo nível 2 podem, em função da FCMáx durante o exercício, serem caracterizadas como nível moderado a intenso ou difícil, com alguns momentos da aula de nível muito intenso.

iii. Atividades de grupo nível 3 – RPM™, Airfit™, Warrior™, X-celerate™

A aula de RPM™ é caracterizada por ciclismo indoor, em que o instrutor segue uma coreografia, aumentando ou diminuindo a carga para aumentar ou diminuir a cadência da pedalada. Segundo a Les Mills, criadora do programa, o treinamento é intervalado e passa por diversos trechos: subidas íngremes, tiros rápidos, contra-relógio, etc. Por esta característica treina tanto a capacidade aeróbia quanto a anaeróbia, nos trajetos desenhados pelas músicas, pelo ajuste da carga e o ritmo das pedaladas. Num estudo realizado por Trentin (2011) cujo estudo verificou indicadores de intensidade de esforço em aulas de RPM™, concluiu-se que esta aula do sistema Les Mills tem intensidade média situada entre os 70 a 80% da FCMáx, chegando aos 90% da FCMáx no final das faixas de maior intensidade.

As pesquisas realizadas por Ramos et al., (2005) e Uchida et al., (2002) citados por Trentin (2011), apontam para valores bastante elevados de concentração de lactato em aulas de Indoor Cycling. Percebe-se que aulas de RPM™ requerem uma relevante participação do sistema anaeróbio, sobretudo quando são utilizadas intensidades relativas acima de 70% da FCMáx, que facilmente são atingidas nas músicas 3, 5 e 7, que correspondem aos 3 picos da aula.

No que se refere a aula de Warrior™, segundo informações a *Holmes Place Health Clubs (2014)*, as aulas têm intensidade alta (nível 3, numa escala de 1 a 4), impacto moderado a alto, mas sempre de baixa complexidade. Esta aula simula movimentos de guerreiros e lutas, combinando chutes, socos e saltos, com deslocamentos.

Por sua vez, as aulas de Airfit™ são consideradas pela detentora da marca, um treino de cardiovascular de grande intensidade que utilizam um trampolim para criar intensidade nos exercícios. São também considerados motivantes e seguros, e ao saltar empurrando a lona para baixo, o trabalho de membros inferiores da aula é intenso, assim como a ação de retorno venoso é potencializada na circulação, que ajuda até contra as celulites. É uma aula extremamente descontraída, que também vai divertir e diminuir o stresse dos praticantes.

Já as aulas de X-celerate™ são aulas intensas de aeróbica de alto impacto, muito simples de seguir e altamente enérgica. Permite o treino de várias qualidades físicas como força, coordenação, cardiovascular, entre outras.

Todas as aulas inseridas neste grupo podem ser consideradas, em função da FCMáx (acima de 70% da FCMáx) e da escala adaptada de Borg, como muito difíceis ou muito intensas.

iv. Atividades de grupo nível 4 – Spartans™

A aula de Spartans™ é um treino altamente funcional e muito completo, de alta intensidade e que desafia os limites de qualquer aspirante a atleta avançado. Esta AF, criada pela tem, *Holmes Place Health Clubs* (2014) pela sua componente de treino e intensidade, uma caracterização de esforço máximo na escala de Borg.

As explicações sobre as aulas referidas e citadas acima constam no site *Holmes Place Health Clubs* (2014) e no site da Les Mills International (2014).

b) Atividades no ginásio

Dentre as AFs que podem ser desenvolvidas no ginásio, estão as mais usuais que são as máquinas de cardiovascular, tais como: passadeira, remo, *X-trainer*, *stepper*, *wave*, bicicletas; as máquinas de resistência muscular localizada, tais como: *leg press*, *leg curl*, *leg extension*, *pectoral machine*, *vertical traction*, *abductor*, *adductor*, *chest press*, *gravitron*; a zona de pesos livres com barras, halteres de variados pesos e discos para utilização nas barras, bancos de supino e na *multipower*, zona de treino funcional com barras fixas, equipamento para treino em suspensão como o *TRX™*, *Bosu™* (*Both sides up balance trainer*), *kettlebells*, elásticos; zona para *X-Press* classes de abdominais, *circuit trainer*, alongamentos, *fat burner*, entre outros (J. P. R. Silva, 2014).

Estes tipos de equipamentos variam de espaço para espaço, bem como de acordo com o objetivo de cada *Health Club*. Em geral, nestes espaços, os alunos conduzem as suas AFs de forma autônoma ou na companhia de amigos ou familiares. Geralmente, nestes espaços, há sempre um instrutor a disposição dos utilizadores para ajudar no caso de dúvidas e de questões posturais ou de

segurança. É também neste espaço que são desenvolvidos os treinos de *Personal Trainer*. Neste espaço o cliente pratica diferentes sequências em máquinas de resistência, com pesos livres ou ainda sobre bases instáveis, como bolas, pranchas e bastões, e aciona os músculos e articulações de forma isolada ou global, dependendo do tipo de treino prescrito.

### c) Treino Personalizado

Em Portugal, o serviço de *Personal Trainer* foi introduzido com a entrada do *Holmes Place Health Clubs*, em 1998. Sabe-se que, nos dias atuais, em virtude da individualização das pessoas e do limitado tempo que as mesmas encontram para a realização de algumas AFs, esta profissão tem se expandido (Pedragosa, 2012).

O *Personal Trainer* é definido como um instrutor que fornece direções profissionais num programa de exercícios individualizados que podem ser *one to one*, em duplas ou em trios. Este profissional deve ter um conjunto de competências aliados ao conhecimento técnico, para que consiga ajudar o seu cliente a atingir os objetivos, bem como retê-lo aos seus treinos (J. P. R. Silva, 2014).

Assim sendo, pode-se dizer que um *Personal Trainer* deve ter habilidades e competências muito mais amplas do que um instrutor, sendo estas relacionadas à interação social, a fim de estabelecer relações estreitas com os seus clientes e demonstrar carisma pessoal, conhecimento de gestão administrativa, atitude de trabalho, ser altamente profissional, estar vestido adequadamente para a AF, ser capaz de estimular e motivar os seus membros, ser hábil na comunicação, consciente no volume e ajuste dos treinos de acordo com os objetivos e limitações dos seus clientes, ser qualificado para suporte básico de vida e primeiros socorros, ter conhecimento de marketing, estar preocupado com os seus clientes e perceber o passado e o presente, saber as diferenças individuais, ser capaz de resolver conflitos, atuando muitas vezes como “nutricionista”, “psicólogo” ou “terapeuta”. Pode-se definir então, o *Personal Trainer* como professor, treinador, conselheiro, supervisor, suporte, nutricionista, avaliador de musculação e consultor, consultor de gestão de vida, controlador de peso, consultor de vida pessoal, e um defensor do *fitness* (Chiu et al., 2011).

## 2.2 Depressão

A palavra depressão provém do latim *deprimere* que significa abatimento, diminuição, afundamento. “*O que se abate na depressão é o plano vital da pessoa*” (Alonso-Fernández, 2010). A Organização Mundial de Saúde [OMS] define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite. Também há a sensação de cansaço e falta de concentração (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Os estados depressivos, pela sua prevalência, têm enorme importância como problemas de saúde pública. Esta enfermidade abarca um grupo de situações que vão desde reações frente a uma perda ou experiências negativas na vida de uma pessoa, até uma patologia grave com importantes disfunções somáticas, emocionais e motivacionais, que podem ser traduzidas em sintomas como: tristeza, sentimentos de culpa, pessimismo e inutilidade, podendo levar a um final dramático como o suicídio (L. D. da Silveira & Duarte, 2004). Para os mesmos autores, nos quadros de depressão encontram-se também as alterações fisiológicas como perda de apetite, alterações no sono e disfunções sexuais.

A depressão, dentre os transtornos psiquiátricos, é a que se apresenta com a morbidade mais elevada nas sociedades industrializadas, de tal maneira que 9 a 20% da população geral mostra algum tipo de sintoma depressivo (Ribeiro, 1998).

Para o mesmo autor, no âmbito mundial, este número torna-se ainda mais alarmante, abarcando cerca de duzentas milhões de pessoas (3 a 5% da população mundial), sendo que a cada ano, dois milhões de novos casos são constatados. Estes novos casos foram também identificados pela OMS (2001), quando a depressão se situava em quarto lugar geral entre as principais causas de ônus entre todas as doenças. Em 2000, a depressão representava a principal causa de anos vividos com incapacidade e a quarta em anos de vida com saúde perdidos.

O olhar sobre a depressão tornou-se mais atento após os dados divulgados pelo projeto *Global Burden of Disease* [GBD] de 1990, o qual enfatizou a morbidade, até então relegada para um plano inferior ao da mortalidade, como uma importante medida de gravidade e fundamental para a tomada de decisões no

âmbito do planeamento em saúde (Murray & Lopez, 1996; Gusmão et al., 2005). Ao calcular o tempo de vida saudável perdido, que reflete não só a taxa de mortalidade, mas também a de morbilidade da doença, o GBD evidenciou o peso das doenças mentais e em particular da depressão.

A OMS alerta para o fato de que, se persistir a incidência da depressão, até 2020 ela estará em segundo lugar, perdendo apenas para a doença isquémica cardíaca. A elevada e crescente prevalência de depressão em todo o mundo e os graves impactos que esta produz, configuraram-na como um dos mais sérios problemas de saúde pública no início do século XXI (Organização Mundial de Saúde, 2001).

No mundo, a depressão afeta aproximadamente 121 milhões de pessoas (Organização Mundial de Saúde, 2001). Nas Américas, já constitui a primeira causa de incapacidade, superando até as enfermidades cardiovasculares (Ustün et al., 2004). No que toca às perturbações mentais, Portugal tem uma prevalência de sintomas muito superiores aos restantes países do Sul da Europa, com 23% dos portugueses afetados, o que só se aproxima dos 26,3% americanos (Campos, 2009). Especificamente sobre a depressão, estima-se que em Portugal, 20% da população tenha esta doença, culminando em mais de 1200 mortes/ano (SNS, 2006; Reis, 2012 ).

No topo das perturbações mentais mais encontradas estão a ansiedade e a depressão. Um estudo constata ainda que os mais afetados são as mulheres, os jovens dos 18 aos 24 anos, as pessoas mais atingidas pela solidão, e com nível baixo e médio de literacia. Apesar das mulheres serem as mais acometidas pela depressão, são os homens que lideram as taxas de suicídio em decorrência da doença (Reis, 2012).

Para Cavallini et al. (2011), os altos níveis de depressão encontrados podem estar ligados às relações pessoais, que se têm tornado cada vez mais complexas, deixando as pessoas insatisfeitas e com o seu convívio familiar e social. Esta insatisfação nas relações pessoais gera níveis de tensão e insegurança maiores, alterando o seu estado de humor, estado emocional e, refletindo diretamente com diversos sentimentos, sejam eles negativos (tensão, raiva, fadiga e depressão) ou positivos (autoestima, vigor e bem-estar). Além disto, Guariente (2002), refere a depressão como um distúrbio mental decorrente de um conflito interno de uma alteração bioquímica. Esse conflito interno pode ser desencadeado por vários

fatores: psíquicos, orgânicos e sociais. A intensidade do conflito interno e a sua durabilidade determinarão a gravidade da depressão, assim como o rompimento que o indivíduo terá com a sua realidade interna e externa. Assim sendo, a depressão pode ser classificada de três formas: depressão leve, moderada e grave (Kuritza & Gonçalves, 2003). Já no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana na 4ª edição (DSM-IV) citado por Cheik et al. (2003) e Reis (2012), as perturbações depressivas são classificadas em: depressão maior, distímia, e transtorno depressivo sem outra explicação.

Kuritza & Gonçalves (2003) descrevem que na depressão leve, as pessoas apesar da doença, conseguem trabalhar e se orientar, mesmo com algum comprometimento da coerência psíquica e sócio-histórica. Na depressão moderada, as pessoas têm maior dificuldade em suportar a pressão e apresentam maiores comprometimentos no rendimento e produção, bem como na clareza e na percepção. Para Girdwood et al. (2011), a depressão moderada, que costuma ser crônica, é denominada distímia, que por sua vez, gera um quadro de mau-humor permanente e faz com que as pessoas acometidas por esta doença tenham padrões de comportamento inflexível diante de situações da vida pessoal ou social. Na depressão grave, as pessoas rompem com tudo e todos, isolam-se, e a doença pode levá-las à morte (Kuritza & Gonçalves, 2003). A depressão grave ou depressão maior, além do já referido, faz com que os doentes deprimidos não acreditem nas suas próprias capacidades de tal modo que passam a ter medo de ir trabalhar, evitando assumir responsabilidades e aumentando a sensação de inutilidade e culpa (Reis, 2012).

Para Moniz (2007), indivíduos deprimidos têm cerca de uma vez e meia mais custos com a saúde do que os não deprimidos. Por outro lado, para além dos elevados custos económicos, também ocorre uma multiplicidade de custos emocionais, entre os quais o término da vida. Sabe-se que, quando são devidamente tratadas, 70% das depressões resolvem-se completamente, 20% mantêm-se residuais e apenas 10% se tornam crônicas. Pessoas com depressão apresentam maiores gastos com a saúde, incapacidade para o trabalho e menor adesão a tratamentos médicos prescritos (Simon, 2003).

Face aos dados acima descritos, a depressão na sociedade moderna, constitui um importante problema de saúde pública, que preocupa as autoridades responsáveis em razão da sua prevalência e das características patológicas que

essa doença adquirem (Mesquita, 2013). Os sintomas comprometem a capacidade de os indivíduos desenvolverem suas atividades na vida diária e acarretam prejuízos no desempenho profissional e nas relações interpessoais e, assim sendo, à qualidade de vida.

### 2.2.1 História e Evolução

Hipócrates, no século V antes de Cristo, já conhecia e definia a depressão com a denominação de melancolia: “uma afeição sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão fixado em uma mesma ideia, constantemente abatido (...)” (Cuche & Gerard, 1994, p. 14)

Os gregos partilhavam a ideia moderna de que as doenças da mente estão conectadas de algum modo com a disfunção corporal (Gonçalves & Machado, 2007). A depressão, já naquela altura, tinha sintomas muito parecidos ao que se vê hoje: (...) perda de sono, falta de apetite, desejo de morte (...). Já se procurava a origem biológica da patologia: “essa bilis negra que ao nos invadir, age sobre o corpo e sobre a alma para criar tristeza e cansaço” (Cuche & Gerard, 1994, p. 14).

Na idade média (450 a 1400), a depressão, ainda denominada melancolia, era uma doença especialmente nociva, uma vez que o desespero melancólico sugeria não estar ele embebido de alegria ante o conhecimento certo do amor e da misericórdia divinos. A melancolia era considerada um afastamento de tudo o que era sagrado. Foi nessa época, século V, que a depressão foi denominada como sendo o “*O demônio do meio-dia*” (Solomon, 2002). Segundo o próprio autor, outros pecados podem assolar a noite, mas esse, audacioso, consome dia e noite. O tratamento para esses casos sem esperança era colocar o melancólico a realizar trabalhos manuais e abandoná-lo, longe de todos.

Para Gonçalves & Machado (2007), na Idade Moderna (séculos XV a XIX), o reconhecimento da dicotomia entre corpo e mente (dualismo cartesiano) causou uma enorme mudança no arcabouço da depressão. A mente, distinta do cérebro, apresentava dúvidas, interpretações duvidosas e inconsistências, mas não doença. A doença era um aspeto físico. Os mesmos autores referem ainda que foi nessa época que começaram os questionamentos que muitos ainda hoje fazem. É a

mente que influencia o corpo ou é o corpo que influencia a mente? A depressão é um desequilíbrio químico ou uma fraqueza humana?

Desde a Idade Média existem hospitais para abrigar doentes mentais. Segundo Gonçalves & Machado (2007), foi na segunda metade do século XVII, que a loucura, resultante de uma reorganização social, foi associada à ociosidade e começa a ser vista como um elemento perturbador da ordem moral e social que precisa ser corrigida.

Para Solomon (2002), o trabalho árduo foi considerado, no século XVII, como o melhor remédio para a depressão, visto que a melancolia, o desalento, o desespero e frequentemente o suicídio são a consequência da visão sombria das coisas no estado relaxado do corpo.

Com o acelerado desenvolvimento científico no século XVIII, surgem as primeiras teorias que vão dar origem aos pensamentos atuais. Friedrich Hoffman foi o primeiro a sugerir que a loucura seria uma doença hereditária (Solomon, 2002).

Dentre os doentes mentais, os deprimidos eram os relativamente dóceis e por isso, os tratamentos a que eram submetidos eram mais amenos. Por ser considerada intratável, as pessoas que sofriam das formas mais graves eram submetidas a tratamentos aterrorizantes, como causar dor física, para distrair da dor da mente, afogamentos e dispositivos para fazerem os melancólicos vomitarem e desmaiarem (Solomon, 2002).

No início do século XX, deu-se a consolidação da psiquiatria, surgindo movimentos sociais e comunitários que visavam modificar as formas de atendimento e assistência ao paciente (Gonçalves & Machado, 2007).

Em 1917, Sigmund Freud escreveu *Luto e melancolia*, afirmando que a melancolia é uma forma de luto e que surge de uma sensação de perda de libido. Considera que, na melancolia, o ego se torna pobre e vazio (Solomon, 2002).

A descoberta dos antidepressivos, no ano de 1950, constituiu um avanço para o tratamento da depressão. Os mecanismos de ação mantem relação com os neurotransmissores. Ainda naquela década, vários estudos foram realizados para se descobrir quais seriam os neurotransmissores que regulavam as emoções, porém ainda não havia pesquisas conclusivas (Gonçalves & Machado, 2007).

A depressão, no início do século XXI, é catalogada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde [CID]

e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM], recebendo abordagens científicas, como a médica, a psicanalítica e a cognitivista (Gonçalves & Machado, 2007).

Estes mesmos autores referem que, após 25 séculos decorridos, volta-se para Hipócrates, colocando a depressão como uma doença que envolve alterações cerebrais, embora estes não estejam presentes em todos os pacientes, havendo assim vários tipos de depressão diagnosticadas. Até os dias atuais, estes não entendem por que um paciente sofre apenas um episódio depressivo, outros têm várias recaídas, tomando antidepressivos para o resto da vida e outros ainda cometem o suicídio (Gonçalves & Machado, 2007).

Para Girdwood et al. (2011), as pressões socioeconômicas, estéticas e culturais impostas pela sociedade, agravando-se pelo aumento do stresse, obesidade, alcoolismo, uso de drogas ilícitas e indiscriminado de medicamentos, entre outros, são causas deste aumento abrupto dos casos de depressão no último século.

Atualmente, existem várias formas de tratamento que podem ser usadas como terapêutica principal ou complementar, dentre as quais pode-se citar: farmacológica, massagem, AF, fototerapia, psicoterapia, entre outros. Todas estas terapêuticas estão referidas no item 2.2.4 deste estudo.

### **2.2.2 Fatores desencadeadores**

A depressão pode ser influenciada pela combinação de diversos fatores: cognitivos (estilos de processamento que denotam rigidez e extremismo como: pouca resistência à frustração, pessimismo, perfeccionismo, frequência de crenças irracionais, autoestima rebaixada), neuroquímicos (disfunções que desequilibrem alguns neurotransmissores), genéticos (ter pais com depressão) e sociais (rede de apoio de amigos e características familiares) (Baptista, 1999).

Para a medicina, depressão significa “diminuição da função fisiológica” (Campbell, 2009). Na área da psiquiatria: distúrbio mental caracterizado por adinamia (prostração física e/ou moral; falta de forças), desânimo, sensação de cansaço, e cujo quadro muitas vezes inclui, também, ansiedade, em grau maior ou menor. Ainda para o mesmo autor, pode advir de quadros clínicos como: transtorno

de stresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, ou ainda como resposta a situações stressantes, ou a circunstância sociais e econômicas adversas.

Acredita-se também que, pessoas com uma ou mais doenças crônicas apresentam maior prevalência de depressão, mesmo após ajuste pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e de uso de serviços de saúde (Boing et al., 2012).

Tal como diz Campbell (2009, p. 824), a depressão é uma:

“ Síndrome clínica que consiste em um rebaixamento do humor (sentimentos de abatimento doloroso ou humor irritável), perda de interesse ou prazer em comparação com o estado pré-mórbido do indivíduo, retardo ou agitação psicomotora e dificuldade no pensamento ou na concentração. Queixas de fadiga ou perda de energia e de sentimentos de inutilidade e culpa são comuns. O paciente deprimido com frequência tem pensamentos de morte recorrentes, e um número significativo deles tenta o suicídio ou planejam fazê-lo”.

A história familiar, adversidade na infância, aspetos associados à personalidade, isolamento social e exposição à experiências stressantes podem ser alguns dos fatores apontados como sendo de risco para desenvolvimento da depressão (L. H. S. G. de Andrade et al., 2006). Também é possível que fatores genéticos influam na vulnerabilidade para eventos depressogênicos de modo diferencial em meninas pós-puberais comparadas a meninas pré-puberais e a meninos pré e pós-puberais (Andrade, 2011).

A diminuição na variabilidade da frequência cardíaca, níveis elevados de cortisol, e impacto no sistema nervoso autónomo, em fatores metabólicos e no eixo hipotálamo-pituitária, podem também estar relacionados com eventos depressivos (Boing et al., 2012). Os mesmos autores afirmam que, por motivos biológicos, populações com menor experiência de eventos depressivos podem apresentar menos possibilidade de desenvolver doenças crônicas.

Os autores Rocañín & Forneiro (1996), também consideram a relação entre a depressão e os fatores genéticos. Acreditam que os sujeitos com uma personalidade de tipo melancólico (ordenados, super-responsáveis, escrupulosos, autoexigentes, trabalhadores, dependente dos demais) são os mais vulneráveis à

depressão. Apesar desta crença, os autores Rocañín & Forneiro (1996) referem que, todas as depressões, mesmo as de cunho psicológico, são influenciadas por um desequilíbrio ou déficit nas monoaminas cerebrais. Assim, os autores acima corroboram com Nicoloff & Schwenk (1995) que referem que a depressão pode estar associada a uma transmissão prejudicada em algumas sinapses aminérgicas centrais, por defeitos na produção, transferência, recepção ou perda destas monoaminas (noradrenalina, dopamina e serotonina).

Para alguns especialistas na área, tais como Clua (1993); Graef & Brandão (1993); Guz (1990) e Neto et al. (1995) citados por Ribeiro (1998), esta enfermidade é um problema neuroquímico, originado na deficiência de duas importantes substâncias químicas, a serotonina e noradrenalina, produzidas pelas células do sistema nervoso central. Os mesmos autores afirmam que a diminuição destas duas substâncias na fenda sináptica são uma das principais causas da depressão. Reforçam ainda esta ideia, Kuritza & Gonçalves (2003) e Nahas (2006), afirmando que a hipótese mais aceita para a depressão é a que justifica menor quantidade ou indisponibilidade de serotonina, a noradrenalina e a dopamina, nas transmissões sinápticas, influenciando as emoções e o humor. Além desta, Nahas (2006) considera também que os aspetos genéticos e psicológicos (perdas reais, luto, agentes stressantes, desordem familiar, desamparo e visão negativa de si mesmo) também são hipóteses para a depressão.

A predisposição genética, eventos stressantes, conflitos intrapsíquicos, doença orgânica, ou a combinação entre eles, podem despoletar um estado depressivo ao condicionar alterações nas vias neurotransmissoras. Por sua vez, estas alterações espelhar-se-ão a vários níveis orgânicos, nomeadamente a nível neuroimunológico, neuroendócrino e neurofisiológico (Alonso-Fernández, 2010).

Apesar de serem muitos os fatores que possam levar um indivíduo à depressão, pode-se sugerir que, fatores genéticos, ambientais e sociais desempenham um papel na etiologia desta psicopatologia. Embora se reconheça os fatores psicossociais como fortes potenciadores do processo depressivo, eles não são suficientes para explicar manifestações como a perda de peso, a diminuição da libido e as perturbações do sono. Assim, estas expressões da depressão têm sido melhor compreendidas à luz de perturbações neuroquímicas e neurofisiológicas (Reis, 2012).

### **2.2.2.1 Fatores neuroquímicos**

A hipótese catecolaminérgica, proposta por Schildkraut (1965) e Bunney e Davis (1965) citado por Reis (2012), constituiu provavelmente a primeira formulação relativa ao papel dos neurotransmissores na depressão. Segundo ela, a depressão associava-se a um défice de catecolaminas com destaque para a noradrenalina. Posteriormente, com Van Praag e Korf em 1971, surgiu a hipótese serotoninérgica que apoiava a hipoatividade da via serotoninérgica como fator etiológico principal (Bahls, 1999). Ambas as teorias foram fortemente apoiadas pela observação de mecanismos de ação dos fármacos antidepressivos e pela demonstração de anormalidades nos metabólitos das aminas biogénicas no sangue, na urina e no líquido cerebrospinal (LCS) de doentes deprimidos. Neste sentido, embora simplistas, estas teorias alertaram para o estudo dos mecanismos biológicos dos estados emocionais e para o seu possível papel nos processos psicopatológicos (Reis, 2012).

Em 1990 a via dopaminérgica foi considerada como parte integrante da patoneuroquímica da depressão (Bahls, 1999). Esta teoria defendida por Wilner foi fortalecida pelo facto dos medicamentos que reduzem as concentrações de dopamina (como a reserpina) e doenças nas quais este neurotransmissor se encontra diminuído (como o Parkinson) se associarem frequentemente a sintomas depressivos. A observação destas hipóteses levou à formulação da hipótese monoaminérgica que postula que uma redução dos neurotransmissores: noradrenalina, serotonina e dopamina está na base do mecanismo causal da depressão (Hasler, 2010).

### **2.2.2.2 Fatores neuroendócrinos**

Pesquisas apontam para que algumas alterações resultantes de uma disfunção hormonal estavam presentes em alguns doentes deprimidos e a observação de que alguns sintomas depressivos eram sugestivos de perturbações em estruturas neuroendócrinas (diminuição da libido, insónia, perda de apetite) levaram ao estabelecimento de uma relação entre ambas (Kaplan et al., 2006; Greenspan & Gardner, 2006; Reis, 2012). Estes autores afirmam que, o estado de

hipercortisolemia liberado pelas supra-renais e influenciados pela liberação de outras hormonas pela hipófise e pelo hipotálamo, gera uma série de alterações cerebrais, principalmente ao nível do hipocampo, condicionado a perda de dendrites, inibição da neurogénese, neurotoxicidade e atrofia, mudanças estas associadas ao mecanismo patogénico da depressão.

### **2.2.2.3 Fatores neuroimunológicos**

O aumento do cortisol parece estar associado a depressão, segundo Greenspan & Gardner (2006). Sabe-se que por um lado, o cortisol reduz o número de linfócitos, monócitos e eosinófilos circulantes. Por outro lado, diminui a migração das células inflamatórias para os locais da lesão, aumentando a suscetibilidade do indivíduo a infeções (Greenspan & Gardner, 2006). Alguns estudos realizados em doentes deprimidos verificaram alterações presentes no sistema imunitário destes indivíduos, aumentando as citocinas pró-inflamatórias e os mecanismos oxidantes (Marques et al., 2007).

### **2.2.2.4. Fatores neurofisiológicos e neuroanatômicos**

Embora os critérios de diagnóstico da depressão não incluam dados polissonográficos, alguns investigadores têm recorrido a este exame com o intuito de conhecer o transtorno em maior profundidade. Eletroencefalogramas (EEG) do sono demonstraram que doentes depressivos têm múltiplos achados anormais, diminuição do sono de ondas lentas (sono delta), períodos mais longos de sono REM (movimento rápido dos olhos) e período de latência REM mais curtos. Estas alterações justificam as frequentes queixas sintomáticas de insónia inicial e terminal, despertares múltiplos e hipersónia destes doentes (Andreasen & Black, 2006; Kaplan et al., 2006).

A maioria dos pacientes com depressão apresentam algum tipo de insónia, sendo que 40% destes pacientes apresenta dificuldades em iniciar o sono, múltiplos despertares e insônia terminal (Hamilton, 1989 e Perlis et al., 1997). Observa-se ainda que, 30 a 35% dos indivíduos com queixas do sono (insónia ou hipersónia) apresentam critérios para distúrbios do humor ou de ansiedade.

### **2.2.2.5. Fatores psicossociais**

Na teoria de Freud, a vulnerabilidade para a depressão seria resultado de problemas na relação mãe-bebê que fixariam o indivíduo na fase oral do desenvolvimento, mais especificamente a fase sádico-oral. É precisamente neste momento do desenvolvimento que ocorre a coexistência de libido e agressividade sobre um mesmo objeto (Reis, 2012). O autor sugere ainda que a depressão possa estar ligada à perda real ou imaginária do objeto, assim, a necessidade inicial de agressão do objeto pode despoletar, mais tarde, uma depressão em resultado da sua perda. A introjeção de objetos que partiram constitui um mecanismo de defesa invocado para lidar com o sofrimento ligado ao objeto. Sentimentos de raiva e agressividade autodirigida surgem em resultado do sofrimento despoletado pela dicotomia amor/ódio pelo objeto perdido (Kaplan et al., 2006).

De acordo com a teoria cognitiva os afetos são secundários à cognição, a qual é responsável pelo modo como vivenciamos os acontecimentos. Neste sentido, a forma como um indivíduo interpreta uma dada situação determina o modo como lhe vai responder. Assim, a depressão é o resultado de distorções cognitivas presentes em pessoas predispostas a desenvolvê-la (Kaplan et al., 2006).

### **2.2.3 Sintomatologia**

A depressão altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. Esta doença afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme; como se sente em relação a si própria e como pensa sobre as coisas. As pessoas com depressão (estima-se que 17% das pessoas adultas sofram de uma doença depressiva em algum período da vida) e sem tratamento podem apresentar sintomas que duram semanas, meses ou anos. O tratamento adequado, entretanto, pode ajudar as pessoas que sofrem desse distúrbio (Theobald & Diettrich, 2007).

A depressão apresenta uma ampla sintomatologia que inclui desde alterações do sono, apetite, ritmo cardíaco e até mudanças comportamentais e alterações motoras, esta última podendo gerar agitações ou retardo motor (Del Porto, 1999). Alguns pacientes relatam também prejuízo na capacidade de pensar,

concentra-se ou tomar decisões. Em função destes prejuízos, segundo Machado et al. (2009), os pacientes depressivos têm diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crónico. Alguns doentes não acreditam nas suas capacidades de tal modo que passam a ter medo de assumir responsabilidades e de ir trabalhar (Pio Abreu, 2007). A depressão afeta a população em geral, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e económica dos seus portadores ((Machado et al., 2009).

Complementam ainda Boiffin (1984) e Calil & Miranda (1995) que, a depressão caracteriza-se também pela alteração essencial do humor, que pode ser deprimido ou irritável, ou pela perda de prazer pelas atividades em geral, além das outras alterações no sono, no apetite e na psicomotricidade, já referidos anteriormente. Além dos sintomas descritos, a fadiga e o peso ajudam a corroborar com o diagnóstico de depressão quando excessivas, relativamente ao esperado pela condição física e seus tratamentos e quando surgem associadas temporalmente a sintomas cognitivo-afetivos (humor depressivo) (Ventura, 2011). Dentre os danos que a depressão acarreta, as principais consequências são a perda de autonomia, o agravamento de patologias já existentes, aumento do risco de suicídio e redução da qualidade de vida (D. B. de Souza et al., 2012).

A alteração do humor, onde o sentimento de tristeza e desesperança ou a irritabilidade e o desprazer tomam o indivíduo aparecem simultaneamente ou não com os sintomas vegetativos que perturbam o apetite (deixando-o praticamente ausente ou anormalmente elevado), e o sono, conduzindo o indivíduo a um estado crónico de cansaço. A energia esbate-se e a lentidão psicomotora domina o dia dificultando a execução de qualquer tipo de AF. Sentimentos de desvalor e culpa são também comuns (Reis, 2012). O sistema imunológico também pode se tornar mais vulnerável, apresentando uma diminuição na capacidade de combater doenças orgânicas (Campos, 2009). Existem ainda diversas doenças que podem estar associadas à depressão, como as cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas e outras síndromes dolorosas crónicas (Teng et al., 2005).

González de Ribera (1980); Mendelewicz (1990) e Neto et al. (1996) citados por Ribeiro (1998), afirmam que a depressão maior tem graves consequências, comprometendo toda a estrutura do indivíduo, dentre os quais pode-se citar:

emocionais (tristeza, apatia, desinteresse, desesperança, desgosto); condutuais (hiperatividade, desvinculação, hiporeatividade, choro fácil, autoagressão); cognitivos (autocrítica culposa, autoavaliação pobre, lentidão do pensamento, interpretação negativa); vegetativos (fadiga, hiposonia, anorexia, inibição do desejo sexual) e motivacionais (indecisão, dependência, impaciência, desmotivação e renúncia fácil).

Machado et al. (2009) no seu estudo afirma que, a maioria dos pacientes com depressão maior, apresentavam aptidão motora geral, motricidade global e organização temporal abaixo da média considerada normal, bem como a capacidade atencional que se encontra abaixo dos valores de referência. Verificou-se que, quanto mais baixo o nível de atenção, pior é a aptidão motora, sugerindo-se assim que, atividades de intervenção no sentido de minimizar os déficits cognitivos, de atenção e psicomotores causados pela doença, devem ser levados em conta na prescrição de uma intervenção.

Vasconcelos-Raposo et al. (2009) referem que, segundo o manual (DSM-IV) já referido, a depressão maior é descrita como um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Segundo o manual, os indivíduos devem, também, apresentar pelo menos um sintoma adicional psicomotor, diminuição de energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas.

Para Girdwood et al. (2011) e Reis (2012), o DSM-IV sugere que pelo menos cinco dos sintomas relacionados a seguir devem ocorrer concomitantemente, e pelo menos um dos dois primeiros deve estar obrigatoriamente presente, para ser diagnosticado depressão maior. Além disso, os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase diariamente, duas vezes por semanas, pelo menos. São eles: humor deprimido na maior parte do dia, quase diariamente; redução significativa de interesse ou prazer em quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase diariamente (percebida pelo próprio indivíduo ou por outrem); perda ou ganho significativo de peso; insónia/hipersónia; agitação/retardo psicomotor; fadigabilidade aumentada (energia reduzida); sentimentos de autodesvalorização (culpa); redução da concentração (indecisão); e ideias de morte ou suicídio (Girdwood et al., 2011). Para Furlanetto & Brasil (2006), o diagnóstico da

depressão é frequentemente difícil porque vários sinais e sintomas relevantes podem ser confundidos com aqueles que decorrem do facto de se ter uma doença física. Para Girdwood et al. (2011), a identificação e diagnóstico das síndromes depressivas envolvem procedimentos essencialmente clínicos.

A distímia ou depressão moderada, para Girdwood et al. (2011), interfere negativamente na vida das pessoas, dificultando a realização de suas atividades do dia a dia. Os seus sintomas podem ser caracterizados por um quadro de mau-humor permanente, e as pessoas acometidas tendem a ter padrões persistentes de comportamento inflexível diante de várias situações pessoais ou sociais. Normalmente, tem início na infância ou na adolescência, com persistência ao longo do tempo. Para o mesmo autor e Reis (2012), é comum que as pessoas com distímia apresentem fadiga e indisposição frequentes, falta de motivação para realizar tarefas, dificuldade de sentir prazer e alegria, baixa autoestima e diminuição da libido; são desmotivados, têm comportamentos agressivos, desinteressam-se pela maioria das suas atividades, evoluem com insónia ou sono excessivo; alimentam-se pouco, são arrogantes, distraídos, grosseiros ou teimosos. Apesar de não ser incapacitante, a distímia pode tornar a vida muito pesada e pouco estimulante. Se não for tratada, tenderá a evoluir para um quadro de depressão maior, este sim, incapacitante, por ter sintomas muito mais severos.

Para Gameiro et al. (2008), alguns estudos demonstraram igualmente que a depressão sub-sindromal ou seja, a situação em que são observados apenas alguns dos sintomas depressivos considerados necessários para o diagnóstico de uma depressão clínica, tem um impacto funcional negativo e significativo. Num estudo realizado por estes autores, verificou-se que os resultados obtidos na pesquisa corroboram com a evidência da literatura científica prévia, que realça o impacto negativo da depressão na qualidade de vida, independente da presença ou ausência do diagnóstico de uma perturbação do humor.

Verificou-se neste estudo que a depressão afeta de forma negativa e significativa todos os domínios e facetas de qualidade de vida contemplados no Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQOL-100], sendo os domínios mais afetados o psicológico, físico e o de relações sociais. Este estudo sublinha a importância de uma identificação e avaliação corretas da sintomatologia depressiva na população geral,

independentemente da presença ou não de diagnóstico de uma perturbação de humor (Gameiro et al., 2008).

Para Parker (2005), as características clínicas e sintomas variam de indivíduo para indivíduos e as reações à depressão podem ser muito diferentes e, às vezes oposta, como por exemplo: insónia ou hipersónia; a perda de peso ou ganho exagerado de peso; os retardos físico-motores ou agitações. Para poder melhor subdividir os grupos e possibilitar diferentes tratamentos, Parker (2005) sugere um novo modelo categórico-dimensional que classifica os três subgrupos diagnósticos focado em: depressão psicótica, depressão melancólica e depressão não-melancólica.

Fatores como sexo, condições sociais, escolaridade, estado civil, obesidade e rendimentos, podem estar relacionados à depressão. Por exemplo, no estudo realizado por Machado et al. (2009), pode-se observar que a depressão parece ser mais frequente entre pessoas divorciadas ou separadas, pessoas que moram sozinhas e viuvez recente também apresentam maior probabilidade de desenvolver essa patologia, já que a solidão é um suposto fator de risco. Verificaram também Santos & Kassouf (2007) que o transtorno depressivo maior é mais comum em indivíduos com menor renda e nível de escolaridade, embora outros estudos tenham apontado não haver relação dos índices encontrados com etnias, educação, rendimentos ou estado civil.

A mulher, na opinião de L. H. S. G. de Andrade et al. (2006) é mais vulnerável a sintomas ansiosos e depressivos, que são associados ao período reprodutivo. Um aspeto epidemiológico importante é a maior prevalência de depressão em mulheres do que em homens. As taxas de prevalência em mulheres e homens variam em uma razão de 1,5 a 3,0 com média de 2 mulheres para cada homem.

A educação está geralmente correlacionada, segundo Santos & Kassouf (2007), com menores taxas de depressão, sendo que níveis educacionais mais elevados podem reduzir o risco de desenvolvimento de depressão. Machado et al. (2009) não conseguiram verificar esta informação no seu estudo por se tratar de uma amostra com número reduzido. Minghelli et al. (2013) corrobora entretanto com Santos & Kassouf (2007) e afirma que a variável “escolaridade” mostrou ter influência na existência de ansiedade e/ou depressão, chegando a ser 11 vezes maior nos indivíduos sem habilitações literárias.

A depressão, assim como a obesidade, pode trazer esquivas sociais e prejuízo da qualidade de vida aos doentes. No caso dos obesos mórbidos e da depressão maior, a percepção da má qualidade de vida pode ser mais evidente, já que o isolamento social é maior, provocado pela sensação de inadequação perante padrões sociais vigentes (Ades & Kerbauy, 2002). Para Goodman & Whitaker (2002), a depressão na adolescência pode trazer maior risco ao desenvolvimento e manutenção da obesidade, além de acarretar sequelas psicossociais e complicações médicas a longo prazo que podem propiciar uma diminuição de oportunidades sociais que levam o indivíduo ao isolamento social potencializando os sintomas depressivos.

A pessoa com depressão geralmente perde o interesse por atividades até então preferidas, sua vida interna e externa fica sem sentido e sem valor. O deprimido deixa de gostar de si e de tudo que se refere a si mesmo. As coisas boas ficam distantes de si, e as coisas ruins, impregnadas em si mesmo. O deprimido se isola em seu mundo interior, repleto de angústias, culpas e sofrimentos (Kuritzin & Gonçalves, 2003).

Tal como diz Allen (cit. por Reis, 2012, pp. 6-7):

*“As pessoas deprimidas podem não reconhecer que estão deprimidas; se reconhecem, podem não procurar tratamento; se procuram tratamento podem não ser diagnosticadas, e se são diagnosticadas podem não ser adequadamente tratadas; se são adequadamente tratadas, podem não responder completamente ao tratamento; e se respondem completamente ao tratamento, podem ter uma recaída ou uma recorrência.”*

A depressão tem um forte impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde e na qualidade de vida geral, superior aliás ao observado noutras condições físicas crónicas, tais como a hipertensão, a diabetes, a artrite e os problemas gastrointestinais (Gameiro et al., 2008), neste sentido, a sua identificação e tratamento tardios podem levar a quadros mais severos e a consequências que podem chegar à morte.

#### **2.2.4 Tratamentos e terapêutica recomendada**

Face aos grandes desafios no diagnóstico e as graves consequências que a depressão, nos seus mais variados níveis, pode acarretar à vida das pessoas, muitos são os tratamentos que podem ser sugeridos aos pacientes com depressão. Dentre eles podem ser citados os antidepressivos tricíclicos, medicamentos psicofarmacológicos e hormonais, fototerapia, terapia eletroconvulsivante (Minghelli et al., 2013), ou ainda a psicoterapia, massagem, acupuntura e relaxamento (Moretti & Caro, 2006). A AF, tema principal deste estudo como terapêutica para a depressão, foi sugerida por Minghelli et al. (2013) como uma eficaz ajuda no tratamento da ansiedade e depressão.

A farmacologia possui um arsenal terapêutico (antidepressivos) que é suficiente para tratar a maioria dos transtornos depressivos, tendo infelizmente, grande parte destes antidepressivos, efeitos colaterais indesejáveis, podendo limitar ou diminuir o seu uso e a adesão ao tratamento (L. D. da Silveira & Duarte, 2004). Considerando a alta prevalência deste transtorno, os custos e os efeitos colaterais dos antidepressivos, a procura por uma intervenção psicossociais e não farmacológicas para o tratamento da depressão, tornam-se importantes.

Dentre os efeitos colaterais da medicação, o mais referido é a incidência de ganho de peso relacionado ao uso constante de antidepressivos, particularmente, durante a manutenção do tratamento. Além do aumento de peso, os efeitos colaterais comumente descritos incluem borramento visual, tontura, hipotensão, sonolência, constipação e boca seca (Peixoto et al., 2008). Este autor refere ainda que, as mudanças no peso, além de serem influenciadas pelos antidepressivos, podem estar ligados a fatores específicos da doença, como alterações no apetite, no sono, nos estados de humor e na AF.

Para Kuritza & Gonçalves (2003), os antidepressivos utilizados no tratamento da depressão levam de 15 a 45 dias para a obtenção de algum resultado, possuindo vários efeitos secundários, além de sua utilização levar não menos que seis meses para que se alcance um efeito eficaz, e que, segundo a gravidade de alguns casos, se estenderá por longos períodos da vida. Para Mota-Pereira et al. (2011), cerca de 30% dos pacientes não respondem aos fármacos habituais, as taxas de remissão são baixas e os efeitos terapêuticos só são

observados cerca de uma a quatro semanas após a introdução do medicamento e, por esta razão, tal como (Kuritzza & Gonçalves, 2003), sugerem estratégias não-farmacológicas ou mesmo alternativas aos medicamentos antidepressivos.

Dois estudos citados por Deslandes et al. (2010) e Mota-Pereira et al. (2011), mostraram que a AF em pacientes com depressão submetidos ao tratamento com farmacoterapia, permitiu reduzir a dose administrada de medicamentos e contribuiu para uma redução dos sintomas mais precocemente, respetivamente. Num estudo citado por Babyak et al. (2000), os pacientes cuja terapia incluía AF, mostraram uma menor propensão para a recaída do que os que haviam sido tratados apenas com farmacoterapia.

Outra alternativa no tratamento da depressão é a terapia eletroconvulsiva que, segundo Moretti & Caro (2006) é usada quando não há resposta à farmacoterapia ou não há tolerância do paciente a este tratamento. Geralmente é utilizada em casos clínicos severos e que exigem melhora rápida, incluindo casos com aspectos psicóticos. É também considerada útil em pacientes que necessitam de combater sintomas e tendências suicidas.

Para pacientes com transtornos de humor sazonal, muito comum em países nórdicos, o uso da fototerapia como tratamento único ou em associação à farmacoterapia, também pode ser recomendado no tratamento da depressão. Este consiste na exposição à iluminação de 2.500 Lux, durante 1 a 2 horas ao despertar (Moretti & Caro, 2006).

Além da terapia eletroconvulsiva e da fototerapia, não tão comuns, os tratamentos psicossociais que incluem tratamento psiquiátrico, terapia cognitiva, psicoterapia, terapia conjugal e familiar, entre outros, podem ser adotados para o tratamento da depressão. Para Moretti & Caro (2006), estas formas de tratamento podem ser usadas para redução ou eliminação dos sintomas da depressão, bem como, para prevenção de recaídas.

A acupuntura, a massagem e o relaxamento também podem ser considerados como terapêutica primária ou complementar para o tratamento da depressão. A acupuntura sugere que a inserção de agulhas pelo corpo, tem a finalidade de ajudar na restauração da energia vital que estaria desbalanceada pela depressão. A massagem é considerada um dos meios mais naturais e instintivos de aliviar a dor e o desconforto, sendo o toque capaz de produzir respostas que interligam os sistemas nervoso, endócrino, conectivo e circulatório, podendo ser

usada como suporte à terapia medicamentosa, de modo a reduzir as dosagens e a duração do uso de fármacos. Por sua vez, o relaxamento, engloba técnicas que buscam um estado de equilíbrio da ansiedade e da tensão muscular, sendo uma alternativa para lidar com situações de stresse e alterações mentais. As sessões de relaxamento podem incluir meditação, hipnose, biofeedback, técnicas de respiração e concentração, entre outras (Moretti & Caro, 2006).

Por último, outra opção no tratamento para a depressão é a AF que, devido ao baixo custo e sua característica preventiva de patologias (Sharkey, 1998), pode ser considerada uma aliada no tratamento da depressão. Além disso, segundo Vital et al., (2010), a AF é acessível e ajuda a prevenir o declínio funcional da pessoa com depressão, devendo por isso ser considerada como uma alternativa não farmacológica de tratamento da depressão mas, sobretudo quando associado ao tratamento psicofarmacológico, auxiliando na recuperação da autoestima e autoconfiança é quando apresenta as contribuições mais importantes.

A AF pode ser usada de duas formas: como medida preventiva, atuando como proteção contra o desenvolvimento de sintomas depressivos, ou como medida corretiva, auxiliando pessoas com depressão através de mecanismos psicológicos (distração dos estímulos stressores, maior controle sobre o corpo e a sua vida, maior interação social e convívio com outras pessoas) e/ou biológicos (ligados ao efeito das endorfinas) (Ribeiro, 1998). A observação dos efeitos da AF sobre este eixo sugeriu que a sua prática regular poderia reverter ou diminuir a disfunção observada na depressão (aan het Rot et al., 2009).

Para Mesquita (2013), é importante levar em conta os seguintes aspetos: na depressão maior, o exercício deve ser usado como complemento da terapêutica médica habitual para a depressão; em indivíduos com sintomas ligeiros de depressão, a AF pode ser proposta inicialmente como tratamento único, sendo importante um reforço da monitorização do doente; a prescrição, sempre que possível deve ser escrita; o treino aeróbio deve ser recomendado (pela sua maior evidência científica); o programa inicial deve ser bem estruturado; inicialmente, a supervisão pode ser útil porque garante a adesão e favorece alguma interação social que também pode produzir benefício; doses mínimas equivalentes às recomendadas pela ACSM (2000), devem ser preferíveis que doses menores; independente da duração do programa inicial, é importante motivar os indivíduos a realizar AF de forma regular, se possível diariamente, integrando-a como hábito de

vida. A prática de AF regular reduz sentimentos de ansiedade e depressão, de acordo com estudos realizados por Weinberg & Gould (2001) nos Estados Unidos e Inglaterra.

Assim, para Mattos et al. (2004), a AF, mostra-se como um grande aliado nos tratamentos antidepressivos que envolvam outras terapêuticas e, apesar da dificuldade em se avaliar o efeito da AF no tratamento da depressão de maneira isolada, pode ser um grande agente profilático e capaz de influenciar positivamente os sintomas fisiológicos, psicológicos e sociológicos da depressão. Este autor refere ainda que, alguns psiquiatras percebem também que, os sintomas, frequência e duração da depressão são menores em pacientes que praticam AF regularmente em comparação aos que não praticam.

### **2.3 Atividade Física no tratamento de depressão**

Ao observar que indivíduos sedentários estavam associados a uma maior prevalência de sintomas depressivos em comparação com indivíduos fisicamente ativos, foi naturalmente levantada a hipótese de que a realização da AF pode ser uma arma para o melhor controlo desta psicopatologia (Reis, 2012). O autor ainda refere que, muitas das doenças associadas à inatividade física coexistem em doentes deprimidos.

Neste sentido, os maiores benefícios da AF encontrados inclusive para as pessoas com depressão são: diminuição da insónia e da tensão, bem-estar emocional, imagem corporal positiva, aumento da positividade e autocontrolo psicológico, melhora do humor, interação social positiva, entre outros (Craft & Perna, 2004). C. V. Souza (2013) reforça que, também para o tratamento da depressão, é recomendada a prática da AF e que o desafio das pessoas deprimidas é sair para praticá-los, pois elas se sentem desanimadas e sem energia, o que faz parte da depressão, e dizem que quando melhorar, irão caminhar. Esta referência vem corroborar com Reis (2012), que sugere uma baixa de energia e lentidão psicomotora como características da depressão, dificultando assim qualquer tipo de atividade.

Embora a adesão inicial e conformidade com programas de exercícios continuem um grande desafio, o uso de abordagens cognitivas e motivacionais e

estratégias mais flexíveis e abrangentes de exercício pode ser útil para aumentar e manter um exercício de pacientes com depressão (Schuch & Fleck, 2013).

Nos indivíduos com depressão, a AF apresenta vantagem sobre o tratamento medicamentoso, por não apresentar efeitos colaterais indesejáveis e também por ser uma prática ativa, com maior comprometimento por parte do paciente. Sua prática pode resultar na melhoria da autoestima e autoconfiança, ao contrário da atitude relativamente passiva de tomar uma pílula (Girdwood et al., 2011). Pode não ser melhor do que as outras formas de tratamento já existentes e comprovadas como eficientes mas, para que o tratamento tenha mais efeito, a AF pode ser utilizada como forma alternativa ou adjunta ao tratamento farmacológico ou psicoterápico na depressão de leve a moderada (Ribeiro, 1998).

A obtenção de qualquer benefício terapêutico é dependente da adesão ao tratamento e como foi referido acima, o grande desafio da inclusão da AF como terapêutica principal ou complementar para Martinsen (1990) é porque os sujeitos depressivos encaram, na sua grande maioria, a AF como um esforço, tendendo a encontrar dificuldades em agregá-la às suas atividades quotidianas. A falta de motivação pode também estar condicionada pelos efeitos secundários dos antidepressivos no sistema cardiovascular.

Considerando a falta de energia e a tendência à inatividade, facilmente questiona-se até que ponto estes doentes aderem a uma terapêutica que implica contrariar uma tendência intensificada pela própria patologia. Contudo, as taxas de adesão a programas de AF obtidas por Dunn et al. (2005), não são inferiores às dos tratamentos convencionais variando de 60 a 80% (Blumenthal et al., 2007).

Os dados encontrados por L. D. da Silveira & Duarte (2004) num estudo com 320 pessoas, no que se refere ao tempo que as pessoas sem depressão, permaneceram realizando AF, 84,4% relataram ter realizado por um período de um a três meses. Estes resultados se assemelham aos estudos de adesão à AF de pessoas com transtorno depressivo, onde a maioria das pessoas avaliadas (83%) aderiu a programas de atividades físicas por apenas dois meses. Com relação às razões do abandono da AF pelas pessoas estudadas, identificou-se: falta de motivação (60,7%); cansaço (20,6%); outro problema de saúde (9,3%) e falta de tempo (6,4%). Assim, verificou-se que o tempo de permanência das pessoas na prática da AF mostrou resultados similares para grupos com e sem depressão.

É importante que os indivíduos com depressão tenham consciência do quão necessária, útil e benéfica são a realização de AFs regulares. Em primeiro momento, pode ser difícil convencê-las a adotarem um estilo de vida mais ativo. Essas pessoas talvez precisam ser persuadidas de que a depressão não impossibilita a prática regular de AFs e o investimento na realização dessas atividades terá como consequência uma melhora nos sintomas da doença (Guz, 2001).

Neste sentido, e para contrariar a não adesão de muitos indivíduos com depressão, são necessárias doses extras de suporte e encorajamento quando estes começam a se exercitar. É importante nesta fase inicial, que a intensidade do exercício não seja maior do que aquela que o doente seja capaz de realizar. Reis (2012) ressalta o papel do prescritor que deverá encorajar o paciente, fornecer toda a informação necessária, prestar apoio, motivar o paciente e discutir abertamente as potenciais barreiras, sempre que o exercício possa ser recomendado.

Para Schuch & Fleck (2013) a pergunta a ser respondida é: Constituirá o exercício físico um tratamento eficaz para a depressão? Os autores acreditam que, a AF pode não ser mais eficaz do que os tratamentos convencionais, no entanto, não é menos eficaz. Se a prática da AF constitui um desafio inicial para o indivíduo com depressão, por outro lado, a inatividade física constitui um fator de risco para o desenvolvimento de um quadro depressivo e, do mesmo modo, a promoção de uma vida ativa constitui um método preventivo no aparecimento de sintomas depressivos para além de contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do indivíduo (Galper et al, 2006).

O exercício físico pode desencadear a sensação de vigor que conduz ao bem-estar psicológico. Estes sentimentos, parecem que se refletem igualmente no aumento dos estados positivos de humor e numa diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e stress. Os resultados obtidos na pesquisa de Cid et al. (2007) e Cavallini et al. (2011), corroboram com o estudo de Morgan que descreve as alterações dos estados de humor induzidas pela AF. Estas alterações acontecem por um aumento do estado positivo de humor (vigor) e uma diminuição dos estados negativos (tensão, depressão, hostilidade, fadiga, confusão). Birrer (2000) completa ainda que esta melhora no humor traz melhoras no bem-estar, autoestima, autoeficácia, gera pensamentos positivos que servem para contrariar o humor negativo como a depressão. Pereira et al. (2006) afirma que o

comprometimento ativo da pessoa com depressão, na realização da AF, melhora a confiança em si mesmo, traz melhorias nas adaptações metabólicas e capacidades funcionais. O exercício físico regular reduz o risco da diminuição funcional e da mortalidade e um programa de exercícios moderados melhora a saúde física e psicológica.

Eyre & Baune (2012) através de um estudo de revisão, observaram efeitos anti-inflamatórios e antioxidantes do exercício, os quais são antagónicos aos mecanismos oxidantes e à produção aumentada de citocinas pro-inflamatórias presentes na depressão.

Alguns estudos foram realizados de forma a verificar a eficácia de um programa de AF como terapêutica na depressão e serão elencados a seguir. Segundo Cid et al. (2007), as variáveis mais estudadas no âmbito da psicologia da AF e do exercício são: motivação, ansiedade, depressão, estados de humor, stress, autoestima, personalidade, funcionamento cognitivo, atitudes e emoções. Ainda assim, existem investigações e revisões de literatura que identificaram outros benefícios, inclusive sugerindo a AF como terapêutica principal para o tratamento da depressão; e outros que discordam dos benefícios da AF nestas pessoas.

No estudo intervencional, realizado por Blumenthal et al. (2009), os efeitos de um programa de AF durante quatro meses, em doentes com depressão maior, foram equivalentes aos da medicação. Para Jensen et al. (2012), pessoas fisicamente ativas têm menores taxas de depressão em cerca de 30-45% em investigações transversais e 15-25% em estudos prospectivos, do que pessoas sedentárias.

Dunn et al. (2005), referem que indivíduos submetidos à dose mínima recomendada de AF, demonstraram reduções sintomáticas mais significativas que os incluídos em outros grupos não praticantes de AF. Tiveram ainda taxas de resposta e remissão mais elevadas quando comparáveis às de outros tratamentos antidepressivos (farmacoterapia e terapia comportamental cognitiva), concluindo que a diminuição do estado depressivo diminui o estado anérgico do indivíduo tornando-o mais ativo, do mesmo modo que em indivíduos que se exercitem diminui a recorrência de sintomas depressivos. Corroboram com os resultados Minghelli et al. (2013), que observaram, uma relação inversa entre níveis de depressão e ansiedade e a prática de AF. Estes, compararam os resultados obtidos com a literatura e verificaram que, de facto, a redução dos sintomas de

ansiedade e depressão por meio da prática da AF pode ser explicada pelo aumento da libertação de hormónios como catecolaminas, ACTH, vasopressina, B-endorfina, dopamina, serotonina e pela ativação de recetores específicos e diminuição da viscosidade sanguínea, propiciando um efeito analgésico, tranquilizante e relaxante no pós-esforço. Outro estudo publicado por Vasconcelos-Raposo et al. (2009), também corrobora com as informações descritas acima. Neste estudo, com 110 indivíduos e o propósito de analisar o bem-estar psicológico, a autoestima e a depressão em indivíduos praticantes de AF regular, verificou-se que, metade dos indivíduos analisados acreditavam que a AF podia contribuir para um melhor bem-estar psicológico. Assim, os indivíduos optam pelo exercício físico como estratégia para regular os seus estados depressivos e de forma a aumentarem os seus níveis de energia.

Nabkasorn et al. (2006), também verificaram que, após 16 semanas de estudo, houve uma melhoria sintomática e uma redução na excreção diária de cortisol e epinefrina nas jovens intervencionadas com exercício e que a reversão deste efeito ocorreu após o término da AF. Para aan het Rot et al. (2009) contrariamente aos efeitos crónicos observados em programas de exercício, os efeitos agudos parecem incrementar os níveis das hormonas de *stress*: corticotropina e cortisol. Por isso mesmo que, para Dias (2007), a intensidade do programa de exercício físico deve ser moderada, de forma a que esta tenha influência positiva no estado de humor dos praticantes.

Reis (2012), no seu trabalho de revisão, demonstrou que o exercício ajuda na manutenção da atividade cortical e neste sentido age positivamente na depressão contrariando o declínio da função cerebral.

Esse declínio na função cerebral é observado em pacientes deprimidos, que segundo Purcell et al. (1997), além do comprometimento da capacidade de sustentar a atividade cognitiva e motora, de alternar o foco de atenção, da lentidão motora e cognitiva, existem prejuízos significativos de velocidade quando comparado com grupos controle não depressivos. Caligiuri & Ellwanger (2000) identificaram que 40% dos pacientes estudados, demonstraram função psicomotora anormal e 60% dos pacientes apresentaram alguma lentidão motora. Cerca de 40% dos pacientes apresentaram déficits de programação motora semelhantes aos parkinsonianos.

Num estudo realizado por Cheik et al. (2003), verificou-se que no grupo de desportistas foram obtidos os resultados mais satisfatórios, no qual foi possível observar que, indivíduos praticantes de exercícios físicos regulares (com frequência, duração, intensidade e volume previamente estabelecidos e tendo como embasamentos os parâmetros fisiológicos de cada indivíduo tais como: VO<sub>2</sub> pico e FC alvo), diminuíram ainda mais os escores indicativos para a ansiedade e passaram da classificação de levemente deprimidos a não-deprimidos. Tal facto poderia ser atribuído às melhoras fisiológicas e metabólicas decorrentes do exercício físico, como, por exemplo, maior liberação de alguns neurotransmissores como a noradrenalina e a serotonina, uma vez que já está estabelecido na literatura a correlação entre alterações desses neurotransmissores e as patologias avaliadas.

Vasconcelos-Raposo et al. (2009) verificaram também que os indivíduos que praticam os níveis de exercício físico recomendado apresentam níveis médios de depressão inferiores aos que não praticam e que à medida que se aumenta a prática de exercício físico, os sintomas depressivos tendem a diminuir, não se verificando nenhuma associação entre a depressão e o Índice de Massa Corporal [IMC] geral. Verificaram que a prática desportiva poderá ter um carácter positivo na prevenção ou redução da depressão nos adultos. Sugerem também que mais estudos sejam realizados de forma a comparar as diferenças entre as atividades aeróbias e anaeróbias, e a relação com os estados de humor.

Apesar da sugestão de Vasconcelos-Raposo et al. (2009), foram encontradas algumas pesquisas que referem os efeitos da atividade aeróbia e os seus efeitos positivos. Os resultados encontrados por Ribeiro (1998) relacionam que os efeitos positivos da atividade aeróbia para a depressão são: aparente aumento do fluxo sanguíneo e oxigenação do sistema nervoso central; elevação da transmissão sináptica aminérgica e aumento nos níveis de endorfina no plasma. O mesmo autor refere que este tipo de atividade contribui na administração e promoção do stresse, melhora do sono, combate as frustrações e promoção da autoestima, melhora do humor e fuga temporária dos problemas da vida diária. O exercício aeróbio está associado com um efeito antidepressivo em pacientes que apresentam depressão de forma leve a moderada. Outro estudo publicado por Kiive et al. (2004) relata que, são encontrados níveis sanguíneos elevados de prolactina durante a realização de exercício aeróbio, refletindo-se num aumento

central da serotonina. Esta por sua vez pode agir de forma a atenuar a formação de memórias relacionadas ao medo e diminuir as respostas a eventos ameaçadores por meio de projeções serotoninérgicas.

O resultado desta pesquisa vai ao encontro das conclusões de De Moor et al., (2006) aonde foram verificados que, em média, os praticantes de exercício físico regular encontravam-se menos ansiosos, menos deprimidos, mais extrovertidos e desinibidos, procurando mais a emoção e a aventura. Também pode ser verificado que os valores médios de depressão diminuem à medida que se passa para uma categoria do exercício físico no qual o indivíduo é mais ativo, tendo os autores concluído que o exercício físico contribui, na redução ou prevenção da depressão ou sintomas depressivos.

Outra grande vantagem do tratamento com AF é em função da rapidez dos resultados. Nos estudos citados por Byrne & Byrne (1993) e Craft & Perna (2004), após 3 semanas de algumas sessões regulares de AF são suficientes para se perceber a melhora no estado de humor em pacientes com depressão subclínica.

Estudos preliminares apresentados por Schuch & Fleck (2013) demonstraram resultados de que o exercício físico é um efetivo tratamento complementar também em pacientes com depressão severa. Não corroboram com estes estudos, os realizados por Bailey & McLaren (2005), aonde os resultados não apresentaram qualquer correlação positiva e significativa entre a melhoria da ansiedade e depressão e a prática da AF.

Noutras vertentes, estudos como os de Martinsen (1990) e Strohle (2009) citados por Minghelli et al. (2013), têm demonstrado que a adesão a um programa regular de exercícios pode melhorar significativamente o desempenho cognitivo do idoso, aumentando a autoestima, humor, sensação de bem-estar, redução da resposta fisiológica ao stresse e efeitos positivos na imagem corporal, reduzindo assim os níveis de ansiedade e depressão. Assim o idoso depressivo tem os mesmos benefícios elencados para outras pessoas com depressão, quando inseridos num programa de AF.

H. Silveira et al. (2010), verificou que indivíduos idosos com depressão apresentam um padrão de eletroencefalogramas [EEG] diferentes do padrão de indivíduos saudáveis. Contudo, após tratamento adjuvante com exercício físico por seis meses verifica-se uma conversão do “padrão-deprimido” para um padrão mais próximo do encontrado em indivíduos saudáveis.

Embora haja contradição entre alguns autores, pode-se afirmar que, para a grande maioria há uma associação positiva entre a prática da AF e a depressão. Ainda assim não se deve desconsiderar que grande parte das atividades desportivas ocorrem num ambiente social (interação do indivíduo com depressão com o treinador ou com o grupo) o que também pode contribuir para uma melhoria sintomática (Blumenthal et al., 2007). Schuch & Fleck (2013), também acreditam que tem muitos fatores que compõem a sessão de exercício, mas não é o exercício por si só. Exemplificam que quando um paciente faz exercícios em um ambiente de grupo, ou até mesmo uma empresa de profissionais de saúde (*health clubs*), o apoio social resultante e atenção podem ter um papel importante, especialmente na depressão leve. Entretanto, Blumenthal et al. (2007) apresenta um estudo que demonstra o efeito antidepressivo do exercício, também quando este é realizado na ausência de contato social (sozinho no domicílio), reforçando assim a ideia de que o exercício por si só produz benefício terapêutico. Para além disso, em estudos intervencionais, o exercício revelou-se superior à intervenção social na redução sintomática.

A maioria dos autores referidos acima concorda que a AF auxilia “de moderada a totalmente” no tratamento da depressão. Dentre as variáveis que podem ser melhoradas, cita-se: a melhoria da estabilidade emocional, a imagem corporal positiva, o aumento da positividade e autocontrole psicológico, a melhora do humor, a interação social positiva, a diminuição da insónia e da tensão.

A elevação da temperatura corporal com a AF também pode ser considerada como tendo efeitos antidepressivos pois, o aumento de temperatura como consequência do exercício, facilita o disparo do início do sono, graças a ativação dos mecanismos de dissipação do calor e indução do sono, processos controlados pelo hipotálamo (Moretti & Caro, 2006)

L. D. da Silveira & Duarte (2004) concluíram através do seu estudo que, apesar dos estudos estarem apontando para o importante papel da prática de atividades físicas regulares na terapêutica dos transtornos depressivos, ainda é alto o nível de inatividade deste grupo populacional. Os mesmos autores sugerem ainda que, esforços devem ser realizados para desenvolver programas que visem a implementação da AF no tratamento desta doença. Concluíram ainda que, em média, as mulheres apresentam valores superiores de depressão quando

comparados com homens, o que vem corroborar os resultados obtidos no estudo de Campos e Gonçalves (2004) citado por Vasconcelos-Raposo et al. (2009).

Neste sentido, cria-se uma grande oportunidade de intervenção para o Profissional de Educação Física e, embora com atuação recente, Roeder (1999) acredita que a maior dificuldade do Profissional de Educação Física, está em ser reconhecido como um profissional atuante da área da saúde e o próprio preconceito existente acerca do trabalho com pessoas com distúrbios psiquiátricos, são fatores que contribuam tanto para a falta de experiência como para o baixo número de profissionais de educação física atuantes na área de saúde mental.

Apesar de não existirem *guidelines* nacionais que recomendem um programa especificamente desenhado para doentes com o diagnóstico de depressão, deve-se ter em mente que esta modalidade terapêutica está acessível, tem poucos efeitos adversos, tem um custo reduzido e pode ser mantida por um longo período de tempo, permitindo obter benefícios não só psicológicos, condições estas que frequentemente estão presentes no indivíduo com depressão. Foi também demonstrado que, indivíduos intervencionados com exercício aumentam os seus níveis basais de AF mesmo depois do término do programa. Assim, o benefício terapêutico inicial de que prescreve AF acaba por desenvolver posteriormente uma ação preventiva, diminuindo o risco de depressão associado ao sedentarismo (Reis, 2012).

### **2.3.1 Recomendações de exercício físico na depressão**

Os facto de não existirem *guidelines* portuguesas sobre a recomendação da AF como terapêutica na depressão, traz muitas e diferentes sugestões de qual seria a intensidade, duração e tipo de atividade mais recomendada.

Alguns estudos indicam que um programa individualizado de AF reduz tão bem os sintomas de depressão, quanto a prática de AFs em grupo (L. D. da Silveira & Duarte, 2004). Para estes mesmos autores, em termos populacionais, muito pouco foi pesquisado no que se refere à adesão das pessoas com depressão a programas de AF.

Durante a elaboração de um programa de exercício, segundo refere Dosil (2004), é fundamental ter em conta uma série de indicações. As mesmas devem

ser dirigidas à conduta dos sujeitos face à AF: no incentivo (educação para o exercício através da criação de um clima motivacional positivo e atividades atrativas – avaliação das expectativas e custos-benefícios), na facilitação (criação de infraestruturas pessoais e de uma rede de suporte social para o exercício através da organização e gestão do tempo e das atividades), no controlo (afirmação de um contrato comportamental através de uma programação das atividades e de estabelecimento de metas) e no reforço (regulação e/ou autorregulação da atividade através do ajustamento dos programas, reformulação dos objetivos e técnicas cognitivas, que permitam aumentar e/ou reforçar a sensação de bem-estar geral).

Numa pesquisa de revisão de literatura realizada por Reis (2012), a mesma concluiu que as diferentes combinações de frequência, intensidade e duração dificultam a diferenciação dos efeitos de cada uma delas e, neste sentido, não é possível concluir qual é a mais eficaz. Sugere que em outras pesquisas, os indivíduos devem ser categorizados em função dos sintomas que apresentam, de modo a verificar se há uma predileção da resposta em função do quadro clínico. Como alguns dos sintomas depressivos são somáticos (fadiga, alterações do sono, perda de apetite, entre outras), a melhoria dos sintomas pode ser reflexo dos benefícios do exercício a este nível, sem que haja um impacto proporcional na melhoria do humor.

Segundo C. V. Souza (2013), alguns estudos mostraram ser o exercício físico superior ao placebo e igual ao tratamento com antidepressivos do tipo Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina [ISRS] – (fluoxetina, paroxetina, sertralina, etc.). Uma vez que não há *guidelines* portuguesas, abaixo há uma revisão de literatura sobre intensidade, duração e frequência sobre programas para esta população.

### **2.3.1.1 Intensidade**

Um programa de exercício físico mais flexível baseado em gasto calórico ao invés da intensidade é a sugestão de Trivedi et al. (2006b), (ex.: 70% da frequência cardíaca máxima). Noutro estudo, Callaghan et al. mostram que, num grupo de mulheres seguindo uma prescrição pré-definida, teve 50% de adesão das

participantes, enquanto que, no mesmo estudo o grupo que tinha alguma flexibilidade nos exercícios, e intensidades ajustadas, teve 66% de participação nas sessões. Estes estudos concluíram que, estratégias mais flexíveis nos exercícios e na prescrição dos mesmos podem ser uma alternativa interessante para aumentar a adesão de pessoas com depressão no exercício físico quando comparado com os métodos tradicionais (Schuch & Fleck, 2013).

Os pesquisadores descobriram que aqueles que participaram nos exercícios de alto gasto calórico/energético (independentemente da frequência) reduziram significativamente os sintomas depressivos em comparação com as condições de gasto energético baixo ou de controle, não havendo diferenças entre os dois últimos grupos (Jensen et al., 2012).

Os dados também sugerem a possibilidade de que a AF mais vigorosa pode estar associada a uma redução dos sintomas depressivos em indivíduos meia-idade com esclerose múltipla. No lado positivo, a maioria (57%) dos indivíduos mais velhos com caso de esclerose múltipla que continuam a envolver-se em pelo menos alguma AF moderada. Na medida em que esta atividade está ligada a resultados importantes de saúde, como depressão (e os achados deste estudo sugerem que é), melhora da função física e prevenção de problemas de saúde secundários, um aumento na AF moderada pode ser um tratamento importante alvo para pacientes idosos com esclerose múltipla (Jensen et al., 2012).

Num estudo realizado por Jensen et al. (2012) entre 2004 e 2005, verificou-se que em todos os grupos de idade, AF moderada, mas não vigorosa era o mais importante. A associação entre nível de AF e depressão é consistente com estudos anteriores que encontraram associações significativas entre a AF e depressão em indivíduos com esclerose múltipla. Não se pode concluir a partir destes dados, por exemplo, que os níveis moderados de AF causam menores níveis de depressão, ou de que os níveis mais baixos de depressão causaram um aumento na AF moderada (Jensen et al., 2012).

Para outros autores como Hall et al., (2002) e Araújo et al., (2007), o exercício físico de alta intensidade não é recomendado para pessoas com depressão pois estão associados à estados afetivos negativos como a dor e o cansaço, bem como à produção em excesso de ácido lático que poderá possibilitar a ocorrência de ataques de pânico em indivíduos com ansiedade e/ou depressão.

Um programa gradual de exercício, com intensidade baixa a moderada, é sugerido por Mesquita (2013) para a obtenção de efeitos antidepressivos dos exercícios e promover a adesão e manutenção dos indivíduos aos programas de AF. Este autor acredita que a variabilidade individual no condicionamento e na adaptação ao exercício, sempre deve ditar progressão da atividade uma vez que, os indivíduos depressivos podem possuir baixos níveis de aptidão cardiorrespiratória e podem apresentar dificuldades no início das AFs em decorrência do quadro depressivo.

Além destas recomendações, o autor sugere também que, devem ser adotados como rotina de trabalho, exercícios prévios de aquecimento e exercícios posteriores de *cool down* (50-60% FCMáx) nas sessões de AF. Ainda é necessário distinguir esta prescrição para a melhora da qualidade de vida e remissão dos sintomas de pessoas, leves ou moderadamente deprimidas, daqueles pacientes psiquiátricos cronicamente comprometidos.

Teychenne et al. (2008) dizem que os estudos que não demonstraram relação entre a AF e a depressão, incluíam programas de intensidade leve-moderada, sugerindo que intensidades superiores poderão ser mais efetivas. Todavia, como outros estudos intervencionais demonstraram efeitos benéficos com programas de leve intensidade, não podemos afirmar que intensidades altas são mais eficazes, sendo necessário mais estudos neste âmbito. Já para os autores Singh et al. (2005) e Dunn et al. (2005), os exercícios mais intensos são mais efetivos no tratamento da depressão.

Quanto à intensidade, Singh et al. (2005), tiveram em seu estudo, um grupo que realizou exercícios de musculação com 80% da carga máxima, e outro com 20% da carga máxima. No primeiro grupo, 61% dos indivíduos avaliados reduziram em 50% os *scores* de depressão, e no segundo apenas 29% reduziram a mesma percentagem de *scores*. Ou seja, percebeu-se neste estudo que, exercícios com maiores intensidades tinham maior efeito sobre a diminuição da depressão. Berger et al., 2002; Buckworth e Dishman, 2002; Cruz et al., 1996; Dosil, 2004; Samulski, 2002; Weinberg, 1995 citados por Cid et al. (2007) corroboram com o autor acima e adicionam que, intensidade entre os 60 a 90% da FCMáx, são os mais recomendados para benefícios psicológicos.

Outro estudo que concorda com esta questão sobre a intensidade é o de Dunn et al. (2005), em que foram organizados grupos que se exercitavam 5 vezes

por semana e outro 3 vezes por semana. O grupo com 15,5 Kcal/Kg/semana teve redução de 47% dos escores de depressão, e o grupo com 7,0 Kcal/Kg/semana reduziu apenas 30% dos escores de depressão. Não houve diferença entre os grupos com frequência diferente. Isto fez com que os autores concluíssem que é mais importante a quantidade de energia gasta na semana do que a frequência. Na revisão de literatura elaborada por Andrade (2011), a autora concluiu que: exercícios mais intensos estão ligados à maior melhora dos pacientes com depressão; e ampla diversidade de exercícios podem ser utilizados com estes indivíduos.

Dois estudos controlados mostraram que os exercícios aeróbicos de alto consumo energético (com perda de 17,5 Kcal/Kg/semana) ou treinamento de resistência, produziram maiores reduções de sintomas depressivos do que os de baixo consumo energético (com perda de 7 Kcal/Kg/semana) (C. V. Souza, 2013).

### **2.3.1.2 Frequência e Duração**

Sessões de 20 a 60 minutos, de 3 a 5 vezes por semana, são os fatores chave para que o exercício físico possa originar benefícios psicológicos mais consistentes. (Berger et al., 2002; Buckworth e Dishman, 2002; Cruz et al., 1996; Dosil, 2004; Samulski, 2002; Weinberg, 1995 citados por Cid et al. (2007).

Para o tratamento de depressão moderada, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* [NICE], recomenda a prescrição de 10 a 14 semanas de exercício supervisionado, 3 dias por semana, devendo cada sessão durar entre 45 e 60 minutos (Gill et al., 2010). Já para o tratamento da Perturbação Depressiva Maior [PDM] ou depressão maior, as recomendações são de 30 minutos, 3 a 5 dias por semana, de exercício aeróbio de intensidade moderada. Para Reis (2012), as *guidelines* nacionais do Reino Unido recomendam um programa estruturado e supervisionado de 10 a 12 semanas com sessões de 45 a 60 minutos com uma frequência de 3 vezes por semana. Apesar das poucas diferenças de frequência e duração, a grande maioria dos estudos demonstrou que programas de longa duração são benéficos na redução dos sintomas depressivos.

Para Werneck et al. (2006), o exercício físico orientado para a melhoria do estado de humor deve ser de caráter não competitivo e com duração entre 20 e 40 minutos.

Na opinião de Sousa (2013), a frequência dos exercícios físicos e o alívio dos sintomas depressivos, mostrou que as pessoas que praticavam exercícios aeróbios de três a cinco vezes por semana, apresentam maior redução destes sintomas, comparados com as pessoas que praticam somente uma vez por semana.

Outros autores referem que, os exercícios físicos moderados com duração de 30 minutos e com frequência de três vezes por semana podem ser tão eficazes quanto à psicoterapia no tratamento da depressão, sendo o seu efeito tranquilamente comparado ao efeito da psicoterapia individual, da psicoterapia em grupo e da psicoterapia cognitiva, sobre os sintomas da depressão leve e moderada (Tkachuk & Martin, 1999).

### **2.3.1.3 Tipo de Atividade**

O exercício aeróbio é uma das estratégias mais eficazes para suspender a depressão leve, assim como outros estados de espírito negativos. Segundo Goleman (1995), o exercício parece funcionar bem porque muda a fisiologia que o estado de espírito traz: a depressão é um estado de baixo estímulo, e a ginástica põe o corpo em alta estimulação .

Exercícios como: caminhada, natação, hidroginástica, pedalar, entre outros, estão associados a um efeito antidepressivo em pacientes que apresentam depressão leve a moderada. Já aqueles que apresentam depressão com quadro grave podem melhorar significativamente seu estado físico com o exercício, porém isso não significa necessariamente que modificará a severidade da sua enfermidade (Kuritza & Gonçalves, 2003).

Num estudo citado por Girdwood et al. (2011), em que um grupo de mulheres foi submetido a 12 semanas de hidroginástica, verificou-se que as pacientes submetidas à prática de exercícios físicos associada ao tratamento convencional para depressão evidenciaram melhora significativa em relação àquelas que não praticavam AF.

Os efeitos antidepressivos do exercício físico são percebidos em vários estudos, mas apesar da maioria destes serem realizados com exercícios aeróbios como a caminhada e a hidroginástica, Martinsen (1990) refere que estes efeitos também podem ser atribuídos aos exercícios anaeróbios. Ribeiro (1998) corrobora com esta indicação, constatando através de uma revisão de literatura que os exercícios físicos não aeróbios vem demonstrando eficácia contra a depressão.

Esta informação é oposta a encontrada por Knubben et al. (2007) que refere que, a maioria dos estudos analisados avaliaram os efeitos do treino aeróbio e obtiveram resultados positivos na redução da sintomatologia e que nos estudos em que um dos grupos era submetido apenas a exercícios de flexibilidade os resultados não foram tão satisfatórios, verificando-se uma redução menor dos sintomas quando comparados com o exercício aeróbio.

Segundo a *Internacional Society of Sport Psychology* [ISSP] (1989), para se beneficiar dos efeitos psicológicos da AF há que alternar o exercício do tipo anaeróbico com o aeróbico. Deve-se entretanto dar prioridade à AF do tipo: jogging, footing, natação, ciclismo, de uma forma não competitiva e menos intensa, privilegiando, sempre que possível, as atividades em grupo e de contato com a natureza.

Para os mesmos autores, as atividades lúdicas podem trazer mais efetivamente um impacto positivo, além disso, o exercício em grupo como por exemplo: os desportos coletivos, as aulas em grupo e os grupos de caminhada, deve ser privilegiados pois promovem benefícios psicológicos de uma experiência grupal, como o senso de envolvimento, compromisso e propósito, o senso de controle sobre eventos externos, a instalação de esperança, o altruísmo e a percepção de competência social.

### **3. Objetivo Geral**

Caracterizar os clientes de um *Health Club* da Ilha da Madeira, com relação a: i) tempo de prática de AF e motivo para iniciar, ii) tipo de AF, iii) preferência de acompanhamento durante as sessões de treino, iv) frequência semanal e v) duração média das sessões de treino. Adicionalmente, descrever as mesmas variáveis nos indivíduos com e sem depressão.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- I. Identificar a presença de depressão em indivíduos praticantes de AF no *Holmes Place Funchal*;
- II. Identificar, há quanto tempo os indivíduos praticam AF em ginásio ou *Health Club* e o motivo que os levou ao início da prática, nos indivíduos com e sem depressão;
- III. Identificar, qual o tipo de AF é realizada com maior frequência e qual o tipo de AF promove mais prazer, nos indivíduos com e sem depressão;
- IV. Identificar a preferência quanto ao tipo de acompanhamento durante as sessões de treino, nos indivíduos com e sem depressão;
- V. Identificar a frequência semanal da prática de AF, nos indivíduos com e sem depressão;
- VI. Identificar a duração média das sessões, nos indivíduos com e sem depressão.



## **4. Material e Métodos**

### **4.1 Amostra**

Foram incluídas na amostra todos os clientes que realizaram AF no *Holmes Place Health Clubs* Funchal em dia determinado pela pesquisadora. Foram entregues 413 questionários. Foram excluídos do estudo os clientes menores de 16 anos e aqueles cujo Inventário de depressão de Beck não tenha sido preenchido na totalidade. Dos questionários que retornaram à pesquisadora, excluídos os acima referidos, restaram 193, os quais foram considerados a amostra total para este estudo.

A amostra era composta: 59% mulheres, 38% homens e 3% não responderam; no que se refere a idade dos indivíduos, 54% tem entre 26 e 40 anos de idade, 21% tem entre 41 e 50 anos, 14% tem entre 16 e 25 anos, 8% tem entre 51 e 65 anos, 2% estão acima dos 65 anos e 1% não respondeu; sobre o grau de escolaridade, 55% tem o ensino superior completo, 35% completaram o Ensino Secundário, 6% tem o Ensino Básico, 3% completaram o Ensino Primário e 1% não respondeu; a respeito do estado civil, 54% são solteiros, 40% casados ou em união de facto, 5% Divorciado ou Separado, 0,5% viúvo e 0,5% não responderam; sobre os descendentes, 62% não tem filhos, 36% tem filhos e 2% não responderam.

### **4.2 Material/Instrumento da Coleta de Dados**

#### **4.2.1 Questionário Sócio-demográfico e de prática de atividade física**

O questionário, desenvolvido pela pesquisadora, foi estruturado com base nas seguintes informações: i) idade, ii) habilitação literária, iii) estado civil, iv) sexo e v) número de filhos. No que se refere à prática da AF, o objetivo foi conhecer as preferências dos clientes, quanto: i) tempo de prática de AF em ginásios ou *Health Clubs*, ii) razão pela qual iniciou um programa de AF, iii) a frequência semanal de prática de AF, iv) duração média de cada uma das sessões, v) tipo de acompanhamento durante as sessões, vi) tipo de AF que lhes confere mais prazer

e vii) tipo de AF mais praticada. Nas questões 11 e 12 deste questionário, era facultado ao participante do estudo a escolha de 2 das 9 opções disponíveis (Anexo 1).

#### **4.2.2 Inventário depressivo de Beck**

Para avaliação e identificação da amostra com depressão, foi utilizado o instrumento *Beck Depression Inventory* [BDI] de Beck de 1961, versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu (1973), com o auxílio do Psicólogo Dr. Raul Rodrigues.

Este instrumento, amplamente utilizado em estudos, como os realizados por Sá Gomes (2011) e Prior (2011), constitui-se um inventário de auto-resposta e destina-se a medir a severidade dos sintomas depressivos. É constituído por 21 itens que reflectem 21 diferentes manifestações da depressão e aparece organizado em seis tipos de sintomas: afetivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e funcional (sono, apetite, peso e líbido). Cada item consiste em 4 ou 5 afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma (inexistente, leve, moderado e grave/severa).

Deve-se escolher aquela que considera mais próxima do seu estado atual. Cada alternativa tem um peso que vai de 0 a 3 e a somatória destes valores classifica os indivíduos. No BDI versão original Beck de 1961, a classificação é feita como segue: não depressivos (até 9 valores); depressão leve (entre 10 e 18 valores); depressão moderada (19 a 29 valores) e depressão severa (acima de 30 valores).

Na validação para a população portuguesa do Inventário Depressivo de Beck [IDB], versão Vaz Serra e Pio Abreu de 1973, determinaram-se os seguintes pontos de corte para classificar os sujeitos quanto à intensidade dos sintomas depressivos: não depressivos, quando o somatório global do Inventário de Depressão de Beck for inferior a 12,85 valores; com depressão leve, entre os 12,85 e os 18,32 valores; com depressão moderada, entre os 18,33 e os 23,92 valores e depressão grave, com valores superiores ou iguais a 23,93.

Os cálculos utilizados por Vaz Serra e Pio Abreu foram:

Depressão leve: Média= 17,40 e D.P.=4,55

Depressão moderado: Média= 24,80 e D.P.=6,48.

Depressão grave: Média=32,20 e D.P.=8,28.

Adicionalmente, Vaz Serra & Pio Abreu (1973) admitem que, um português pode estar deprimido se tiver um valor igual ao superior a  $17,40 - 4,55 = 12,85$ . Assim, neste estudo o ponto de corte entre não depressivos e depressivos foi em 12,85. Assim, a exemplo do realizado por Sá Gomes (2011), os clientes com *score* inferior a 12,85 ficam incluídos na categoria "sem depressão" e os clientes com *score* superior a 12,85 ficam incluídos na categoria "com depressão".

### **4.3 Protocolo**

Os questionários foram aplicados aos clientes do *Holmes Place Funchal*, no dia 24/02/2014. Todas as pessoas que utilizaram o ginásio neste dia foram abordadas na recepção pelo próprio pesquisador e na presença do Psicólogo, no sentido de colaborarem com a pesquisa. Antes da entrega do questionário, foi explicado o objetivo da pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **4.4 Análise dos dados e Procedimentos Estatísticos**

Dado que se pretendia distinguir e comparar os indivíduos com e sem depressão e as suas preferências quanto à AF, os procedimentos estatísticos utilizados incluíram apenas a estatística descritiva, nomeadamente a distribuição de frequência. Nos questionários sócio-demográficos e de prática de AF, as questões incompletas ou com mais opções assinaladas do que as inquiridas, foram consideradas não válidas no tratamento de dados, as demais questões foram inseridas na amostra. Já para o IDB, as questões incompletas ou nulas foram suficientes para excluir a participação daquele cliente neste estudo, visto que poderiam interferir no % de indivíduos com depressão. Para a análise estatística utilizou-se o *softwar* informático *Statística 12.0 (STATSoft)*, disponível para download no site da FADEUP.



## 5. Resultados

Através do IDB, ferramenta utilizada para identificar a presença ou não de depressão, pode-se verificar neste estudo que, 6% dos praticantes tem depressão, dos quais 5,5% destes apresentam depressão leve ( $n = 11$ ) e 0,5% apresentam depressão moderada ( $n = 1$ ). Não foram encontrados casos de depressão severa. Como os casos de depressão moderada encontrados no estudo representam menos de 10% dos casos com depressão total da amostra, os mesmos foram inseridos num único grupo para efeitos deste estudo denominado: com depressão; e a partir das próximas tabelas será apresentado juntamente com a depressão leve. Sá Gomes (2011, pp. 56-57), em seu estudo refere que "*para aprofundar o estudo da Depressão, agrupamos os doentes em duas classes: a primeira diz respeito aos doentes que obtiveram scores inferiores a 12,85, "sem depressão" e, o segundo constituído pelos doentes cujo score foi superior ou igual a 12,85 e, portanto "com depressão"*".

Como primeiro resultado do questionário sobre a prática da AF, podemos verificar que a maioria dos indivíduos, sem depressão (48%) e a com depressão (50%), praticavam AF regular em ginásios e *Health Clubs* há mais de 3 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Tempo de prática de atividade física

Tempo de prática	Sem Depressão	Com Depressão	Total
Até 6 meses	27	1	28
Entre 6 meses e 1 ano	24	0	24
Entre 1 e 3 anos	42	5	47
Acima de 3 anos	87	6	93
Não responderam	1	0	1

Sobre os motivos relatados pelos clientes para o início da prática de AF em *Health Clubs*, a maioria dos indivíduos iniciaram a sua prática de AF com o intuito de modificar a imagem corporal através da melhoria estética, sendo 35% para indivíduos sem depressão e 42% para indivíduos com depressão; ou para melhorar estados psicológicos como libertar o stress, melhorar os níveis de ansiedade ou

melhorar/prevenir estados de depressão, sendo 23% para indivíduos sem depressão e 25% para indivíduos com depressão (Tabela 2).

**Tabela 2 – Motivo de início da prática de atividade física**

Motivo	Sem Depressão	Com Depressão	Total
Médica	11	0	11
Social – convívio	5	0	5
Recomendação de amigos/familiares	14	1	15
Ocupar tempos livres	5	0	5
Estética – modificar imagem corporal	64	5	69
Melhorar a autoestima	15	1	16
Melhorar estados psicológicos	41	3	44
Outros	22	2	24
Não responderam	4	0	4
Total	181	12	193

Os clientes também foram abordados quanto ao tipo de AF é realizada com maior frequência e qual o tipo de AF que mais prazer lhes confere durante o treino. Nestas questões os clientes poderiam assinalar até duas alternativas de resposta, por isso os valores demonstrados nas tabelas 3 e 4 excedem o número de questionários recolhidos.

No que se refere a AF mais praticada por indivíduos com ou sem depressão, verificou-se que ambos os grupos optaram pelas mesmas modalidades, ou seja, as aulas de grupo de intensidade nível 2 e 3 e as atividades nas máquinas cardiovascular e de resistência muscular (Tabela 3).

**Tabela 3 – Tipo de atividade física mais praticada**

Atividade física	Sem Depressão	Com Depressão	Total
aulas de nível 1	22	1	23
aulas de nível 2	76	7	83
aulas de nível 3	59	3	62
aulas de nível 4	20	1	21
máquinas de cardiovascular	54	5	59
máquinas de resistência muscular	49	3	52
Pesos Livres	22	1	23
Zona de treino funcional	14	1	15
X-Press Classes	3	2	5
Total	319	24	343

Na opinião dos clientes, com relação ao tipo de AF que lhes confere mais prazer durante a prática, verificou-se que ambos os grupos optaram pelas mesmas modalidades, são elas: as aulas de grupo com intensidade 2, as aulas de grupo com intensidade 3, seguidas das máquinas de cardiovascular e de resistência muscular (Tabela 4).

**Tabela 4 – Tipo de atividade física que promove mais prazer**

Atividade física	Sem Depressão	Com Depressão	Total
aulas de nível 1	28	2	30
aulas de nível 2	83	7	90
aulas de nível 3	74	4	78
aulas de nível 4	25	0	25
máquinas de cardiovascular	40	3	43
máquinas de resistência muscular	38	3	41
Pesos Livres	22	1	23
Zona de treino funcional	11	1	12
X-Press Classes	2	3	3
Total	323	24	347

Quando comparados os indivíduos com e sem depressão, verifica-se que, em relação ao tipo de acompanhamento durante as sessões de treino, os indivíduos sem depressão, preferem realizá-las em aulas de grupo (43%), enquanto os indivíduos com depressão preferem o treino acompanhado com *Personal Trainer* (42%) (Tabela 5).

**Tabela 5 – Preferência quanto ao tipo de acompanhamento**

Acompanhamento	Sem Depressão	Com Depressão	Total
em aulas de grupo com Instrutor	74	4	78
acompanhado de amigos ou familiares	44	2	46
com Personal Trainer	29	5	34
sozinho	26	1	27
Total	173	12	185

No que se refere à frequência semanal aos treinos, comparando-se os indivíduos com e sem depressão, pode-se observar que ambos praticam AF de forma regular, mais de 3 vezes por semana (69% para sem depressão e 67% para indivíduos com depressão) (Tabela 6).

**Tabela 6 – Frequência semanal dos treinos**

Frequência semanal	Sem depressão	Com depressão	Total
> 3 vezes	123	8	131
Entre 2 e 3 vezes	54	4	58
Total	177	12	189

No que se refere ao tempo despendido em cada sessão, a maioria dos indivíduos sem depressão (47%), realiza AF em sessões com duração entre 30 e 45 minutos por sessão, enquanto a maioria dos indivíduos com depressão (58%), realiza AF em sessões com duração entre 45 e 60 minutos por sessão (Tabela 7).

**Tabela 7 – Tempo despendido em cada sessão de treino**

Duração média da sessão	Sem depressão	Com depressão	Total
Até 30 minutos por sessão	20	1	21
Entre 30 e 45 minutos por sessão	85	4	89
Entre 45 e 60 minutos por sessão	71	7	78
60 ou mais minutos por sessão	1	0	1
Não responderam	4	0	4
Total	181	12	193

Por fim, estabeleceu-se uma tabela resumo de comparação entre os indivíduos com e sem depressão, relativas à todas as variáveis questionadas no presente estudo (Tabela 8).

**Tabela 8 - Comparação das variáveis analisadas no estudo em indivíduos com e sem depressão**

	Sem depressão	Com depressão
Duração da Sessão	30 a 45' (47%)	45 a 60' (58%)
Razão para início da prática	Modificar a imagem corporal (35%) Melhorar estados psic. (23%)	Modificar a imagem corporal (42%) Melhorar estados psic. (25%)
Tempo de prática	Acima de 3 anos (48%)	Acima de 3 anos (50%)
Sexo	Feminino (61%)	Feminino (60%)
Estado Civil	Solteiro/Divorciado/Viúvo (60%)	Solteiro/Divorciado/Viúvo (60%)
Habilitações Literárias	Ensino Superior (55%)	Ensino Superior (66%)
Idade	26 - 40 anos (55%)	26 - 40 anos (41%)
Preferência de acompanhamento	Aulas de grupo (43%)	Personal Trainer (42%)
Frequência semanal de treino	> 3 x por semana (69%)	> 3 x por semana (66%)
AFs mais frequentadas	Aulas de grupo 2 (24%) Aulas de grupo 3 (18%) Máquinas de cardio (17%) Máquinas de resistência (15%)	Aulas de grupo 2 (29%) Aulas de Máquinas de cardio (21%) Aulas de grupo 3 (13%) Máquinas de resistência (13%)
AFs mais prazer	Aulas de grupo 2 (26%) Aulas de grupo 3 (23%) Máquinas de cardio (12%) Máquinas de resistência (12%)	Aulas de grupo 2 (29%) Aulas de grupo 3 (17%) Máquinas de cardio (12%) Máquinas de resistência (12%)

Através da tabela acima verifica-se que, quando comparados os indivíduos com e sem depressão, a grande diferença entre os mesmos é que a duração da sessão dos indivíduos com depressão é na maioria (58%) entre 45 a 60', enquanto para os indivíduos sem depressão, as sessões de treino têm duração entre 30 a 45', na grande maioria (47%). A outra diferença entre os grupos que foi verificada diz respeito ao tipo de acompanhamento durante as sessões onde os indivíduos sem depressão preferem, na sua maioria (43%) a prática de aulas de grupo, enquanto os indivíduos com depressão preferem o treino acompanhado por *Personal Trainer* (42%). Dentre os tipos de AFs disponíveis no *Holmes Place Funchal*, não foram identificadas diferenças no *ranking* dos 4 tipos de AFs mais frequentadas as das AFs que lhes confere mais prazer, pelos indivíduos com e sem depressão.



## 6. Discussão

Este é um estudo preliminar cujo investigação visou identificar a presença de depressão em indivíduos praticantes de AF no *Holmes Place Funchal*, bem como caracterizar os clientes com relação a prática da AF e suas preferências e, adicionalmente, estabelecer comparação entre os indivíduos com e sem depressão.

Foi constatado neste estudo que, apenas 6% da amostra apresentava algum tipo de depressão. Os números encontrados nesta amostra são inferiores aos encontrados na literatura que refere que em Portugal, estima-se que cerca de 20% da população esteja afetada por esta condição médica, culminando em mais de 1200 mortes/ano (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2006)

Vale ressaltar que o presente estudo apresenta uma amostra de conveniência, realizada em apenas um *Health Club* da Ilha da Madeira. Outro ponto que é importante ressaltar é que, com base na amostra, os clientes praticantes de AF de forma contínua e regular neste *Health Club*, tiveram menor índice de depressão do que a estimada pelo SNS para a população portuguesa em geral.

Com base na afirmação de que, na amostra o número de indivíduos com depressão é menor do que o estimado pelo SNS pode-se sugerir que a prática de AF pode reduzir o número de casos de depressão, o que corrobora com o que referem Dunn et al. (2005); Pereira et al. (2006); Cid et al. (2007); Blumenthal et al. (2009); Cavallini et al. (2011); Jensen et al. (2012); Minghelli et al. (2013), que afirmam que, um tratamento potencial para a depressão é o aumento da AF e que, pessoas fisicamente ativas têm menores taxas de depressão.

Verificou-se que, no presente estudo, que dentre os indivíduos com depressão, 60% são do sexo feminino, 36% são do sexo masculino e 4% não responderam. Os valores encontrados nessa pesquisa com relação a depressão e maior incidência no sexo feminino, corroboram com a informação encontrada na literatura por L. H. S. G. de Andrade et al. (2006) e L. D. da Silveira & Duarte (2004), que afirmam que a depressão é a doença que mais causa incapacidade em mulheres, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Os autores afirmam ainda que as taxas de prevalência em mulheres e homens variam em uma

razão de 1,5 a 3,0 com média de 2 mulheres a 5 mulheres para cada homem. Para Minghelli et al. (2013), uma das explicações para o diagnóstico de depressão ser superior em mulheres, deve-se ao facto de que estas vão com mais frequência a consultas médicas.

Verificou-se neste estudo que, 60% dos indivíduos com depressão são solteiros ou divorciados/separados (n=7), 33% são casados ou vivem em união de facto (n=4) e 9% não responderam a esta questão (n=1). Os resultados deste estudo corroboram com Katon (2011) que afirma ter a prevalência de depressão uma distribuição de maneira desigual na população: sendo mais comum entre as mulheres, os mais jovens, os mais desprivilegiados economicamente e os que vivem sem companheiro (a). O fator económico, citado por Katon não foi analisado na pesquisa, nem pode ser generalizado pois o valor médio da mensalidade no *Health Club* em questão (50€), face ao salário mínimo atual (565,83€), representa 8,8% do valor do salário mínimo, ainda assim não se pode caracterizar a amostra com médio/alto padrão económico.

Verificou-se também neste estudo que, a maior parte dos indivíduos com depressão tem o Ensino Superior (66%). Este resultados não corroboram com a literatura encontrada, como a de Santos & Kassouf (2007) que refere que quanto maiores os níveis de escolaridade, menores taxas de depressão. Minghelli et al. (2013) também afirma que a variável “escolaridade” tem influência na existência de ansiedade e/ou depressão, chegando a ser 11 vezes maior nos indivíduos sem habilitações literárias. Possivelmente estas diferenças devem-se ao facto do presente estudo ter sido realizado no *Holmes Place Health Club*, um local de prática privada de AF, enquanto que a pesquisa de Minghelli foi realizada com idosos num Centro Cultural e num Centro de Dia, público, do Algarve.

Outra questão levantada no estudo refere a razão pela qual os clientes iniciaram a prática da AF no *Health Club*. Verificou-se que, a maioria dos clientes (58%) da amostra, decidiu iniciar a AF regular no *Health Club* por estética (modificar a imagem corporal) ou para melhorar estados psicológicos (libertar o stress, ansiedade e depressão). Para Sharkey (1998), a construção da imagem corporal não é afetada pela depressão apenas por ser um distúrbio psíquico, mas também pelas disfunções sociais, psicológicas e fisiológicas ocasionadas por ela. Neste sentido, a busca pela modificação da imagem corporal pode estar indiretamente relacionada à melhora dos estados psicológicos, embora não se

possa afirmar se estes clientes eram ou não depressivos quando iniciaram o programa de AF no *Health Club*, pode-se sugerir que a busca por uma imagem corporal melhor, pode indicar sintomas de depressão.

Na amostra analisada, pode-se verificar que, a maioria dos indivíduos com depressão (91%) praticavam AF regular há mais de um ano, sendo que metade (50%) destes indivíduos já pratica AF regular num *Health Club* ou ginásio há mais de 3 anos. No que se refere ao tempo de adesão, os valores encontrados na amostra não corroboram com a pesquisa de L. D. da Silveira & Duarte (2004), referida anteriormente, aonde relata que 84,4% dos pacientes praticou AF apenas por um período de um a três meses. O tempo de permanência dos indivíduos pode ser em função do tipo de AFs oferecidas pelo *Health Club* e pela grande interação social entre os profissionais e os clientes, incentivados pela marca *Holmes Place*, pode ser uma das razões para a grande adesão destes indivíduos com depressão por períodos superiores ao referido por L. D. da Silveira & Duarte.

Para Martinsen (1990), os sujeitos depressivos encaram, na sua grande maioria, a AF como um esforço, tendendo a encontrar dificuldades para agregá-la as suas atividades quotidianas. Neste sentido, para auxiliar a adesão, serão necessárias estratégias de adesão, com suporte e encorajamento quando estes começarem a se exercitar. Assim, acredita-se que, o facto dos participantes do estudo, preferirem praticar AF acompanhada pode fazer com que o tempo da prática de AF regular seja superior às pesquisas encontradas, visto que, a maioria dos indivíduos (42%) com depressão preferem praticar AF acompanhada de Personal Trainer, 33% preferem fazer em aulas de grupo, 17% preferem ter a companhia de amigos ou familiares durante as sessões de treino e, apenas 8% preferem praticar AF regular sozinho. Estes resultados podem significar que a maior adesão destes indivíduos à AF deve-se ao acompanhamento durante as sessões e à interação encontrada no ambiente de *Health Club* e corroboram com Schuch & Fleck (2013) que afirmam que, muitos são os fatores que compõem a sessão de exercício e, não é o exercício por si só. Por exemplo, quando um indivíduo faz exercícios em um ambiente de grupo, o apoio social resultante e atenção podem ter um papel importante, especialmente na depressão leve.

A preferência da maioria dos indivíduos com depressão pelo treino com acompanhamento por *Personal Trainer* pode-se sugerir que seja pela maior proximidade e cumplicidade entre o professor e aluno, atuando o *Personal Trainer*,

muitas vezes, como um “amigo ou confidente” do aluno. Acredita-se também que, de alguma forma, estes sujeitos numa sessão de *Personal Trainer* têm menos necessidade de sociabilização, visto ser uma das grandes dificuldades dos indivíduos com depressão. Cabe ao *Personal Trainer*, com o conhecimento adquirido através das formações e *workshops* de retenção de clientes, oferecidos pela Academia de Formação *Holmes Place*, incentivar a permanência do cliente e perceber quando o mesmo ganha autonomia, direcionando-o para aulas de grupo de forma a aumentar a interação dos indivíduos com depressão com os outros indivíduos do *Health Club*.

No presente estudo, verificou-se que, dentre os indivíduos com depressão, a maioria pratica AF mais de 3 vezes por semana, o que corrobora com a literatura que indica serem as sessões de 3 a 5 vezes por semana, fatores chave para que o exercício físico possa originar benefícios psicológicos mais consistentes (Berger et al., 2002; Buckworth e Dishman, 2002; Cruz et al., 1996; Dosil, 2004; Samulski, 2002; Weinberg, 1995 citado por Cid et al. (2007)). A duração das sessões de 20 a 60 minutos descrita pelos autores acima como benéficas aos praticantes, corroboram com os resultados da amostra analisada, aonde os clientes responderam que a maioria (86%), com ou sem depressão, realizam as sessões de treino com duração entre 30 e 60 minutos por sessão. Os benefícios referidos pelos autores acima influenciam a saúde geral que, por sua vez, influencia a saúde psicológica.

Dentre o tipo de AF realizada com mais frequência e o tipo de AF que confere mais prazer aos clientes, as aulas de intensidade nível 2 e 3, bem como as máquinas de cardiovascular são as AFs mais frequentadas e também aquelas que oferecem maior grau de prazer aos clientes do estudo. No que toca a intensidade das AFs acima relatadas, tratam-se de aulas com intensidade de média a alta, entre 60 a 90% da FCMáx, o que vão estão em linha com a literatura referida por Berger et al. (2002); Buckworth e Dishman (2002); Cruz et al. (1996); Dosil (2004); Samulski (2002); Weinberg (1995) citado por Cid et al. (2007) que referem que, AFs em intensidade entre 60 e 90% da FCMáx são fatores consistentes para que o exercício físico possa originar benefícios psicológicos mais consistentes.

Pode-se verificar também que, algumas das aulas mais frequentadas pelos clientes da amostra analisada, com ou sem depressão, não têm vertente aeróbia, seja por estar abaixo dos 60% da FCMáx ou por ter picos acima dos 80%. Estes

picos acima da vertente aeróbia pode ser verificado em algumas faixas das modalidades de maior intensidade, como é o caso do RPM™, Warrior™, Body Pump™, sugerindo assim que as aulas com componente anaeróbia também foram referidas pelos participantes deste estudo.

Verificou-se também que, quando comparados indivíduos com e sem depressão no que toca ao tipo de AF que realizam com mais frequência e o tipo de AF que lhes promove mais prazer, os resultados encontrados foram semelhantes. Não foram encontradas diferenças entre os indivíduos com e sem depressão, no que se refere às razões pela qual decidiram iniciar um programa de AF, a frequência semanal ao *Health Club*, bem como o tempo de prática de AF regular num ginásio ou *Health Club*. Assim, as únicas diferenças encontradas entre estes clientes foram: com relação ao tempo de duração de cada sessão de treino, aonde os indivíduos com depressão realizam em sessões de 45 a 60', enquanto que os indivíduos sem depressão realizam-nas em sessões de 30 a 45', em média; e com relação ao tipo de acompanhamento durante as sessões em que os indivíduos com depressão preferem realizar AF acompanhada por *Personal Trainer* e os indivíduos sem depressão preferem fazê-lo nas aulas de grupo.

A discussão sobre a comparação entre indivíduos com e sem depressão e a sua relação com a AF fica limitada devido ao facto de, este estudo ser um estudo preliminar e, não terem sido encontrados estudos com esta metodologia.



## 7. Conclusões

Os indivíduos praticantes de AF em um contexto de *Health Club da Ilha Madeira*, são na sua maioria pessoas do sexo feminino, solteiros, com ensino superior, idade entre 26 e 40 anos e sem filhos. Praticantes de AF em ginásios e *Health Clubs* há mais de 3 anos e que iniciaram a sua prática de AF com o intuito de modificar a imagem corporal através da melhoria estética ou para melhorar estados psicológicos como diminuir o stress, melhorar os níveis de ansiedade ou melhorar/prevenir estados de depressão.

Verificou-se no presente estudo que a amostra apresentou menor incidência de depressão do que a população portuguesa em geral, sugerido pelo SNS. Este resultado pode estar relacionado com a prática da AF regular e as melhorias desta nos sintomas de depressão.

Confirma-se que, os tipos de AF mais frequentados são também os tipos de AF que conferem maior prazer relatados pelos indivíduos com depressão. Somado a isso, estas mesmas AF são praticadas em uma intensidade de 60 a 90% FCMáx, indicadas pela literatura para alcance de benefícios psicológicos. Assim, os resultados do presente estudo indicam que, se as AF de maior adesão são também as que melhores benefícios psicológicos proporcionam, estas podem ser uma importante ferramenta para a manutenção destes indivíduos em AF, bem como para a melhora dos scores de depressão.

Neste contexto, os profissionais de Educação Física devem: ser "a" referência dos indivíduos com depressão em contexto de *Health Club*; especializarem-se em Treino Personalizado; buscar conhecimento sobre esta patologia bem como, a prescrição de exercício especificamente para este grupo populacional.

Futuros estudos devem avaliar diferentes *Health Clubs* e ginásios, em Portugal Continental e Ilhas, bem como determinar o diagnóstico de depressão antes do início de um programa de AF e, promover a avaliação sistemática deste grupo populacional.



## 8. Bibliografia

- aan het Rot, M., Collins, K. A., & Fitterling, H. L. (2009). Physical Exercise and Depression. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76, 204–214. doi:10.1002/MSJ
- ACSM. (2000). *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription* (9 th.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- ACSM. (2007). Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição (7th ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP*, 13(1), 197–216. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100010&script=sci_arttext)
- Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R., Wainscott, C., & Krishnan, K. R. R. (2002). Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biological Psychiatry*, 52(6), 543–558. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01468-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01468-3)
- Alonso-Fernández, F. (2010). *As Quatro Dimensões do Doente Depressivo* (1st ed.). Gradiva.
- Andrade, L. H. S. G. de, Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clínica*, 33(2), 43–54.
- Andrade, T. R. (2011). *O Exercício Físico no tratamento da depressão: uma revisão de literatura*. Campinas: T. Andrade. Dissertação apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade de Campinas.
- Andreasen, N., & Black, D. (2006). *Introdução à Psiquiatria* (4th ed.). Artmed.
- Araújo, S. R. C. de, Mello, M. T. de, & Leite, J. R. (2007). Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 29(55 11), 164–171.
- Babyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Jhatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., ... Krishnan, K. R. (2000). Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62, 633–638.
- Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos. *Interação*, 3, 49–60.
- Bailey, M., & McLaren, S. (2005). Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and mental health in retirees. *Aging Ment Health*, 9(1), 82–90.

- Baptista, M. N. (1999). *Depressão na adolescência: uma visão multifatorial* (EPU.). São Paulo: EPU.
- Birrer, D. (2000). Le sport améliore la santé psychosociale. *La Revue d'Education Physique et Du Sport*, 3(12), 14–17.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., Herman, S., ... Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 587–596. doi:10.1097/PSY.0b013e318148c19a.Exercise
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., ... Forman, L. M. (2009). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med*, 159. Retrieved from www.archinternmed.com
- Boiffin, A. (1984). La depression. In *Introduction à la psychogériatrie* (pp. 46–52). Lyon-Villeurbanne: Simep.
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev. Saúde Pública*, 46(4), 617–623.
- Byrne, A., & Byrne, D. G. (1993). The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(6), 565–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8410742>
- Caligiuri, M., & Ellwanger, J. (2000). Motor and cognitive aspects of motor retardation in depression. *J Affect Disord*, 57(1-3), 83–93.
- Calil, H. M., & Miranda, A. M. A. (1995). Transtornos depressivos. Rotinas em Psiquiatria. *Artes Médicas*, 140–152.
- Campbell, R. J. (2009). *Dicionário de Psiquiatria* (8ª ed., p. 824). Porto Alegre: Artmed.
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão e a dimensão depressiva da personalidade* (p. 194). Lisboa: Almedina.
- Cavallini, G. M., Fagundes, A. P., Martins, A., Miranda, J. K., Rodrigues, M., Krug, M. de R., ... Justo, M. D. (2011). *A influência de um programa de exercícios físicos no estado de humor dos indivíduos cadastrados no ESF/Primavera. XVI Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão.*
- Cheik, N. C., Reis, I. T., Heredia, R. A. G., Ventura, M. de L., Tufik, S., Antunes, H. K. M., & Mello, M. T. de. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Rev. Bras. Ci. E Mov.*, 11(3), 45–51.

- Chiu, W.-Y., Lee, Y.-D., & Lin, T.-Y. (2011). Innovative services in Fitness Clubs: Personal Trainer Competency. *The International of Organizational Innovation*, 3(3), 317–328.
- Cid, L., Silva, C., & Alves, J. (2007). Actividade física e bem-estar psicológico - perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de Rio Maior. *Motricidade*, 3(2), 47–55.
- Coelho, C. M., Lessa, T. T., Carvalho, R. M. De, Coelho, L. A. M. C., Scari, R. da S., Fernandes, N. da S., & Júnior, J. M. N. (2011). Qualidade de vida em mulheres praticantes de Hatha Ioga. *Motriz. Journal of Physical Education*, 17(1), 33–38.
- Constituição Portuguesa. (1976). Retrieved September 18, 2014, from [www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/Constituição\\_Portuguesa.htm](http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/Constituição_Portuguesa.htm)
- Cordás, T. A. (2002). *Depressão, da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica*. (L. Editorial, Ed.). São Paulo.
- Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *J. Clin. Psychiatry*, 6(3), 104–111.
- Cruz, J., Machado, P., & Mota, M. (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da atividade física. *Manual de Psicologia Do Desporto*, 91–116.
- Cuche, H., & Gerard, A. (1994). *Não aguento mais: uma guia para compreender e combater a depressão* (p. 2ª ed.). Campinas (SP): Papirus.
- De Moor, M. H. M., Beem, a L., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I., & De Geus, E. J. C. (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive Medicine*, 42(4), 273–9. doi:10.1016/j.ypmed.2005.12.002
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6–11.
- Deslandes, A. C., Moraes, H., Alves, H., Pompeu, F. A. M. S., Silveira, H., Mouta, R., ... Coutinho, E. S. F. (2010). Effect of aerobic training on EEG alpha asymmetry and depressive symptoms in the elderly: a 1-year follow-up study. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 43(6), 585–592. doi:10.1590/S0100-879X2010007500041
- Devís, J. D. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: INDE Publicaciones.
- Dias, I. M. F. (2007). *Análise da variação dos estados de humor (pomps) em função da carga de treino e dos resultados competitivos em nadadores de elevado nível competitivo*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física/Universidade de Coimbra. Retrieved August 14, 2014, from <http://hdl.handle.net/10316/10529>

- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw Hill.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1–8. doi:10.1016/j.amepre.2004.09.003
- Espírito Santo, B. C. de R. do. (2012). *Pefil fisiológico de uma aula de pilates de solo*. Florianópolis: B. Espírito Santo. Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina.
- Eyre, H., & Baune, B. T. (2012). Neuroimmunological effects of physical exercise in depression. *Brain Behav Immun.*, 26(2), 251–266. doi:10.1016/j.bbi.2011.09.015
- Ferreira, C. M. C. (2012). *Um estudo sobre fidelização e retenção de clientes na área do fitness*. Castelo Branco: C. M. C. Ferreira. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Gestão de Empresas ao Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Furlanetto, L. M., & Brasil, M. A. (2006). Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J. Bras. Psiquiatr.*, 55(1). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100002>
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Med Sci Sports Exerc*, 38(1), 173–178.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., ... Serra, A. V. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103–112.
- Gill, A., Womack, R., & Safranek, S. (2010). Does exercise alleviate symptoms of depression? *The Journal of Family Practice*, 59(9), 530–531.
- Girdwood, V. M. O., Araújo, I. S. de, & Pitanga, C. P. S. (2011). Efeitos da atividade física no tratamento da depressão na mulher. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(3), 537–547.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional* (12ª ed., pp. 86–87). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Golfetti, B. C. M. R., Marin Neto, J. A., Martins, L. E. B., Junior, L. G., Mikahil, M. P. T. C., & Forti, V. . a. M. (1995). Atividades físicas: “remédio” cientificamente comprovado? *A Terceira Idade*, 10(6), 34–43.
- Gonçalves, C. A. V., & Machado, A. L. (2007). Depressão, o mal do século: de que século? *Rev. Enfermagem UERJ*, 15(2), 298–304.

- Goodman, E., & Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110(3), 497–504.
- Greenspan, F., & Gardner, D. (2006). *Endocrinologia Basica e Clínica* (7ª ed., p. 521). McGraw Hill.
- Guariente, J. C. A. (2002). *Depressão: dos sintomas ao tratamento* (Casa do Ps.). São Paulo.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2005). O Peso das perturbações depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Méd. Port.*, 18, 129–146.
- Guz, I. (2001). *Depressão: o que é, como se diagnostica*. (Roca, Ed.). São Paulo: Roca.
- Hall, E. E., Ekkekakis, P., & Petruzzello, S. J. (2002). The affective beneficence of vigorous exercise revisited. *British Journal of Health Psychology*, 7, 47–66.
- Hamilton, M. (1989). Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry*., 154, 201–206.
- Hasler, G. (2010). Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry*, 9, 155–161.
- Health Clubs, H. P. (2014). *Aulas de grupo*. [www.holmesplace.pt](http://www.holmesplace.pt). Retrieved August 14, 2014, from <http://holmesplace.pt/pt/service/aulas-de-grupo-s44.html>
- International Health, R. & S. A. H. (2013). *The Scope of the Health Club Industry. IHRSA - Health Club Industry Overview*. Retrieved August 14, 2014, from <http://www.ihrsa.org/industry-research/>
- ISSP. (1989). *Physical activity and Psychological benefits. Position Statements*. Retrieved from <http://www.issponline.org/documents/physactstatement.pdf>
- Jensen, M. P., Molton, I. R., Gertz, K. J., Bombardier, C. H., & Rosenberg, D. E. (2012). Physical activity and depression in middle and older-aged adults with multiple sclerosis. *Disabil Health J.*, 5(4), 269–276. doi:10.1016/j.dhjo.2012.05.006.Physical
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2006). *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9th ed., p. 1584). Artmed.
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7–23.
- Kiive, E., Maaros, J., Shlik, J., Tõru, I., & Harro, J. (2004). Growth hormone, cortisol and prolactin responses to physical exercise: higher prolactin response

- in depressed patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 28(6), 1007–13.
- Knubben, K., Reischies, F. M., Adli, M., Schlattmann, P., Bauer, M., & Dimeo, F. (2007). A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *British Journal of Sports Medicine*, 41(1), 29–33. doi:10.1136/bjsm.2006.030130
- Kuritz, A. M., & Gonçalves, A. K. (2003). Atividade física orientada para pacientes depressivos: lançando um novo olhar sobre o corpo. *Boletim Da Saúde*, 17(1), 39–52.
- Les Mills International (2014). Les Mills - Fitness Classes. Retrieved September 18, 2014, from [www.lesmilles.com/workout/fitness-classes](http://www.lesmilles.com/workout/fitness-classes)
- Lima, M. S. De. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1–5.
- Machado, N., Parcias, S. R., Santos, K. dos, & Silva, M. E. M. da. (2009). Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *J. Bras. Psiquiatria*, 58(3), 175–180.
- Marques, A. H., Cizza, G., & Sternberg, E. (2007). Interações imunocerebrais e implicações nos transtornos psiquiátricos. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 29(Supl I), 27–32.
- Martinsen, E. W. (1990). Benefits of exercise for the treatment. *Sports Medicine*, 9(6), 380–389.
- Mattos, A. S., Andrade, A., & Luft, C. D. B. (2004). A contribuição da atividade física no tratamento da depressão. *Revista Digital de Buenos Aires, Año 10(79)*. Retrieved from <http://www.efdeportes.com/>
- Meeusen, R., & De Meirleir, K. (1995). Exercise and brain neurotransmission. *Sports Medicine*, 20(3), 160–188.
- Mesquita, R. M. (2013). Atividade física e exercícios na intervenção terapêutica complementar na depressão. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos.
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev. Psiq. Clínica*, 40(2), 71–6.
- Moniz, A. L. da C. e A. M. G. C. (2007). *Depressão e Factores Cronobiológicos*. Braga: A. Moniz. Dissertação apresentada à Universidade do Minho.
- Mota-Pereira, J., Silverio, J., Carvalho, S., Ribeiro, J. C., Fonte, D., & Ramos, J. (2011). Moderate exercise improves depression parameters in treatment-

- resistant patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1005–11. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.02.005
- Moretti, F. A., & Caro, L. G. (2006). Terapias complementares no tratamento da depressão: acupuntura, exercício físico terapêutico, massoterapia e relaxamento. Retrieved September 03, 2014, from [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020* (p. 1022). Harvard University Press.
- Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M., & Miyashita, K. (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health*, 16(2), 179–84. doi:10.1093/eurpub/cki159
- Nahas, M. V. (2006). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (4ª ed. rev.). Londrina: Midiograf.
- Nicoloff, G., & Schwenk, T. L. (1995). Using exercise to ward off depression. *The Physician and Sports Medicine*, 23(9), 241–251.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no Mundo 2001: saúde mental: mova concepção, nova esperança. In *Organização Mundial de Saúde*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization (p. 58). Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)
- Parker, G. (2005). Beyond major depression. *Psychological Medicine*, 35(4), 467–474. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291704004210>
- Pedragosa, V. M. D. (2012). *Satisfação e fidelização em ginásios e health clubs: estudo das expetativas, das emoções e da qualidade*. Universidade Técnica de Lisboa. Retrieved from <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/5040>
- Peixoto, H. G. E., Vasconcelos, I. A. L., Sampaio, A. C. M., & Ito, M. K. (2008). Antidepressivos e alterações no peso corporal. *Rev. de Nutrição*, 21(3), 341–348.
- Peluso, M. A., & Andrade, L. H. S. G. de. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1), 61–70.
- Pereira, L. A., Pereira, A. V. da S., & Morelli, G. A. S. (2006). *A importância do lazer na terceira idade: um estudo de caso em Ribeirão Preto*. *Revista Digital de Buenos Aires*. Retrieved August 12, 2014, from <http://www.efdeportes.com/efd98/tidade.htm>

- Perlis, M. . ., Giles, D. E., Buysse, D. J., Thase, M. E., Tu, X., & Kupfer, D. J. (1997). Which depressive symptoms are related to which sleep electroencephalographic variables? *Biol Psychiatry*, 42(10), 904–913.
- Pfizinger, P., & Lythe, J. (2003). O consumo aeróbico e o gasto energético durante o Bodypump. *Fitness & Performance Journal*, 2(2), 113–121. doi:10.3900/fpj.2.2.113.p
- Pio Abreu, J. L. (2007). *Como Tornar-se Doente Mental* (17 ed., p. 164). Dom Quixote.
- Prior, L. M. R. (2011). *A influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos*. Viseu: L. M. R. Prior. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1997). Neuropsychological function in young patients with unipolar major depression. *Psychol Med.*, 27(6), 1277–85.
- Reis, J. S. M. da S. (2012). *Atividade Física : um complemento a considerar no tratamento da depressão*. Covilhã: J. Reis. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade da Beira interior.
- Ribeiro, S. N. P. (1998). Atividade física e sua intervenção junto a depressão. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 3(2), 73–79.
- Rocañín, J. C. F., & Forneiro, J. C. (1996). *Locura o normalidad: Una frontera fácil de traspasar?* Madrid: FEAFES.
- Rodrigues, S. (2004). *Caracterização da modalidade de Body Balance™: intensidade de esforço e capacidades físicas*. Campinas: S. Rodrigues. Trabalho apresentado para obtenção de grau à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas.
- Roeder, M. A. (1999). Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. *Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 4(2), 62–76.
- Sá Gomes, A. M. da C. (2011). *A influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos*. Viseu: A. M. C. Sá Gomes. Dissertação de Mestrado apresentado à Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.
- Santos, E., & Correia, A. (2011). *Evolução do fitness em Portugal: mudanças e desafios* (p. 111). Lisboa: Visão e Contextos.
- Santos, M. J., & Kassouf, A. L. (2007). Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Econ. Aplic. São Paulo*, 11(1), 5–26.

- Schuch, F. B., & Fleck, M. P. de A. (2013). Is Exercise an efficacious treatment for depression? A comment upon recent negative findings. *Frontiers in Psychiatry*, 4(April), 20. doi:10.3389/fpsy.2013.00020
- Sharkey, B. J. (1998). *Condicionamento físico e saúde* (4 ed., p. 397). Artmed.
- Silva, J. P. R. (2014). *Orientações para o treino dos Fitkids no Holmes Place Health Club - Dolce Vita Tejo*. Lisboa: J.P.R Silva. Trabalho apresentado para a obtenção de grau de Mestre à Universidade de Lisboa.
- Silva, P. T. M., Souza, S. A. R., & Neto, I. C. (Org. . (n.d.). Diferença de género e de idade na prática de modalidades em ginásio/academia. In *Atividade Física e saúde, inclusão social e formação profissional* (Vol. 2).
- Silveira, L. D. da, & Duarte, M. de F. da S. (2004). Níveis de depressão, hábitos e aderência a programas de atividades físicas de pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo. *Rev. Bras. Cine. Des. Hum.*, 6(2), 36–44.
- Silveira, H., Deslandes, A. C., Moraes, H., Mouta, R., Ribeiro, P., Piedade, R., & Laks, J. (2010). Effects of exercise on electroencephalographic mean frequency in depressed elderly subjects. *Neuropsychobiology*, 61(3), 141–147. doi:10.1159/000279304
- Simon, G. E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54(3), 208–215. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00420-7
- Singh, N. A., Stavrinou, T. M., Scarbek, Y., Galambos, G., Liber, C., & Singh, M. A. F. (2005). A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60A(6), 768–776.
- Sistema Nacional de Saúde, S. (2006). *Depressão*. *Portal da Saúde - Ministério da Saúde*. Retrieved August 13, 2014, from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeri+osaude/saude+mental/depressao.htm>
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Souza, C. V. (2013). *Exercício Físico e Depressão*. *portalnatural.com.br*. Retrieved December 23, 2013, from <http://www.portalnatural.com.br/vida-saudavel/saude-e-bem-estar/exercicios-fisicos-e-depressao/#axzz3ACV1JOas>
- Souza, D. B. de, Serra, A. J., & Suzuki, F. S. (2012). Atividade Física e Nível de Depressão em Idosas. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 16(1), 3–6. doi:10.4034/RBCS.2012.16.01.01
- Teng, C. T., Humes, E. de C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clínica*, 32(3), 149–159.

- Teychenne, M., Ball, K., & Salmon, J. (2008). Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Prev Med.*, 46(5), 397–411. doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.009.
- Theobald, V., & Dietrich, S. (2007). Análise dos benefícios da atividade física em pacientes com depressão do sexo feminino em idade de 22 a 55 anos no Centro de Atenção Psicossocial de Sidrolândia/MS.
- Tkachuk, G. A., & Martin, G. L. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 275–282.
- Trentin, A. P. (2011). *Indicadores de intensidade de esforço em aulas de RPMTM. Lactato, frequência cardíaca e escala de percepção de intensidade: um estudo de revisão. Revista Digital de Buenos Aires.* Retrieved from <http://www.efdeportes.com/>
- Ustün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184, 386–92. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3818162&tool=mcentrez&rendertype=abstract>
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Mano, M., & Martins, E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade. Fundação Técnica E Científica Do Desporto*, 5(1), 21–32.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20(6), 623–644.
- Ventura, T. (2011). Depressão e comorbilidade: um caso clínico. *Rev. Port. Clínica Geral*, 27, 36–42.
- Vital, T. M., Hernandez, S. S. S., Gobbi, S., Costa, J. L. R., & Stella, F. (2010). Atividade física sistematizada e sintomas de depressão na demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *J. Bras. Psiquiatria*, 59(1), 58–64.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2001). *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício*. Porto Alegre: Artmed.
- Werneck, F. Z., Bara Filho, M. G., & Ribeiro, L. C. S. (2006). Efeitos do exercício físico sobre os estados de humor: uma revisão. *Revista Brasileira de Psicologia Do Esporte E Do Exercício*, 0, 22–54.
- XPWorkout. (2014). Aulas de Grupo. Retrieved August 18, 2014, from <http://www.xpworkout.com/fitness/clu/aulas-de-grupo-3.htm>

## 9. Anexos

### 9.1 Anexo 1 - Questionário Sócio-demográfico

***Inquérito aos utilizadores do Holmes Place Health Clubs – Funchal***  
***Tese de Mestrado em Atividade Física Adaptada – Universidade do Porto***

*O presente inquérito, tem como objectivo geral caracterizar os frequentadores de atividade física do Holmes Place Funchal, bem como a identificação das modalidades mais praticadas, da frequência de utilização, entre outros.*

*Será garantido o absoluto anonimato e sigilo das suas respostas, no mais estrito cumprimento das leis de proteção de dados pessoais, pelo que o seu nome não figurará na transcrição das respostas.*

1 – Idade

- ( ) entre 16 e 25 anos
- ( ) de 26 a 40 anos
- ( ) de 41 a 50 anos
- ( ) de 51 a 65 anos
- ( ) acima dos 65 anos

2 – Habilitações Literárias

- ( ) Sem habilitação
- ( ) Ensino Primário
- ( ) Ensino Básico (5º ao 9º)
- ( ) Ensino Secundário (10º ao 12º)
- ( ) Ensino Superior

3 – Estado Civil

- ( ) Solteiro
- ( ) Casado ou União de Facto
- ( ) Divorciado ou Separado
- ( ) Viúvo

4 – Sexo

- ( ) Masculino
- ( ) Feminino

5 – Tem filhos?

- ( ) Sim, quantos? \_\_\_\_\_
- ( ) Não

6 – Há quanto tempo pratica atividade física em Ginásio ou Health Club?

- Até 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Entre 1 e 3 anos
- Acima de 3 anos

7 – Qual a razão que o fez iniciar o programa de atividade física no ginásio?

- médica
- social – para convívio
- por recomendação de amigos ou familiares
- para ocupar os tempos livres
- por estética – modificar a imagem corporal
- para melhorar a auto-estima
- para melhorar estados psicológicos (libertar o stress/ansiedade/depressão)
- outros

8 – Quantas vezes por semana costuma praticar atividade física?

- Menos de 2 vezes
- Entre 2 e 3 vezes
- Mais de 3 vezes

9 – Qual a duração media diária do seu treino?

- até 30 minutos por sessão
- entre 30 e 45 minutos por sessão
- entre 45 e 60 minutos por sessão
- 60 ou mais minutos por sessão

10 – Como prefere fazer atividade física ? Assinale a que considera mais importante.

- sozinho (a)
- acompanhado de amigos ou familiares
- com Personal Trainer
- em aulas de grupo com Instrutor

11 – Entre as atividades oferecidas pelo Health Club, quais as que considera mais atrativas/prazerosa? Assinale as duas que lhe confere mais prazer.

- aulas de grupo nível 1 (Activate, Yoga, Pilates)
- aulas de grupo nível 2 (Total Condicionamento, Sh'Bam, Made in Brasil, B. Pump, Body Balance)
- aulas de grupo nível 3 (RPM, Airfit, Warrior, X-celerate,
- aulas de grupos nível 4 (Spartans)
- máquinas de cardio (passadeira, remo, cross trainer, stepper, wave, bicicletas, etc)
- máquinas de resistência muscular (leg press, leg curl, leg extension, pectoral, etc)
- Pesos livres (barras livres, halteres, etc)
- Zona de treino funcional (TRX, Bosu, Kettlebells, elásticos, etc)
- X-Press Classes (Abdominais, Circuit trainer, etc)

12 – Qual das atividades abaixo realiza com maior frequência semanal? Assinale as duas que mais vezes realiza por semana.

- ( ) aulas de grupo nível 1 (Activate, Yoga, Pilates)
- ( ) aulas de grupo nível 2 (Total Condicionamento, Sh'Bam, Made in Brasil, B. Pump, Body Balance)
- ( ) aulas de grupo nível 3 (RPM, Airfit, Warrior, X-celerate,
- ( ) aulas de grupos nível 4 (Spartans)
- ( ) máquinas de cardio (passadeira, remo, cross trainer, stepper, wave, bicicletas, etc)
- ( ) máquinas de resistência muscular (leg press, leg curl, leg extension, pectoral, etc)
- ( ) Pesos livres
- ( ) Zona de treino funcional (TRX, Bosu, Kettlebells, elásticos, etc)
- ( ) X-Press Classes (Abdominais, Circuit trainer, etc)



## 9.2 Anexo 2 - Inventário de depressão de Beck [BDI]

I.D.B – ( Beck,1961)  
Versão de Vaz Serra, 1973

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha apenas uma afirmação, aquela que lhe parece descrever melhor como se sente no momento atual.

1. Não me sinto triste \_\_\_\_\_ ( )  
Ando “neura” ou triste \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto-me neura ou triste \_\_\_\_\_ ( )  
Estou tão ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado \_\_\_\_\_ ( )
2. Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro ( )  
Sinto-me com medo do futuro \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro \_\_\_\_\_ ( )  
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas \_\_\_\_\_ ( )  
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar ( )
3. Não tenho a sensação de ter fracassado \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto que realizei muito pouco coisa que tivesse valor ou significado \_\_\_\_\_ ( )  
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos ( )  
Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher) \_\_\_\_\_ ( )
4. Não me sinto descontente com nada em especial \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo \_\_\_\_\_ ( )  
Não tenho satisfação com as coisas que me alegram antigamente \_\_\_\_\_ ( )  
Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto-me descontente com tudo \_\_\_\_\_ ( )
5. Não me sinto culpado em nada em particular \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto-me bastante culpado \_\_\_\_\_ ( )  
Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada \_\_\_\_\_ ( )  
Considero que sou mau e não valho absolutamente nada \_\_\_\_\_ ( )
6. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo \_\_\_\_\_ ( )  
Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado \_\_\_\_\_ ( )  
Sinto que mereço ser castigado \_\_\_\_\_ ( )
7. Não me sinto descontente comigo \_\_\_\_\_ ( )  
Estou desiludido comigo \_\_\_\_\_ ( )

- Não gosto de mim \_\_\_\_\_ ( )  
 Estou bastante desgostoso comigo \_\_\_\_\_ ( )  
 Odeio-me \_\_\_\_\_ ( )
8. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa \_\_\_\_\_ ( )  
 Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros \_\_\_\_\_ ( )  
 Culpo-me das minhas próprias faltas \_\_\_\_\_ ( )  
 Acuso-me por tudo de mal que me acontece \_\_\_\_\_ ( )
9. Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo \_\_\_\_\_ ( )  
 Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto que seria melhor morrer \_\_\_\_\_ ( )  
 Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse \_\_\_\_\_ ( )  
 Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida \_\_\_\_\_ ( )  
 Matar-me-ia se tivesse oportunidade \_\_\_\_\_ ( )
10. Atualmente não choro mais do que o costume \_\_\_\_\_ ( )  
 Choro mais do que o costume \_\_\_\_\_ ( )  
 Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo \_\_\_\_\_ ( )  
 Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade \_\_\_\_\_ ( )
11. Não fico agora mais irritado do que ficava \_\_\_\_\_ ( )  
 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto-me permanentemente irritado \_\_\_\_\_ ( )  
 Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente \_\_\_\_\_ ( )
12. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas \_\_\_\_\_ ( )  
 Atualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter \_\_\_\_\_ ( )  
 Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas ( )  
 Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente \_\_\_\_\_ ( )
13. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente \_\_\_\_\_ ( )  
 Atualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões \_\_\_\_\_ ( )  
 Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão \_\_\_\_\_ ( )
14. Não acho que tenho pior aspecto do que costumava \_\_\_\_\_ ( )  
 Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo \_\_\_\_\_ ( )
15. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente \_\_\_\_\_ ( )  
 Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar \_\_\_\_\_ ( )

- Não consigo trabalhar tão bem como de costume\_\_\_\_\_ ( )  
 Tenho de dispender um grande esforço para fazer seja o que for \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja \_\_\_\_\_ ( )
16. Consigo dormir tão bem como dantes \_\_\_\_\_ ( )  
 Acordo mais cansado de manhã do que era habitual \_\_\_\_\_ ( )  
 Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer ( )  
 Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas  
 \_\_\_\_\_ ( )
17. Não me sinto mais cansado do que o habitual \_\_\_\_\_ ( )  
 Fico cansado com mais facilidade do que antigamente \_\_\_\_\_ ( )  
 Fico cansado quando faço seja o que for \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja \_\_\_\_\_ ( )
18. O meu apetite é o mesmo de sempre \_\_\_\_\_ ( )  
 O meu apetite não é tão bom como costumava ser \_\_\_\_\_ ( )  
 Atualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente \_\_\_\_\_ ( )  
 Perdi por completo todo o apetite que tinha \_\_\_\_\_ ( )
19. Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente \_\_\_\_\_ ( )  
 Perdi mais de 2,5 quilos de peso \_\_\_\_\_ ( )  
 Perdi mais de 5 quilos de peso \_\_\_\_\_ ( )  
 Perdi mais de 7,5 quilos de peso \_\_\_\_\_ ( )
20. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual \_\_\_\_\_ ( )  
 Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão  
 de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis \_\_\_\_\_ ( )  
 Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me  
 torna difícil pensar noutra coisa \_\_\_\_\_ ( )  
 Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto \_\_\_\_\_ ( )
21. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual \_\_\_\_\_ ( )  
 Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar \_\_\_\_\_ ( )  
 Atualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual \_\_\_\_\_ ( )  
 Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual \_\_\_\_\_ ( )